



juTAK.e
Jugendspezifische Therapie
Abhängigkeitserkrankungen | Komorbidität



Fachklinik Tauwetter

Behandlungskonzeption

Abstracts

Letzte Konzeptaktualisierung: 01/2014

basierend auf: Mirus G., Angermüller U., Past M. et al.

Modulare Konzeption zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen mit komorbiden Störungen
München 2011

Gemeinnützige SKM Köln - juTAK.e GmbH

Fachklinik Tauwetter

Siefenfeldchen 162

53332 Bornheim

Tel.: 02222/9324-0

FAX: 02222/9324-99

E-Mail: tauwetter@skm-koeln.de

www.sucht-therapie-koeln.de/einrichtungen/fachklinik-tauwetter.html

Die Behandlungskonzeption der Fachklinik Tauwetter befindet sich in steter Weiterentwicklung. Die Printversion gibt somit nur den Stand zum Zeitpunkt des Ausdruckles wieder.

Die stets aktuelle Fassung ist auf der Internetseite
<http://www.sucht-therapie-koeln.de/downloads.html> zu finden.

Kopien -auch auszugsweise- oder anderweitige Verbreitung ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Autors zulässig.

Verfasser des Rehabilitationskonzeptes:

© Georg Mirus

Dipl. Sozialpäd. Dipl. Psychologe (Univ.)

Psychotherapeut

Gesamt- u. psychotherapeutischer Leiter

Inhaltsverzeichnis

I. Grundkonzeption

1. Einleitung	5
2. Allgemeines	8
3. Beschreibung der med. Rehabilitationseinrichtung	9
4. Rehabilitationskonzept	11
4.1 Theoretische Grundlagen	11
4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	22
4.3 Rehabilitationsziele und Behandlungsstrategien	24
4.4 Rehabilitationsdauer	26
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	27
4.6 Rehabilitationsprogramm	29
4.7 Rehabilitationselemente	34
4.7.1 Aufnahmeverfahren	34
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	36
4.7.3 Medizinische Therapie	41
4.7.4 Psychologischer Dienst - Psychologische Psychotherapie	44
4.7.5 Bezugstherapie	49
4.7.6 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	52
4.7.7 Arbeitsbezogene Interventionen	58
4.7.8 Sport und Bewegungstherapie	63
4.7.9 Freizeitangebote	64
4.7.10 Sozialdienst	65
4.7.11 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährungsschulung	67
4.7.12 Angehörigenarbeit	69
4.7.13 Rückfallmanagement	72
4.7.14 Überleitungsmanagement und Behandlungsbeendigung	74
5. Räumliche Gegebenheiten	77
6. Kooperation und Vernetzung	79
7. Maßnahmen der Qualitätssicherung	81
8. Klinikmanagement und Organisation	82
9. Notfallmanagement	85
10. Fortbildung	87
11. Supervision und Intervision	88
12. Hausordnung / Therapievertrag	89
 Quellen	 91

II. Therapie von Doppeldiagnosen und komorbiden Störungen

1.	Diagnosenübergreifende Aspekte	3
1.1	Definition, Phänomenologie, Epidemiologie	3
1.2	Versorgung innerhalb stationärer medizinischer Rehabilitation: Integrierte Behandlung	4
1.3	Bedeutung von Motivationsbehandlung, Arbeitsbündnis und Compliance in der Rehabilitation komorbider Störungsbilder	6
1.4	Bedeutung des ICF-Modells in der Rehabilitation komorbider Störungsbilder	10
1.5	Behandlungsprinzipien der integrierten Mitbehandlung komorbider Störungsbilder	12
1.5.1	Umfassende ICF-geleitete Diagnostik	13
1.5.2	Psychopharmakotherapie	13
1.5.3	Gewichtung der Einzelpsychotherapie	13
1.5.4	Indikative Kleingruppentherapie	14
1.5.5	Containingzentrierte Intakephase	15
1.5.6	Mobilisierung, Automatismenaufbau und Alltagsbewältigung	16
1.5.7	Psychoedukation für den Patienten	17
1.5.8	Psychoedukation für die Angehörigen	18
1.5.9	Skillsaufbau und Fertigkeitentraining	19
1.5.10	Milieuthherapie und strukturelle Stabilität des Behandlungsmilieus	21
1.5.11	Arbeitstherapie, Kreativität, Sporttherapie und Erlebnispädagogik	24
1.5.12	Sicherung der akutmedizinischen Versorgung	25
1.5.13	Sozialdienst und Casemanagement	26
1.5.14	Ganztägig ambulante Behandlung	27
2.	Diagnosespezifische Rehabilitationsleistungen	29
2.1	Schizophreniespektrische -substanzinduzierte- psychotische Störungen	31
2.1.1	Vorgehensweise des mehrdimensionalen u. multimodalen Diagnostikprozesses	32
2.1.2	Spezifische psychopharmakologische Therapie	33
2.1.3	Schwerpunkte der Psychoedukation in Verbindung mit den Angehörigen	34
2.1.4	Foci und Inhalte von kognitiver Einzel- und Gruppenpsychotherapie	37
2.1.5	Ausgestaltung von Skillstraining und Training sozialer Fertigkeiten	40
2.1.6	Matrix Symptombild und Therapieangebot	42
2.2	Hyperkinetisches Syndrom und instabile Störungen	43
2.2.1	Die spezifische multidimensionale Diagnostik umfasst folgende Untersuchungsinhalte und Instrumentarien	44
2.2.2	Erwägung einer spezifischen psychopharmakologischen Therapie bei hyperkinetischen Störungen	45
2.2.3	Foci und Inhalte von kognitiver Einzel- und Gruppenpsychotherapie	46
2.2.4	Schwerpunkte der Psychoedukation in Verbindung mit den Angehörigen	47
2.2.5	Ausgestaltung von Skillstraining und Training sozialer Fertigkeiten	50
2.2.6	Matrix Symptombild und Therapieangebot	51

Hinweis zu männlichen und weiblichen Wortformen:

Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

Selbstverständlich schließt die gewählte Form weibliche und männliche Personen mit ein.

I. Grundkonzeption

1. Einleitung

Ein humanistisches Menschenbild, das sich daraus ergebende bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis, grundlegende Regelungen des Sozialgesetzbuches sowie aktuelle rehabilitationsmedizinische Grundsätze unter fortlaufendem Einbezug des aktuellen human- und gesellschaftswissenschaftlichen Kenntnisstandes stellen die Rahmenbedingungen der Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Tauwetter dar.

Abhängigkeitserkrankungen werden als -die in unserem Kulturkreis am häufigsten auftretende-kumulierte psychische Erkrankung mit oftmals chronischem Verlauf angesehen. Substanzbezogene Störungen und Krankheitsbilder weisen unter somatischer, psychischer und sozialer Sichtweise eine multifaktorielle Genese mit weitreichenden Folgen auf den grundlegenden Dimensionen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten, der Partizipation auf.

Im Zuge der Krankheitsentwicklung kommt es bei unseren Patienten zu schwerwiegenden Veränderungen der Persönlichkeit, des Arbeits-, Gesundheits- und Sozialverhaltens, oftmals sind alle Aspekte der Teilhabe massiv betroffen. Unsere Patienten weisen häufig in Entstehung und Folge der Abhängigkeitserkrankung schwerwiegende und tiefgreifende Ich - funktionelle wie -strukturelle Störungen, schwerwiegende Entwicklungsdefizite, ausgeprägten Verwahrlosungsqualitäten und verheerende Verwerfungen in der Biographie durch Gewalt oder Entwurzelung mit den entsprechenden Folgen für somatische wie psychische Gesundheit und einer weitgehend eingeschränkten Teilhabe an gesellschaftlichen Möglichkeiten und Gegebenheiten auf.

Die Fachklinik Tauwetter wirkt dieser Entwicklung engagiert und stets patientenorientiert durch ein systematisch human- und rehabilitationswissenschaftlich begründetes Behandlungsgeschehen entgegen, verbunden mit der Grundhaltung, dass für jeden Menschen Veränderung, Wachstum und Lernen unter günstigen Bedingungen möglich ist und hierüber eine Verbesserung seiner Lebensqualität und -bedingungen erzielt werden kann. Wir gehen weiter davon aus, dass genannte günstige Bedingungen ein motivierendes auf den Patienten individuell abgestimmtes, partizipativ, partnerschaftlich und repressionsfrei gestaltetes Arbeitsbündnis miteinschließt. Die ethisch gebotene und dem Patienten entgegengebrachte Werthaltung charakterisiert sich auch durch eine nachhaltige Förderung und Stabilisierung des Selbstwerterlebens und der Selbstachtung besonders durch die Rehabilitationsmaßnahmen der Gesundheits- und Teilhabeförderung mit dem Ziel der Ermöglichung einer weitgehend unabhängigen, integrierten und selbstbestimmten Lebensgestaltung. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist in Fähigkeiten und Möglichkeit zu sehen, seinen Lebensunterhalt aus eigener Ressource bestreiten zu können.

Der Arbeitsauftrag der Fachklinik Tauwetter als medizinische Rehabilitationseinrichtung basiert auf folgenden rechtlichen Grundlagen:

◦ SGB IX Kapitel 4 §26 ff

Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen umfasst Leistungen, um die damit in Verbindung stehenden Behinderungen und Bedrohungen von Behinderungen abzuwenden, zu mindern oder auszugleichen, einer Verschlimmerung entgegenzutreten und Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu überwinden.

◦ SGB VI Kapitel 2 §9 ff

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeits-erkrankungen stellen die weitgehende Wiederherstellung der Partizipation des Patienten vor die Rentenleistung und stellen das Ziel eines integrierten und partizipierten Lebensvollzuges durch eigene Erwerbstätigkeit an erste Stelle.

Die Vertragsgrundlage mit der Deutschen Rentenversicherung in erster Linie und nachfolgend der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basiert auf den Regelungen:

◦ SGB V Kapitel 4 §111:

Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Hinzu tritt die spezifische Rechtsanforderung bei Patienten mit Betäubungsmittelabhängigkeit

◦ BtmG Abschnitt 7 §35/ 36

Möglichkeit der Zurückstellung der Strafvollstreckung bei bestehender Betäubungsmittelabhängigkeit und zu erwartendem Strafmaß von unter zwei Jahre sowie Anrechnung der Therapiezeit auf die Reststrafe und Strafaussetzung zur Bewährung.

Das gebotene mehrdimensionale Krankheitsverständnis bezieht sich auf eine multifaktorielle bio-psycho-soziale Perspektive sowohl hinsichtlich der Entstehungsbedingungen als auch der primären und sekundären Folgen. Schädlicher und abhängiger Konsum psychotroper Substanzen sowie dessen Folgen müssen als Kontinuum auf der Dimension von Krankheit und Gesundheit betrachtet werden.

Das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Tauwetter zeichnet sich dabei durch stete Rückbindung auf den aktuellen human- und gesellschaftswissenschaftlichen Kenntnisstand aller am Rehabilitationsprozess beteiligter Disziplinen aus. Zur Anwendung kommen dabei möglichst weitgehend evidenzbasierte Behandlungsmethoden.

Hier sind folgende Disziplinen zu nennen:

Suchtmedizin - Psychiatrie - Neurologie - Rehabilitationsmedizin und Sozialmedizin,

Klinische Psychologie - Psychotherapie - Neuropsychologie - Rehabilitationspsychologie und Verhaltensmedizin,

Soziale Arbeit - klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie,

Rehabilitationswissenschaft,

Sportwissenschaft - Freizeitpädagogik,

Psychotherapieforschung und Empirische Sozialforschung.

Die Abbildung von Abhängigkeitserkrankungen und damit assoziierten bzw. komorbiden Störungsbildern erfolgt in der Fachklinik Tauwetter durch das Konzept der funktionalen

Gesundheit. Die durch die Abhängigkeitserkrankung in Zustandsbild und Krankheitsverlauf bedingten Beeinträchtigungen werden im ICF-Modell als Ausdruck ungünstiger Interdependenz von persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren charakterisiert. Über die ICF kann in Hinblick auf den Rehabilitationsprozess die komplexe Phänomenologie der Abhängigkeitserkrankung mit ihren Defiziten aber auch vorhandenen Ressourcen gleichermaßen abgebildet werden und operationalisiert darüber die Erstellung eines positiven und negativen Leistungsbildes. Eine ICF-basierte Status- und Prozessdiagnostik auf den verschiedenen Ebenen des Rehabilitationsgeschehens erlaubt die Ableitung einer individuellen Rehabilitationsplanung und definiert dadurch die einzelnen zu erbringenden Behandlungsleistungen.

Grundsätzlich wird die medizinische Rehabilitationsleistung entsprechend der jeweils gültigen Richtlinien der zuständigen Leistungsträger erbracht. Diese sind kommuniziert durch die Regelungen des Leistungsrechtes, den Grundsatzpapieren der Deutschen Rentenversicherer und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sowie den aktuellen Rundbriefen. Insbesondere sind hier zu nennen:

- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (04.01.2001)
- Schriftenreihe Heft 12 der BAR: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (2006)
- Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund 7/2007)
- Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation - KTL (2007)
- Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (01.10.2010)
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (18.08.2011)

Die Behandlungskonzeption wurde entsprechend dem „Gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.September 2011“ erstellt.

Die Fachklinik Tauwetter nimmt am Qualitätsmanagement der Deutschen Rentenversicherung teil und verfügt über ein internes Qualitätsmanagement, zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 : 2008 inklusive pCC für Rehabilitationseinrichtungen von proCum Cert. Dieses Qualitätsmanagementverfahren ist von der BAR anerkannt.

2. Allgemeines

Anschrift

Fachklinik Tauwetter
Siefenfeldchen 162
53332 Bornheim

Lage

Straßenbahn: Linie 18, Haltestelle Bornheim-Rathaus
DB: Bahnhof Roisdorf
Kfz: Autobahn A 555 Köln - Bonn, Ausfahrt Bornheim

Kontakt

Tel.: 02222/9324-0
FAX: 02222/9324-99
E-Mail: tauwetter@skm-koeln.de
www.sucht-therapie-koeln.de

Träger

Gemeinnützige SKM Köln – juTAK.e GmbH

Institutionskennzeichen (IK)

500530568

Geschäftsführung

Fritz Papenbrock, Stephan Velden
Gemeinnützige SKM Köln - juTAK.e GmbH, Große Telegraphenstr. 31, 50676 Köln

Ärztliche Leitung

Thomas Cramer
Arzt f. Psychiatrie und Psychotherapie

Gesamt- und psychotherapeutische Leitung der Klinik

Georg Mirus
Dipl. Sozialpäd. Dipl. Psychologe (Univ.)
Psychotherapeut

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Die Fachklinik Tauwetter ist eine medizinische Rehabilitationseinrichtung zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit komorbiden Störungen für junge Erwachsene.

Die Fachklinik wurde 1982 gegründet. Der Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln (SKM Köln) war bis Ende März 2012 Träger der Fachklinik. Mit dem ersten April 2012 ist die Fachklinik Tauwetter in eine neue Betriebsträgerschaft der gemeinnützigen SKM Köln - juTAK.e GmbH übergegangen. Der SKM Köln und langjährig erfahrene Fachleute aus den unterschiedlichen Disziplinen der Rehabilitationsbehandlung juTAK.e (jugendspezifische Therapie Abhängigkeitserkrankungen Komorbidität) haben sich zu Betrieb, konzeptioneller Umgestaltung und Neuausrichtung der Fachklinik Tauwetter zusammengeschlossen. Besonders wichtig ist der Charakter der Gemeinnützigkeit der Betriebsgesellschaft, diese Form garantiert, dass alle Ressourcen in der Betriebsgesellschaft verbleiben und damit Betrieb und Weiterentwicklung der Fachklinik Tauwetter uneingeschränkt zur Verfügung stehen.

Die Fachklinik Tauwetter befindet sich in schöner naturnaher Lage auf weitläufigem Grundstück mit altem Baumbestand und umgebendem Naturschutzgebiet. Gleichzeitig, an der Frontseite, ist sie direkt an der Stadt Bornheim gelegen. So ist für Beides gesorgt: für notwendigen Rückzug und Erleben der Natur genauso wie für die infrastrukturellen Vorteile einer Stadt. Aufgrund der verkehrstechnisch guten Anbindung sind Bonn und Köln gut zu erreichen. Hier bieten sich umfangreiche Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten. Bornheim selbst verfügt über ein attraktives Erlebnisbad.

Getrennte Bereiche von Frauen (8-10 Betten) und Männern (24 -26 Betten) in verschiedenen Häusern fördert die Realisierung genderspezifischer Ansätze.

In Hinblick auf die gebäudlichen Gegebenheiten stehen Veränderungen an. Die Fachklinik Tauwetter wird sich hier an die diesbezüglichen Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung anpassen. Geplant sind vorwiegend Zwei- und Einbettzimmern, die sich in überschaubaren Stationsgruppen befinden, mehr Therapie- und Aufenthaltsräume und Indoor-Sportmöglichkeiten sowie der behindertengerechte Ausbau. Ein Gebäude wird eine Appartementstruktur erhalten, u.a. für Patienten mit einem höheren Bedarf an Außenorientierung.

Die Fachklinik Tauwetter bietet in den Behandlungsformaten gegenwärtig 32 vollstationäre und 5 ganztägig ambulante (tagesklinische) Behandlungsplätze an. Dabei sind innerhalb stationärer Rehabilitationsbehandlung in der Regel 26 Behandlungswochen vorgesehen, für Stabilisierungs-, Rückfall- und Kriseninterventionsbehandlungen sind Behandlungszeiten zwischen 4 und 16 Wochen möglich.

Die Fachklinik Tauwetter stellt mit dieser Platzkapazität einen kleinen, überschaubaren Behandlungsrahmen dar, der einer intensiven psychotherapeutischen und rehabilitatorischen Versorgung von Menschen mit schwierigeren Krankheitsentwicklungen, Abhängigkeitsverläufen

und ausgeprägten Suchtfolgen entgegenkommt. Sie stellt Schutzraum vor subkulturellen und scenetypischen Qualitäten dar.

Insbesondere gehen wir auf die mit der Abhängigkeitserkrankung ursächlich oder in der Folge in Verbindung stehenden psychischen Erkrankungen ein. Wir unterstützen hier mehrdimensional im Behandlungsprozess durch:

- deutliche spezifisch ausgerichtete einzelspsychotherapeutische Gewichtung,
- medikamentöse Unterstützung,
- intensiven bezugstherapeutischen Kontakt,
- Angebote zum Aufbau und Training von Skills,
- Berücksichtigung der Gruppenfähigkeit,
- indikative Gruppentherapie,
- indikative Sportausrichtung und gezielte Aktivierung,
- psychoedukative Angebote, auch für Angehörige und Bezugspersonen,
- systematisierte und auf das Funktionsniveau abgestimmte Arbeitstherapie,
- stabilisierende Alltagsstrukturen und Aufbau von Alltagsbewältigung.

Besondere Erfahrungen bestehen in der Fachklinik in der Behandlung von instabilen Störungen, instabilen Persönlichkeitsniveaus bei post- und komplextraumatischen Bildern, hyperkinetischen Störungen und Störungen im Sozialverhalten, substanzinduzierten psychotischen Störungen sowie bei Angst- und depressiven Störungsbildern.

Ein genderspezifischer Zugang in der Behandlung -als Querschnittsaufgabe der Fachklinik- ist für uns dabei selbstverständlich.

Die Grundlage eines jeden Behandlungsprozesses in der Fachklinik sind eine mehrdimensionale und interdisziplinär auf ICF basierende Diagnostik und die individuelle Rehabilitationsplanung.

Die Fachklinik gestaltet mit jedem Patienten ein individuelles Behandlungsmilieu, in dem sie in allen Segmenten der Fachklinik bemüht ist, für Verbleib und Verlauf des Patienten, genauso wie auch in der Steuerung der Gruppendynamik, Protektives zu mehren und Riskantes zu mindern. Das beginnt mit dem Abschließen unseres Arbeitsbündnisses, der Partizipation am diagnostischen Prozess, der Rolle als „active player“ in seiner Rehabilitationsplanung, der individuellen Mitgestaltungs- und Auswahlmöglichkeit therapeutischer Angebote und durch eine gemeinsame, kontinuierliche Reflektion der Zielerreichung, des Behandlungsfortschritts und Evaluation des Behandlungsverlaufes. Wir fassen unsere Patienten als Mitgestalter und Partner im Rehabilitationsgeschehen auf.

Das Behandlungsangebot der Fachklinik richtet sich im Schwerpunkt an junge erwachsene Patienten, bis zu einem Lebensalter von ca. 35 Jahren. Jedoch niemand, der sich von einer Behandlung in der Fachklinik Tauwetter Hilfe verspricht und für den unsere Therapie auch angezeigt ist, wird abgewiesen. Insofern sind immer Einzelfallentscheidungen möglich.

Die Fachklinik Tauwetter arbeitet integriert im Behandlungsverbund des SKM Köln. Die in diesem Behandlungsverbund zusammengeschlossenen Einrichtungen bieten eine auf die

individuelle Problemlage ausgerichtete Unterstützung mittels ambulanter, begleitender und therapeutischer Maßnahmen. Dies ermöglicht eine mittel- und längerfristig individuell abgestimmte Passung von Unterstützungs- bzw. Behandlungsbedarf auf der einen Seite und gezielter Hilfe- und Angebotsstruktur durch den Verbund andererseits; stationäre und ambulante Maßnahmen ergänzen sich hier gegenseitig.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Abhängigkeitserkrankungen werden in der Fachklinik Tauwetter auf der Basis eines multifaktoriellen Ätiologiemodells verstanden. Hierunter ist das Konstrukt zu verstehen, dass in der Herausbildung des Krankheitsbildes sozusagen im Sinne eines „final common pathway“ biologische Faktoren, psychologische Prozesse, sozialwissenschaftlich zu fassende Bedingungen und Entwicklungen im Sinne des Vulnerabilitäts-Stresskonzeptes zusammenwirken.

Biologische Faktoren

Wissenschaftlich unstrittig ist die Bedeutung biologischer Einflussfaktoren in Hinblick auf die Herausbildung einer Abhängigkeitserkrankung, wenngleich eine Vielzahl von Studien auf verschiedene spezifisch unterschiedliche Prozesse und Veränderungen hindeuten und die letztendlich zur Ausbildung der Erkrankung führenden neuroanatomischen, neurophysiologischen, neuropsychologischen und (epi-)genetischen Vorgänge als nicht endgültig geklärt betrachtet werden müssen.

Es würde den Rahmen dieses Rehabilitationskonzeptes übersteigen, alle entscheidenden Ansätze darstellen zu wollen. Aus diesem Grund soll der Passus hier auf den ‚Common Sense‘ begrenzt bleiben.

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung betrifft unter neuroanatomischer und neuropsychologischer Perspektive das gesamte Gehirn. Hier sind insbesondere die Areale des (meso-)limbischen Systems hier besonders des Thalamus (Wahrnehmung, Schaltstelle u. Filter), Hippocampus (Gedächtnis) und der Amygdala (Impulsivität, Aggressivität, Angst) zu nennen, aber auch der präfrontale Kortex (Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit), der orbitofrontale Kortex (Verhaltenshemmung, Kontrolle) und der anteriore cinguläre Kortex (Wirkungs- Erwartungen, Craving) mit ihren Verschaltungen und Regelkreisen zu nennen. Gleichmaßen sind die wechselseitigen Strukturen und Beziehungen von Nucleus Accumbens (Belohnung) und Amygdala (Stimmungsstabilität, -regulation) von Bedeutung. Wir müssen gegenwärtig davon ausgehen, dass ein fortgesetzter, längerer Konsum von psychotropen Substanzen mit der entsprechenden Wirkung und Auswirkung auf das zentrale Nervensystem vergleichbar ‚ausgetretenen Pfaden‘ neuronale Bahnungen ausprägt, denen eine erhebliche Rolle bei Cravingentwicklung, Toleranzsteigerung,

Endorphinmangel, Suchtgedächtnis und Cue Reactivity zukommt. Auch strukturell spezifische Volumenreduktion ist oftmals die Folge.

Gleichermaßen von Bedeutung ist die mit der Exposition von psychotropen Substanzen einhergehende Neurotransmitterinbalance. Homogen sind die Befunde, dass alle psychotropen Substanzen einen steigernden Einfluss auf die Dopaminausschüttung implizieren und einen erheblichen Einfluss auf die spezifische Rezeptoraktivität und die Signalweiterleitung sowie biochemischen Vorgänge im synaptischen Spalt aufweist. In diesem Zusammenhang sprechen die Autoren von einem neurochemischen Mobile (Noradrenalin, Serotonin, Dopamine auf der einen und Achetylcholine, Glutamate und Gaba auf der anderen Seite), dass durch die Exposition von psychotropen Substanzen in ein Ungleichgewicht gerät. Abhängigkeitserkrankung wird also unter neurobiologischer Perspektive als Neuro-Adaptionsphänomen gesehen (nach Tretter 2009), das mit weitreichenden Veränderungen in den Bereichen der Kognition wie Denken, Wahrnehmung, Mnestic, Aufmerksamkeit und des Affekts und der Emotion, wie Erleben, Emotionsregulation, Kontrolle, Stimmungsstabilität/-labilität sowie der entsprechenden Verhaltenssteuerung und -kontrolle etc. einhergeht.

Als weitere biologische Einflussfaktoren müssen die komplexen genetischen Vorgänge (familiäre Vorbelastungen) gesehen werden, genauso wie hirnorganische Beeinträchtigungen wie bei Hypoxien, traumatischen Einwirkungen oder hyperkinetischen Vorerkrankungen u.ä.

In Hinblick auf die (hier nur sehr kurz umrissene) neurobiologische Perspektive setzt medizinische Rehabilitationsbehandlung sowohl auf die Reduzierung der durch die Betäubungsmittelexposition entstehenden diesbezüglichen Risiken durch Aufbau und Aufrechterhaltung der Abstinenz und in der Bedeutung gleichermaßen auf die Neuroplastizität des Gehirns worunter sich, um in obigem Bild zu bleiben, das ‚Anlegen und Austreten neuer Pfade‘ vorgestellt werden kann.

Psychoedukativen Angeboten kommt unter dieser Sichtweise eine ganz besondere Bedeutung zu. Sie bestehen in spezifischer Weise in Angeboten zur Krankheitsinformation, Krankheitseinsicht und -verständnis, aber auch im Aufbau von Skills zur Verbesserung kognitiver Funktionen und Leistungsfähigkeit, zum Cravingerkennen und -bewältigung, zur Emotions- und Spannungsregulierung und zu Selfmanagementmethoden bzgl. der Selbst- und Verhaltenssteuerung. Aber auch Angebote zur Erarbeitung von Akzeptanz von erlebten Beeinträchtigungen, gleichermaßen wie das Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten und der Aufbau von Möglichkeiten zur Verbesserung der Teilhabeziele sind hier zu unterstreichen.

Für das Rehabilitationsgeschehen leitet sich demnach das Erfordernis eines ‚veränderungsfreundlichen‘ und beruhigten Behandlungsmilieus ab, charakterisiert durch Verstärkung, Ressourcenaktivierung und motivationaler Unterstützung und Stärkung, genauso wie die von Grawe im Rahmen seiner Neuropsychotherapie begründeten Wirkfaktoren der Problemaktualisierung und schrittweiser Aufbau gezielter Bewältigungsstrategien und -fähigkeiten.

Psychologische Faktoren, lerntheoretische und kognitionspsychologische Modelle

Unter den psychologischen Ätiologievorstellungen dominieren hinsichtlich des aktuellen Forschungsstandes lern- und kognitionstheoretische Konstrukte und tiefenpsychologische

Erklärungsmodelle. Für die Fachklinik Tauwetter stehen hier lerntheoretische, kognitionspsychologische und systemtherapeutische Betrachtungen im Vordergrund.

Lerntheoretische Modelle:

In den aktuellen lerntheoretischen Erklärungsmodellen von Sucht finden sowohl sozial-interaktive und kognitive Aspekte, als auch auf operante Konditionierung bezogene Modellvorstellungen Beachtung. Im Folgenden soll dementsprechend auf das gerade hinsichtlich des sozialen Umgangs mit Betäubungsmitteln wichtige Modelllernen, weiter auf einen integrierten Ansatz zur operanten Konditionierung und schließlich auf kognitive Bedingungsfaktoren Bezug genommen werden. Damit sind bei weitem nicht alle ätiologisch relevanten Aspekte der Abhängigkeitsentwicklung aus verhaltenstherapeutischer bzw. lerntheoretischer Sicht angesprochen. Aufgrund der Vielzahl, der in der Literatur beschriebenen Erklärungsansätze, deren Diskussion ähnlich den verschiedenen Modellen der Tiefenpsychologie breiten Raum einnehmen würde, soll das Folgende als exemplarisch in vorhandener Vielfalt gelten und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

In Hinblick auf das Suchtverständnis ist lerntheoretisch die im Folgenden von Bühringer entwickelte ätiologische Vorstellung von Bedeutung.

Dieses Modell basiert auf den Prinzipien der klassischen und operanten Konditionierung und bezieht die pharmakologische Wirkung von psychoaktiven Substanzen mit ein. Zu Beginn stellt sich also zunächst die Frage, wie es überhaupt zu einem ersten initialen Konsum von Drogen kommt. Bühringer sieht hier vier Faktoren von Bedeutung:

- Drogen müssen verfügbar sein.
- Das Individuum weist eine hohe Integration in seiner Gleichaltrigengruppe auf.
- Das Individuum ist durch Gruppenkonformität beeinflussbar.
- Der Konsum von Drogen erfährt in seiner Gleichaltrigengruppe eine positive Bewertung und es besteht ein starkes Bedürfnis psychoaktive Substanzen zu konsumieren (Bühringer 1994).

Bühringer: „Der initiale Drogenkonsum hat häufig auf der pharmakologisch-physischen Ebene keine oder sogar negative Auswirkungen“ (Bühringer 1994). Es ist also davon auszugehen, dass die Weiterführung des Konsums, also eine erneute Zufuhr, durch eine Verstärkung zustande kommt. Unter einer Verstärkung verstehen wir dabei jeden Reiz, der zu einem Anstieg der Auftretenswahrscheinlichkeit einer Wirkreaktion führt, wenn dieser zu einer Situation hinzutritt (positive Verstärkung). Des Weiteren sind darunter Reize zu verstehen, die besagte Auftretenswahrscheinlichkeit erhöhen, wenn sie aus einer Situation herausgenommen werden (negative Verstärkung) (Bower & Hilgard 1983). Der in dieser Situation zum Tragen kommende positive Verstärker ist die soziale Zuwendung oder Anerkennung der Gleichaltrigengruppe, sowie die Wahrnehmung positiver Wirkungsqualität bei anderen Mitgliedern der Gruppe. Wird aufgrund dieser entstandenen Reiz-Reaktionsverbindung der Konsum fortgesetzt, dann werden auch, in Abhängigkeit zur Substanz und deren Pharmakodynamik, die entsprechenden subjektiv positiv erlebten Wirkungsweisen eintreten. Befindet sich nun zusätzlich das Individuum in

einer Lebenssituation, die durch Belastung, negative Affektlage, Stress oder Anstrengung gekennzeichnet ist, diese möglicherweise über längere Zeit anhält und subjektiv schwierig auflösbar erscheint, dann werden natürlich die jeweiligen Wirkungsqualitäten der Substanz besonders begrüßt und für positiv erlebt. „Somit entsteht eine erste operante Konditionierung mit diskriminativen Stimuli, ohne das bereits eine körperliche Abhängigkeit ausgebildet ist. Verschiedene soziale Situationen innerhalb der Bezugsgruppe, so wie unangenehme Empfindungen und Situationen, werden zum Hinweisreiz für Opiatkonsum, der wiederum durch die Beendigung der unangenehmen Situationen / Empfindungen und durch die positiven, sozialen und pharmakologischen Wirkungen der Droge verstärkt wird“ (Bühringer 1994). Bei fortgesetztem Konsum tritt, je nach konsumierter Substanz, die körperliche Abhängigkeit sukzessive hinzu. Klingt nun die Wirkung der Droge ohne deren erneute Zufuhr ab, kommt es zu einer physiologischen Inhomöostase mit letztlich voller Ausprägung des Entzugssyndroms. Auch auf dieser Ebene vollzieht sich die Herausbildung von zusätzlichen diskriminativen Stimuli für erneute Drogeneinnahme, begründet im Wahrnehmen der vegetativen Entzugssyndrome. Diese diskriminativen Stimuli werden wiederum verstärkt dadurch, dass bei erneuter Drogenzufuhr diese Entzugssymptomatiken verschwinden. Auch hier ist die Verstärkung, bedingt durch die Erlangung der ersehnten Drogenwirkung, positiver und gleichsam auch, durch die Wegnahme der quälenden Entzugssymptomatik, negativer Art. Über diese „raumfordernde“ Entwicklung diskriminativer Stimuli, die immer dort, wo Defizite im Verhaltens- und affektiven Bereich eines Individuums zum Tragen kommen entstehen, gerät zunehmend das gesamte Verhalten des Individuums unter die Kontrolle des Drogenkonsums. „Langfristig kann es zu einem totalen Zusammenbruch des üblichen alltäglichen Verhaltensrepertoires kommen, da einzig und alleine die Beseitigung der Entzugserscheinungen durch erneuten Drogenkonsum im Vordergrund steht“ (Bühringer 1994). Nach Bühringer werden zudem im Zusammenhang mit dem nach Ausbleiben der Drogenzuführung entstehenden Stoffwechselfmangel (z.B. keine Opiode an den entsprechenden Rezeptoren), ursprünglich neutrale innere und externe Stimuli im Laufe der Zeit zu konditionierten Auslösern für konditionierte Entzugserscheinungen. Damit wird der Rückfall in diesem Modell dahingehend erklärt, dass diese konditionierten Entzugserscheinungen (also Symptomatiken, die nicht direkt auf zuvor zugeführte Drogen zurückgehen) wiederum diskriminative Stimuli zu erneutem Drogenkonsum, mit der Absicht der Beseitigung der negativen Empfindungen, darstellen. Aktuell nicht konsumierende Patienten berichten öfters von ‚spontanen‘ Zuständen des „Suchtdrucks“, also Craving, das auf diese konditionierten Auslöser zurückgehen kann.

Für Exploration und Therapieplanung leitet Bühringer aus diesem Modell folgende Aspekte ab:

- „Die individuellen konditionierten Auslöser des Drogenkonsums (sowohl konditionierte Stimuli, wie diskriminative Stimuli), müssen im Einzelnen erfasst, und in ihrer Auslöserfunktion möglichst beseitigt werden.
- Die erlebten positiven Konsequenzen des Drogenkonsums müssen erfasst und in ihrer Wertigkeit durch geeignete Maßnahmen abgebaut werden, bis sie zumindest die negativen Konsequenzen in der subjektiven Beurteilung nicht mehr übertreffen.

- Das allgemeine Verhaltensrepertoire muss analysiert und individuell so verbessert werden, dass die damit erzielte Befriedigung möglichst so intensiv erlebt wird, wie die Befriedigung durch den früheren Drogenkonsum“ (Bühringer 1994).

Aus **kognitionspsychologischer Sicht** spielen hinsichtlich Suchterkrankungen vier zentrale Prozesse eine Rolle (Beck et al. 1993):

Selbstwirksamkeit, Wirkungserwartungen, Kausalattributionen und Entscheidungsprozesse.

Die **Selbstwirksamkeitserwartung** beschreibt in ihrem Kern die Einschätzung eines Individuums, in Hinblick auf sich selbst, mit Situationen und eigenen Empfindungen umgehen zu können (Senf & Broda 2000). Bei einem hohen Maß an Selbstwirksamkeitsüberzeugung wird das Individuum von sich annehmen, Situationen beeinflussen zu können, und auch über eine Steuerungsmöglichkeit eigenen Empfindungen gegenüber zu verfügen. Unter diesem Aspekt würde also eine Auffassung dahingehend vorliegen, Suchtmittel ablehnen zu können oder zumindest in der Lage zu sein, einen Konsum zu kontrollieren. Die geringe Selbstwirksamkeit dagegen bezeichnet eher ein Ausgeliefertsein gegenüber dem Suchtmittel oder auch die Überzeugung, bestimmte oder auch tägliche Anforderungen nicht ohne einen Konsum zu überstehen. Weitergehend wird angenommen, dass sich Selbstwirksamkeit durch Abstinenz erhöht, z.B. dadurch, dass Personen „zu der Überzeugung gelangen, dass ihre Selbstachtung offensichtlich stärker ist, als ihr Wunsch ‚high‘ zu sein“ (Beck et al. 1993).

Unter der **Wirkungserwartung** sind die Einschätzungen zu verstehen, die sich auf die Auswirkungen einer durch das Individuum vollzogenen oder geplanten Handlung bzw. Aktivität beziehen. Hinsichtlich des Konsums von Suchtmitteln sind also all die Erwartungen von Bedeutung, die die spezifischen Wirkungsweisen von psychoaktiven Substanzen und deren Einnahme betreffen. Aber auch genauso sind die Erwartungen darunter zu verstehen, die sich auf Verhalten und Handlungen im Beschaffungsprozess beziehen.

Wie im Modell von Bühringer beschrieben wird sich eine derartige Wirkungserwartung auch hinsichtlich des Wunsches nach sozialer Integration und Anerkennung in der Gleichaltrigengruppe durch Besitz, Handeltreiben und Konsum von Drogen, ergeben. Das Ausmaß der positiven Wirkungserwartungen im Vergleich zu den Negativen hat ausschlaggebenden Charakter hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines initialen oder fortgesetzten Konsums. Interessant unter dieser Perspektive erscheint, dass die realistische und gleichsam negative Wirkungserwartung von drohender Strafverfolgung kein so starkes Gewicht besitzt, dass sie einen initialen oder fortgesetzten Konsum verhindern könnte.

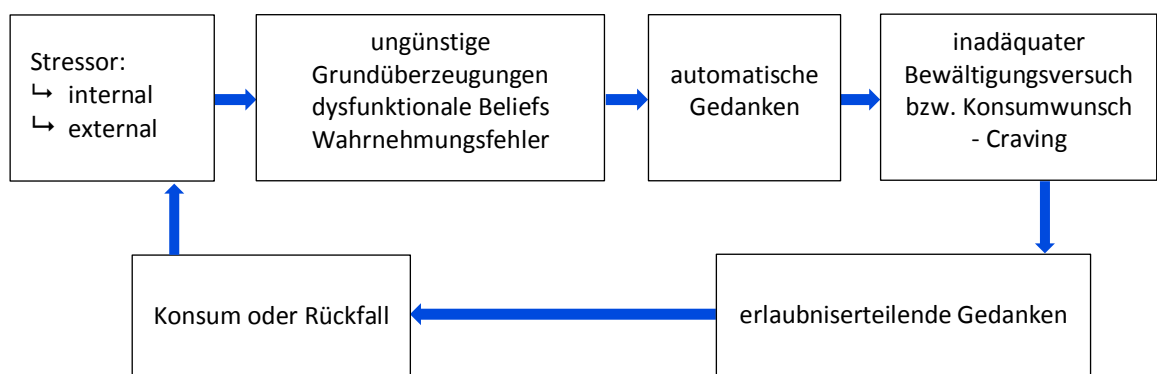
Ein dritter in diesem Zusammenhang wichtiger kognitiver Prozess liegt in den **Kausalattributionen**. Wir unterscheiden hierbei, Ursachenzuschreibungen von Personen auf sich selbst bezogen (internal), nach außen gerichtet (external), zeitlich begrenzt oder dauerhafter Natur (instabil versus stabil), sowie im Umfang begrenzt oder umfassend (spezifisch versus global). Die Vorstellung, der eigene Konsum von Betäubungsmittel ist von Außenfaktoren verursacht (z. B. durch die Leistungsgesellschaft), und im Leben nicht mehr kontrollierbar (es gibt keine Heilung) und präge dabei alle Bereiche des Lebens,

käme also einer externalen, stabilen und globalen Attributionen gleich. Zu beobachten ist z.B., dass Konsumenten mit hohen depressiven Anteilen die hierfür typischen Misserfolgsattributionen (internal, stabil und global) aufweisen. Dagegen wird eine positive Erfahrung externalen, instabilen und spezifischen Faktoren zugeschrieben (Herkner 1991). Überdurchschnittlich häufig findet der Verfasser in der Aufnahmesituation bei Angehörigen und Patienten externale, globale und (zumindest bei den Familienangehörigen) stabile Kausalattributionen für den Drogenkonsum vor.

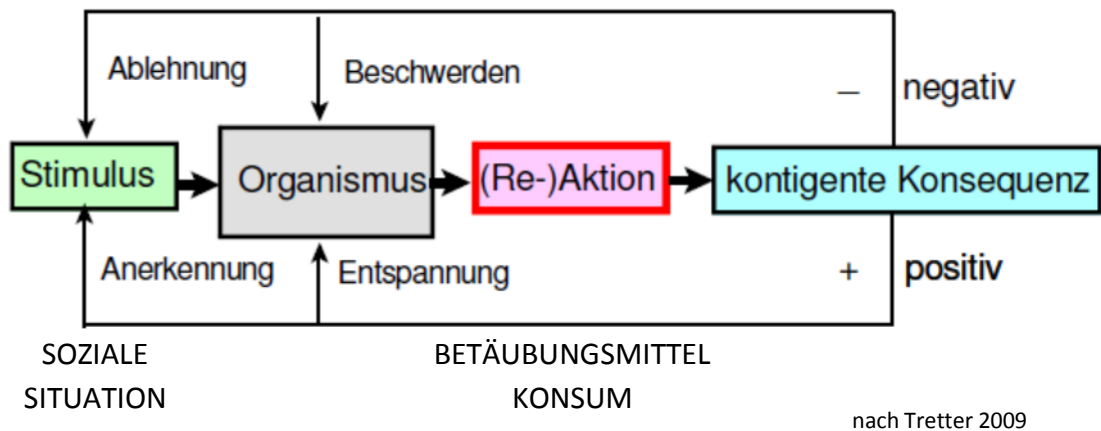
Ein vierter Prozess erklärt den Suchtmittelkonsum als einen **kognitiven Entscheidungsprozess**, der das Ergebnis vieler einzelner Entscheidungen darstellt. Je nach dem mit einer Entscheidung verbundenen Risiko, hinsichtlich eines beginnenden oder fortgesetzten Substanzkonsums, steigt oder fällt auch dessen Wahrscheinlichkeit. Die potentielle Entscheidung einer abhängigen, aber abstinent lebenden Person, als Barkeeper in einem Nachtlokal einer Großstadt zu arbeiten, ist mit für diese Person spezifischen Risiken verbunden (hoher sozialer Konsumzwang von Alkohol evtl. Kokain etc.). Werden nun diese Implikationen ignoriert, und die Arbeit angenommen, ist das Risiko für einen erneuten Konsum hoch (Marlatt 1985).

In der Zusammenschau lernpsychologischer und kognitionspsychologischer Modelle zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und den daraus abzuleitenden Handlungsansätzen in medizinischer Rehabilitationsbehandlung dominieren das kognitions-therapeutische Modell nach Beck und das SORKC-Modell.

Innerhalb kognitionstherapeutischer Modellvorstellungen bei der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen geht man von internalen und externalen Stimuli bzw. Stressoren aus, die auf der Basis dysfunktionaler Überzeugungen, Bewertungsstrukturen und Wahrnehmungsdeformationen zu automatischen, als Selbstverständlichkeit erlebten, Gedanken führen wie z.B. die externale Kontrolle und Regulation von Gefühlen und darüber zu inadäquaten Bewältigungsversuchen die zu dementsprechendem Verhalten führen:



Das SORKC-Modell basiert hingegen im Wesentlichen auf dem Prinzip des Kontingenzlernens im Zusammenwirken von **Stimulus**, **Organismusvariable**, **Reaktion** und kontingenter **Consequenz**, kurz verdeutlicht durch folgende Graphik:



Die funktionale Bedingungsanalyse von Abhängigkeitserkrankungen stellt sich nach dem SORKC-Modell wie folgt dar:

S-O-R-K-C	Konsum psychotroper Substanzen
Stimulus dem Konsumverhalten vorausgehende internale und externale, diskriminative, einschließlich antizipatorische Reizsituationen	external: alle mit dem Betäubungsmittelkonsum assoziierten örtlichen und zeitlichen - wie Räumlichkeiten, Treffpunkte, Tageszeiten - sowie sensorische - wie Filme, Musik - Reizsituationen, alle mit dem Betäubungsmittelkonsum assoziierten sozialen Reizsituationen - wie Peers, subkulturelle Erfahrungen, Lebenswelten und Identitäten internal: alle mit dem Betäubungsmittelkonsum assoziierten positiven und negativen Kognitionen („Ich bin ein Versager“), körperlichen insb. psychovegetativen Zuständen (z.B. Craving), negativen Emotionen (z.B. soziale Ängste) sowie positiven Wirkungserwartungen („mit XTC fühle ich mich unverletzbar“)
Organismusvariable organismische und physiologische Körperfunktionen und -strukturen, sowie psychologische Bedingungen des Individuums	hereditäre Vorbelastung hinsichtlich Sucht und psychischer Erkrankungen, psycho-physiologische und emotionale Labilität, hohe Stressregiabilität, Neurotizismus, neuropsychologische Veränderungen durch frühe Diskontinuitätserfahrungen, verwahrlosende Entwicklungsbedingungen und Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, Craving und vegetatives Entzugssyndrom
Reaktion physiologisch, kognitiv, emotional, behavioral	emotionale Einengung auf negative Gefühle und Kognitionen, psychovegetative und psychomotorische Veränderung (z.B. Unruhe, Tremor), gesteigerter Antrieb vs. Asthenie, kognitive Dominanz antizipierter Wirkungserwartungen, Kompensation internaler und sozialer Inhomöostase durch Betäubungsmittelkonsum
Kontingenz zeitliche Folge der Bedingungen und Konsequenzen örtlich und zeitlich kontinuierlich vs. intermittierend Kontiguität: direkt	Unmittelbarkeit der Betäubungsmittelapplikation, unmittelbares Einsetzen der erwarteten Betäubungsmittelwirkung, Ausprägung eines örtlich und zeitlich kontingenten Konsummusters mit steigender Tendenz bis hin zu hochrisikohaftem Konsum
Consequenz Konsequenzen und Lerneffekte des Patienten, kurzfristig vs. langfristig	positive Verstärkung (C+) – z.B. erwünschte Betäubungsmittelwirkung, soziale Zuwendung der spezifischen Subkultur negative Verstärkung (C-) – z.B. Wegfall bzw. Minderung negativer emotionaler und physiologischer Empfindungen Bestrafung Typ 1 (C \nearrow) – z.B. zeitnahe juristische Konsequenzen Bestrafung Typ 2 (C \searrow) – z.B. Entzug der subkulturellen Anerkennung

Lern- und kognitionstheoretische Persönlichkeitstheorien in ihrer Relevanz für das Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen implizieren eine Reihe von kognitions- bzw. verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden, die zu den evidenzbasierten Therapieverfahren gezählt werden können und im Kernelement der psychotherapeutischen Versorgung in der Fachklinik Tauwetter zur Anwendung kommen.

Sozialwissenschaftliche Bedingungsfaktoren

Die Bedeutung von sozialen und soziokulturellen Bedingungen für Herausbildung, Phänomenologie und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen ist durch sozialwissenschaftliche Forschung evident. Der Mensch als aktiv reizverarbeitendes Wesen verarbeitet seine soziale Umgebung adaptiv, er ist bemüht sich anzupassen, sich zu orientieren und zurechtzufinden und soziale Anforderungen zu bewältigen. Nachweislich ist ein frühes Derangieren des sozialen Umfelds ein starker Prädiktor für die Auftretenswahrscheinlichkeit späterer delinquenter Verhaltensweisen verbunden mit dem Konsum von psychotropen Substanzen.

In der sozialwissenschaftlichen Forschung werden häufig die sozialen Bedingungen des personellen sozialen Nahraums und der gesellschaftlichen Umwelt unterschieden. Beide haben bedeutsamen Einfluss auf Begünstigung, Erlernen und den Umgang mit psychotropen Substanzen. Schon die lang zurückliegende ‚Suchttriade‘ charakterisiert dieses Spannungsfeld.

Die primäre und damit prägendste soziale Nahraumerfahrung stellt für den Menschen natürlich die Familie mit den primären Sozialisationsfiguren dar. Später gewinnen zunehmend die Peereinflüsse an Bedeutung. Als aufschlussreich kann, mit Blick auf die sozialen Nahraumerfahrungen eines Menschen in Bezug auf Erleben von und Erlernens des Umgangs mit psychotrop wirkenden Substanzen, der sozialinteraktive Ansatz des Modelllernens gelten.

Dieser Ansatz geht auf A. Bandura zurück und „beinhaltet die beobachtbare Tatsache, dass Menschen (...) in zum Teil sehr rascher und effizienter Weise in der Lage sind, komplexes Verhalten von anderen Personen zu beobachten, nachzuahmen und im eigenen Verhaltensrepertoire zu stabilisieren.“ (Senf & Broda 2000). Besinnt man sich auf die Ergebnisse epidemiologischer Betrachtungen, so wird die Bedeutung des Ansatzes des Imitationslernens für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankung deutlich: Beobachtung und Wahrnehmung des Gebrauches von psychoaktiven Substanzen ist alltäglich und nicht zu umgehen. Dies betrifft den Konsum von Wein oder Bier in der Familie als Ritual, wie auch als Instrument der Entspannung und des „Abschaltens“. Auf dem Weg zur Schule oder zur Arbeit, im Kino und beim abendlichen Spielfilm vermitteln sich uns auf Werbeträgern Menschen mit attraktiven Attributen, wie Schönheit, Intelligenz, Stressresistenz, mit jeder Form von Alkohol oder anderen Genussstoffen. Wir bekommen vorgelebt, gilt es Schmerz schnell abzuschalten, vegetative Symptomaten zu dämpfen, mit Hilfe einer Vielzahl von angepriesenen Medikamenten. Im Modellernen Banduras werden soziale und interpersonale Faktoren mit einbezogen und kognitive Prozesse angesprochen. Dies sind im Überblick Prozesse der Aufmerksamkeit, die die Wahrnehmung und die Selektion von Reizen durch den Beobachtenden umfassen. Hier

spielen die Merkmale des Modells (z.B. Attraktivität), als auch emotionale und motivationale Voraussetzungen (z.B. Interesse) beim Beobachter eine Rolle. Da die Nachahmung in aller Regel nicht unmittelbar nach Darbietung erfolgt, sind zudem kognitive Prozesse der Speicherung nötig. Es wird nur das gespeichert, was auch in der Bedürfnislage des Beobachters Bedeutung besitzt. Weiter sind für das Nachahmen Reproduktionsprozesse notwendig, d.h. es müssen kognitive und physische Voraussetzungen gegeben sein, um die beobachteten Verhaltensweisen überhaupt reproduzieren zu können. Das Beobachten einer artistischen Leistung und der Wunsch dieses auch können zu wollen, lässt das Verhalten noch nicht reproduzieren (Bower & Hilgard 1984). Es lassen sich also zwei Prozesse grundlegender Bedeutung unterscheiden: Der Prozess der Übernahme von beobachtenden Inhalten, also der Prozess des Lernens (Learning), des Weiteren der Prozess der Wiedergabe (Performanz), bei dem das beobachtete und gelernte Verhalten gezeigt wird. Hinsichtlich dieses Prozesses kommt Belohnung und Belohnungserwartung eine wichtige Bedeutung zu. An diesen beiden Prozessen des „Learning“ und der „Performanz“ wird die Verbindung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen am Deutlichsten. In unzähligen Situationen beobachtet das Individuum seit der Kindheit an den verschiedensten Modellen den Gebrauch dieser Substanzen und die sozialen Kontexte, in denen dieser stattfindet: z.B. hohe Dosen an Alkohol in Zusammenhang mit Konfliktsituationen, Belastungen oder des Vergessen-Wollens, Analgetika im Kontext mit dem abendlichen Spannungskopfschmerz, Sedativa um einschlafen zu können. Ebenso dienen Amphetamine oder Psychostimulanzien zur Vorbereitung oder Absolvieren schwerer Prüfungen. Diese Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum einerseits und situativen Kontext andererseits werden gespeichert und damit strukturell angelegt. Sie stellen damit ein latent vorhandenes Gebrauchsmuster dar, welches sich später aktualisieren und aktivieren kann. Dies passiert umso mehr, je wichtiger, attraktiver etc. die Modellpersonen für das beobachtende Individuum waren. In unserem Zusammenhang wären das insbesondere die Erziehungspersonen in und außerhalb der Familie, aber auch die Mitglieder der Gleichaltrigengruppe.

Die Performance dieses angeeigneten Verhaltens hängt nun im Wesentlichen davon ab, welche Verstärkungsqualitäten erwartet werden für den Fall, dass das entsprechende Verhalten gezeigt wird. So eine Verstärkungsqualität kann unter anderem in sozialer Anerkennung bestehen. Der Alkoholkonsum nach der Schule bringt die gewünschte Integration in eine Clique, oder die Anerkennung des Vaters gegenüber dem heranwachsenden Sohn, wenn dieser am dörflichen Stammtisch eine gewisse Dosis an Alkohol verträgt. Durch das regelmäßige Erleben dieser Verstärkungsqualitäten wird das erlernte Verhalten immer wieder gezeigt, womit sich feste Muster von Reiz-Reaktions-Verbindungen herausbilden.

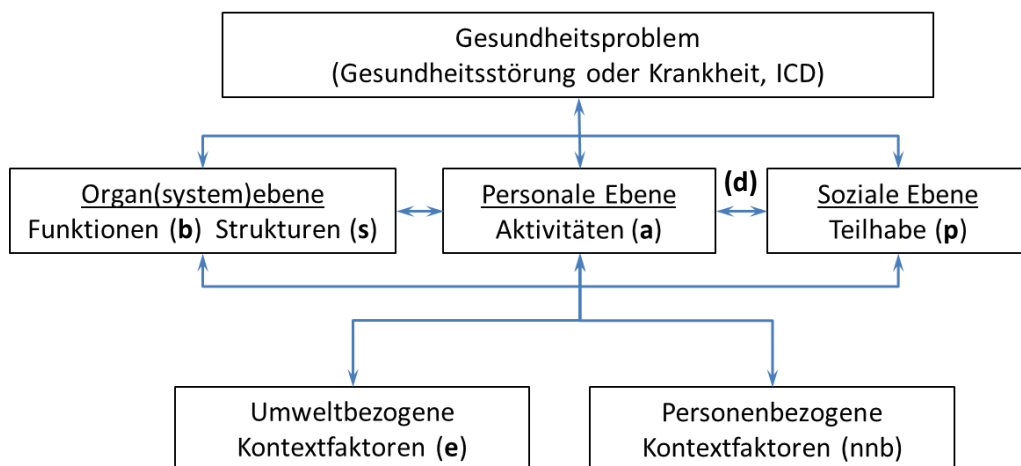
Weitere wichtige Einflussfaktoren des sozialen Nahraumes von Abhängigkeitserkrankungen bestehen in weitergehenden überfordernden Familienbedingungen, in denen Entwicklungs- und Erziehungsbedürfnisse nicht in ausreichendem Maße entsprochen werden und darüber hinaus bindungstraumatischen Erfahrungen, Gewalt- und Übergriffserfahrungen vorkommen. Ein Defizit an kontinuierlichen, supportiven und korrektiven Beziehungen, frühe Integration in maligne Peer Groups, randständige Modelle sowie schulische Misserfolgserfahrungen und dementsprechende Belastungen stellen riskante Entwicklungsbedingungen dar.

In der gesellschaftlichen Umwelt findet diese Entwicklung eine Resonanz, die durch Mangel an Zukunftsperspektiven, repressiver sozialer Kontrolle, Bildungsferne und unbewältigte Leistungen und Konkurrenzsituationen gekennzeichnet sind. Oberflächliche Beziehungen oder Isolation, oppositionelle Qualität zu bestehenden Werten und Normen und ein häufig generalisiertes Insuffizienzerleben ist in dieser Entwicklung implizit. Häufig verbleiben diese Menschen im Migrationsmilieu oder auch subkulturellen Milieu, sie haben geringe Einkommenschancen und ausgesprochene Schwierigkeiten sich im gesellschaftlichen Wandel und gesellschaftlicher Komplexität zurechtzufinden, zunehmende Entfremdungsqualitäten sind die Folge. In der Wechselwirkung mit frühen Konsumanreizen, gesellschaftliche Idealisierung von Schönheit, Stärke, Unverletzlichkeit und Macht prägen sich Kompensationsmechanismen aus, die den Konsum psychotroper Substanzen ausgesprochen begünstigen und positiv verstärken:

Insuffizienzerleben, Demütigungserfahrungen, Kränkungen und zunehmende Entfremdung sowie deren negativen psychischen Folgen werden durch die Wirkungserfahrung des Betäubungsmittels nicht mehr erlebbar und die narzisstischen Bedürfnisse external reguliert. Das Drogenmilieu verspricht Anerkennung und Position im subkulturellen Milieu, der Anschluss an randständige Peer Groups überdeckt die eigentlich vorhandene Beziehungslosigkeit. Nicht zuletzt kann durch Drogenverkauf und Handel treiben mit Betäubungsmittel auch ein Einkommen erzielt werden.

Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell

Oben dargestelltes mehrdimensionales Krankheitsverständnis charakterisiert eine multifaktorielle bio-psycho-soziale Perspektive. Diese Perspektive ermöglicht es, die Auswirkungen, also die Folgen der Abhängigkeitserkrankung und damit assoziierter Bilder auf die funktionale Gesundheit hin zu beschreiben. Unter dieser bio-psycho-sozialen Vorstellung verbleibt damit die Erkrankung eines Menschen nicht Attribut des Individuums. Die funktionale Gesundheit, also der Grad von Teilhabe und Partizipation eines Menschen am gesellschaftlichen Leben, wird vielmehr als Attribut protektiver oder beeinträchtigter Person-Umwelt-Interaktion verstanden.



In der ICF, die auf dieser bio-psycho-sozialen Krankheitsvorstellung basiert, können damit umfassend die realen Lebensbedingungen eines Menschen abgebildet werden.

Medizinische Rehabilitationsbehandlung zielt, wie eingangs dargestellt, auf die möglichst weitgehende Wiederherstellung von Teilhabe, Erwerbstätigkeit und damit Partizipation am gesellschaftlichen Leben ab. Mit der Möglichkeit in der ICF die Erschwernis- und Hinderungsgründe für diesen Prozess abbilden zu können, ist die Grundlage gegeben Teilhabeerfordernisse im Rehabilitationsprozess systematisch anzugehen und Barrieren zu mindern und somit wichtige übergreifende Rehabilitationsziele anzuvisieren:

- Erhöhung des Grades an Aktivität und Partizipation am gesellschaftlichen Leben
- Berufliche Wiedereingliederung und Befähigung zum selbständigen Lebensvollzug
- Maximierung personaler Ressourcen und Minimierung der pathogenen Bedingungen
- Ausbau und Förderung protektiver Kontextfaktoren
- Reduzierung hemmender Kontextfaktoren
- Abwendung von chronischen Krankheitsentwicklungen oder von Behinderung
- integrierter Lebensvollzug durch die Möglichkeit eigener Erwerbstätigkeit
- Aufbau, Erweiterung und Stabilisierung von Bewältigungsstrategien
- Selbststeuerungsfähigkeiten und durch Erhöhung des Kompensationsrepertoires und -potentials eine verbesserte Resilienz.

Die grundlegende Voraussetzung damit übergreifende Rehabilitationsziele im konkreten rehabilitatorischen Handeln angestrebt werden können, ist aus unserer Sicht in folgendem Dreischritt zu sehen:

1. Grundstabilisierung des Patienten
2. Über den gesamten Behandlungsverlauf angelegte Motivationsarbeit zum Aufbau eines Abstinenzwunsches und einer Abstinenzmotivation verbunden mit spezifischen Angeboten zu den unterschiedlichen motivationalen Stadien nach Prochaska di Clemente innerhalb der Suchttherapie
3. Aufbau und Stabilisierung von Copingstrategien, Skills und Kompensationsmöglichkeiten zur Ermöglichung einer nachhaltigen Abstinenz

Medizinische Rehabilitationsleistungen sind an persönliche Voraussetzungen des Rehabilitanden gebunden, die selbstverständlich auch die Voraussetzung für die Versorgung in der Fachklinik Tauwetter darstellen.

Wir zitieren hierzu aus der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom 19. Juni 2009.

Rehabilitationsbedürftigkeit:

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und

- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.
- Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Rehabilitationsfähigkeit:

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzen.

Rehabilitationsprognose:

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Die Indikationen für die medizinische Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Tauwetter sind nachgehend genannte Abhängigkeitssyndrome nach ICD 10:

Primär Diagnosen

F11 - F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, inkl.:

- . 2 Abhängigkeitssyndrom
- . 5 Psychotische Störung
- . 7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- . 8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- . 9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

F11.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Opiode

F12.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Cannabinoide

F13.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Sedativa oder Hypnotika

F14.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Kokain

F15.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Amphetamine/ Amphetaminderivate

F16.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Halluzinogene

F18.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. flüchtige Lösungsmittel

F19.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. multiplen Substanzgebrauch

Folgende komorbide Bilder werden bei uns mit integrierter Strategie mitbehandelt:

- F07.9 Organisches Psychosyndrom n.n.b.
- F2x.x Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3x.x Affektive Störungen
- F4x.x Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5x.x Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6x.x Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
(inkl. F63.0 pathologischer Computerspiel- und Internetgebrauch)
- F90.x Hyperkinetische Störungen

Zusatzindikationen:

- F10.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Alkohol
- F17.x Psychische- u. Verhaltensstörungen d. Tabak

Somatische Zusatzdiagnosen, die unter anderem in Kooperation mitbehandelt werden:

- B18.x chronische Virushepatitis
- B24 HIV-Krankheit n.n.b.
- E10.9 Diabetes Mellitus

Als Kontraindikationen gelten:

- F10.0 - F19.0 akute Intoxikation
- F23.x akute psychotische Störungen
- R45.8 akute Suizidalität, die eine geschützte akutpsychiatrische Versorgung erfordert
- F71.x-F73.x mittelgradige bis schwerste Intelligenzminderung, da hier eine Partizipation am Rehabilitationsprozess nicht erwartet werden kann.
- F00-F06 organische psychische Störungen, die eine Partizipation am Rehabilitationsprozess ausschließt
- F53.x Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett
- F63.1 pathologische Brandstiftung

Die Fachklinik arbeitet mit einem genderspezifischen Ansatz und bezieht Männer wie Frauen gleichermaßen, in einer Altersgruppe von 18 bis 35 Jahren, mit ein. Darüber hinaus sind Einzelfallentscheidungen möglich.

Die Fachklinik Tauwetter arbeitet wie dargestellt auf der Basis der Modellvorstellungen der ICF.

Für die in der Einrichtung behandelten Krankheitsbilder wurde ein Coreset erstellt aus dem häufige und/oder typische Beeinträchtigungen unterschiedlicher Schweregrade aus den Domänen der Körperfunktionen und -strukturen der Aktivitäten und der Teilhabe und der Kontextfaktoren hervorgehen. Diese sind der Anlage zu entnehmen.

Die Voraussetzungen für eine Aufnahme in der Fachklinik Tauwetter bestehen in einer:

- abgeschlossenen Entzugsbehandlung bzw. kein diesbezügliches Erfordernis und somit Betäubungsmittelfreiheit am Aufnahmetag
- gültige Leistungszusage

4.3 Rehabilitationsziele und Behandlungsstrategien

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Tauwetter ist auf Nachhaltigkeit ausgelegt. Der Verbleib im Behandlungsmilieu mit regulärer Beendigung, eine möglichst langanhaltende Aufrechterhaltung der Btm-Abstinenz, der Aufbau einer suchtmittelfreien Umgebung, stabiles und befriedigendes Arbeitsverhältnis, gesicherte Wohnverhältnisse und eine elaborierte Umgebung (Freizeitinteressen, Kultur, Natur, Sport, etc.) und nicht zuletzt eine adäquate Weiterbehandlung stellen den (wenn auch wenigen) Longitudinalstudien zur Folge, zentrale Prädiktoren für eine partizipierende und integrierte Lebensgestaltung dar.

Dieser Erkenntnis entsprechend gestalten sich übergeordnete Therapieziele in unserem Behandlungsgeschehen:

- Verbesserung, Linderung oder Bewältigung primärer und/oder sekundärer körperlicher sowie psychischer Beeinträchtigungen, Störungen oder Erkrankungen durch konsequente und nachgehende suchtmittelmedizinische und suchtpsychologische, psychotherapeutische Versorgung
- Aufbau von Betäubungsmittelabstinenz
- Motivierung zur Aufrechterhaltung und Stärkung der Abstinenzbereitschaft durch eine konsequent kontrolliertes betäubungsmittelfreies Behandlungsmilieu als Grundvoraussetzung für die
- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbstätigkeit durch sukzessive konsequente Steigerung des Funktionsniveaus mit Hilfe der Angebote im Bereich Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Sport und Bewegung unter Monitoring der Teilnahme- und Aktivitätssteigerung
- Elaborierung der Lebensgestaltung durch Prozesse der Interessensfindung, Anleitung und Motivierung zu Kultur, Sport und Bewegung
- Verbesserung des Grades von Partizipation und gesellschaftlicher Teilhabe durch Begleitung im Aufbau drogenfreier sozialer Kontakte, reflexive Begleitung bei Aufbau von Freizeitinteressen und Außenorientierung
- Motivierung und Aufbau von Bereitschaft und Fähigkeiten eines selbstbestimmten und unabhängigen Lebensvollzugs durch Hilfen und Förderungen bei Findung, Erlangung und Aufnahme abhängiger Beschäftigungsverhältnisse.
- Nicht zuletzt Sicherung der Nachhaltigkeit eines positiven Rehabilitationsergebnisses durch Motivierung zu und Aufnahme von adäquaten und indizierten Weiterbehandlungsmöglichkeiten in Hinblick auf medizinische Adaptionsbehandlung, Nachsorge, Kontakte zu Beratungs- und Behandlungsstellen, arbeits- und berufsbetreuende Angebote, Selbsthilfegruppen

Jede systematische Rehabilitationsplanung nach dem ICF-Modell und dem Rehabcycle (siehe Rehabilitationsplanung) sieht den Patienten beim Prozess der Findung von Therapiezielen als auch in der Evaluation als Active Player. So sind die konkreten auf die Persönlichkeit und das Krankheitsbild abgestimmten Behandlungs(-teil)ziele Ergebnis des Dialoges, auch des Disputings zwischen Patient und Therapeut im jeweiligen Therapie-segment der Rehabilitation, also innerhalb Arbeits- oder Sporttherapeut, Bezugstherapeut, Psychologe oder Arzt. Nur diese Ebenenbetrachtung im Prozess der

individuellen Behandlungszielgestaltung gewährleistet einen differenzierten und individualisierten 'Pool' an relevanten Behandlungszielen, bereitet die therapeutische Diskussion nach der SMART-Regel in der interdisziplinären Rehabilitationsbesprechung vor und erhöht zudem wesentlich die Compliance des Patienten zum gesamten Rehabilitationsgeschehen in allen Facetten und Angeboten.

Die weitere Differenzierung dieser übergreifenden Rehabilitationsziele lässt sich anhand der Domänen der ICF darstellen.

Domäne der Körperfunktionen, Körperstrukturen:

- Aufbau und Förderung von Krankheitseinsicht, Problemzugang und Behandlungsbereitschaft erfolgt anhand verhaltensmedizinischer und psycho-educativer Angebote in unserer Fachklinik mit dem Ziel der Stärkung der Compliance sowie der Absprache- und Bündnisfähigkeit.
- Motivierung zu und Aufrechterhaltung von Betäubungsmittelabstinenz und Distanzierung erfolgt durch eine konsequente, über die Behandlungszeit hinweg angelegte Motivationsbehandlung, die sich in Foki und Strategien aus dem Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente ableitet.
- Aufbau und Einübung von Bewältigungsstrategien und Kompensationsmöglichkeiten in Hinblick auf die Krankheitsbewältigung und -beeinflussung durch kontinuierliche ärztliche und psychologische Psychotherapie durch Vermittlung und Einübung von Selbstmanagementmethoden aus der kognitiven Verhaltenstherapie.
- Aufbau von Fähigkeiten zur Stressregulation, Anspannungs- und Entspannungsrhythmik und Fähigkeiten zu Krisenbewältigung als Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung unter Einbindung von Entspannungsverfahren.
- Veränderung der Einstellungskomplexe zur körperlichen und psychischen Gesundheit durch psychoedukative Angebote zum Aufbau von Gesundheitsverhalten, dem Erkennen von Ressourcen und Risiken und deren alltags-, arbeits- und berufsbezogene Umsetzung.

Domäne Aktivitäten:

- Förderung von Beziehungsfähigkeit, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, Konfliktfähigkeit, -repertoire durch diesbezügliche Steuerung und Beeinflussung der unterschiedlichen gruppenspezifischen Prozesse im Behandlungsmilieu als multipersonaler Raum.
- Förderung und Stärkung der verschiedenen Toleranzen (Frustrationstoleranz, Ambiguitätstoleranz, Konflikttoleranzen, Rollentoleranz und Hierarchietoleranzen) durch reflexive und thematische Auseinandersetzungen in den verschiedenen Therapieangeboten, insbesondere im Bereich der Arbeitstherapie in Hinblick auf die Anforderungen im Arbeitsprozess.
- Förderung der körperlichen und psychischen Belastungsfähigkeit ausgerichtet an den Anforderungen der Erwerbstätigkeit durch kontinuierliches Monitoring und sukzessive Anhebung, immer angepasst an dem Gesundungsprozess des Patienten.

- Automatismenaufbau durch angeleitete Teilnahme an „Diensten“ zur Alltagsbewältigung (Körperpflege, Hygiene, Räumlichkeit, Wäsche, Kleidung, Nahrung etc.)
- Aufbau von Alltagsfähigkeiten (Einkaufen, öffentlicher Nahverkehr, Behördengänge etc.) durch die bezugstherapeutische Reflektion der Außenorientierung.
- Aufbau von Freizeitverhalten, Interessenfindung, Zugang zu Kultur, Natur und Sport bzw. Bewegung durch alltagsstrukturierende Hilfen, Sporttherapie und erlebnispädagogische Angebote, Wanderungen, Kunst- und Museumsbesuche.

Domäne Teilhabe:

- Teilhabe kostet Geld. Die Entwicklung eines gesunden Selbstwerterlebens korreliert positiv mit der Fähigkeit den eigenen Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen. Die grundlegende Aufgabe besteht also in der nachhaltigen Existenzsicherung des Rehabilitanden, in erster Linie durch den Aufbau von Arbeitsfähigkeiten, im Zusammenwirken von arbeitstherapeutischen und berufsbezogenen Interventionen und bezugstherapeutischer/ sozialdienstlicher Aktivität.
- Ausbildung von Fähigkeiten der Individualität und Bezogenheit in der Gruppe der Mitpatienten durch Konfrontation von Szene und subkultureller Muster und protektiver Gruppen- und Gemeinschaftserfahrungen im Behandlungsmilieu.
- Reduzierung der sozialen Atrophie durch Reaktivierung protektiver sozialer Kontakte.
- Wecken von Interesse und Neugier.
- Aufbau einer Repräsentanz, als Persönlichkeit Anteil am „Ganzen“ zu haben durch Aufbau von Verbindlichkeit im Klinikalltag und Zuverlässigkeit bei der Übernahme von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten.
- Aufbau von Partizipation am „sozialen Leben“ durch gezielte Außenorientierung und deren Reflektion im bezugstherapeutischen Prozess, Erschließung von Mobilität (öffentlicher Nahverkehr etc.).

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungszeit innerhalb der Rehabilitationsbehandlung ist in der Fachklinik Tauwetter individuell angelegt. Neben der in der Leistungszusage ausgewiesenen Behandlungsdauer hängt die Behandlungszeit natürlich von individuellen patientenbezogenen Parametern ab. Hierunter sind insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Zugang zur Abhängigkeitserkrankung, Problemempfinden und Leidensdruck, Grad der Abwehr des Krankheitsgeschehens
- Relation von intrinsischen und extrinsischen Motivationsanteilen
- Schwergrad des Zustandsbildes des Patienten hinsichtlich Allgemeinzustand, psychisches Zustandsbild, körperlicher Beeinträchtigungen und Erkrankungen, Ausmaß und Umfang der sekundären Suchtfolgen
- Grad der Reduziertheit der Persönlichkeit des Patienten und damit auch seiner Lebensgestaltung

- Bündnisfähigkeit und -bereitschaft, Integrationsfähigkeit in das Behandlungsmilieu
- Als wichtiger Mitfaktor erwähnenswert ist die Einsicht von Angehörigen oder wichtigen Peers zum Behandlungserfordernis des Patienten
- Ambivalenz der Therapiebereitschaft und nicht zuletzt Vorerfahrung in Betreuungskontexten, psychotherapeutische Behandlungen oder vorangegangene Rehabilitationsleistungen

Dialog und Disput über die Dauer der Behandlungszeit ist kontinuierlicher Bestandteil der Therapeut-Patient-Begegnung und wird grundsätzlich durch die Ergebnisse der Eingangs- und Prozessdiagnostik klinisch wie instrumentell geleitet. In der Fachklinik Tauwetter erfolgt dieser Prozess grundsätzlich durch Arzt oder Psychologe/Psychotherapeut unter Einbeziehung der interdisziplinären Rehabilitationsplanung.

Die Regelbehandlungszeit in der Fachklinik Tauwetter beträgt derzeit bei Erstbeantragung zwischen 22 und 26 Wochen. Für Stabilisierungs- und Kriseninterventionsbehandlungen, die der Wiederherstellung der Abstinenz dienen oder konsumantizipierende Lebensumbrüche bzw. Krisen oder Notlagen anbetreffen und zur Aufrechterhaltung des Partizipationsgrades und der Arbeitsfähigkeit dienen, sehen wir zwischen 4 - 8 Wochen vor. Bei Behandlungswiederholungen oder vorangegangenen Behandlungsabbrüchen empfiehlt sich aus unserer klinischen Erfahrung eine Behandlungszeit ab mind. 12 Wochen.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Rehabilitationsplanung in der Fachklinik Tauwetter ist am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und damit den Implikationen der ICF ausgerichtet. Grundsätzlich wird die Rehabilitationsplanung als handlungsverbindlich für alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Disziplinen angesehen. Die Rehabilitationsplanung ist individuell auf die Patientenpersönlichkeit und seinem Krankheitsgeschehen, dem Krankheitsverlauf sowie seinen Ressourcen und Risiken bezogen. Die ICF und die Erläuterungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) geben klare Richtlinien zur Rehabilitationsplanung vor, die in der Fachklinik Tauwetter umgesetzt sind.

Hierunter ist zu verstehen:

- In Rehabilitationsdiagnostik, Rehabilitationsplanung, Monitorisierung der Behandlungsziele und der Evaluierung des Behandlungsergebnisses wird der Patient als Aktive Player gesehen.
- Die Erfassung der für einen Rehabilitanden relevanten ICF-Items erfolgt über eine Präselektion (Coreset) durch alle Disziplinen der Fachklinik. Der in der Fachklinik Tauwetter zum Einsatz kommende Coreset bildet 98 Items der zweiten Ebene der ICF ab, dritte und vierte Ebene und Schweregradeinstufungen treten hinzu. (Der zum Einsatz kommende Coreset ist im Anhang ersichtlich)
- Jede Rehabilitationsplanung setzt einen interdisziplinär angelegten diagnostischen Prozess voraus. (Weiteres siehe Rehabilitationsdiagnostik)

- Die Rehabilitationsplanung in der Fachklinik Tauwetter erfolgt nach dem vorgegebenen Algorithmus, nämlich dem Rehabcycle, in dem der Patient im Mittelpunkt zu sehen ist. Dieser charakterisiert den grundlegenden, zirkulären und über die gesamte Zeitspanne des Rehaprozesses angelegten Rehabilitationsplanungsprozess. Defizite und Beeinträchtigungen, Schweregrade, Förder- und Barrierefaktoren werden in der ICF-Terminologie erfasst.



- Die Rehabilitationsbesprechung genügt einer festen Tagesordnung und festgelegter Strukturen des Feedbacks und der Rückkoppelung an den Rehabilitanden.
- Die Therapiezielfindung und Anlegung über den Rehabilitationsverlauf hinweg erfolgt entsprechend der SMART-Regel.

Dementsprechend erfolgt die Rehabilitationsplanung in der Fachklinik Tauwetter unter der Prämisse der Förderung von Aktivität und Teilhabe folgendem, über die gesamte Behandlungszeit hinweg angelegtem Prozess:

Zeitnah zur **Aufnahme** des Patienten werden Aufnahmebefunde, Screening- und Statusdiagnostik innerhalb der verschiedenen Disziplinen erfasst und in ICF-relevante Domänen und Kategorien umgesetzt. Innerhalb der ersten Behandlungswoche erfolgt eine initiale Rehabilitationszielfindung verbunden mit einer ersten Strukturierung des Rehabilitationsprozesses, also eine kurzfristige Planung der ersten Behandlungswochen in Hinblick auf Stabilisierung, Integration in das Behandlungsmilieu und dem Verlauf der Intakephase.

Eine weitere **mittelfristige Rehabilitationsplanung**, hierauf aufbauend, innerhalb der ersten vier Behandlungswochen erfasst Integration des Patienten in das individuelle Behandlungsmilieu, Resonanz und Compliance zu den unterschiedlichen Therapieleistungen der verschiedenen Rehabilitationssegmente und nimmt erste Modifikationen hinsichtlich der Behandlungsplanung vor. In einem weiteren Zeitraum von fünf bis acht Wochen fließen für die weitergehende Rehabilitationsplanung die Ergebnisse der prozessualen Diagnostik der Bereiche Medizin, Psychodiagnostik, der Bezugstherapie und der Funktionsbereiche mit ein. Einbezogen werden hierbei die interdisziplinäre Einschätzung des Behandlungsfortschrittes, sowie die Verlaufseinschätzung. In einer weiteren ausführlichen **Rehabilitationsbesprechung**, in etwa zur Hälfte der zu erwartenden Behandlungszeit, erfolgt eine Überprüfung und Neubeurteilung der relevanten ICF-Items sowie die Neubewertung des Schweregrades. In der Einschätzung des Rehabilitationsteams erfolgt die Definition fortgeschrittener Therapieziele, die Anpassung der inhaltlichen Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses hinsichtlich des

Therapieangebotes, aber auch mit besonderem Fokus, die Kalkulation der voraussichtlichen Behandlungszeit anhand der gewonnenen Prädiktoren. Entsprechend einer zirkulären Vorstellung der Rehabilitationsplanung wiederholt sich dieses Vorgehen erneut unter der Einschätzung des Behandlungsfortschrittes und des Einbezugs der Ergebnisse klinischer und instrumenteller ICF-geleiteter prozessualer Diagnostik vier bis sechs Wochen vor der vorgesehenen Entlassung des Patienten.

Bei Bedarf können kurzfristige Rehabilitationsplanungen angesetzt werden zum

- Umgang mit aktuellen Krisensituationen und Instabilitäten
- Reflektion des Patientenresponses bei Compliance- und Arbeitsbündnisproblemen
- oder zur Feinjustierung der Therapieplanung.

Mittelfristige Rehabilitationsplanungen sind obligatorisch. Sie dienen der Erfassung und Reflektion des Behandlungsfortschrittes, einer mittel-, in Bezug auf chronifizierte Aspekte langfristigen, Therapieplanung sowie der Einschätzung des Patienten in seinem Rehabilitationsprozess (anhand von Ratings) und Bildung von Prädiktoren in Hinblick auf die individuelle Ausgestaltung der Angebotsstruktur und der Flexibilisierung der eingeschätzten Behandlungszeit.

Somit ist die gemeinsame, alle Rehadisziplinen integrierende Agenda einer jeden Rehabilitationsbesprechung in der Fachklinik Tauwetter charakterisiert:

- Befundintegration
- Einbringen der Patientenbedürfnisse
- Einschätzungssammlung und-integration
- Therapiezielfestlegung nach SMART
- Anpassung des Rehabilitationsprozesses mit den verschiedenen Leistungsangeboten
- Einschätzung der voraussichtlichen Behandlungszeit
- Erstellung des weiteren individuellen Therapieplans

Die Ergebnisse werden im Anschluss über die zuständigen Therapeuten an den Rehabilitanden motivierend und verarbeitet kommuniziert, rückgekoppelt und reflektiert.

Die Ergebnisse einer jeden Rehabilitationsplanung sind für das Rehabilitationsteam verbindlich und für die weitere Patient-Therapeut-Interaktion handlungsleitend.

Die Ergebnissicherung erfolgt durch die entsprechende Dokumentation in der Patientenakte.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das dominierende Charakteristika im Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Tauwetter besteht darin, dass der individuelle Patient mit seiner Persönlichkeit, Biographie und Lebensgestaltung, seinem Krankheitsgeschehen, Störungsbild, -dynamik und all den impliziten Veränderungen, Beeinträchtigungen und Folgen der Erkrankung im Zentrum des Rehabilitationsbemühens steht. Alle Rehabilitationselemente und Therapieleistungen

der Fachklinik wie Aufnahmezeitraum (Intake), Motivationsbehandlung, Psychotherapie und -edukation aber auch Complianceaufbau und Resilienzstärkung genauso wie Bezugstherapie, arbeitsbezogene Interventionen, Sozialtherapie und Erlebnisorientierung richten sich also bei der individuellen Ausgestaltung des Rehabilitationsprogrammes dahingehend darauf aus, dass sie in der Qualität des Zusammenwirkens geeignet sind, nachhaltig Protektives für den Patienten zu mehrern und gleichermaßen Riskantes zu mindern.

Hier sind insbesondere im Hinblick auf die Abhängigkeitserkrankung unserer Patienten folgende Einflussnahmen, die sich auch aus der Bedingungsanalyse von SORKC ergeben, als protektiv anzusehen:

- Betäubungsmittelfreiheit während der klinischen Versorgung
- Control of Reinforcement durch zeitnahe, kontinuierliche Verstärkungspraxis
- Stimuluskontrolle physiologisch, kognitiv, emotional, behavioral, sozial
- vertiefte Krankheits- und problembezogene Information und Auseinandersetzung
- Minderung negativer und Aufbau positiver Kognitionen
- Arbeit am positiven Selbstkonzept
- Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung
- Selbstmonitorisierung und Selbstmanagement
- Emotionsregulation, Impulssteuerung
- Skillsrepertoire
- Distanzierung von subkulturellen Milieus bzw. Verhaltensweisen

Gleichermaßen kann das Rehabilitationsprogramm nur dann eine Wirkung entfalten, wenn nachfolgende, den Rehabilitationsverlauf riskierende und limitierende Faktoren konsequent durch alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten in den therapeutischen Fokus genommen werden und im klinischen Handeln reduziert, minimiert bzw. ausgeschlossen werden müssen:

- Betäubungsmittelkonsum während der Therapie
- subkulturelle, szenenähnliche Situationen und Verhaltensweisen sowie Gewalt
- Bagatellisierung des Betäubungsmittelkonsums und seiner Folgen
- therapeutisch ungesteuerte Reizexposition durch Aufsuchen von Orten, Gegebenheiten, Personen, sozialen Kontexten etc., die mit Btm.-konsum assoziiert sind
- Ich-syntone Krankheitsverarbeitung und Behandlungsabwehr
- passive Behandlungsvorstellung bzw. -gestaltung
- Unwissenheit und Desinformation bezüglich Betäubungsmittelwirkungen und -nebenwirkungen, Erkrankung, sekundäre und Langzeitfolgen, Behandlungsmöglichkeiten und -chancen

Das rehabilitatorische Handeln in der Fachklinik Tauwetter, über alle Disziplinen hinweg, bis zur Ebene der konkret zu erbringenden therapeutischen Leistung, ist charakterisiert durch die Anstrengung, die Ressourcen des Rehabilitanden zu erkennen, zu befördern und nachhaltig zu stärken, genauso, wie Malignität in Reaktion, Störungsbild oder Krankheit nach aller Möglichkeit zu reduzieren oder bewältigen zu helfen. Dieser Prozess ist geleitet an den Vorstellungen von Antonovski (1993) durch den Aufbau von ‚sense of coherence‘,

der sich auf der kognitiv-emotionalen Ebene durch Verstehbarkeit und Erfahrung von Konsistenz und Belastungsbalance und motivational-behavioral durch die Erfahrung von Teilhabe ausbildet.

Teilhabe beginnt also bereits in der Fachklinik bei dem Rehabilitationsprozess des Patienten. Dementsprechend sieht auch die Modellvorstellung der ICF eine aktive und gestaltende Rolle des Patienten -ganz im Sinne der Wirkungsvorstellung von therapeutischer Gemeinschaft- in seinem Rehabilitationsgeschehen vor:

- Der Patient ist partizipiert am Diagnostikprozess im Sinne eines ‚informed consent‘ (Co-Diagnostiker) als zentrale Voraussetzung zum Complianceaufbau.
- Active Player in der Rehabilitationsplanung mit Kommunikation seiner Bedürfnisse, der Beteiligung an der Zieldefinierung und bei Erarbeitung des individuellen Therapieplans.
- Er ist Partner in der Patient-Therapeut-Interaktion hinsichtlich Zielerreichung und Behandlungsfortschritt, Reflektion des Erreichten oder Nichterreichten, der Evaluation in Hinblick auf das Behandlungsergebnis.
- Er hat Anteil im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft.

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Tauwetter realisiert damit durch ein Zusammenwirken aller Segmente, Therapieleistungen und Elemente im Sinne eines ‚Ganzen‘ individuelle und partizipierende Behandlungsmilieus:

Auf die Behandlungserfordernisse des Einzelnen und der Gruppe differenziert abgestimmte und verbindliche Zugänge zu Patienten (support), erforderliche Teilprozesse (modification) und Gestaltungsräume zur Um- und Neuorientierung (enlargement) bilden ein zentrales Element therapeutischer Wirksamkeit.

Die familiennahe Nachreife von Rehabilitanden mit oftmals entdifferenzierter Persönlichkeitsstruktur in individuell gestalteten Behandlungsmilieus, ermöglicht die Mehrung von den genannten günstigen und protektiven und Minderung von ungünstigen, riskanten Einflüssen durch Steuerung von Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und Gruppendynamik. Sie stellt damit den zentralen protektiven Faktor bei Verlust oder Ausfall der Primärpersonen, familiärer Gewalt oder verwahrlosten Entwicklungsbedingungen dar und ist somit die Voraussetzung für den Aufbau von Introspektion, Krankheits- und Problemeinsicht und Behandlungsbereitschaft.

Individuelle als auch für die Gruppe wirksame Behandlungsmilieus generieren Selbstheilungskräfte im Umgang mit krankheitsbedingter Symptombelastung (Coping). Sie erleichtern den schwierigen Prozess der Krankheitseinsicht und -akzeptanz und führen sukzessive zu zunehmender Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf eigene Beeinflussungsmöglichkeiten (z.B. bei Craving) und Selbststeuerung, aber auch bezüglich sozialer Fähigkeiten und persönlicher Fertigkeiten.

Hierüber entsteht ein „psychotherapeutisch dichter Rahmen, (der) ein Verständnis der Betroffenen für das eigene Erleben und Verhalten, für die eigene Störung sowie für mögliche Lösungswege im Sinne des Aufbaus neuer Verhaltensweisen“ ermöglicht. (KTL 2007 S.189)

Folgende Maßnahmen und Elemente bilden das Rehabilitationsprogramm in der Fachklinik:

- Suchtmedizinische Versorgung und Versorgung primärer und sekundärer körperlicher Erkrankung, soweit sie in der Fachklinik behandelbar sind
- Interkurrente medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte oder Akutkrankenhäuser
- Verschränkung und Kombination von psychiatrisch-pharmakologischer Unterstützung mit ärztlicher und psychologischer Psychotherapie in der integrierten Versorgung komorbider Erkrankungen
- Psychologische Psychotherapie
- Gesundheitsaufklärung und -schulung
- Spezifisch gestalteter Aufnahmezeitraum (Intake)
- Mobilisierung und Aktivierung
- Genderspezifische Bezugstherapie
- Psychoedukation zur Krankheitseinsicht, -akzeptanz und -bewältigung sowie zum Aufbau und Förderung von Compliance
- Systematische Interventionen zum Automatismenaufbau und zur Alltagsbewältigung
- Systematische arbeitstherapeutische Interventionen zum Herausbilden, Aufbau und Festigung von unspezifischen Arbeitsfähigkeiten und Fertigkeiten
- Sozialtherapie im Sinne eines Case-Managements mit dem wichtigen Ziel der Existenzsicherung
- Erlebnisorientierte Maßnahmen zur Interessensfindung, elaborierter Freizeitgestaltung, Kultur und Naturerlebnissen
- Sporttherapie zur Verbesserung der Körpererfahrung und des Konditionsaufbaus
- Integrations- und inklusionsfördernde Maßnahmen, auch in Hinblick auf die Kulturfertigkeiten
- Programme zur Nikotinabstinenz oder -reduzierung
- Spezifische Rückfallprävention
- Überleitungsmanagement und Erschließen adäquater Weiterbehandlungsmöglichkeiten

Das Rehabilitationsprogramm wird durch folgende Berufsgruppen in der Fachklinik gewährleistet, die im Schwerpunkt folgende Tätigkeitsbereiche ausführen:

- Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie für psychiatrische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Versorgung, ärztliche Psychotherapie
- Dipl. Psychologen und Psychotherapeuten für Psychodiagnostik, psychologische Psychotherapie, Psychoedukation, spezifische Entspannungstherapie
- Dipl. Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialpädagogen mit VDR-Anerkennung für die Bezugstherapie und indikative Angebote, Rückfallprävention, Sozialtherapie und Existenzsicherung
- Arbeitstherapeuten und Ökotrophologin für die arbeits- und berufsbezogenen Interventionen, sowie Alltagsbewältigung und Ernährungsschulung
- Sporttherapeut für Sport und Bewegungstherapie

- Pflegekräfte für alltagsstrukturierende Maßnahmen, Motivierung zu Freizeitinitiativen und Beschäftigung insbesondere in den therapieangebotsfreien Zeiträumen und am Wochenende
- Erlebnisorientierte Maßnahmen, gemeinsame Gruppenerfahrungen in Natur und kulturelle Aktivitäten werden von allen Mitarbeitern wahrgenommen.

Die Standardwochenpläne unter Einbezug der erbrachten KTL-Leistungen sind dem Anhang zu entnehmen.

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Tauwetter ist **genderspezifisch** ausgelegt. In Anbetracht der Erkenntnis genderbezogener Unterschiedlichkeit in der Phänomenologie substanzabhängiger Frauen und Männer sehen wir die Genderorientierung im therapeutischen Handeln als Grundhaltung und therapeutische Sensibilität an. Dementsprechend muss eine Genderbetrachtungsweise als Querschnittsaufgabe in allen Ebenen medizinischer Rehabilitationsbehandlung aufgefasst werden. Das bedeutet eine diesbezügliche Betrachtungsweise und Orientierung in Hinblick auf die Therapeutenvariablen, einer diesbezüglichen Differenzierung in der Rehabilitationsplanung, die entsprechende Ausgestaltung der Strukturmerkmale in Hinblick auf paritätische Teambesetzung, genauso wie hinsichtlich der Raumstruktur bis hin zu Prozessqualität der konkret therapeutischen Leistungen.

Die grundlegende Sicherung des Rehabilitationsprogrammes erfolgt durch die kontinuierliche Fokussierung der Variablen kontrollierter Behandlungsbedingungen, wie sie Petzold (2004) vorsieht: Behandlungsdauer, Strukturqualität, Struktursicherheit, Therapiekonsistenz, Behandlungsintensität, Patientenvariable, Therapeutenvariable und Beziehungsvariable. Diese Aspekte werden kontinuierlich auf Leitungsebene in inter- und intradisziplinären Besprechungen sowie in der Supervision thematisiert.

Der Nachhaltigkeit der rehabilitatorischen Anstrengungen kommt eine hohe Bedeutung zu. Hier stellt der **Behandlungsverbund** des SKM Köln, in den die Fachklinik Tauwetter integriert ist, eine adäquate Antwort dar. Wir sind damit in der Lage, Patienten vor stationärer Rehabilitation und auch nach der Behandlung, auch bei irregulärer Beendigung, in einem Versorgungssystem adäquat wirksam zu unterstützen. Die standardisierte, auf die Überleitung unserer Rehabilitanden ausgelegte Kooperation, ermöglicht eine frühzeitige Kontaktaufnahme, Motivierung und Übergang der Patienten genauso, wie die systematische Informationsweitergabe.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Das Aufnahmeverfahren in Fachklinik Tauwetter erfolgt nach einem festgelegten Prozess und gliedert sich in drei Abschnitte mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Herangehensweisen und Leistungen. Wir stellen uns damit auf die oftmals, in vielerlei Hinsicht, schwierige Eingangssituation unserer Patienten besonders mit dem Ziel Aufnahme, Behandlungsbeginn und Integration in das Behandlungsmilieu zu erleichtern und einem vorzeitigen drop-out entgegen zu wirken ein.

Bereits im Vorfeld einer vorgesehen oder beabsichtigten Aufnahme können Patienten, Drogenberater oder andere zuweisenden Personen sowie Angehörige mit dem Wunsch die Fachklinik vorab kennenzulernen oder die Indikationen bzw. Behandlungsablauf/-elemente im persönlichen Gespräch erörtern wollen, persönliche oder telefonische Vorgespräche bzw. Infoveranstaltungen direkt vor Ort wahrnehmen.

Vor Aufnahme:

Voraussetzung zur medizinischen Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Tauwetter ist neben dem formulierten Wunsch eine Behandlung aufzunehmen der Kontakt zu einer zuweisenden Einrichtung oder Institution mit motivationaler Therapievorbereitung und Unterstützung des Antragsverfahrens. Bei Vorliegen einer gültigen Leistungszusage kann eine Aufnahme dann erfolgen, wenn eine qualifizierte Entzugsbehandlung abgeschlossen oder nicht erforderlich ist.

Nach Eingang einer Anmeldung eines Patienten und zugehöriger Basisdaten, Vorbefunde, ggf. Informationen durch den Zuweiser (Drogenberatungsstelle, psychiatrische Klinik, Vorbehandler etc.) werden diese durch lfd. Facharzt und dem lfd. Psychologen (therap. Leiter) eingesehen und entsprechend beurteilt. Unter Einbezug der Dringlichkeit sowie in Abhängigkeit von der Dauer ggf. bereits eingeleiteter oder noch ausstehender Entzugsbehandlung oder Anträge zu Strafaussetzung etc. wird der nächstmögliche Aufnahmetermin festgelegt. Alle anfallenden Rückfragen, organisatorische Abklärungen können Patient wie Zuweiser in der Folgezeit telefonisch oder per Email mit Verwaltung, einem Bezugstherapeuten oder ggf. auch mit der therapeutischen oder fachärztlichen Leitung besprechen.

Eine Woche vor Aufnahme befasst sich das Behandlungsteam mit der bevorstehenden Aufnahme auf der Grundlage der bis dorthin vorhandenen Informationen und legt in Hinblick auf die Gestaltung einer möglichst protektiven Eingangssituation Bezugsgruppe und -therapeut, Zimmerbelegung und Patenpatienten fest.

Aufnahmetag:

Am Aufnahmetag wird der Patient von Verwaltung und Bezugstherapeut in Empfang genommen. Es folgt ein Zeitraum der Verabschiedungsmöglichkeit von Angehörigen oder verbringenden Zuweiser etc. Im Anschluss daran erfolgen die verwaltungsmäßige Erfassung des Basisdatensatzes sowie die Aushändigung des Behandlungsvertrages und des TherapieNavi (TheNavi). Der zugeteilte Patenpatient stellt sich dem neu angekommenen Patienten vor, zeigt ihm Räumlichkeiten, Klinikgelände und informiert über und begleitet ihn bei den weiteren Schritten.

Im Zuge dessen erfolgt grundsätzlich eine Drogenfreiheitskontrolle mittels Drogenschnelltest und Atemluftalkoholuntersuchung.

Im Anschluss daran folgt die eingehende psychiatrische und allgemeinmedizinische Eingangsuntersuchung mit psychopathologischer Befunderstellung und entsprechenden Arztgespräch.

Hinzutritt am Aufnahmetag ein erstes Gespräch mit dem Bezugstherapeuten und dem ltd. Psychologen mit dem Ziel potentiell auftretende Stressreaktionen oder Überforderungsqualitäten abzumindern, über (psycho-) therapeutische Angebote und Hilfen bei Krisen zu informieren, eine erste Perspektive für die ersten Behandlungstage zu erarbeiten und das Behandlungsbündnis zu begründen. Diese Sitzungen sind in der Art am Aufnahmetag angeordnet, dass der Patient Zeit und Möglichkeit findet, sich in seinem Zimmer einzufinden, Mitpatienten kennenzulernen und sind transparent, bindungsbezogen und angstreduzierend ausgelegt. Die Gepäckkontrolle ist so wenig invasiv wie möglich aber so gründlich wie nötig gehalten.

Erste Behandlungswochen:

Die erste und zweite Behandlungswoche sind insbesondere auf Stressreduzierung, Motivierung sowie Bindungs- und Integrationsbemühungen in das Behandlungsmilieu hin ausgerichtet, mit dem Ziel, der Aufnahmesituation innewohnende Ambivalenz zu Gunsten der Rehabilitationsbehandlung hin zu gewichten. Diese ersten beiden Behandlungswochen sind an drei zentrale Foci ausgerichtet:

Containing mit aufnehmender Haltung des gesamten Personals, Redundanz in der Informationsvermittlung, dosierte Untersuchungssituationen, protektive Zimmerbelegung, ggf. Bildung eines therapeutischen Minimalkonsens, intensiviert Wahrnehmung sowie durch das klinische Milieu wahrgenommene Kontrolle von diskriminativen Stimuli.

Bindung und Aufbau von Haltekräften durch die besondere Bezugnahme in allen Übergaben, Gewichtung auf Einzeltherapie, reizreduziertes Behandlungsmilieu, aktives Bindungsbemühen des Bezugstherapeuten, Prüfung der Gruppenfähigkeit mit ggf. Verzicht auf Konfrontation, supportive und leading Qualitäten stehen hier im

Vordergrund und eine auf die Patientenressourcen angepasste therapeutische Anforderung.

Integration in das Behandlungsmilieu mit Hilfe des Patientenleitfaden (TheNavi), handhabbarer Regelvermittlung, dem aktiven integrativen Bemühen der Bezugsgruppe, der Vermittlung von basic skills zu Craving und Impulskontrolle, weitergehenden Untersuchungen (siehe Rehabilitationsdiagnostik) aber auch durch Anforderungen der Alltagsstruktur und -bewältigung sowie dem intensiveren Einstieg in Angebote der Psychotherapie, Arbeitstherapie und Sport.

Besondere Aufmerksamkeit erfolgt in Hinblick auf mögliche Restentzugssymptome, Qualitäten psychophysiologischer Dysregulation, dysphorischer, instabiler, depressogener Affekte bedingt durch das Kontrasterleben zur bislang erfahrenen Betäubungsmittelwirkung, Reizüberflutung, Vermeidung des Behandlungsmilieus z.B. durch auffälligen sozialen Rückzug, erlebter Überforderung, hohe projektive Abwehr, ggf. hohem Craving bei eingeschränkten kognitiv-emotionalen Distanzierungsmöglichkeiten.

Bei diesen Aspekten sehen wir das Einzelgespräch bzw. Einzeltherapie im Vordergrund sowie die Teilnahme an unserer speziellen (in der Anzahl der Teilnehmer naturgemäß klein gehaltenen) indikativen Aufnahmegruppe (Intake). Des Weiteren steht ein spürbares Bindungs- und Integrationsbemühen in allen therapeutischen Leistungen aber auch spezifische, das „Aufnehmen“ befördernde Maßnahmen innerhalb der Bezugsgruppe im Vordergrund.

Zu Beginn der Behandlung, bei Schwierigkeiten im Behandlungsprozess und auch bei Entlassung beziehen wir die Vorbehandler zeitnah und eng mit ein. Wir ermutigen unsere Patienten, den Kontakt zu den vermittelnden Einrichtungen zu halten, vor allem bei auftretenden Krisen oder ambivalenter Behandlungsmotivation setzen wir auf diesen protektiven Einfluss.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik in der Fachklinik Tauwetter ist ICF-geleitet und genügt den folgenden Anforderungen:

Sie erfolgt auf allen rehabilitationsrelevanten Ebenen der Fachklinik und ist dabei jeweils multimodal, multidimensional und multimethodal ausgelegt.

Eine möglichst umfassende Abbildung der klinischen Phänomene realisiert sie schulenübergreifend und ist stets an der zu erfassenden Konstruktvalidität der jeweiligen Disziplin orientiert.

Jede Diagnostik ist in Hinblick auf den Rehabilitationsprozess des Patienten indikations- und hypothesengeleitet.

Das rehabilitationsdiagnostische Vorgehen ist an dem Modell und der Systematik der ICF ausgerichtet: Systematische Erfassung der rehabilitationsrelevanten Items aller Domänen und Kapitel, klinische Einschätzung der Schweregrade und der Beurteilung von Förder- und Barrierefaktoren, Umsetzung in die, für alle am Rehaprozess Beteiligten verbindliche Rehasprache sowie Ableitung der Therapieziele aus den diagnostischen Erkenntnissen. Diese Abbildung erfolgt anhand der Folie des ICF-Coreset der Fachklinik.

Der diagnostische Prozess folgt dem systematischen Vorgehen einer initialen Statusdiagnostik, der kontinuierlichen, im Verlauf des Rehaprozesses angelegten, Prozessdiagnostik und der Evaluation des Reha-Ergebnisses zur Beendigung. Katamnestische Untersuchungen zur Erfassung der für Nachhaltigkeit und Teilhabe relevanten Parameter einschließlich entsprechender Messmethodik sind in Vorbereitung.

„Am Anfang eines jeden diagnostischen Vorgehens steht eine Begegnung.“ (Fissini 1998) Diese Tatsache ist für alle diagnostischen Bemühungen in der Fachklinik handlungsleitend: Alle diagnostischen Maßnahmen setzen die Einwilligung und eine ausreichende Compliance des Patienten voraus (alleine schon zur Reduzierung von Beurteilungs- bzw. Messfehlern). Diagnostische Maßnahmen werden dem Rehabilitanden ausreichend erläutert und vom Vorgehen insoweit transparent gemacht, dass die zu erwartende Validität des Responses nach Möglichkeit verbessert und Messartefakte verringert werden.

Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden mit dem Rehabilitanden in verarbeiteter Form besprochen, dahingehend, dass -bei allen aufscheinenden Begrenzungen, Limitierungen oder Problemen- für den Patienten motivierende und perspektivische Qualität bewirkt wird und auch Dissens zugelassen werden kann. Sie werden mit dem Ziel der Compliancestärkung geführt und im Bestreben, eine gemeinsame Hypothesenbildung zu erlangen. Diese Dialoge werden in der Fachklinik Tauwetter grundsätzlich von Arzt oder Psychologe geführt. Darüber hinaus fließen diagnostische Erkenntnisse implizit kontinuierlich in die therapeutischen Gespräche der verschiedenen Reha-Disziplinen ein.

Alle -möglichst gesicherten und/oder ICF erfassten- diagnostischen Ergebnisse sind handlungsleitend für den Prozess der individuellen Therapiezielfindung im interdisziplinären Behandlungsteam.

Das diagnostische Vorgehen in der Fachklinik erfolgt auf den Ebenen der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Untersuchung, der psychologischen Untersuchung und Psychodiagnostik, der arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik, der sozialen Diagnostik und der Diagnostik der Sport- und Bewegungstherapie. Klinische Diagnostik und instrumentelle Diagnostik bilden dabei zwei gleichermaßen erforderliche Zugänge zur Abbildung des Störungs- und Krankheitsgeschehens des Patienten: Es erfolgt sowohl in klinischer Hinsicht als auch mit Hilfe instrumenteller Vorgehensweisen oder Verfahren. Klinische Erkenntnisse werden (streng genommen

bereits mit dem initialen Kontakt bei Aufnahme) durch das dialogische Untersuchungsgespräch bei Arzt und Psychologen gewonnen, weiter durch das bezugstherapeutische Erstgespräch, der arbeitstherapeutischen Vorstellung und dem sporttherapeutischen Vorgespräch. Die klinische Diagnostik ist in der Fachklinik, über die initialen Untersuchungen zur Aufnahme hinausreichend, kontinuierlich rehabilitationsbegleitend durch die tägliche klinisch-phänomenologische Wahrnehmung der verschiedenen Disziplinen auf den Patienten sowie der Evaluation des Behandlungsbündnisses angelegt. Miteinfließen stets die Erkenntnisse aus der Verhaltensbeobachtung der verschiedenen Therapeuten und Pflegekräfte aber auch von nicht unmittelbar am Rehabilitationsprozess Beteiligten wie Verwaltungsmitarbeiter o.ä.. Die instrumentelle Diagnostik erfolgt medizinisch in Abhängigkeit zu den Erfordernissen des Zustandsbilds, psychologisch durch die instrumentelle Psychodiagnostik, arbeitstherapeutische Instrumente und im Sporttherapie-segment durch die entsprechend erfassten Parameter.

Beide Erkenntnisquellen werden zur Herausbildung der Arbeitshypothesen zueinander, in Hinblick auf konvergente bzw. divergente Qualitäten, in Bezug gesetzt und diskutiert. Zum Zweck einer möglichst umfassenden Therapiezielfindung in der Rehabilitationsplanung werden alle Befunde, therapeutische Einschätzungen und Wahrnehmungen in der ersten Rehabilitationsbesprechung nach Aufnahme integriert.

In den verschiedenen Rehabilitationssegmenten der Fachklinik Tauwetter erfolgen folgende Untersuchungen:

Medizinische Diagnostik

Die Eingangsuntersuchung erfolgt am Tag der Aufnahme des Patienten und umfasst die eingehende allgemeinmedizinische, psychiatrische und neurologische Untersuchung einschließlich des psychopathologischen Befundes sowie den Einbezug von Befunden aus Vorbehandlungen. Hinzutritt die vollständige Erstellung der Kranken-anamnese mit Exploration relevanter Vorerkrankungen und assoziierter und komorbider Störungsbilder, insbesondere von substanztypischen Begleit- oder Folgeerkrankungen. Geprüft wird hierbei auch ggf. das Erfordernis weitergehender Konsile. Erfasst wird weitergehend das körperliche wie psychische Belastungsniveau besonders in Hinblick auf die Rehabilitationsfähigkeit. Die Erhebung sozialmedizinischer Daten oder Befunde ist fester Bestandteil der Aufnahmeuntersuchungen.

Die medizinische Aufnahmeuntersuchung ist stets angepasst an die impliziten Ambivalenzen eines Patienten bei stationärem Behandlungsbeginn, ist dabei supportiv gehalten und auch auf die Stärkung der Compliance hin ausgerichtet.

Zu genannten Elementen wird in der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung über das Erfordernis einer pharmakologischen bzw. psychopharmakologischen Unterstützung

entschieden und diese ggf. eingeleitet. Die Durchführung der erforderlichen Laboruntersuchungen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der internistischen Praxis vor Ort, welche die Laboruntersuchungen für die Fachklinik durchführt. Laboruntersuchungen werden zur Aufnahme und routinemäßig nach 8 -12 Wochen Behandlungszeit durchgeführt oder bei einer medizinischen Indikation vom Arzt der Einrichtung verordnet.

Erste Ergebnisse und Erfordernisse für Behandlungsbeginn und Verlauf werden ausführlich mit dem Patienten erörtert, des Weiteren in der engen Verschränkung zum ltd. Psychologen/Psychotherapeuten diskutiert zur Informationsweitergabe in das Rehabilitationsteam hinein kommuniziert.

Im Zuge der täglich stattfindenden Arztgespräche erfolgt die medizinische Verlaufsdagnostik bzw. wird die Vorstellung eines Patienten vom Arzt der Einrichtung angeordnet. Zudem evaluiert der Arzt laufend im Zuge der ärztlichen Gespräche/-psychotherapie den Behandlungsfortschritt und die Rehabilitationserfordernisse.

Die medizinische Abschlussuntersuchung erfasst den allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Entlassungsstatus einschließlich der sozialmedizinischen Katamnese. Unter Einbezug der mit dem Patienten erfolgten Reflektion der Behandlungsziele, wird das Behandlungsergebnis entsprechend der ICF-Systematik erfasst und das positive und negative Leistungsbild erstellt. Die fachärztliche Überleitung zu den entsprechend festgelegten Weiterbehandlungen/-betreuungen einschließlich der Festlegung der weiterführenden Pharmakotherapie als Entlassungsmedikation ist ebenfalls hier Bestandteil der Untersuchung. Die medizinische Abschlussuntersuchung erfolgt mindestens drei Tage vor Rehabilitationsende bzw. - soweit wie möglich- bei irregulärer Behandlungsbeendigung am Tag der Entlassung.

Klinisch psychologische und Psychodiagnostik

ist mehrdimensional in der Abbildung hinsichtlich unterschiedlich zu erfassender Dimensionen des Krankheitsbildes und der Persönlichkeit sowie multimodal durch Nutzung unterschiedlichster diagnostischer Strategien und Zugangsweisen.

Konkret erfolgt am Aufnahmetag: psychopathologische Befunderstellung AMDP-orientiert. Innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen: psychologische Aufnahmeuntersuchung mittels klinischer Exploration mit vollständigem psychopathologischen Befund inklusive detaillierter Suchtanamnese, eingehender biographischer Anamnese, Familienanamnestischer Vorbelastungen und forensische Anamnese mit Erfassung der Deliktstruktur und Hafterfahrung. Zur Anwendung kommen offene und strukturierte Untersuchungsinstrumente wie AMDP und SKID u.a.

Die instrumentelle Diagnostik folgt einem festgelegten Untersuchungsdesign mit definierten Untersuchungszeitpunkten, Screening und differentialdiagnostischer

Erfassung und Evaluierungsstrategien zum Rehabilitationserfolg und der Patientenzufriedenheit. Diese, über die Rehabilitationsspanne angelegte Untersuchungsdurchführung ist dem Anhang zu entnehmen. Die Instrumentenauswahl unterliegt den Kriterien der Hypothesen- und Indikationsgeleitetheit, für die Prozessdiagnostik der Messreagibilität, der Handhabbarkeit für Patienten und der Auswertungsökonomie. Der in der Fachklinik Tauwetter zur Verfügung stehende Instrumentenpool aus dem die entsprechende Auswahl unter den Aspekten Screening- und Status- sowie Differenzial- und Prozessdiagnostik erfolgt, ist aus dem Anhang ersichtlich.

Die sich aus beiden dargelegten psychodiagnostischen Zugängen ergebenden Erkenntnisse werden dann in individuelle rehabilitationsrelevante Items auf der Folie des ICF-coresets (ggf. auch darüber hinaus) der Fachklinik abgebildet und stellen damit den entsprechenden Beitrag der Psychodiagnostik zur Rehabilitationsplanung dar.

Soziale Diagnostik

Die soziale Diagnostik ergibt sich durch die Erfassung aus den unter 4.7.5. Bezugstherapie dargestellten sozialen Problemlagen bezüglich der nachfolgenden Aspekte:

Wohnverhältnisse:

Bisherige Wohnbedingungen in Hinblick auf Abstinenz, Sicherung (Mietschulden, von Kündigung bedroht), Obdachlosigkeit/Nichtsesshaftigkeit, Wohnumgebung (Szenenähe etc.)

Ausbildung und Erwerbstätigkeit:

Schul- und Ausbildungsabschluss bzw. -abbruch, Arbeitskarriere, Arbeitslosigkeit oder Kündigung, Probleme am Arbeitsplatz, Selbst- und Fremdbeurteilungen in Hinblick auf Erwerbstätigkeit, Arbeits-, oder Ausbildungsperspektiven, diesbezügliche Erwartungen und Wünsche, etc.

Existenzsicherung:

Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Verschuldung, Leistungsbezüge (Übergangs- Überbrückungsgeld, Hilfe zur Existenzsicherung, Anspruchsklärung).

Forensische Situation:

Deliktstruktur, Hafterschaft bzw. -androhung, Bewährungsaufgaben, Bewährungshilfe oder Führungsaufsicht, etc.

Betreuungsverhältnisse:

Umfang und gesetzlicher Betreuer.

Soziale Umgebung und Freizeitverhalten:

bestehende drogenfreie Kontakte und deren protektive oder riskante Qualität, Einstellung der Angehörigen zur medizinischen Rehabilitationsbehandlung, noch vorhandene Ressourcen, Interessen, Möglichkeiten eines elaborierten Freizeitverhaltens.

Arbeitsbezogene Diagnostik

Die arbeitstherapeutische Diagnostik erfolgt im Rahmen der arbeits- und berufsbezogenen Interventionen und ist sowohl klinisch wie instrumentell angelegt. Bei den diagnostischen Elementen des Verfahrenseinsatzes als auch der Belastungserprobung ist grundsätzlich der Psychologe oder Arzt miteinbezogen. Die diesbezüglichen eingangsdagnostischen Erkenntnisse werden bezüglich der relevanten ICF-Kapitel der Domänen Aktivität und Partizipation sowie der Kontextfaktoren einschließlich der Schweregradbeurteilungen bzw. Förder- oder Barrierebewertung unter Einbezug des bestehenden Coresets der Fachklinik abgebildet und stellen damit den Beitrag der Arbeitstherapie zur Rehabilitationsplanung dar. Selbstverständlich ist das Prozedere der arbeitstherapeutischen Diagnostik im Sinne einer fortlaufenden Evaluation angelegt. Näheres ist unter Punkt 4.7.7, Arbeits- und berufsbezogene Interventionen, ausgeführt.

Diagnostik in der Sporttherapie

Die Eingangsdagnostik findet in den ersten beiden Therapiewochen statt und setzt sich aus dem Eingangsgespräch und der Basis-Testung zusammen. Das Eingangsgespräch dient der Erhebung von sport- und freizeitanamnestischen Daten. Des Weiteren ermöglicht es dem Sporttherapeuten eine umfassende Vermittlung der sport-, bewegungs- und freizeitbezogenen Angebote und Inhalte im Modulsystem. Es hilft dabei, Ängste der Patienten abzubauen, eine therapeutische Beziehung herzustellen und die Motivation zu fördern.

Die Basis-Testung besteht aus einer variablen auf die individuellen Beeinträchtigungen der Patienten abstimmbare Testbatterie: Anthropometrische Messung, Fahrradergometrie PWC 130/150, 6-Min Walktest, Cooper-Test, FBT (Formular -03 Fitness-Basis-Test-), GGT und LOVIPT.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die medizinische Therapie wird in unserer Fachklinik entsprechend den Strukturanforderungen durch einen Facharzt mit den Gebietsbezeichnungen Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin letztverantwortlich wahrgenommen. Aufgabe der medizinischen Therapie durch den Facharzt der Klinik ist die Sicherstellung einer umfassenden medizinischen Versorgung des Rehabilitanden während seines Rehabilitationsprozesses. Dies schließt die kontinuierliche allgemeinmedizinische und psychiatrische Versorgung der Patienten mit ein. Sie zielt sowohl auf die Verbesserung des Gesamtzustandsbildes ab und bezieht die Heilung oder Linderung von körperlichen und psychischen Suchtfolgen genauso mit ein, wie die integrierte psychiatrische Mitbehandlung assoziierter oder komorbider Störungsbilder.

Der Facharzt der Klinik entscheidet über jegliche Form von pharmakologischer oder psychopharmakologischer Unterstützung über die Gesamtbehandlung des Patienten hinweg. Dies kann die initiale psychopharmakologische Unterstützung zur Ermöglichung oder Erleichterung des Einstiegs des Patienten in seine Rehabilitationsbehandlung und/oder die Eröffnung psychotherapeutischer Zugänge zum Patienten mit einschließen. Gleichmaßen leitet er im Falle von interkurrenten Erkrankungen oder zur Abklärung komplexerer körperlicher Erkrankungen die entsprechenden Maßnahmen zu niedergelassenen Fachärzten oder Konsile ein. Bei der psychopharmakologischen Einstellung, Dauermedikation oder Dosierungsveränderungen besteht eine enge Kooperation zur psychotherapeutischen Leitung zur Gewährleistung einer für den Patienten nutzbringenden Verschränkung psychopharmakologischer- und psychologischer Psychotherapie.

Die fachärztliche Leitung ist in Rehabilitationsplanung und die dementsprechenden Konferenzen und Besprechungen im Haus fest integriert und bestimmt deren Inhalte zusammen mit der therapeutischen Leitung maßgeblich mit. Befunde und diagnostische Ergebnisse und Einschätzungen folgen in der medizinischen Therapie der ICF-Systematik und werden für den Prozess der individuellen Therapiezielfindung anhand der rehabilitationsrelevanten Items der verschiedenen Domänen und Kapitel als wesentlicher Bestandteil der Therapieplanung angesehen.

In der medizinischen Therapie laufen alle Befunde rehabilitationsrelevanter Untersuchungen von Vorbefunden oder Konsilen zusammen. Befundlage und Dokumentation der verschiedenen Rehabilitationsleistungen während des Behandlungsverlaufes sowie sozialmedizinische Erkenntnisse und Daten fließen entsprechend der Vorgaben des Leistungsträgers in den medizinischen Zwischen- und Entlassungsbericht unter Verantwortung der fachärztlichen Leitung mit ein. Dieser koordiniert zusammen mit der Gesamtleitung der Klinik die fristgerechte Erstellung und Zuleitung an den Leistungsträger.

Die medizinische Therapie in der Fachklinik Tauwetter umfasst im Wesentlichen folgende Elemente:

Kontinuierliche ärztliche und psychiatrische Sprechstunde:

Die ärztliche und psychiatrische Sprechstunde findet an jedem Tag am Vormittag statt. Hier werden Patienten mit somatischen, somatoformen und psychosomatischen Beschwerden vorgestellt, erfahren eine differenzialdiagnostische Abklärung und medizinische Behandlung. Auch hier, sollte ein weitergehender diagnostischer Aufklärungsbedarf notwendig sein, als er in der Fachklinik vorgehalten wird, erfolgt der Einbezug der kooperierenden Fachärzte im Bereich Bornheim und Bonn. Die kontinuierliche Arztsprechstunde gewährleistet den regelmäßigen wöchentlichen Kontakt zum Facharzt. Sie dient der pharmakologischen Einstellung und Unterstützung genauso wie der Unterstützung beim Compliance-Aufbau oder ärztlich psychotherapeutischer Kurzintervention. Patienten, die an therapeutischen

Angeboten nicht teilnehmen oder sich davon befreien lassen wollen, werden in der täglichen Arztsprechstunde vorgestellt.

Integrierte Mitbehandlung komorbider Erkrankungen:

Die integrierte Mitbehandlung komorbider Störungsbilder erfolgt in der Fachklinik psychopharmakologisch durch den Facharzt und psychotherapeutisch durch ärztliche und psychologische Psychotherapie. Hierüber besteht ein enger Austausch zu den anderen Disziplinen im Rehabilitationsprozess mit dem Ziel ein mit den Patienten protektives individuelles Behandlungsmilieu zu bilden und zu gestalten.

Der leitende Arzt nimmt zusammen mit dem leitenden Psychologen und therapeutischen Leiter die wöchentlich stattfindenden Visiten wahr. Diese können je nach Indikation sowohl im Einzelgespräch wie im Gruppensetting stattfinden.

Der Facharzt der Fachklinik gestaltet den Kontakt und die Kooperation mit den für die Fachklinik relevanten niedergelassenen Ärzten sowie zu den mit der Klinik zusammen arbeitenden Akutkrankenhäusern (siehe Kooperationen). Er gestaltet diesbezüglich die fachärztlich Übergabe und Rückleitung des Patienten. Bei akut stationär versorgungspflichtigen körperlichen Erkrankungen wird der Kontakt zum pflichtversorgenden Krankenhaus über den Arzt gewährleistet und die Rückverlegungsmodalitäten vereinbart. Bei allen psychiatrischen Notfällen, insbesondere bei Selbst- oder Fremdgefährdungsindikationen übernimmt der Facharzt ebenfalls die Verlegung, ggf. die Einweisung nach PsychKG und entscheidet ggf. über die Fortsetzung bzw. Rückverlegung in medizinische Rehabilitationsbehandlung in Absprache mit dem therapeutischen Leiter und dem Leistungsträger.

Sozialmedizinische Aufgaben:

Innerhalb der medizinischen Rehabilitation ist die sozialmedizinische Einschätzung von besonderer Bedeutung. Die Klärung der Fragen nach der Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose stellen insofern eine Schwerpunktaufgabe der medizinischen Therapie dar, da die medizinische Rehabilitationsbehandlung in ihrem gesetzlichen Auftrag die gesellschaftliche Teilhabe durch die (Wieder-)aufnahme einer Erwerbstätigkeit zum Ziel hat. Dementsprechend bedarf es die diesbezügliche Ausrichtung aller Rehabilitationselemente und die Integration der Einschätzung, um valide diesbezügliche Aussagen treffen zu können. Aufbau des Funktionsniveaus, Belastbarkeit, somatische und psychische Konstitution und deren sukzessiver Aufbau unterliegen der spezifischen Wahrnehmung innerhalb medizinischer Therapie.

Aufgaben der Complianceförderung und Gesundheitsschulung:

Unter Mitwirkung des Facharztes und Psychologen finden Schulungen zu substanzspezifischen Auswirkungen in somatischer und psychischer Hinsicht durch den Konsum von psychotropen Substanzen und den einhergehenden sekundären Folgen statt. Diese Informationen und Schulungen werden in der Fachklinik Tauwetter in den gesamtpsychoedukativen Prozess mit eingebettet. Hinzu treten die in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) vorgesehenen Schulungen und

Vorträge, wie indikationsspezifische Krankheitsinformationen (HIV; Virushepatitis); Rehabilitations- und Gesundheitsinformation. Unterstützend wirkt der Facharzt mit bei ernährungsrelevanten Schulungen und bei der Infektionsschutzbelehrung.

Die interdisziplinäre Verankerung der medizinischen Therapie erfolgt in der Fachklinik Tauwetter durch einen täglichen Austausch aller Rehabilitationsdisziplinen. Die fachärztliche Leitung der Fachklinik steht im engen Austausch und Verschränkung zum leitenden Psychologen und Psychotherapeuten der Fachklinik. Sie übernehmen gemeinsam auch die Steuerung und Kontrolle des Behandlungsmilieus in interdisziplinärer Aufgabenwahrnehmung. Hier sind alle relevanten Entscheidungen angesiedelt, die das Behandlungsmilieu für den Rehabilitanden wirkungsvoll und protektiv gestalten und die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation in Hinblick auf Erwerbsfähigkeit und -tätigkeit und Verbesserung der Lebensqualität entstehen lassen.

4.7.4 Psychologischer Dienst - Psychologische Psychotherapie

Der psychologische Dienst nimmt innerhalb der medizinischen Rehabilitation umfassende Aufgaben wahr. Er bringt aus psychologischer Perspektive all das Expertenwissen in den Rehabilitationsprozess ein, um dem gesetzlichen Auftrag der Minderung, des Ausgleichs und des Abwendens der mit einer Erkrankung in Verbindung stehenden Folgen, Behinderungen oder Bedrohung von Behinderungen zu entsprechen. Im Vordergrund stehen dabei alle, aus psychologischer Sicht zu treffenden Maßnahmen und Vorgehensweisen, um das Ziel eines integrierten und partizipierenden Lebensvollzuges durch eigene Erwerbstätigkeit zu ermöglichen.

Der psychologische Dienst als integraler Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsprozesses erkennt mittels der ihm zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Kenntnisse beim Patienten psychische Reaktionen, Veränderungen, Störungen und Erkrankungen sowie soziale und Umgebungsbelastungen und gewährleistet auf der Basis des methodischen Repertoires eine adäquate Versorgung mit psychologischen Mitteln.

Handlungsleitend sind dabei die Erkenntnisse der Rehabilitationswissenschaften, der Rehabilitationspsychologie, der klinischen Psychologie und Psychotherapie, der Neuropsychotherapie und Verhaltensmedizin (bzgl. Krankheitsbewältigung und Compliance) aber auch tangential der klinischen Entwicklungspsychologie (Relevanz der Bindungstheorien) und pädagogischer Psychologie.

In der Rahmenkonzeption der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitationsbehandlung sind in den Indikationsgruppen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankung die psychotherapeutischen Interventionen als Schwerpunkt der Behandlung gekennzeichnet (DRV Bund 07.2007). Hieraus leiten sich die Kernaufgaben des psychologischen Dienstes der Fachklinik Tauwetter wie folgt ab:

- Diagnostik der psychischen Erkrankungen und deren Funktionsstörungen und Folgen abgebildet durch ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis unter multifaktorieller bio-psycho-sozialer Perspektive auf das Klassifikationssystem der ICF.
- Maßgebliche fachpsychologische Mitwirkung bei der Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes basierend auf den Ergebnissen der psychologischen (Verlaufs-)diagnostik.
- Aufnahme, fortlaufende Anpassung, Fortführung und Beendigung von psychotherapeutischen Therapieleistungen.
- Informationen über die psychische Erkrankung, deren Folgen und die erforderlichen aktuellen oder langfristigen Behandlungsmaßnahmen.
- Aufbau und Förderung einer adäquaten Einstellung zur eigenen psychischen Erkrankung, deren Akzeptanz, auch unter Umständen irreversibler Folgen, in Hinführung auf eine aktive Krankheitsverarbeitung inklusive der erforderlichen Schulungen und Trainingsmaßnahmen (psychoedukatives Spektrum).
- Beratung, Unterstützung und Supervision von anderen am Rehabilitationsprozess beteiligten nichtpsychologischen Berufsgruppen.
- Planung, Motivierung und Erschließung weiterer für die Erkrankung erforderlicher psychologischer oder psychotherapeutischer Versorgung und Hilfen.

Die integrierte psychotherapeutische Behandlung komorbider Störungsbilder liegt im Schwerpunkt bei der psychologischen Psychotherapie. Als Behandlungsstrategie ist hierbei die im Rehabilitationsprozess integrierte Vorgehensweise gewählt mit der diagnostischen und methodischen Differenzierung, in welchem Umfang die Behandlung während der medizinischen Rehabilitation stattfinden kann (in Abhängigkeit zum Behandlungsfortschritt des Patienten) sowie welche Aspekte poststationär innerhalb niedergelassener Psychotherapie weiter versorgt werden sollten. Dies trifft insbesondere auf folgende Störungsbilder zu: Instabile Störungen, komplexe Traumafolgestörungen, Affektive Störungen einschließlich der Angsterkrankungen, Substanzinduzierte psychotische Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Psychologische Psychotherapie:

Psychologische Psychotherapie orientiert sich grundsätzlich am Krankheitsverständnis, dem Ätiologiemodell, multimodaler diagnostischer Erkenntnisse (BASIC-ID) und der eingesetzten psychotherapeutischen Methode. Die Methodenvielfalt psychologischer Psychotherapie in der Fachklinik Tauwetter ist (im overview) unten stehender Matrix zu entnehmen:

	Neuro-psychologische Perspektive	Psychodynamische Perspektive	Kognitiv-behaviorale Perspektive	Integrative Perspektive
Ursachen psychischer Störungen	Funktionsweise, Beschaffenheit und Stoffwechsel des ZNS, des endokrinen Systems, strukturelle und biochemische Prozesse	Intrapsychische, meist unbewusste Konfliktdynamik, i.d.R. auf frühkindliche Konflikte zurückgeführt	Auf der Grundlage von Vulnerabilitäten und Stress entstehende fehlangepasste erlernte Verhaltens- und Einstellungsmuster, dysfunktionale Denk-, Attributions- und Problemlösungsmuster	Ergebnis von komplexen Vulnerabilitäts- und Stressinteraktionen, biologische, kognitive, affektive, soziale und umweltbezogene Verhaltensaspekte in ihrer Entwicklung und zeitbezogenen Dynamik in der Wechselwirkung betrachtet
Vermittlung des jeweiligen Behandlungsmodells				
Methoden	Psychoedukative Inhalte manualisiert, Neuropsychotherapie nach Grawe Training Emotionaler Kompetenzen (TEK)	Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, tiefenpsych. Kurzzeittherapie	Standardmethoden der Verhaltenstherapie, Kognitive Umstrukturierung, Selfmanagement-Methoden, Expositionstherapie Desensibilisierung Problemlösetraining	Methoden-eklektizistische Vorgehensweise, systemische Therapie, humanistische Psychotherapie-verfahren

Auf der Basis des ‚common sense‘ der von Grawe beschriebenen (und nachgewiesenen) allgemeinen Wirkfaktoren -der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, der motivationalen Klärung und aktiver Hilfe- kommen in der psychologischen Psychotherapie im Schwerpunkt folgende evidenzbasierte Verfahren zum Einsatz:

Therapie der kognitiven Schemata (Beck): Arbeit an der kognitiven Triade (negative Sicht von Selbst, Umwelt und Zukunft), Arbeit an überdauernden Mustern selektiver Wahrnehmung, Codierungen und Bewertung von Reizen, Identifikation automatischer Gedanken und Identifikation stabiler kognitiver Verarbeitungsmuster, Hypothesenprüfung, Korrektur automatischer Gedanken und kognitiver Fehler und Blockaden (z.B. Ausblenden inkongruenter Informationen, Aktivierung suchtspezifischer Grundüberzeugungen, Ausblendung langfristig negativer Konsequenzen) sowie Reattribution durch Training alternativer Erklärungen.

Kognitive Restrukturierung nach dem Prinzip der Rational emotive Therapie (REVT): Activating - Beliefsystem - Consequences - Disputing - Evaluation mit den Schritten: Erklärung des kognitiven Modells, Erkennen automatischer Gedanken, dysfunktionaler Kognitionen und der dahinter liegenden Grundannahmen und Irrationalismen, Hinterfragen der dysfunktionalen Kognitionen, Arbeit an Irrationalismen und Wahrnehmungsfehlern, Erarbeitung realitätsadäquater Kognitionen, Gedanken und Einstellungen und Einüben der neuen Kognitionen.

Selbstmanagement im sieben-phasigen Prozessmodell (nach Kanfer): mit Eingangsphase mit Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen, Aufbau von Veränderungsmotivation und vorläufiger Auswahl von Veränderungsbereichen, Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell, Vereinbarung therapeutischer Ziele mit Klären und Erreichen von Konsens bzgl. Therapiezielen, Planung, Entscheidung und Durchführung spezieller Maßnahmen und Interventionen,

Evaluation therapeutischer Fortschritte mittels kontinuierlicher therapiebegleitender Diagnostik sowie Erfolgsoptimierung durch Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte sowie Einübung von Selbstmanagement als Prozess.

Problemlösetraining angelehnt an Lazerus: Problembeschreibung, Problemanalyse, Festlegung von Teilproblemen und Teilzielen. Lösungs- und Veränderungsplanung, Experimentalphase und Realitätserprobung in sensu - in vivo, sowie Bewertung des Probehandelns und Transferplanung.

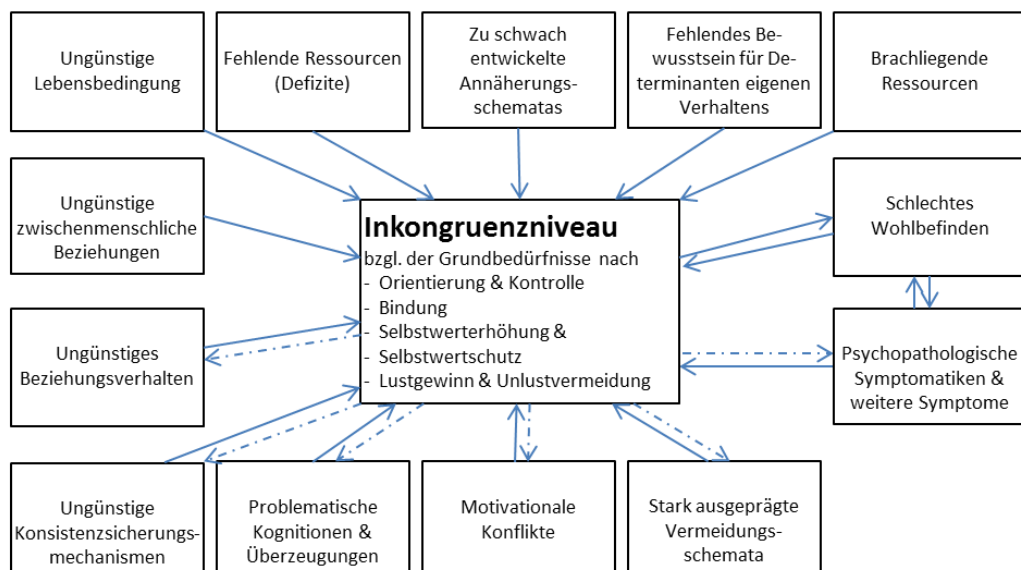
Stressimpfungstraining (SIT) nach Meichenbaum mit Übungsphase (Erarbeiten von angemessener Selbstverbalisation, Erlernen und Einüben von Bewältigungsstrategien), Unterrichtsphase (Vermittlung des Trainingskonzepts, Information über Stressreaktionen und damit verbundene Kognitionen, detaillierte Problemanalyse) und der Anwendungsphase (Training erlernter Strategien und Selbstverbalisation, Erprobung der Bewältigungskompetenzen). Dies erfolgt u.a. durch Imaginationen - Verhaltensübungen - Rollenspiele - ‚take home‘

Erweitert wird das Stressimpfungstraining in der Klinik um die Dimension der Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen nach (antizipierten) Provokationen im Sinne des Ärgermanagements nach R. W. Novaco (1997). Im Focus sind hier besonders Primär- und Sekundärbewertung, problembezogene Bewältigungsstrategien, emotionsbezogene Bewältigungsstrategien sowie Selbstkontrolltraining und Ärgerverhalten.

Hinzutreten Elemente der Dialektisch Behavioralen Therapie in der Einzelpsychotherapie, sowie Fertigungsgruppen zum Skillsaufbau und manualisierten Einheiten zur Entwicklung von Kognitions- und Emotionsregulationsfähigkeiten.

Unser neuropsychotherapeutisches Vorgehen orientiert sich im Schwerpunkt an der Arbeit und Reduzierung der Inkongruenzquellen (siehe Graphik)

Die funktionale Rolle der Inkongruenz im psychischen Geschehen



Hinzutritt der Aufbau alternativer emotionsbezogener Bewältigungsfähigkeiten durch das Training emotionaler Kompetenz (TEK) nach Berking u. Znoj (2007) als störungsbildübergreifende Methode. Hierbei werden sieben Basiskompetenzen aufgebaut: Muskelentspannung - Atementspannung - Bewertungsfreie Wahrnehmung - Akzeptieren und Tolerieren - Selbstunterstützung - Analysieren - Regulieren.

Der Zugang zur psychologischen Psychotherapie erfolgt entsprechend des Angebotsplanes sowie durch eine Terminvergabe nach Absprache. Zudem steht eine täglich stattfindende, offene psychologische Abendsprechstunde von 18.00 Uhr bis 20.30 Uhr jedem Patienten der Klinik offen, mit einer Sitzungsdauer von jeweils etwa 30 Minuten. Der Psychotherapeut arbeitet ggf. bei hohem Stützungs- oder Integrationsbedarf eines Patienten oder in schwierigen Behandlungssituationen auch nachgehend.

Der Psychologische Dienst nimmt die psychologische Krisenintervention wahr. Dies bedeutet frühzeitige Information an den psychologischen Dienst und Vorstellung der Patienten bei Instabilität des Patienten, hoher Ambivalenz im Behandlungsbündnis einschließlich Wünsche der Therapiebeendigung, deutlich erkennbarem Anstieg der Symptombelastung inklusive Craving, psychopathologischen Auffälligkeiten hinsichtlich Wahrnehmung, Orientierung, Auftreten von Denk- und Ich-Störungen oder auffälligen Verhaltensweisen, psychovegetativen Auffälligkeiten, Auftreten von Wahnstimmungen, Anzeichen von Selbst- (einschließlich Selbstverletzungen) oder Fremdgefährdung, Intoxikation bzw. -verdacht.

Die Versorgung des Patienten erfolgt in Abhängigkeit zur Beurteilung bzw. Einschätzung der Krisensituation zeitnah und vorrangig und erforderlichenfalls unter Zuziehung des Facharztes.

Psychologische Psychotherapeuten der Fachklinik übernehmen Verantwortung für Steuerung und Kontrolle des Behandlungsmilieus und nehmen dabei eine enge fachliche Verschränkung zu den anderen Rehabilitationsdisziplinen, priorisiert zum medizinischen Dienst, wahr. Dies erfolgt im Wesentlichen durch gegenseitige Befundintegration, enger Abstimmung psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen zu psychiatrisch-medikamentöser Stützung bzw. Therapie, gemeinsames Treffen von Indikationsentscheidungen und bei der gemeinsamen Abarbeitung von Krisen und Notfälligkeit. Darüber hinaus sind sie in Bezugstherapeutenkonferenz und Arbeitstherapiebesprechung eingebunden, begleiten arbeits- und berufsbezogene Interventionen wie in der KTL vorgesehen und bringen die psychologische-psychotherapeutische Perspektive in alle Behandlungsentscheidungen innerhalb der Fachklinik ein.

Der leitende Psychologe und therapeutische Leiter nimmt zusammen mit der fachärztlichen Leitung die wöchentlich stattfindenden Visiten wahr. Diese können je nach Indikation sowohl im Einzelgespräch wie im Gruppensetting stattfinden.

4.7.5. Bezugstherapie

Der bezugstherapeutische Behandlungsprozess orientiert sich hinsichtlich seiner grundlegenden Ausgestaltung am Case-Management-Ansatz nach Klug 2003 mit seinen sieben Phasen Engagement, Assessment, Planning, Intervention, Monitoring, Evaluation und Disengagement. Dabei ist vor Allem die Wahrnehmung und Steuerung des suchtttherapeutischen Behandlungsprozesses im Vordergrund einschließlich der für eine gelingende Integration in gesellschaftlichen Bezüge erforderliche Realisierung von Teilhabezielen (umfassende Vorbereitung auf die Erwerbstätigkeit) sowie notwendigen Maßnahmen zur Existenzsicherung (Wohnverhältnisse, Finanzen, soziales Umfeld, Weiterversorgung etc.).

Wir gehen in unserer Bezugstherapie dabei von der Prämisse aus, dass Entwicklung und Aufbau, Förderung und Stabilisierung eines positiven Selbstwerterlebens in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Erfahrung steht, den Lebensunterhalt aus eigener Erwerbstätigkeit bestreiten und sicherstellen zu können. Hinzu treten die Fähigkeiten eigenständiger Alltagsbewältigung und zufriedenstellender Freizeitgestaltung in Verbindung mit einer unterstützenden, stabilen und drogenfreien sozialen Umgebung. Diese wesentlichen Elemente einer integrierten Lebensgestaltung stehen stets im Fokus der Bezugstherapie, beginnend mit der diagnostischen Abbildung auf den entsprechen Komponenten und Domänen des ICF, der Vereinbarung relevanter Therapieziele mit dem Patienten und den sich hieraus ergebenden bezugstherapeutischen Interventionsstrategien.

Für die Bezugstherapie gliedern wir die sieben Schritte des Case-Managements in drei Bereiche.

Zu Beginn fassen wir die ersten beiden Teile Engagement und Assessment in unserem Aufnahmemanagement zusammen. Seitens der Bezugstherapie findet bereits im Zuge des Bewerbungsverfahrens eines Patienten ein erster Kontakt per Telefon, Brief, E-Mail oder Informationsveranstaltung statt, um bereits im Vorfeld der Aufnahme eine erste Bindung zum Patienten herzustellen. Im Assessment erfolgt eine bezugstherapeutische Eingangsdagnostik mit einem Sammeln aller notwendiger Informationen (Biographie, Sozialanamnese) über den Patienten, dessen Angehörigen oder andere externe Quellen, wie Beratungsstellen, Kliniken oder Gericht. Zudem findet eine Einschätzung des Patienten nach ICF hinsichtlich Defizite, gleichermaßen auch Ressourcen des Patienten statt. Das Hauptaugenmerk der Bezugstherapie liegt dabei auf den Komponenten der Aktivität, Partizipation und Teilhabe sowie dem Teil der Kontextfaktoren. Eine diesbezüglich umfassende Datenerhebung insbesondere in Hinblick auf die angezielte Wiedereingliederung in Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisse, der Schaffung stabiler Wohnverhältnisse und einer gesicherten finanziellen Situation sowie deren Abbildung im coreset ist der Beitrag der Bezugstherapie für die interdisziplinäre Rehabilitationsplanung. Diese erfolgt immer unter der aktiven Beteiligung des Patienten auch bezüglich der konkreten Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses. Die hier ‚naturgemäß‘ auftretenden Differenzen zwischen Patient und Bezugstherapeut sind bedeutsamer und wirkungsvoller Teil des therapeutischen Dialogs im Prozess der Einstellungsänderung.

Als zentraler Aspekt gilt die suchtttherapeutische Ausgestaltung der Bezugstherapie. Dabei stehen die Teile des Planning, der Intervention und des Monitorings im Vordergrund. Bezugsgruppe und Bezugstherapeut stellen die wichtigsten ‚Beziehungsanker‘ im Behandlungsmilieu des Patienten dar. Sie bieten unter Anderem (Beziehungs-)Kontinuität und Parteilichkeit, Bindung und Verlässlichkeit, Dialog und Support, Projektionsfläche und Modifikation, Reflektionsort, sowie Regressions- und Experimentalraum gleichermaßen.

Die Behandlung beginnt mit dem Aufnahmezeitraum und der sogenannten probatorische Phase in den ersten drei bis fünf Behandlungswochen. Dieser Zeitraum beinhaltet hauptsächlich Aufbau und Gestaltung einer tragfähigen therapeutischen Bindung zum Patienten, der Klärung der Behandlungsmotivation sowie, durch psychoedukative Angebote unterstützte, Entwicklung von Krankheitseinsicht und Problembewusstsein. Die Schritte hierzu bestehen in einer ausführlichen Verhaltens- und Problemanalyse, die Erarbeitung und Einwilligung von individuellen, an der ICF-Diagnostik ausgerichteten, Behandlungszielen. Mit dem kontinuierlichen Thematisieren der Ambivalenz des Patienten bzgl. der eigenen Btm-Konsumwünsche wird eine stabilere Gewichtung von Drogenfreiheitsmotivation und aktiver Drogendistanzierung unterstützt. Hierzu gehört die Erarbeitung individueller, internaler wie externaler Auslösereize, verbunden mit dem systematischen Aufbau von Skills zur Cravingbewältigung. Reflektion und Thematisierung, auch Konfrontation mit der kognitions- und emotions-regulierenden Wirkung der psychotropen Substanz und die Erarbeitung alternativer Strategien begünstigen die Ausbildung einer verbesserten Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten.

Bezugstherapeutische Gruppen- und Einzelgespräche sind in Hinblick auf die Interventionsstrategie stets an strukturgebenden (manualisierten) Schritten der Suchttherapie mit den wesentlichen Kernkomplexen orientiert:

- Erfassung der zentralen, im Zuge des Drogenkonsums entstanden Problemstellungen, einschließlich der Erfahrungen mit psychotropen Substanzen, und sekundärer sozialer Suchtfolgen, Grad der subkulturellen Involvierung und juristischen Probleme.
- Aufbau von Therapiefähigkeiten wie Introspektion und emotionaler Differenzierung, Aufbau von Selbstachtsamkeit und Reflektionsfähigkeit, Erarbeitung des individuellen Krankheitsverständnisses durch gemeinsame Entwicklung der funktionalen Verhaltensanalyse einschließlich Erkennen des Zusammenhang von Situation-Bewertung-Gefühle-Verhalten anhand von biographischen Erfahrungen und Selbsterleben mit bzw. ohne Betäubungsmittelwirkung, geleitetes Entdecken der Funktion des Betäubungsmittels im Kontext von Situation-Beliefs-Emotion- Konsequenzen.
- Aktivitätsaufbau durch Wahrnehmung der Rehabilitation und ihrer Elemente auf dem Hintergrund des eigenen Bewertungssystems, negativer Empfindungsqualitäten und Verhaltenskonsequenzen, Disputing und Aufbau positiver Aktivitäten mittels Reflektion angenehmer respektive unangenehmer Aktivitäten, eigeninitiative Beteiligung an der Rehabilitation durch Mitgestaltung

des Wochenplans, Partizipation in der Findung von Therapiezielen sowie Verantwortungsübernahme für sich und innerhalb der Patientengruppe sowie Förderung von Selbststeuerungsfähigkeiten und Training von Selbstkontrolltechniken.

- Therapie kognitiver Schemata mit den wesentlichen Foci der Arbeit an Grundüberzeugungen und Einstellungen zum eigenen Betäubungsmittelkonsum einschließlich Laienätiologie und zu sekundärer Suchtfolgen, Disputing der, einer Ambivalenz zum Betäubungsmittelkonsum zugrunde liegenden, zentralen Kognitionen, Blockaden und Irrationalismen, Arbeit am negativen Selbstkonzept, Funktionen des Betäubungsmittels in Biographie und Familiensystem, wie Positionen, Rollen, Subsysteme und Kommunikation, Arbeit an den sekundären Suchtfolgen, deren Bewertungen und Konsequenzen sowie der Möglichkeiten und Grenzen einer Bewältigung, Aufbau von Abstinenzgedanken durch kognitive Restrukturierung von Insuffizienzideen, Versagensängsten, Hilflosigkeitsvorstellungen und dependenten Schemata sowie Entwicklung einer individuell positiv konnotierten Perspektive unter Differenzierung von protektiven, unterstützenden und riskanten, ungünstigen Qualitäten.
- Aufbau sozialer Kompetenz durch Reflektion subkultureller Erfahrungen, Erlernen von wertschätzender vs. entwertender sozialer Interaktion, deren emotionale Konsequenzen einschließlich der Funktionen des Betäubungsmittels im Interaktions- und Beziehungsgeschehen, Erkennen der Dynamik sozialen Vermeidungsverhaltens auf dem Hintergrund der selbstverstärkenden Funktion des Betäubungsmittels, Arbeit an sozialen Ängsten und Selbstunsicherheit mittels Alternativenaufbau in sensu - in vivo einschließlich Ablehnungstraining, Reflektion von Konflikterleben und Training im Umgang mit Kränkung im interpersonalem Kontext mittels Einsicht in die diesbezügliche Funktion des Betäubungsmittels, der Analyse des Bewertungssystems und Aufbau emotionaler Regulation und alternativer Verhaltenskonsequenzen (social skills).

Bei allen bezugstherapeutischen Angeboten bzw. Unterstützung bleibt der Blick auf den Rehabilitationszweck (Verbesserung der Teilhabe durch Erwerbstätigkeit) erhalten und ist fester Bestandteil des Arbeitsbündnisses. Der Patient wird durch die Bezugstherapeuten deswegen besonders im klinischen Alltag wahrgenommen unter den Aspekten der Selbst- und Eigenverantwortlichkeit gerade auch in Hinblick auf Betäubungsmittelfreiheit, dem Grad der Mitwirkung, des Energie- und Funktionsniveaus, der Initiative sowie der Lebensraumgestaltung (Alltagsbewältigung) und des Behandlungsfortschrittes.

Etwa im letzten Drittel der Behandlung liegt der Fokus von Patient und Bezugstherapeut in Einzel- und Gruppengesprächen verstärkt und spezifischer auf den Grad der Erreichung der vereinbarten Therapie(teil-)ziele und der gemeinsamen Einschätzung des bisherigen Behandlungsergebnisses (Evaluation). Die priorisierten Themenstellungen konzentrieren sich auf die Aufnahme der Erwerbstätigkeit und/oder ggf. dafür noch erforderlicher Maßnahmen, der Organisation und Einleitung geeigneter Nachsorgemaßnahmen wie Überleitung in die

Adaptionsbehandlung, erforderlichen Maßnahmen beruflicher Eingliederung oder ggf. auch zum Betreuten Wohnen. Im Falle einer eigenen Wohnung bedarf es nicht nur der Mietsicherung sondern auch der Vorbereitung in Hinblick auf Erhalt der Wohnung oder bestehender Trigger für Betäubungsmittelkonsum. Erschließen und Einleitung einer (außer-)schulischen oder ausbildungsbezogenen Perspektive kann erforderlich werden, wenn der Patient nur sehr eingeschränkt über Kulturtechniken verfügt, die bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder Schulabschlüsse noch nachholbar sind. Aufbau und Stabilisierung eines drogenfreien sozialen Umfelds unter Einbezug bestehender protektiver Kontakte kommt ganz besonderer Bedeutung zu und werden nach Möglichkeit in dieser Phase der Behandlung verstärkt miteinbezogen. Sie erleichtern ganz erheblich Ablösung und Übergang (Disengagement). Verstärkt wird in diesem Zeitraum auch die Entwicklung von ‚Notfallplänen‘ und Krisenrepertoire mit einer schriftlich niedergelegten Übersicht an möglichen Auslösereizen und -situationen für Drogenverlangen oder Rückfälligkeit und den dazu entsprechende Lösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, Ansprechpartnern und Versorgungseinrichtungen.

4.7.6 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Psychoedukation

Die psychoedukativen Angebote der Fachklinik Tauwetter sind mehrdimensional angelegt. Für die Rehabilitationsbehandlung von Suchtpatienten stellen sie bekanntlich ein entscheidendes Element dar und tragen wesentlich zum Erreichen der Rehabilitationsziele bei. Sei entfalten vielfältige Wirkung hinsichtlich der Behandlungsmotivation, dem Aufbau von Compliance, der Unterstützung des Abstinenzwunsches bis hin zur Entwicklung von Fähigkeiten des Selbstmanagements sowie der Kenntnis von Substanzen und deren Wirkung auf das zentrale Nervensystem.

Psychoedukation orientiert sich an der Zielvorstellung, den Patienten auf dem Weg hin zum ‚Experten seiner eigenen Erkrankung‘ zu geleiten und unterstützt damit auch die partnerschaftliche Teilhabe des Patienten an seinem Behandlungsprozess. Nur die vertiefte Kenntnis und Einsicht über Entstehung, Verlauf und Bewältigungsmöglichkeiten der eigenen Erkrankung kann den Patienten ausreichend dazu motivieren, sich auch für eine längerfristige Behandlung entscheiden zu können.

Die psychoedukativen Inhalte der Fachklinik Tauwetter sind dementsprechend ausgerichtet:

Information zur Suchtkrankheit, psychotropen Substanzen und deren umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wirkungen und Folgen - Aufbau eines individuellen Suchtverständnisses und Krankheitsmodells - Entstehung von Craving

und Fähigkeiten zur Cravingbewältigung - Förderung von Krankheitseinsicht, Problemzugang und Behandlungsbereitschaft - Fähigkeiten und Übungen zur Emotions- und Kognitionsregulation und Selbststeuerungsfähigkeit - neurobiologische Zusammenhänge hinsichtlich Substanzwirkung, Substanzwirkungserwartung (Craving), assoziative Verknüpfungen (Trigger) und neuronaler „Trampelpfade“ („Suchtgedächtnis“) - Aufbau von Techniken zur Reiz-Reaktionsverhinderung - Problemlösestrategien

Psychoedukative Inhalte sind in der Fachklinik Tauwetter zum einen in der Bezugstherapie und in indikativen Gruppen (z.B. Rückfallprophylaxe) integriert, zum anderen stellen sie wichtigen Bestandteil von ärztlicher und psychologischer Tätigkeit dar. Entsprechende Angebote werden hier auch explizit in Hinblick auf die oben genannten Themenbereiche in spezifischen Sitzungen angeboten. Sie finden je nach Indikationsstellung sowohl im Einzelsetting wie im Gruppengespräch statt.

Die psychoedukativen Angebote in der Fachklinik Tauwetter sind sowohl diagnosenübergreifend als auch spezifisch bei vorliegendem komorbiden Störungsbild angelegt und hier auch manualisiert. Diese Manuale differenzieren Schritte, Foci und Übungen und beziehen sich auf Abhängigkeitserkrankung und Rückfallprophylaxe (Klos, Görger 2009), instabile Störungen und substanzinduzierte psychotische Störung (Mirus 2011).

Die psychoedukativen Maßnahmen und Patientenschulungen der Fachklinik sind ineinander verwoben und weisen eine hohe gemeinsame Schnittmenge auf. Sie werden in Hinblick auf Vorträge, Gruppenarbeit, Interventionen der Motivationsbehandlung stets aufeinander abgestimmt. Sich wiederholende Themen und Übungen sind zur Stärkung der Nachhaltigkeit sinnvoll (erwünschte Redundanz).

Bezugstherapie:

Vorrangiger Inhalt der Bezugstherapie der Fachklinik ist die suchtttherapeutische Versorgung der Rehabilitanden sowie alle in ein Casemanagementprinzip eingebetteten sozialtherapeutischen Maßnahmen inklusive der Existenzsicherung und des Überleitungsmanagements.

Die Bezugstherapie in der Fachklinik Tauwetter ist **genderspezifisch** ausgerichtet. Somit gibt es eine Bezugsgruppe für Patientinnen, die von einer Therapeutin geleitet wird und drei Bezugsgruppen für Patienten. Genderheterogene Veranstaltungen und Angebote finden nur zu ausgewählten Themenstellungen statt.

Die Bezugstherapeuten organisieren sich in einem Cotherapeutensystem, so dass auch bei Urlaubs- und Vertretungszeiten die therapeutische Kontinuität gewahrt bleibt und schwierige Behandlungssituationen gemeinsam bewältigt werden können.

Das bezugstherapeutische Einzelgespräch hat zu den suchtspezifischen Behandlungsfoci hinzutretend folgende Schwerpunkte: Einzeltherapie, statistische Erhebung (Basisdokumentation Ebis in PatFak), Sozialanamnese, Biographische

Anamnese, Aufbau und Reflektion des Behandlungsbündnisses entsprechend dem Patientenleitfaden „TheNavi“, Therapiezielvereinbarung (Therapiekontrakt), therapeutische Einheiten mit Partner, Familie und Angehörigen.

Das bezugstherapeutische Einzelgespräch findet mindestens einmal wöchentlich mit 50 Minuten statt.

Bezugstherapeutisches Gruppengespräch:

Das systematische Behandlungsmilieu einer Gruppe bewirkt und modifiziert bei seinen Mitgliedern bestehende Objektrepräsentanzen, die Selbstregulationserfahrungen ermöglichen. Diese werden eingeübt und in Teilschritten auf weitere Verarbeitungsanforderungen des Alltags transformiert und können darüber hinaus generalisiert werden. Damit wird Teilhabe erst möglich und aktiv erweitert.

Feedbackprozesse der Selbst- und Fremdwahrnehmung und Steuerung der Psychohygiene in der Gruppenpsychotherapie beeinflussen in günstiger Weise das narzisstische Regulationssystem. Tiefgreifende Verletzung lebensgeschichtlichen Hintergrunds zeitigen hohe, oftmals aggressiv abgewehrte Kränkbarkeit. Schutz- und Geborgenheitserfahrung innerhalb der Bezugsgruppe kompensieren Ohnmachts- und Bedrohtheitserleben, korrigieren idealistische Selbstvorstellungen und reduzieren hypochondrische Ängste.

In der bezugstherapeutische Gruppe sind die Teilnehmer in der gegenseitigen Interdependenz auch im weiteren Sinne ‚Co-Therapeut‘ und werden damit als therapeutisches Element genutzt. Ziel sind Einsichts- und Verhaltensänderungen des Einzelnen in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung durch positive oder negative Rückmeldungen und Einschätzungen der anderen Gruppenteilnehmer hinsichtlich Einstellungen und Verhaltensweisen z.B. bei Abwehr- und Widerstandsgeschehen, bei Selbstwertproblematik, bei fehlender Krankheitseinsicht in die psychische Verändertheit oder Compiancedefiziten in der Mitwirkung, Krisenentwicklung oder Instabilität etc.

Die bezugstherapeutische Gruppe ist damit für den Patienten wichtigster und verlässlicher Bindungs- und Beziehungsraum und der Spiegel seiner Weiterentwicklung.

Die Gruppentherapie der Bezugsgruppe findet mindestens viermal wöchentlich à 90 Minuten statt.

Indikative Angebote:

Ein ICF-geleitetes Vorgehen erfordert in stationärer medizinischer Rehabilitationsbehandlung eine an der Nosologie ausgerichtete Behandlung der Krankheitsfolgen. In dieser Betrachtungsweise wird die psychische Erkrankung des Patienten nicht nur in Hinsicht auf die Phänomenologie des Individuums hin beurteilt, sondern erweitert hierzu, als dysfunktionaler Anpassungsprozess an den gesamten Lebenskontext begriffen. Bezieht man nun diese Betrachtungsweise auf den konkret rehabilitatorischen Prozess im klinischen Alltag, so bedeutet das, dass

unterschiedliche Ausprägungen und Intensitäten von Krankheitsfolgen und -bedingungen auch ein darauf angepasstes Angebot an therapeutischen Leistungen erfordert. Dieses individualisierte Zugehen, mit dem Blick auf die wirklichen Lebensbedingungen der Patienten erfordert also innerhalb eines klinischen Vorgehens eine indikative Passung. Dies betrifft den gesamten medizinischen Rehabilitationsprozess und nicht nur Teilbereiche und ist therapeutisches Verständnis und nicht nur Methode. Indikative Therapienangebote der Fachklinik werden auf der Ebene der Bezugstherapie durch indikative Gruppenangebote gewährleistet (einmal wöchentlich 60-90 Minuten). Diese sind wie folgt:

Intakegruppe:

Die Intakegruppe wendet sich an alle Patienten in den ersten drei bis fünf Behandlungswochen während der probatorischen Phase (siehe Behandlungsleitfaden „TheNavi“). Mit den Patienten werden die grundlegenden Vereinbarungen für die medizinische Rehabilitation getroffen. Folgende Inhalte werden inhaltlich thematisch behandelt: Einführung in die medizinische Rehabilitation, Information über das Behandlungsmodell, Vermittlung von grundlegenden Regeln, Strukturen und Behandlungsabläufen, erste psychoedukative Inhalte zur Abhängigkeits-erkrankung (Basic-skills zu Craving und Impulskontrolle), Aufgreifen motivationeller Inhalte.

Milieugruppe:

Fokus der Milieugruppe ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Verhaltensweisen anhand des Patientenleitfadens „TheNavi“. Ziel ist es, mit den Patienten Schwierigkeiten in Alltagssituationen und in der Einhaltung von Regelungen und Strukturen der Klinik zu reflektieren und gemeinsam Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation zu diskutieren. Dabei steht der Aufbau von Kommunikations-, Reflektions-, Einsichts- und Konfliktfähigkeit im Zentrum der Betrachtung. Die Berücksichtigung des Themas Sozialisation in den prägenden Sozial Worlds, insbesondere den Subkulturen Drogenmilieu, kriminelles Milieu und Prägungen durch JVA-Aufenthalte ist ebenfalls zentrales Thema.

Die Auseinandersetzung mit Einstellungen, Haltungen, Werten, Normen und Prinzipien ist darüber hinaus neben der Milieugruppe auch permanent Gegenstand in der Bezugsgruppentherapie sowie auch in allen anderen Behandlungsangeboten. Die entsprechende Vorgehensweise ist jeweils berufsgruppenspezifisch. In der Milieugruppe werden diese Themen **gruppenübergreifend** in **genderhomogenen** Gruppen expliziert und reflektiert. An der Milieugruppe nehmen alle Patienten in Abhängigkeit von der Gruppenfähigkeit teil. Genderheterogene Gruppenveranstaltungen werden ausschließlich indikationsgeleitet zu bestimmten vordefinierten Themenstellungen angeboten.

Gegenstand der Gruppe ist auch die Reflektion des Verhaltens im therapeutischen Alltag. Insbesondere sind Bearbeitungen und Reflektion von Konfliktsituationen, Regel- und Strukturauflösungen auf der Basis des Behandlungsleitfadens „TheNavi“ Gegenstand des Arbeitsprozesses in der Gruppe mit dem Ziel der Verbesserung des Sozialverhaltens und der Psychohygiene in der Gesamtpatientengruppe.

Die Methodik basiert auf dem inhaltlichen Fokus der Gruppe: Auseinandersetzung mit eigenen Werten, Normen, Prinzipien und Einstellungen, die das Verhalten

bestimmen. Berücksichtigt werden die interdisziplinäre Diagnostik des einzelnen Patienten und die Analyse der Dynamik der determinierenden sozialen Kontexte in der Fachklinik, Gesellschaft und relevanter sozialer Bezüge auf der Grundlage des jeweils für sie geltenden Werte- und Normenkodexes.

Die Vorgehensweise ist verhaltenstherapeutisch und sozialtherapeutisch orientiert und gleichermaßen konfliktzentriert-aufdeckend, übungszentriert-funktional und erlebniszentriert-stimulierend ausgerichtet. In verhaltensmodifizierenden Übungen werden zukünftige Situationen antizipiert und eine adäquate Bewältigung vorausschauend geplant, strukturiert und einer Problemlösung zugeführt.

Rückfallprophylaxetraining:

In der indikativen Gruppe „Rückfallprophylaxe“ werden wöchentlich die grundlegenden Themen, analog der entsprechenden Module aus dem Trainingsprogramm „Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit“ nach Klos/Görgen, vermittelt. In psychoedukativer Weise werden die Bereiche: Umgang mit Abstinenzkonflikten, Identifizieren von Auslösereizen, angemessener Umgang mit Craving, Ablehnen von Konsumaufforderungen, Umgang mit erneuter Rückfälligkeit sowie die Themen: „Drogenabhängigkeit und Alkoholkonsum“ und „Kriminalität, Risikobereitschaft und Rückfälligkeit“ behandelt. Die Patienten erstellen ein persönliches Profil ihrer Schutz- und ihrer Risikofaktoren und beschäftigen sich mit der Erweiterung ihrer Fertigkeiten in der Emotions- und Kognitionsregulation. Hierbei kommen neben dem genannten Trainingsprogramm von Klos/Görgen entsprechende Inhalte des Skilltrainings der DBT nach M. Linehan zum Einsatz.

Aufbau von Sozialverhalten:

Dieses indikative Angebot folgt einem modulhaften Aufbau mit den Inhalten: Aufbau von Einsichtsfähigkeit und Erarbeitung eines Zugangs in die eigene Krankheitsgeschichte, biographische Skizzierung der Störungen im Sozialverhalten sowie der Delinquenz, Erarbeitung der persönlichen Folgen der delinquenten Lebensentwicklung, Reflektion der Gedanken - Einstellungen - Emotionen und Verhaltensweisen. Weitergehend kommt in den Focus die Erarbeitung der Folgen für die Opfer, Übungen zum Role-take mit dem Ziel der Herstellung einer Empathiefähigkeit für das Gegenüber sowie die Erarbeitung und Umsetzung konkreter Verhaltensänderungen im Alltag.

Raucherentwöhnung:

In der Indikativen Gruppe „Raucherentwöhnung“ werden medizinische und gesundheitliche Informationen über die Folgen des Rauchens vermittelt. Patienten identifizieren ihr individuelles Risikoprofil und entwickeln u.a. auf diesem Hintergrund ihre persönliche Motivation. Raucher benötigen eine Reihe von alternativen Verhaltensweisen, die sie in schwierigen Situationen anwenden können, um das Craving/die Verlangensattacke zu überwinden. Die Vermittlung von praktisch-verhaltensbezogenen und mentalen Fähigkeiten sowie die gemeinsame Reflektion schwieriger Situationen unterstützen die Umsetzung einer Reduzierung/Rauchabstinenz. Die Raucherentwöhnung erfolgt manualisiert (an IFT ‚das Rauchfrei Programm‘ angelehnt) und hat im Wesentlichen folgende Foci: Rauchverhalten

reflektieren und über resultierende Gesundheitsschäden zu informieren (Entwicklung von Problembewusstsein). Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des Rauchverhaltens zu entwickeln (Motivation zur Reduktion, Abstinenz). Vermittlung praktisch-verhaltensbezogener Strategien zur Umsetzung von Reduktion und/oder Abstinenz, Rückfallprävention.

Da die Patienten der in unserer Fachklinik behandelten Indikationsgruppen in aller Regel nur eine geringe Einwilligung zu Reduzierung oder Beendigung des Nikotinkonsums aufweisen, setzen wir initial unterstützend für Motivierung und Einstellungsänderung die Module eins und zwei (,Motivationsklärung, Nikotinsubstitution‘ und ,Entscheidungsfindung‘) des Curriculums Tabakentwöhnung (Heft-Wippermann, Worringer DRV 2010) hinzu.

Entspannungsverfahren:

An der Indikativen Gruppe „Entspannungstechniken“ nehmen alle interessierten Patienten teil, die Stress-Belastungen und Verspannungen in ihrem Leben vermindern und ihre seelisch-körperliche Gesundheit verbessern wollen. Gegenstand der Gruppe ist die Vermittlung von Übungen zur Körperentspannung oder Imagination sowie Hintergrundinformation zu Stress und Belastung. Zu Beginn werden die Patienten nach ihren Erfahrungen mit Entspannungsverfahren befragt. Kommt das Autogene Training nach J. H. Schultz zur Anwendung, so wird in einer kurzen Einleitung die Wirkungsweise dieser Methode als eine Übung zur Selbstentspannung vermittelt. In praktischen Übungen wird das zentrale Lernziel des Autogenen Trainings, nämlich Ruhe und Entspannung zu erlangen, verfolgt. In diesem Rahmen werden die sechs standardisierten Übungen der Grundstufe durchgeführt: Die Schwereübung - zur Entspannung der Willkürmuskulatur. Die Wärmeübung - durch Entspannung der Gefäßmuskulatur zur Gefäßerweiterung. Die Atem- und Herzübung - die durch das passive Erleben des Atem- und Herzrhythmus dazu führt, dass der Übende lernt, den physiologischen Rhythmus geschehen zu lassen. Die Sonnengeflechtsübung - die mit ihrer vegetativ ausgleichenden Wirkung u.a. die Verdauungstätigkeit anregt und die Stirnkühleübung - zur Verbesserung der Konzentration und Aufmerksamkeit. Mit Hilfe von Übungsformeln wird die Aufmerksamkeit der Gruppenteilnehmer fokussiert.

Die Übungen werden gründlich vor- und nachbesprochen, insbesondere was Körperhaltung, Übungszeitpunkt und -ort sowie auftretende Störungen betrifft. Das regelmäßige Üben der Teilnehmer ist Voraussetzung, Ruhe, Entspannung, Konzentration und eine Verbesserung der körperlichen Beschwerden zu erreichen.

Zwischen den einzelnen Übungen werden Hintergrundinformationen zu Stress, seiner Entstehung und die Möglichkeiten zur Stressreduzierung vermittelt.

Ist darüber hinaus die Indikation für den Tagtraum (K.i.P.) gegeben, erfolgt nach der Entspannung die Vorgabe der Grundstufen-Motive Wiese, Bach, Berg, Haus oder Waldrand, um den Patienten die Möglichkeit zu bieten, ihre aktuelle Stimmung und Konflikte bildhaft darzustellen und sich zu entlasten. Sofern eine Stabilisierung notwendig ist, erfolgt eine ressourcenorientierte Imagination mit Motiven des sicheren Ortes oder der Blume am sicheren oder geschützten Ort.

Im Anschluss an die Imagination werden die Patienten gebeten, ihre Bilder zu malen. In der gemeinsamen Nachbesprechung sollen Gefühle, Stimmungen und Eindrücke

nur kurz anklingen und nicht zerredet werden. In der Regel stehen die Patienten noch unter dem Eindruck ihrer inneren Bilder.

Beruf und Freizeit:

Ziel ist die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen schulischen, beruflichen und Freizeitsozialisation. Auf dieser Grundlage sollen Perspektiven für die berufliche (Wieder-) Eingliederung sowie für eine sinnvolle Freizeitgestaltung entwickelt werden. Es werden verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, sich schulisch und beruflich zu orientieren bzw. zu qualifizieren, sowie den (Wieder-)Einstieg ins Erwerbsleben zu vollziehen. Außerdem werden Chancen aber auch Risiken verschiedener Formen der Freizeitgestaltung thematisiert. Die inhaltliche Gestaltung der indikativen Gruppe orientiert sich an o.g. Themen, wird jedoch durch die aktive Mitarbeit der Patienten mitgestaltet und ihren Bedürfnissen und Interessen angepasst. Nicht zuletzt wird im Rahmen der durch jeden Patienten vorzustellenden kreativen Gruppenarbeit auf die Bedürfnisse jedes Einzelnen gezielt eingegangen. Individuelle Fragestellungen zu diesem Themenkomplex können auch im Einzelgespräch bearbeitet werden (z.B. bei Patienten, die ihre Adaption nicht in Bonn oder Köln absolvieren bzw. nach Therapieende wieder in ihr altes soziales Umfeld zurückkehren). Die indikative Gruppe wird gemeinsam von Arbeitstherapeuten und durch den Diplom-Sportwissenschaftler der Einrichtung geleitet.

4.7.7 Arbeitsbezogene Interventionen

Ziel der arbeits- und berufsbezogenen Interventionen ist es, entsprechende Problemlagen frühzeitig zu bearbeiten bzw. weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuleiten. Arbeitsbezogene Problemlagen werden deshalb in der Fachklinik Tauwetter frühzeitig identifiziert und entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen. Sie sind vor dem Hintergrund der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Kontextfaktoren anzusehen (WHO, 2001).

Die berufliche bzw. schulische Situation der Rehabilitanden in der Fachklinik stellt sich wie folgt dar:

Häufig haben die Rehabilitanden keine bzw. eine unterbrochene berufliche Ausbildung, auch die Schulausbildung ist oft vorzeitig abgebrochen. Sie verfügen über eine geringe oder zum Teil keine Arbeitserfahrung oder es gab in bisherigen Beschäftigungsverhältnissen Probleme oder Konflikte am Arbeitsplatz oder auch schon während der Schulausbildung. Es bestehen zum Teil hohe Zeiten der Arbeitslosigkeit.

Die Veränderungen in der Arbeits- und Berufswelt und deren gestiegenen Anforderungen stehen einer geringen Belastbarkeit, Defizite in Pünktlichkeit, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, Konzentration, Lösungsorientiertheit, Arbeitsplanung, Auffassungsgabe, Geschicklichkeit, Kraft, Flexibilität etc., des Rehabilitanden entgegen.

Hinzu tritt eine geringe Arbeitsmotivation, Antrieb und Interesse bis hin zur Unlust, eine herabgesetzte Frustrationstoleranz und eine mangelnde Teamfähigkeit und Anpassungsfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit.

In der Fachklinik Tauwetter werden folgende arbeits- und berufsbezogenen Interventionsmaßnahmen angeboten:

- Arbeitstherapie
- Belastungserprobung
- Arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung
- Gruppen mit Arbeits- und berufsbezogenen Themen
- Zusammenarbeit mit externen Institutionen

Diese therapeutische Maßnahmen werden zunächst klinikintern, gegen Ende der Behandlung klinikextern durchgeführt mit der Zielsetzung der konkreten Hilfestellung für die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Dies geschieht, auf die beruflichen Anforderungen (Kontextfaktoren) des Rehabilitanden bezogen, über die Förderung motorischer und mentaler Fertigkeiten und Funktionen sowie die Steigerung der psychischen und physischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit.

Arbeits- und berufsbezogene Interventionen sind in der Fachklinik Tauwetter ein systematischer Behandlungsprozess. Sie basieren auf der ICF-geleiteten Erfassung von Beeinträchtigungen und Schweregrad.

1. Diagnostik:

Dieser Behandlungsprozess umfasst die arbeitstherapeutische Diagnostik zu Beginn der Rehabilitation mit dem Erkennen der beruflichen Problemlagen z.B. durch Screening-Fragebögen, einer klinische Untersuchung und der Erstellung einer arbeits- und berufsbezogenen Anamnese sowie mit einer differenzierten Diagnostik um eine differenzierte Behandlungsplanung durchführen zu können. Darauf folgt der Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil und ggf. eine Belastungserprobung mit diagnostischem Schwerpunkt, die Anfertigung einer Arbeitsplatzbeschreibung, der Abgleich subjektiver Patientenangaben mit den objektivierbaren Befunden zur Auseinandersetzung mit den berufsbezogenen Problemen und der Abklärung der arbeits- und berufsbezogenen Behandlungserwartung des Patienten und seiner Motivation.

Zur instrumentellen Arbeitsdiagnostik werden eingesetzt:

- Würzburger Screening - zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch- beruflich orientierenden Maßnahmen
- MELBA - Die Einschätzung von berufsübergreifenden Qualifikationen - den Schlüsselqualifikationen, die Einschätzung von sozialen Kompetenzen und kognitiven Fähigkeiten, sowie eine präzise Beschreibung der Arbeitsfähigkeiten. Auf der anderen Seite ist eine genaue Kenntnis der Anforderungen einer Tätigkeit unabdingbar, wenn berufliche Platzierung und Eingliederung auf Dauer gelingen soll.

◦ DIAMO (Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation)

Das DIAMO dient der multidimensionalen Erfassung berufsbezogener Motivationsstrukturen. Es handelt sich um ein generisches Selbstbeurteilungsverfahren, das arbeitsbezogene Motive, Einstellungen und traitgebundene Verhaltensmuster misst.

Hinzu tritt die Belastungserprobung (erst intern, dann ggf. extern). Es handelt sich dabei im Allgemeinen um eine eher diagnostisch orientierte Maßnahme, die in erster Linie dazu dient, die persönliche psychische und physische Belastungsfähigkeit des Rehabilitanden einzuschätzen. Dabei wird möglichst tätigkeits- bzw. berufsspezifisch entsprechend dem Anforderungsprofil erfasst, inwieweit das Leistungsprofil des Rehabilitanden den Anforderungen seiner Tätigkeit entspricht. Dies geschieht unter möglichst realitätsnahen Arbeitsbedingungen. Durch die Belastungserprobung wird eine Grundlage für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung geschaffen.

Mit einer Belastungserprobung können auch therapeutische Ziele anvisiert werden. Unter dem motivationalen Aspekt betrachtet kann hierüber eine Steigerung der Selbstwahrnehmung und der realistischen Selbsteinschätzung, der Aufbau von Selbstvertrauen und die Steigerung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit erzielt werden. So kann sich eine berufliche Perspektive für den Rehabilitanden entwickeln.

Die klinikinterne Belastungserprobung wird in den klinikinternen Übungsfirmen unter möglichst realistischen Arbeitsbedingungen, Einzelnen oder in kleinen Projektgruppen, mit einer Steigerung von täglich 3 bis hin zu 8 Stunden, einmal wöchentlich durchgeführt. Der Stundenumfang wird in der vorausgegangenen Behandlungsplanung festgelegt und mit dem Patienten vorbesprochen. Ergebnisse werden schriftlich festgehalten.

Ist ggf. eine externe Belastungserprobung sinnvoll, erfolgt diese in kooperierenden Betrieben bzw. Berufsförderungswerken unter realen Bedingungen der Berufsausübung. Sie bedarf einer gründlichen Planung, Abstimmung und Vorbereitung im Rehabilitationsteam und mit dem Rehabilitanden.

Sie ist möglich, wenn der Patient über eine ausreichende Drogendistanzierung, medizinische und psychische Stabilität, Arbeitsmotivation verfügt, nach erfolgter interner Belastungserprobung zur diagnostischen Abklärung und erfolgter Rehabilitationsplanung. Es erfolgen Betriebsbesuche mit anschließendem Feedback an den Patienten.

In der Fachklinik Tauwetter sind die Berufsgruppen an der Durchführung von Belastungserprobungen beteiligt: Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Sozialpädagogik, Arbeits- und Ergotherapie.

2. Therapiezielfindung und Therapieplanung:

Aus allen diagnostischen Maßnahmen ergeben sich die Vereinbarung von Therapiezielen und die arbeitstherapiebezogene Therapieplanung. Der Patient wirkt aktiv an der Arbeitstherapiezielplanung mit.

In der Fachklinik Tauwetter wird ein fortlaufendes arbeitstherapeutisches Controlling durchgeführt. Zum Monitoring und Modifizierung bei der arbeitstherapeutischen Therapiezielfindung und Rehabilitationsplanung fließt ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung und eine arbeitstherapeutische wöchentliche Patienteneinschätzung zur Fremdbeurteilung ein. Diese systematische und ICF-geleitete arbeitstherapeutische Patienteneinschätzung ist im Anhang zu ersehen.

Arbeitstherapeutische Inhalte sind das Training tätigkeits- und berufsspezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten:

Grundarbeitsfähigkeiten:

Arbeitsplanung, Arbeitsqualität / Sorgfalt, Arbeitstempo, Auffassungsgabe, Ausdauer, Belastbarkeit, Flexibilität, Konzentration, Körperkraft / Geschicklichkeit, Lernfähigkeit, Lösungsorientiertheit, Pünktlichkeit

Soziale Arbeitsfähigkeiten:

Anpassungsfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Bedürfnisse äußern können, Entscheidungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Rücksicht / Toleranz, Teamfähigkeit

Emotionale Arbeitsfähigkeiten:

Ambiguitätstoleranz, Antrieb, Eigeninitiative, Frustrationstoleranz, Motivation zur Leistung vs. Vermeidung von Misserfolg, Stimmungsstabilität

Berufliches Selbstbild:

Äußeres Erscheinungsbild, Eigenes Rollenbild, Eigenverantwortung, Realistische Selbsteinschätzung, Selbständigkeit, Selbstvertrauen, Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit

Spezifische Arbeitsfähigkeiten:

Berufsspezifische Fähigkeiten, Handwerklich- technisches Verständnis, Kreativität, Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, numerisches Verständnis), Lebenspraktische Fähigkeiten, Logisch-analytisches Denken, Räumliches Vorstellungsvermögen

3. Motivierung:

Von Bedeutung für die Umsetzung der arbeitstherapeutischen Therapieplanung ist die Motivierung des Patienten während der gesamten Rehabilitationszeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen Berufs- und Arbeitssituation, sowie zur aktiven Mitwirkung.

4. Durchführung der arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen:

Die Durchführung der arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen nach KTL erfolgt:

- in drei Arbeitsbereichen bzw. sechs klinikinternen Übungsfirmen:

Bereich 1:

- Küche/Bäckerei
- Haus- und Wäschepflege
- Patientenbüro (Organisation und Verwaltung)

Bereich 2:

- Schreinerei
- Hausmeisterei (beinhaltet Metallwerkstatt und Malerei)

Bereich 3:

- Garten- und Landschaftsbau

Jeder Bereich wird von einem Arbeitstherapeuten geleitet.

- in externen Maßnahmen (Belastungserprobung mit Feedback an den Patienten, ggf. Betriebsbesuche, Praktika),
- unter Beteiligung der Fachdisziplinen Psychologie, Psychotherapie, Sozialpädagogik, Ergotherapie und ggf. Sportpädagogik,
- mit Vernetzung relevanter Leistungsträger, Patient und Klinik und unter frühzeitigem Einbezug der Arbeitsagentur, vor allem wenn weitere Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation erforderlich sind.

5. Ende der Rehabilitation:

Am Ende der Rehabilitationsbehandlung wird der arbeitstherapeutische Prozess abgeschlossen wie folgt:

- Abschließende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (standardisiert auch mit Selbst- und Fremdbeurteilung)
- Weiterführende Beratung für weitere therapeutische Maßnahmen, ggf. für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und ggf. prüfen deren Notwendigkeit
- Planerstellung für die stufenweise Wiedereingliederung sowie Abstimmung mit dem Arbeitgeber und Festhaltung im Entlassungsbericht (Hamburger Modell)
- Frühzeitiger Einbezug bei weitergehenden Maßnahmen unter Einverständnis des Patienten, von Betriebsarzt, von Arbeitgeber, Rehabilitationsfachberater sowie Kostenträger, um frühzeitig Nachsorge und (Wieder-)Eingliederung zu planen. Ggf. auch Einbezug des Integrationsamtes bei schwerbehinderten Menschen.

Grundsätzlich orientiert sich der Arbeitstherapieverlauf an folgender Zeitvorgabe:

- Erste Behandlungswoche:
Gesamtstabilisierung, Tagesstrukturierung, Lebensraumgestaltung in der Klinik, körperliche Erholung, Beziehungsaufbau, Erstgespräch, Abklären der vorhandenen Fähigkeiten, Belastungen, Defizite, Erstellung der Schul- und Berufsanamnese
- Zweite bis dritte Behandlungswoche:
Förderung der Alltagsfähigkeiten in der Haushaltsführung (Wäsche, Reinigung etc.),
Motivation zur aktiven Teilnahme, Auswahl eines Arbeitsplatzes in einer Übungsfirma mit schriftlicher Bewerbung, Verhaltensbeobachtung, Arbeitsdiagnostik u.a. nach Melba (arbeitsbezogene Ressourcen erfassen), Arbeitstherapieziele gemeinsam entwickeln, evtl. Berufsfindung, Fähigkeits- und

Anforderungsprofil erstellen, Behandlungsplanung, Training der Grundarbeitsfähigkeiten, Selbsteinschätzung

- Ab der vierten Behandlungswoche:
Individuell abgestimmte Einzel- und Gruppearbeitstherapieeinheiten, Reflektion der Arbeitsfähigkeiten, Realistische Selbsteinschätzung, Umgang mit Fremdeinschätzung, Belastungserprobung (intern) ansteigend, Anpassung der Arbeitstherapieziele, Bewerbungstraining, Zusammenarbeit mit den zuständigen Arbeitsagenturen
- Flexibel im Verlauf:
Externe Belastungserprobung, Arbeitsproben, Fortsetzung der Schul- oder Berufsausbildung mit dem Ziel eines Abschlusses, berufliche Anpassung, berufliche Weiterbildung
- Mindestens sechs Behandlungswochen vor Entlassungstermin:
Beurteilung des Leistungsvermögens, Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (I.Arbeitsmarkt), Eingliederung auf den besonderen oder II. Arbeitsmarkt, Eingliederung an einen noch vorhandenen Arbeitsplatz

4.7.8 Sport- und Bewegungstherapie

Die Sport und Bewegungstherapie ist in der Fachklinik modular aufgebaut. Sie erreicht mit ihrem Angebot alle Rehabilitanden und stimmt die Gruppengröße auf die Patientenproblematik ab. Dies reicht von einer größeren Anzahl bei Mannschaftssport über kleinere indikativ ausgelegte Gruppen (z.B. Laufgruppen, Rückenschule) bis hin zur Einzelbetreuung.

Die Vermittlungsinhalte und Trainingsformen der Sporttherapie lassen sich in die folgenden fünf Behandlungsmodule einordnen:

Modul Körper: Die zentralen bewegungs- und sporttherapeutischen Themen Körperwahrnehmung, Körpergefühl, Körperbewusstheit werden in diesem Modul fokussiert. In speziellen indikativen Sportgruppen werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Wahrnehmung, Regulation und Veränderung von Stimmung, Aggressions- und Impulskontrolle, Angst.

Modul Spiel: Das Modul verfolgt neben den somatischen auch pädagogisch-psycho-soziale Zielsetzungen. Durch spielerische Elemente werden verlorengegangene psycho-soziale Ressourcen wiederhergestellt. Angebote: kleine Spiele, große Spiele, Rückschlagspiele.

Indikative Sportgruppen sind: Freizeitsport, Turniere mit dem Ziel der Steigerung des Körper- und Bewegungsgefühls, der Vermittlung von Erfolgserlebnissen, Förderung sozialer Kommunikationsfähigkeit und sozialer Kompetenz, Verbesserung des Regelbewusstseins, Steigerung der Eigenmotivation, Einleitung von Gruppenbildungsprozessen, Steigerung der Gruppenkohäsion.

Modul Erlebnis: Das Modul Erlebnis enthält Aktivitäten, welche die Elemente Natur, Erlebnis und Gemeinschaft zielgerichtet miteinander verbinden. Angebote: Therapeutisches Klettern, Wanderungen, Mountainbike, Erlebnispädagogische Programme. Diese dienen im Wesentlichen dem Abbau von Ängsten, Abgleich der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Steigerung des Selbstvertrauens, Verantwortungslernen für sich und andere, Verbesserung der Frustrationstoleranz.

Modul Kraft: Das Modul Kraft soll den Patienten vorrangig die Grundlagen eines modernen gesundheitsorientierten funktionellen Krafttrainings vermitteln. Angebote sind Frauenfitness, Männerfitness, Freizeitsport Fitness, Rückenfitness, Pilates/Yoga. Angestrebt wird dabei die Steigerung der Kraftausdauer und Stabilisation (bei entsprechender Indikation Maximalkraft), Aufbau alltags-, freizeit- und berufsbezogener Kraftleistungsfähigkeit, Steigerung der Koordination und Beweglichkeit, Verbesserung der Körperwahrnehmung, Steigerung Selbstvertrauen und Selbstwert, Hinführung zu einem eigenständigen, nachhaltigen und adäquaten gesundheitsorientierten Krafttraining.

Modul Ausdauer: Das Modul Ausdauer setzt sich aus unterschiedlichen Angeboten mit vorrangig zyklischen-dynamischen Bewegungsabläufen zusammen. Als Angebote sind vorgesehen: Walking/Nordic Walking, Jogging, Schwimmen, Radfahren. Besonders angesprochen wird dabei die Steigerung der kardiorespiratorischen Leistungsfähigkeit, Verbesserung der Gesundheitswahrnehmung, Steigerung der Körperakzeptanz, Spannungsregulation, Unterstützend bei der Reduzierung der Depressionssymptomatik, Selbststeuerungskompetenzen, Entwicklung von Freizeitperspektiven.

4.7.9 Freizeitangebote

Das Freizeitpädagogische Angebot ist in der Fachklinik vielfältig und befördert Entwicklung und Aufbau einer elaborierten Freizeitgestaltung, die auch nach der Rehabilitationsbehandlung eine Nachhaltigkeit entfalten kann.

Mit der freizeitpädagogischen Förderung wird angestrebt und eingeübt: Interessenfindung zur drogenfreien Freizeitgestaltung, Entwicklung und Erprobung verschiedener Freizeitmöglichkeiten, Übernehmen von Verantwortung für die selbständige Strukturierung persönlicher Freizeit, Erschließung von Sport-, Kultur- und Freizeitangeboten, adäquater Umgang mit Medien, Steuerung der Reizexposition, Umgang mit begrenzten finanziellen Mitteln, Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung psychischer Funktionen (Aufmerksamkeit, Konzentration etc.), Regulation von störungsspezifisch eingeschränkten emotionalen Funktionen (Angst, Depressivität, emotionale Labilität, Antrieb etc.), Aufbau von adäquaten, betäubungsmittelfreien sozialen Kontakten durch gemeinsame Interessen oder Hobbies, Förderung von Kommunikationsfähigkeit, Steigerung der Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit im Peerkontakt, Förderung von Kompromissfähigkeit sowie, nicht zuletzt die Förderung von Begeisterungsfähigkeit.

Als Freizeitpädagogische Aktivitäten in der Klinik werden dabei angeboten. abendliche Maßnahmen (3mal wöchentlich a 60 min.) mit Gesellschaftsspielen (Brett-, Gruppenspiele), Musik (Instrumente, Singen), Kurze Turniere (Tischtennis, Kicker, Schach), diverse sportliche Aktivitäten Maßnahmen am Wochenende (zweimal monatlich) und Projekt- und Kulturtage (z.B. Ausstellungen, Tanz, Kultur). Auch die Mitgestaltung und Beteiligung bei der Organisation der jährlichen Feste (Sommerfest und Adventsfeier) dient der Ausbildung von Freizeitverhalten.

Mit Patient und Therapeut erfolgt dabei die gemeinsame Planung, Durchführung und Reflektion, der befördernde Dialog für das Einbringen eigener Interessen und Erfahrungen. Die Motivierung wird ggf. unterstützt durch gemeinsame Vorbereitungsgruppen. Nachbereitung ist selbstverständlich und dient der Reflektion von positiven und negativen Erfahrungen. Hinzu tritt die gezielte Anleitung und Reflektion in der vom Patienten eigenständigen Planung und Strukturierung seiner Wochenendunternehmungen.

Bei den Freizeitangeboten wird den Patienten seitens der Sporttherapie, der Arbeitstherapie und auch der Bezugstherapie Unterstützung und Anleitung angeboten. Im Vordergrund der Anleitung stehen dabei der Aufbau von Eigenverantwortung des Patienten und die eigenständige Erprobung von alternativen Freizeitbeschäftigungen als Alternativen zum Betäubungsmittelkonsum sowie zur Bewältigung von Craving.

In der Klinik werden dafür mehrere Möglichkeiten vorgehalten:

- Fitnessraum
- Tischtennis
- Billard
- Kicker
- Gesellschaftsspiele
- Musikinstrumente
- Kreative Medien
- Über 50.000 qm Grundstück mit Naturschutzgebiet
- Sportplätze für Fußball, Volleyball, Basketball, Badminton etc.
- Das „Sommerhaus“ für Freizeitbeschäftigungen im oberen Teil des Geländes während der Sommermonate

Darüber hinaus werden zur Stärkung der Gruppenkohäsion innerhalb der einzelnen Bezugsgruppen monatlich Veranstaltungen im sportlichen (unter Einbezug des Sporttherapeuten) kulturellen, erlebnisorientierten und berufsorientierten Bereich (unter Einbezug der Arbeitstherapeuten) angeboten. Es erfolgen hierbei Betriebsbesichtigungen, Museumsbesuche, Naturausflüge etc. Jeder Bezugstherapeut unternimmt mit seiner Bezugsgruppe mindestens einmal monatlich eine diesbezüglich gemeinschaftliche Aktivität.

4.7.10 Sozialdienst

Der Sozialdienst der Fachklinik ist in die Bezugstherapie integriert und erfolgt nach den Arbeitsprinzipien des Casemanagements unter Bezugnahme der Problembereiche Wohnbedingungen, Ausbildungs- bzw. Arbeitsaufnahme, Finanzen und Existenzsicherung, betäubungsmittelfreie soziale Umgebung sowie adäquate Weiterbetreuung zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges. (Siehe auch 4.7.5. Bezugstherapie). Geleitet ist dieses Vorgehen anhand der, in der sozialen Diagnostik identifizierten Items des ICF-coresets der Domänen ‚Aktivität‘ und ‚Teilhabe‘ sowie insbesondere im Hinblick auf die Kontextfaktoren. Diese sozialtherapeutische Betreuung ist rehabegleitend angelegt und wird in der täglich stattfindenden bezugstherapeutischen Sprechstunde in Hinblick auf die Zielerreichung, gleichbedeutend einer Verbesserung der sozialen und damit abstinentensichernden Lebensbedingungen des Patienten, monitorisiert.

Im Vordergrund stehen hier im Bereich Wohnen die Abwendung von Obdachlosigkeit oder Nichtsesshaftigkeit sowie die Realisierung zufriedenstellenden, gesicherten Wohnraums auch in Hinblick auf die Reduzierung von Betäubungsmittelkonsum auslösenden Stimuli, wie Wohnräume in denen erheblich konsumiert oder ‚gedealt‘ worden ist, oder in hochgradigen sozialen Brennpunkten.

Ebenso erfolgt innerhalb sozialdienstlicher Aktivitäten die Anbahnung und möglichst weit fortschreitende Konkretisierung von Ausbildungsmöglichkeiten bzw. die konkrete Einleitung einer Aufnahme von Erwerbstätigkeit unter enger Kooperation mit Reha-Beratern und zuständigen Arbeitsagenturen. Bei abgebrochenen Ausbildungen wird, sofern protektiv, die Möglichkeit einer Fortsetzung geprüft und anvisiert, bei bestehenden Beschäftigungsverhältnissen werden die Optionen der beruflichen Wiedereingliederung bis hin zum Hamburger Modell geprüft und unter Einbezug des medizinischen Dienstes der Fachklinik auf den Weg gebracht.

Der Aufbau eines drogenfreien sozialen Umfelds, damit verbundene soziale Ängste oder Vermeidungsverhalten, wird durch gezielte Motivierung zur Nutzung regionaler Möglichkeiten im Umfeld der Klinik wie die Teilnahme an Sportvereinen, Gemeindegarbeit oder Interessensgruppen sozialtherapeutisch begleitet. Gerade hierfür sind die in den Kontextfaktoren der ICF abgebildeten Kapitel von hoher Bedeutung. Förder- wie Barrierefaktoren werden hier den Patienten spürbar und deutlich. Die gezielte Reflektion im Hinblick auf Nutzbarmachung förderlicher Bedingungen und die Reduzierung riskanter, maligner Qualitäten im Wiederaufbau des sozialen Lebens des Patienten ist Schwerpunkt der sozialtherapeutischen Aktivität.

Die Sicherung der Existenzbedingungen des Patienten in Hinblick auf ggf. Entschuldung oder Schuldenregulierung, Leistungen zur Existenzsicherung etc. ist genauso elementarer Bestandteil der sozialdienstlichen Aktivität wie die Erschließung einer nachhaltigen Weiterbetreuung bzw. -behandlung im Behandlungsverbund

Suchttherapie-Köln oder kooperierender Einrichtungen bis hin zur -wenn indiziert- Ermöglichung von ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie innerhalb der Regelversorgung.

Darüber hinaus erfolgt in der täglichen bezugstherapeutischen Sprechstunde oder nach Terminvereinbarung für umfassendere Problemstellungen die Erfassung sozialdienstlich relevanter Daten und deren kontinuierliche Abarbeitung mit Integration in den Beratungsbedarf innerhalb der Bezugstherapie.

Folgende Aspekte der Sozialberatung werden angeboten:

- Allgemeine Behörden- und Ämterangelegenheiten; Klärung bei Problemen des Aufenthaltsrechts; Unterstützung bei juristischen Fragestellungen bzw. Weitervermittlung an den Juristen des Trägers
- Verteilung der Patientenpost über Bezugstherapie im Rahmen der bezugstherapeutischen Sprechstunde
- Eigengeldverwaltung (Taschengeld, Kleidergeld bei Bedarf, Gelder für sonstige Ausgaben);
- Unterstützung in Schuldenfragen mit einer bedarfsweisen Weitervermittlung an externe Schuldnerberatungsstellen des SKM Köln
- Kostenbeantragung für die weitere Behandlung (Adaption; ARS)
- Arbeitgeber - Kontakte
- Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung von Heimfahrten

4.7.11 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung

Patientenschulung zu Gesundheitsbildung und -training sind fester Bestandteil der Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Tauwetter. Sie befähigen und trainieren den Patienten im protektiven Umgang mit der eigenen Gesundheit, vermitteln Gesundheitswissen und bauen Fähigkeiten und Fertigkeiten auf. Die Vermittlung von Information und Wissen der Zusammenhänge und das Kontinuum Krankheit und Gesundheit, die Förderung, Motivierung und Forderung nach eigenverantwortlichem Handeln hilft Handlungsrepertoire und -kompetenzen für gesundheitsbezogenes Verhalten auszubilden und Risiken und gesundheitsschädliches Verhalten zu reduzieren.

Alle diesbezüglichen Schulungen in der Fachklinik Tauwetter sind indikativ gestaltet und werden in der Therapieplanung für den Patienten festgelegt. In Hinblick auf die zum Teil schwere Beeinträchtigungsgrade unserer Patienten wird bei der Ausgestaltung auf Gruppengröße und, entsprechend der Aufmerksamkeitsspanne der Patienten, auch auf die zeitliche Ausgestaltung geachtet. Da eine Schulung und die erwartete aktive Mitarbeit prinzipiell eine gewisse Stabilisierung des Patienten voraus setzt, wird der günstigste Zeitpunkt für die Teilnahme ebenfalls in der Rehabilitationsplanung festgelegt. Patientenschulungen und psychoedukative Maßnahmen weisen eine hohe gemeinsame Schnittmenge auf und werden in Hinblick auf Vorträge, Gruppenarbeit sowie Interventionen der

Motivationsbehandlung stets aufeinander abgestimmt. Redundante und wiederholende Qualitäten sind durchaus erwünscht, sie stärken die Nachhaltigkeit in den diesbezüglichen Einstellungsveränderungsprozessen.

Grundsätzlich erfolgen Patientenschulungen in der Fachklinik Tauwetter unter Einbezug des Arztes oder Psychologen und der relevanten Disziplin des Rehabilitationsteams (Ökotrophologin, Bezugstherapeut, Sporttherapeut). Zur Anwendung kommen im Wesentlichen standardisierte und manualisierte Schulungen entsprechend der ‚Anwendung der Curricula für standardisierte Patientenschulungen‘ der DRV (2010). Erforderliche Anpassungen der Module auf die Patientenzielgruppe erfolgt unter Beteiligung des interdisziplinären Rehabilitationsteams. Nach Möglichkeit sind dabei immer die Elemente des Vortrags, der Gruppendiskussion, der Übung, der Einzel- und Kleingruppenarbeit berücksichtigt.

In der Fachklinik werden indikationsspezifisch zu folgenden Themen Gesundheitsinformation vermittelt:

- Vortrag: Rehabilitation entsprechend KTL C070
- Vortrag: Gesundheitsinformation entsprechend KTL C050
- Risiken und Folgen des Konsums psychotroper Substanzen und deren körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen, einschließlich der sekundären Suchtfolgen und suchtasoziiierter Krankheitsbilder
- Ausführliche Krankheits- und Gesundheitsinformation zu Virushepatitis und HIV einschließlich der erforderlichen Hygienemaßnahmen
- Infektionsschutzbelehrung nach IfSG §43
- Curriculum Gesunde Ernährung (2010), inkl. Lehrküche, durchgeführt durch Ökotrophologin
- Seminar zu Stress und Stressbewältigung (nach Vogel, Worringen), in Ergänzung zu SIT (transaktionales Stressmodell) hinsichtlich bio-psycho-sozialer Perspektive, Ansatzpunkten und Möglichkeiten zur Veränderung und Fortführung und Vertiefung des Themas.
- Curriculum Tabakentwöhnung, Modul 1-6 (2010)
- Indikativ: Curriculum Rückenschule (Modul fünf, sechs und sieben wird im Rahmen der Sporttherapie für alle Patienten angeboten) (DRV 2010)

Ernährungsschulung

Durch die Abhängigkeitserkrankung sind häufig Organe und Funktionen geschädigt und es liegen Erkrankungen des Verdauungstrakts, des Herz-Kreislaufsystems, der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und der Leber, Erkrankungen durch Fehlernährung (Adipositas, Diabetes mellitus Typ II) und arterielle Gefäßerkrankungen vor.

Zielsetzung ist, dass der Rehabilitand seine suchtspezifischen Essgewohnheiten verändert, praktische Erfahrungen in der Herstellung von Mahlzeiten unter

ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten erwirbt, Gewichtsregulierung und einen selbstverantwortlichen Umgang mit Stoffwechselerkrankungen erlernt.

Jeder Rehabilitand, auch ohne Diagnose einer ernährungsbedingten Erkrankung, erhält standardisiert eine Ernährungsschulung, durchgeführt von einer Ernährungsexpertin (Ökotrophologin) nach dem „Curriculum Gesunde Ernährung“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. Zudem werden die Grundlagen nach den 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung anhand der dreidimensionalen Lebensmittelpyramide (DGE) vermittelt:

- Vielseitig essen,
- Getreideprodukte - mehrmals am Tag und reichlich Kartoffeln,
- Gemüse und Obst - Nimm „5“ am Tag ...,
- Täglich Milch und Milchprodukte, einmal in der Woche Fisch, Fleisch, Wurstwaren sowie Eier in Maßen,
- Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel,
- Zucker und Salz in Maßen,
- Reichlich Flüssigkeit,
- Schmackhaft und schonend zubereiten,
- Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie Ihr Essen,
- Achten Sie auf Ihr Wunschgewicht und bleiben Sie in Bewegung,

Die praktische und tägliche Umsetzung einer gesunden Ernährung erfolgt über einen abwechslungsreichen Speiseplan (vitaminreich, ballaststoffreich, fettarm), und durch praktisches Kochtraining in der Lehrküche. Jeder Rehabilitand erlernt eine praktische und gesunde Nahrungszubereitung, Lebensmittelhygiene und Lebensmitteleinkauf.

Der Speiseplan bietet Vollkost, vegetarische Kost und kulturell oder religiös bestimmte Kostformen. Bei ernährungsmedizinischer Diagnose werden entsprechende Sonderkostformen angeboten, d.h. Speisenkomponenten werden an die spezifischen Anforderungen des Essensteilnehmers angepasst, wie z.B. bei Lebensmittelallergien, energiedefinierte Diäten, eiweiß- / elektrolytdefinierte Kost, gastroenterologische Kostformen usw.

4.7.12 Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit in der Fachklinik ist vielschichtig angelegt. Sie findet statt im Rahmen des Rehabilitationsverlaufes in Settings von Paargesprächen und Familiengesprächen, in Abhängigkeit zu den jeweiligen therapeutischen Erfordernissen. Im Therapieschehen werden relevante Themen oder Klärungsbedarf in Bezug auf Partnerschaftsstrukturen oder Familiendynamiken herausgearbeitet und der therapeutisch sinnvolle Zeitpunkt zur entsprechenden Sitzung gemeinsam festgelegt. Grundsätzlich werden diese Sitzungen mit dem Rehabilitanden gemeinsam vorbereitet und nachreflektiert. Familien- oder Partnergespräche werden in aller Regel gemeinsam vom Psychologen/ Psychotherapeuten und Bezugstherapeuten durchgeführt.

Mindestens zweimonatig erfolgt ein Angehörigenseminar das ganztägig angelegt ist und Raum bietet für Einzelgespräche, Gruppengespräche unter therapeutischer Begleitung in der Begegnung Angehöriger und Patient.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Angehörigenarbeit in der Fachklinik ist ausgerichtet an den unterschiedlichen Qualitäten und Rollen, in denen Angehörige dem Patienten in seiner medizinischen Rehabilitation begegnen.

In der Qualität als **betroffener Angehöriger** stehen dabei im Vordergrund, wie die Vermittlung von Information über Abhängigkeitserkrankung, Verlauf, spezifische Konsummuster, Risiken, körperliche, psychische, soziale und ökonomische Suchtfolgen des Patienten. Des Weiteren die Erläuterung der Behandlungsmöglichkeiten, Vorhersehbarkeiten des -verlaufes und therapeutisch verarbeitete Vermittlung der Prädiktoren einer bedingten Prognose. Auch sollte Zeit sein für FAQ, also für häufig gestellte Fragen zu Konsumart, Btm.-wirkung, Applikationsformen, Dosissteigerung, Komplikationen.

Zudem wird Unterstützung angeboten zur Verhaltensmodifizierung im Umgang mit Manipulation, Aufbau von Fähigkeiten zur Nähe- und Distanz-Regulation, sowie Unterstützung zu Deeskalationsstrategien und Schutz (z.B. „aus dem Feld gehen“).

In der Angehörigengruppe des Angehörigenseminars ist Raum für das Eingehen auf die oft langjährigen belastenden Erfahrungen mit dem Ziel von Entlastung und Katharsis, sowie der Reflektion von Einstellungen und Überzeugungen in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung des Patienten. Ein Schwerpunkt liegt hier sicher bei der Restrukturierung zu vermehrter Selbstbestimmung und Aktivität in der eigenen Lebenswelt durch Aufbau introspektiver Qualitäten, Reflektion und Modifikation co-abhängiger Kognitionen und Verhaltensmuster und der Stärkung des Selbstwerterlebens als Eltern, Partner.

Eine weitere wichtige Rolle kommt den Angehörigen als **Mitgestalter im Rehabilitationsprozess** zu. Hierbei stehen im Vordergrund die Angehörigen als Partner im Rehabilitationsgeschehen zu begreifen und deren Compliance zur Rehabilitationsbehandlung des Sohnes oder der Tochter bzw. des Partners zu gewinnen. Als wesentliche Foki müssen hier gelten:

- Transparenz zu Regeln und Strukturen der Klinik sowie dem Erfordernis des Verzichts auf eigenen Drogen- oder Alkoholkonsum (mind. 24h vor dem Besuch).
- Aufbau von Compliance durch Einsicht in die Behandlung, Darlegung der therapeutischen Leistungen und ihre Sinnhaftigkeit.
- Erarbeitung der wichtigen Rolle der Angehörigen im Gesundungsprozess und Aufbau einer motivierenden, an kleinen Schritten ausgerichteten und transparenten Partizipation am Behandlungsprozess.
- Aufgreifen und Prävention typischer Spaltungsdynamiken zwischen Angehörigen, Patient und Klinik.

- Arbeit an der co-abhängigen Beziehungsgestaltung, Einsicht in krankheitsfördernde und behandlungsschädigende Verhaltensweisen und Erarbeitung adäquater Verhaltensalternativen.
- Auseinandersetzung mit dem Bedürfnis der Hilfeleistung auf dem Hintergrund des Erlebens von häufig auftretenden Schuldgefühlen und/oder Symbiosewünschen bei hoch ambivalenter Beziehungsqualität. Klärung tatsächlich bestehender Möglichkeiten und Grenzen in Hinblick auf eine positive Beeinflussung der Krankheit.

Angehörige verstehen sich bei jedem Besuch in der Fachklinik auch ganz selbstverständlich in ihrer Rolle als **Beziehungspartner des Patienten**. Wir unterstützen hier durch ausreichendes Containing sowie der Thematisierung der mit dem Besuch des Patienten verbundenen Ängste und Unsicherheiten. Wir fokussieren und geben Hilfestellung zur symmetrischen Kommunikation verbunden mit der Reduzierung dysfunktionaler Kommunikationsmuster, wie entwertende oder schuldzuweisende u.ä., implizite oder submodale Qualitäten. Von besonderer Bedeutung ist der Austausch über das Krankheitsgeschehen aus den jeweilig unterschiedlichen Beziehungsperspektiven sowie die therapeutische Begleitung zur Sensibilisierung auf Wahrnehmung der Interaktionsqualität bezüglich konflikthafter Familiendynamik, Partnerkonflikte und Spaltungsqualitäten. Die therapeutische Vorgehensweise ist hier von systemischer Perspektive und Methodik geleitet, sie ist ausgerichtet an perspektivischen lösungsorientierten Bewältigungsstrategien. Gegebenenfalls ist hier therapeutische Reflektion und Unterstützung erforderlich bei der Initiierung und Unterstützung von adäquaten Ablösungsprozessen.

Besondere Sensibilität und gezieltes therapeutisches Vorgehen ist erforderlich, wenn für den Patienten bedeutende Angehörige von einer eigenen floriden Abhängigkeitserkrankung betroffen sind und zum Behandlungszeitpunkt des Patienten keine Abstinenzfähigkeit aufweisen. Für diesen Fall bieten wir diesen Angehörigen zur Prüfung der Möglichkeiten von Paar- oder Familiengesprächen zunächst ein Einzelgespräch als Voraussetzung des Kontaktes zum Patienten an. Dies dient grundsätzlich in erster Linie zur Reaktanzminderung und Einsichtsmehrung hinsichtlich des Erkennens des Krankheitsstadiums, der Klärung der Frage des eigenen Leidendrucks und Behandlungsmotivation sowie der Konfrontation der häufig damit verbundenen Bagatellisierungstendenz. Ein wichtiger Aspekt besteht dabei im Aufzeigen der Risikosituation für den behandelten Angehörigen, bei Eltern Fokussierung der elterlichen Verantwortung und des Erfordernisses eines forcierten Ablösungsprozesses. Selbstverständlich dient dieses Einzelgespräch auch der Motivierung zur Aufnahme eigener Behandlung und Information über mögliche Anlaufstellen.

Von der Struktur gestaltet sich der Angehörigenseminartag curricular mit den Elementen der Begrüßung durch den Therapeuten und den Patienten (ca. 30 min), einer einstündigen psychoedukativen Einheit, einer kognitiv therapeutisch geleiteten Angehörigengruppe (ca. 90 min), Zeitraum für gemeinsames Mittagessen und

Begegnung mit dem Angehörigen in der Rehabilitationsbehandlung (ca. 3,5 Std.) sowie einem Angebot zum Skills-training für die Partner oder Familienangehörigen (ca. 60 min). Der Angehörigenseminartag endet mit einem Ausblick und Wünschen und Anregungen für (ggf.) den nächsten Seminartag und ausreichender Verabschiedungsmöglichkeit vom Patienten.

4.7.13 Rückfallmanagement

Der Konsum von psychotropen Substanzen im Rehabilitationsgeschehen wird in der Fachklinik Tauwetter als Verschlechterung des Zustandsbildes und als syndromales Geschehen aufgefasst. Rückfälligkeit ist immer als Ausdruck von Krise und Notfälligkeit zu interpretieren, nicht nur in Hinblick auf den rückfällig gewordenen Patienten selbst, sondern auch in Hinblick auf die Gruppendynamische Entwicklung innerhalb der gesamten Patientengruppe. Für das Behandlungsmilieu stellt es eine Gefährdung des zentralen Therapeutikums Drogenfreiheit dar. Allen diesen Aspekten wird in der Fachklinik Tauwetter auf den verschiedenen Ebenen Rechnung getragen. Wie dargestellt sind Rückfallprophylaxe-Leistungen sowohl manualisiert (RPT) angeboten, aber auch innerhalb der bezugstherapeutischen Gruppengespräche und psychoedukativen Angeboten sind rückfallprophylaktische Einheiten integriert. Der Substanzkonsum eines Rehabilitanden fällt nicht vom Himmel, sondern ist häufig durch Einstellungs- und Verhaltensveränderungen im Behandlungsmilieu bereits im Vorfeld erkennbar. Aus diesem Grund steht die klinisch - phänomenologisch intensive Wahrnehmung des Patienten durch alle beteiligten Disziplinen in Therapieveranstaltungen und Freiräumen unbedingt im Vordergrund. Antizipierter Betäubungsmittelkonsum verändert Beziehung, Arbeitsbündnis, Compliance, Alltagsverhalten und Ausgangswünsche. Die Projektion dieser klinischen Anzeichen auf unausgesprochene, aber antizipierte Btm-Wirkungserwartungen innerhalb des Psychotherapieprozesses stellt eine wesentliche Maßnahme zur Prophylaxe und Erkennen von Rückfälligkeit dar. Auch die unbedingte Sicht auf den Patienten vor Ausgang und nach Rückkehr zählt dazu. Bei ständig neuem Hinzutreten von psychotrop wirksamen Substanzen (NPS), die in der Kurzfristigkeit ihres Auftretens zum Teil instrumentell gar nicht mehr nachweisbar sind, bleibt für das Erkennen von Rückfälligkeit die klinische Wahrnehmung das beste und wichtigste Diagnostikum. In unserer Fachklinik besteht der treffsicherste Algorithmus bzgl. der Drogenfreiheitskontrollen in einer sinnvollen Kombination aus stochastischen (routine-) und verdachtsbezogenen Atemluftkontrollen und Urinstick- bzw. Laboruntersuchungen.

Nach erfolgter Substanzrückfälligkeit ist hinsichtlich der Frage der Weiterbehandlung in direkter Patient-Therapeuten-Interaktion folgendes aufzuhellen:

In welchem Kontext ist der Rückfall erfolgt, welche Substanzen und Dosierungen liegen dem Rückfall zugrunde, wer sind beteiligte Mitpatienten oder andere Personen?

Ist der Patient bereit umfassend über das Rückfallgeschehen, über die beteiligten Personen und Umstände Auskunft zu erteilen, sind Patient und ggf. Mitbeteiligte im Sinne einer Introspektion fähig und bereit, sich mit dem Rückfall zugrunde liegenden Dynamiken, Konflikten und Aktualisierungen auseinanderzusetzen?

Nach Aufhellung dieser Fragestellungen greifen zur klinischen Einschätzung der Möglichkeiten einer Rehabilitationsfortsetzung folgende Prädiktoren:

Grundlagen des Einschätzungsprozesses:

- a) Klärung der Erfordernisse der Krisen- bzw. Notfallversorgung sowie des akutpsychiatrischen Behandlungsbedarfes
- b) Umfassende Analyse der Entstehungsbedingungen, der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der Rückfalldynamik.
- c) Ausführliche **interdisziplinäre** Beurteilung des Krankheitsbildes im Rahmen der Rehabilitationsbesprechung bzgl. Primärdiagnose als auch Komorbidität, des bisherigen Behandlungsverlaufes sowie der sich daraus ergebenden Prognose.

Prädiktoren:

- 1) Qualität des Behandlungsbündnisses operationalisiert an der Qualität des Zugangs zum Patienten sowie der Krankheitseinsicht bzw. des Problemzugangs
- 2) Konsistenz des Behandlungsbündnisses operationalisiert an Absprachefähigkeit und Bündnisfähigkeit
- 3) Beurteilung der motivationalen Ausrichtung sowie der kognitiven und behavioralen Btm-distanzierung einschließlich der Einschätzung aller Möglichkeiten einer positiven Beeinflussung der Ambivalenzen
- 4) Einschätzung des Grades zur Fähigkeit eigeninitiativ geleiteten Aufbaus von Repertoire zur Cravingbewältigung
- 5) Beurteilung der retro- wie prospektiven Rehabilitationszielerreichung ggf. deren diesbezügliche Anpassung
- 6) Operationalisierung der Teilschritte der Rückfallbearbeitung auf allen Behandlungsebenen und Integration in die Rehabilitationsplanung
- 7) Diskussion der protektiven und riskanten Qualitäten einer Behandlungsfortsetzung besonders auch in Hinblick auf die Gruppendynamik und der damit verbundenen Fragestellung inwieweit eine Bearbeitung dieses konkreten Rückfallgeschehens im Rahmen der gruppendynamischen Entwicklung der gesamten Patientengruppe möglich ist.
- 8) Prüfung alternativer Behandlungsmöglichkeiten

Im Zuge der Klärung dieses Prozesses ist der Blick auf die Gruppendynamik in der Fachklinik zu intensivieren. Hierunter ist zu verstehen, im Gruppen- und Einzelsetting die Aktualisierungen induzierten Betäubungsmittelwünsche, den Umgang mit diskriminativen Stimuli, erlaubnisgebenden automatischen Gedanken, szenebезogenen Verhaltensweisen etc. zu thematisieren, reflektieren und Bewältigungsmöglichkeiten im Sinne von Selbstregulation zu erarbeiten.

Mit dieser Arbeitsweise kann jedem Patienten neue Lernerfahrung ermöglicht und weitere Fähigkeiten zur gedanklichen, emotionalen und verhaltensbezogenen Betäubungsmitteldistanzierung vermittelt werden.

4.7.14 Überleitungsmanagement und Behandlungsbeendigung

Die Rehabilitanden weisen zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung, insbesondere bei langjährigen Krankheitsverläufen, erhebliche Beeinträchtigungen in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht auf. Dies geht, wie dargestellt, zurück auf schwere biographische Verwerfungen, psychische Erkrankungen, soziale Entwurzelungen und Isolation, Entbehrung protektiver oder korrigierender Lebensbedingungen bzw. Erfahrungen u.Ä.. Dies alles bildet sich durch die entsprechenden Schweregradausprägungen in den verschiedensten Komponenten des ICF ab, erhebliche körperliche Einschränkungen und nur mehr reduzierte Qualitäten bei Aktivitäten und Teilhabe werden deutlich. Dementsprechend umfassend ist der Rehabilitationsbedarf genauso wie die Dringlichkeit einer nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationsergebnisses und des erreichten Rehabilitationsfortschrittes.

Unter dieser Perspektive beginnt, strenggenommen, das Überleitungsmanagement mit dem Tag der Aufnahme in die medizinische Rehabilitationsbehandlung.

Unter Hinblick auf den Zusammenhang der nachhaltigen Sicherung von Teilhabezielen und der Aufnahme von Erwerbstätigkeit kommt der langfristigen Entlassungsplanung eine besondere Bedeutung zu, anderenfalls drohen unzureichende nachstationäre Versorgungsangebote und eine Unterbrechung von Versorgungserfordernissen auf dem Weg zur (Wieder-)Aufnahme von Beschäftigung.

In der Fachklinik Tauwetter ist das Überleitungsmanagement dementsprechend individuell und bedarfsgerecht ausgelegt. Es organisiert die Entlassung des Patienten frühzeitig und so konkret wie möglich auf der Basis der bestehenden Kooperationsbeziehungen. Der über die gesamte Behandlungszeit angelegte Aufbau von Compliance und Krankheitseinsicht mündet in die Motivationsförderung der Bereitschaft zu, und Aufnahme von abgestimmter Nachsorge und Weiterbehandlungsmöglichkeiten. Das Überleitungsmanagement erfolgt zum Einen auf dem integrierten Weg, das heißt, Bezugstherapeuten und Arbeitstherapeuten veranlassen, konkretisieren und koordinieren die Entlassungserfordernisse innerhalb ihres Betreuungsprozesses. Spezifisch erfolgt dies außerdem durch den medizinischen und psychologischen Dienst der Fachklinik, hierbei wird auf der Basis der behandlungsbegleitenden Evaluierung von Therapiezielplanung und Therapiezielerreichung, der Erstellung des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der Selbsteinschätzung des Patienten versus Fremdbeurteilung Weiterversorgungs-bedürfnisse definiert und eingeleitet.

Im Entscheidungsprozess des Überleitungsmanagements sind drei grundlegende Aspekte handlungsleitend:

1. Ist eine berufliche Wiedereingliederung möglich und, wenn ja, in welchem Umfang; Welche weiterführenden Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung sind ggf. erforderlich.
2. Inwieweit ist die Existenzsicherung des Patienten hinsichtlich Arbeit und wirtschaftlicher Sicherung gewährleistet und welche Maßnahmen sind ggf. hierzu noch einzuleiten.
3. Welche medizinischen und psychologischen Weiterbehandlungserfordernisse sind zur Aufrechterhaltung der erreichten gesundheitlichen Stabilisierung des Patienten angezeigt.

Wie unter Rehabilitationsplanung (Punkt 4.5) dargestellt beginnt die therapeutische Abarbeitung dieser Aspekte im Sinne eines Entscheidungsbaumes spätestens 12 Wochen vor Beendigung der Behandlung.

Die Fachklinik Tauwetter ist Bestandteil des gesamten Behandlungsverbundes des SKM Köln. Das vorgehaltene Einrichtungsspektrum in diesem Behandlungsverbund umfasst alle erforderlichen Einrichtungen des Suchthilfesystems, beginnend mit der medizinischen Adaptionsbehandlung im Rehazentrum über ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, verschiedene Formen des betreuten Wohnens, bis hin zu im weiteren Kooperationskreis zur Verfügung stehenden Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und der medizinischen Grundversorgung.

Hierzu bestehen klare Kooperationsstrukturen in einem organisatorischen und fachlichen Zusammenschluss. Die medizinische Adaptionsbehandlung verfügt über ein breites Spektrum an Möglichkeiten an Praktika, Arbeitserprobung, Interessensfindung und dergleichen. Für existenzsichernde Maßnahmen einschließlich der (Wieder-)Aufnahme von Erwerbstätigkeit erfolgt konkret und frühzeitig die Kontaktaufnahme zu ARGE, Jobcenter, Rehabilitationsfachberatern sowie ggf. bei beruflicher Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell zu den betriebsmedizinischen Diensten. Alle diese Maßnahmen sind Bestandteil des Überleitungsmanagements und damit fester Bestandteil des Arbeitsbündnisses mit dem Patienten und wird hinsichtlich von Durchführung und Ergebnis laufend im Behandlungsteam monitorisiert.

Alle oben genannten Aspekte des Überleitungsmanagements rücken mit zunehmender Nähe des Entlassungszeitpunktes verstärkt und kontinuierlich in den Fokus der verschiedenen Rehabilitationssegmente in der Fachklinik.

Die fachärztliche Weiterversorgung wird durch die konkrete Überleitung zu niedergelassener haus- oder fachärztlicher Praxis gewährleistet. Zur Weiterversorgung komorbider psychischer Krankheitsbilder oder bei festgestellten anderweitigen Psychotherapieerfordernissen wird frühzeitig durch den medizinischen und psychologischen Dienst die weiteren Behandlungsbedürfnisse erfasst und der Patient bei der Suche nach qualifizierten niedergelassenen Ärzten oder Psychotherapeuten unterstützt und angeleitet. Das kann ggf. die Anbindung an Ambulanzen der regional umgebenden Versorgungsstruktur miteinschließen.

Auch nach innen, mit Blick auf das Verlassen der Fachklinik, ist die Vorbereitung auf die Entlassung umfangreich. Sie charakterisiert sich durch einen spezifischen

Verabschiedungsprozess innerhalb der Bezugsgruppe, des Abschließens von Projekten und Werkstücken und dergleichen im arbeitstherapeutischen Segment und natürlich auch durch eine verstärkte Außenorientierung. Dieser Verabschiedungsprozess nach innen symbolisiert ein wichtiges Prinzip psychischer Entwicklung: Der Rückbezug auf Sicheres, der Aufbau stabiler innerer Repräsentanzen, das Zutrauen zu sich selbst, wie auch die Möglichkeit sichere Orte aufzusuchen stellt ja bekanntlich die Grundvoraussetzung für das psychische und soziale Repertoire eines Menschen dar, sich Neues zu erschließen, Eingehen von Wagnissen und der Bewältigung von Unsicherheiten. Dies ist im Entlassungszeitraum der übergreifende Fokus aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten.

Der letzte Schritt auf diesem Prozess stellt das Abschlussgespräch bei Arbeitstherapeuten und Bezugstherapeuten dar, gefolgt von medizinischer und psychologischer Entlassungsuntersuchung und -gespräch. Diese eingehenden Untersuchungen und Erkenntnisse sind Bestandteil der sozialmedizinischen Beurteilung des Patienten, gehen in den medizinischen Entlassungsbericht mit ein und bilden die bedingte Prognose. Sie beinhalten aber auch Reflektion und Evaluation des Erreichten -sowohl aus der Sicht des Patienten als auch des Behandlers- und informieren ausführlich über Risiken sowie heben die Qualitäten auf der „Habenseite“ bzw. von erarbeiteten Ressourcen hervor. Darüber hinaus wird hier noch einmal der Stand der Entlassungsvorbereitung eingehend überprüft und ggf. die Nahtlosigkeit der Überleitung in die weitere Versorgung sichergestellt. Dies schließt natürlich auch das Übergabegespräch mit den Weiterbehandlern mit ein. Alle diese Untersuchungen und Abschlussgespräche sind fester Bestandteil der letzten Behandlungswoche.

Bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung, sei es auf Wunsch des Patienten oder seitens der Klinik, können Vorbereitungsmaßnahmen zur Entlassung oftmals nur rudimentär oder ad hoc erfolgen. Es gilt jedoch auch hier das Prinzip der Erfassung der Weiterbehandlungserfordernisse und nach Möglichkeit deren Einleitung oder Anbahnung. Vordringliches Ziel ist dabei den Patienten im Suchthilfesystem zu behalten und schwerere Rezidive oder Verschlechterungen des Gesamtzustandsbilds zu vermeiden oder abzumildern. Die Tatsache, dass eine Rehabilitationsbehandlung irregulär endet, ist ja nicht damit gleichzusetzen, dass die vorhandene Therapiezeit keine Wirkung entfaltet hätte. Zudem können auftretende Ambivalenzen zur Behandlung auch Ausdruck einer Krisenentwicklung darstellen, die ein entsprechendes therapeutisches Vorgehen erfordert. Damit sehen wir es als notwendig an, nach aller Möglichkeit die geeigneten Maßnahmen zu treffen, um die bis dahin erfolgte körperliche und psychische Stabilität aufrechtzuerhalten und das erreichte Funktionsniveau abzusichern.

Daraus leitet sich folgende klinische Vorgehensweise ab:

- Jeder Patient, der mit brüchigen oder instabilen Behandlungsbündnis aufscheidet und zunehmend ambivalent zur Behandlung wahrgenommen wird, wird zeitnah dem therapeutischen Leiter (Itd. Psychologen) und/oder Arzt vorgestellt. Inhalte sind dabei u.a. die Klärung des Zustandsbildes, Thematisierung der

Abbruchwünsche, Förderung von Krankheitseinsicht und Introspektion, Realitätsprüfung und Problemaktualisierung, Motivierung zur Behandlungsfortsetzung, kriseninterventorisches Repertoire und ggf. Vereinbarungen zum Verbleib im Behandlungsmilieu, sowie erforderlichenfalls die mit einem Behandlungsabbruch einhergehenden Risiken und Gefährdungen.

- Proaktiver Einbezug protektiver, unterstützender Beziehungen des Patienten wie Drogenberater, Angehörige, Partner und Peers.
- Der Bezugstherapeut prüft alle Möglichkeiten einer direkten Überleitung des Patienten insbesondere in die Einrichtungen des Therapieverbundes und stellt zusammen mit dem Patienten den Kontakt dazu her.
- Information an den Patienten der Fortsetzungsmöglichkeiten von Rehabilitationsbehandlung bzw. einen weiteren Kontakt zur Fachklinik betreffend und /oder Kontaktmöglichkeiten zu Maintenance-Angeboten oder Beratungs- und Behandlungsstellen.
- Begleitung der Entlassung durch Bezugstherapeuten und/oder Psychologen.
- Nachgehende Informationseinholung inwieweit der Patient in der Weiterbetreuung angekommen ist einschließlich Übergabegespräch und Abklärung von noch evtl. bestehenden Unterstützungsbedarf.

5. Räumliche Gegebenheiten

PATIENTENZIMMER

Alle Zimmer sind wohnlich eingerichtet. Zur Ausstattung gehören neben dem Bett ein Nachttischschränkchen, Bettkästen, Schrank, Tisch, gepolsterte Stühle, Sideboards, eine Schreibgelegenheit, Pinnwand sowie Bilder an den Wänden. Im Einzelnen sind die Räume wie folgt aufgeteilt:

1 Einzelzimmer mit Dusche/ WC

6 Wohneinheiten für 2 Patienten mit Dusche/ WC

1 Wohneinheit für 3 Patienten mit Dusche/ WC

6 Wohneinheiten bestehend aus 2 Zimmer für 4 Patienten mit Dusche/ WC

ALLGEMEINE FUNKTIONSRÄUME

Arztpraxis

1 Arztzimmer

1 Untersuchungsraum

Therapie- und Freizeiträume

Die Funktionsräume in der Fachklinik Tauwetter sind teilweise Multifunktionsräume; so werden beispielsweise Gruppen- und Einzeltherapieräume in der Freizeit als Fernsehraum oder Musikraum genutzt. (Diese Räume sind im Weiteren besonders gekennzeichnet):

5 Gruppen- und Einzeltherapieräume (Multifunktionsräume)

1 Frauenraum, ausgestattet mit HiFi-Anlage

4 Lese-/Schreibräume

- 3 Aufenthaltsräume für den Freizeitbereich
- 2 Musikräume mit HiFi-Anlagen (Multifunktionsräume)
- 2 Fernsehräume, ausgestattet mit Fernsehgeräten (Multifunktionsräume)
- 1 Cafeteria
- 2 Computerräume mit insgesamt
- 5 PC's für Patienten
- 1 Gymnastikraum (nach Öffnung von Raumteilern), ausgestattet mit Sportgeräten (Tischtennisplatten etc.), Bodenmatten, nutzbar für Programme (Autogenes Training, Entspannung, Aerobic), als auch in der Freizeit (Multifunktionsräume).
- 2 Umkleidekabinen/Duschen zur Benutzung nach den Sportprogrammen
- 2 Bäder, ausgestattet mit Badewannen
- 3 Speiseräume (Multifunktionsräume)

Schreinerei

Die Schreinerei verfügt über eine Kreissäge, eine Bandsäge, eine Hobelmaschine und eine Tischfräse sowie über alle erforderlichen Elektrogeräte (Bohrmaschinen etc.), mit denen alle Arbeiten erledigt werden können, die in einer Schreinerei anfallen. Darüber hinaus verfügt die Schreinerei über einen separaten Raum, der mit 8 Hobelbänken sowie den dazu gehörenden Werkzeugschränken ausgestattet ist, was ein Arbeiten ohne störenden Maschinenlärm ermöglicht.

Gärtnerei

In der Gärtnerei werden verschiedene Obstsorten (Kern-, Stein-, und Beerenobst) produziert. Zu den Aufgaben des Bereichs gehört auch die Pflege von ca. 10000 m² Park- und Sportanlagen sowie von ca. 25000 m² Wald. Die Waldflächen werden insbesondere im Winter zur Brennholz- und Nutzholzgewinnung bewirtschaftet.

Organisationsbüro

Das Organisationsbüro ist mit eigenem Raum eingebettet in den Verwaltungsbereich. Zur Ausstattung gehören Computer, P-touch-Gerät, Rechenmaschine etc.

Haus- und Wäschepflege

Die Haus- und Wäschepflege ist räumlich aufgegliedert in verschiedene Bereiche: Der Raum für die Anlieferung von Schmutzwäsche ist ausgestattet mit 3 Waschschleuderautomaten und 3 Wäschetrocknern (Gewerbemaschinen); der Raum für die saubere Wäsche (reiner Bereich) ist ausgestattet mit einer Muldenmangel, Bügeleisen, Nähmaschine sowie mit Materialien zum Neuanfertigen und Ausbessern von Wäsche. In Nebenräumen lagern Wasch- und Putzmittel, sowie Geräte zur Hausreinigung und Hauspflege (Bohnermaschinen und Sprüh- und Extraktionsreiniger).

Küche

Die Küche in Tauwetter ist mit Großküchengeräten (Edelstahl) ausgestattet und entspricht den aktuellen Lebensmittel- und Hygieneverordnungen. Im Einzelnen teilt sich die Küche in folgende Bereiche:

Kochküche: Ausgestattet mit einer Kochgruppe mit Kochkessel 60 l, Kippbratpfanne, 6-Platten-Elektro-Herd, darüber eine Edelstahl-Dunstabzugshaube. Außerdem gehören zur Ausstattung zwei Kombigarer mit 6 bzw. 10 Einschüben, Kühlschrank, Kaffeeautomat, Handwasch- und Ausgussbecken, Bereich zur Gemüsevorbereitung, Bereich zur Fleischvorbereitung und ein Spülbereich mit Durchschubspülmaschine.

Backküche: Ausgestattet mit einem Kühlhaus, 2-Platten-Herd, Kombigarer mit 10 Einschüben, div. Hand- und Küchenmaschinen und eine Anschlagmaschine.

Vorratshaltung: Die Vorratshaltung ist unterteilt in Trockenlager, zwei Kühlhäuser und einem Tiefkühlhaus.

BÜRORÄUME DER MITARBEITER

Verwaltung

Die Verwaltung ist in zwei Räumen untergebracht. Zu jedem Arbeitsplatz gehören ein eigener Schreibtisch mit vernetztem Computer sowie alle notwendigen Büromaschinen.

Arbeitstherapeuten

Die Arbeitstherapeuten verfügen über ein eigenes Büro. Die Arbeitsplätze verfügen je über einen vernetzten PC.

Gruppentherapeuten

Alle Therapeuten verfügen über ein eigenes Büro. Neben dem Arbeitsplatz ist jedes Büro mit Tisch und Sesseln für Einzelgespräche eingerichtet. Die Arbeitsplätze verfügen je über einen vernetzten PC.

Seit 2011 ist der Träger der Fachklinik in der Anstrengung Funktions- und Patientenräumlichkeiten der Fachklinik den Strukturmerkmalen der DRV anzupassen. Da dies in dem denkmalgeschützten Gebäude nur begrenzt und unter hohem wirtschaftlichen Aufwand möglich ist, wurden mit dem beauftragten Architektenbüro Planungen erarbeitet, die eine weitreichende gebäudliche Veränderung mit sich bringt. So wird das bestehende „alte Schloss“ (Villa) zukünftig die Funktionsräumlichkeiten für medizinischen und psychologischen Dienst, Einzel- und Gruppentherapie, Mitarbeiterbüros, Verwaltung und Empfang aufnehmen. Das neuere Klinikgebäude (Haus 1) wird zu kleinen Stationsgruppen mit Aufenthaltsräumlichkeiten und Freizeitmöglichkeiten umgestaltet und für den Bereich Arbeitstherapie und berufsfördernde Maßnahmen ein eigenes Gebäude neu errichtet. Pläne und Raumfunktionsplan wurde im Jahr 2012 der DRV unterbreitet und weitestgehend positiv beurteilt. Nach Baugenehmigungsverfahren, Finanzierungsklärung und Projektierung ist von einem Baubeginn 2013 auszugehen.

6. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Tauwetter verfügt über lebendige Kooperationen und weitreichende Vernetzungen. Sie sind darauf ausgelegt den Auftrag der Fachklinik qualifiziert ausführen und stets eine patientenorientierte Versorgung auf ‚State of the Art‘ gewährleisten zu können. Das bedeutet den umfangreichen Versorgungsbedürfnissen unserer Patienten, vor, während und nach unserer Therapie entsprechen und weitestgehend realisieren zu können. Dies schließt genauso mit ein, Verschlechterungen des Zustandsbildes sowie weitergehenden malignen oder gar letalen Gefährdungen dadurch entgegen zu treten, in dem wir stets versuchen, den Patienten mit möglichst stabilen Bündnissen im Suchthilfeversorgungssystem zu halten.

Unsere Kooperationen sind demnach ausgelegt auf:

- eine patientenorientierte und protektive Ausgestaltung des Zugangs und der Aufnahme von medizinischer Rehabilitation,
- gegebenenfalls eine weiterführende, über die Möglichkeiten der Fachklinik hinausgehende Behandlung oder differenzialdiagnostischer Abklärung,
- eine qualifizierte medizinische Versorgung in Hinblick auf die Vorrangigkeit des Rehabilitationsbedarfes eines Patienten bei erforderlichen interkurrenten Erkrankungen,
- einen nahtlosen Übergang in angezeigte Weiterbehandlungsmöglichkeit und ein gelungenes Übergabemanagements,
- ggf. akutmedizinische Versorgungspflichtigkeit von Notfällen und Krisen,
- unterstützende Entzugsbehandlung im Rahmen des Rückfallkonzeptes der Fachklinik und
- nicht zuletzt einer Harmreduktion, bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung, nicht mehr integrierbarer Rückfälligkeit oder anderweitigen malignen drop-out.

An erster Stelle der Kooperationsbeziehungen und Vernetzungen ist die Einbindung der Fachklinik Tauwetter in den Behandlungsverbund des Fachbereiches Sucht- und Aidshilfe des SKM Köln zu nennen, in dem, in einem festen fachlichen und organisatorischen Zusammenschluss, folgende Versorgungseinrichtungen eng zusammenarbeiten:

Kontakt- und Beratungsstelle: <ul style="list-style-type: none">◦ „Vor Ort“ Köln-Kalk◦ Köln-Ehrenfeld	Wohnhilfe für Drogenabhängige: „Haus Schmalbeinstraße“	Drogenberatung: „ vor Ort“ Köln-Porz
Beratungsstelle Jugend und Sucht und Fachstelle für Sucht- und AIDS-Prävention, B.i.S.S.	AIDS-Beratung mit Wohnhilfen: „Haus Lukas“	Kontakt- und Notschlafstelle und Drogen-Konsumraum
Fachambulanz Sucht: <ul style="list-style-type: none">◦ Große Telegrafenstrasse.31◦ Außenstelle Köln-Porz	Medizinische Adaptions- behandlung: Reha-Zentrum Lindenthal	Substitutionsambulanz: „MEREAM“

Für ggf. differentialdiagnostische Abklärung oder interkurrentente Versorgung bestehen Kooperationen zu Facharztpraxen in Bornheim, Alfter und Bonn.

Akutmedizinische psychiatrische Versorgung gewährleisten wir **in Kooperation** über:

- Alexianer Krankenhaus in Köln/Porz
- Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
- LVR Klinik Köln/Mehrheim
- LVR Klinik Bonn

Akutmedizinische somatische Versorgung:

- Universitätsklinik Bonn
- Malteser-Krankenhaus Bonn

Arzneimittelversorgung:

- Donatus-Apotheke Bornheim

Auswertungssicherheit von Drogenfreiheitskontrollen:

- Labor Dr. Quade Köln zur Abklärung bei nicht eindeutigen Befunden bei Drogenfreiheitskontrollen oder Messbarkeit von neu auftretenden psychotropen Substanzen.

Alle Kooperationen sind transparent auch für die Patienten der Fachklinik aus unserem Behandlungsleitfaden „TheNavi“ ersichtlich.

7. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Jedes klinische und therapeutische Handeln beinhaltet die Verpflichtung eine am Behandlungsbedürfnis des Patienten ausgerichtete, fachgerecht und am aktuellen Stand der verschiedenen Wissenschaften orientierte, kontinuierliche Behandlungsqualität sicherzustellen.

Qualitätsprüfung, -sicherung und -weiterentwicklung ist dabei als fortlaufender Prozess zu verstehen, der sich auf den verschiedenen Ebenen vollzieht. In der Fachklinik Tauwetter bestehen Qualitätsmanagementaktivitäten innerhalb der Klinik, auf der Ebene des Behandlungsverbundes sowie durch das Qualitätssicherungssystem des Leistungsträgers.

Die Fachklinik Tauwetter ist seit November 2011 zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 : 2008 inkl. pCC für Rehabilitationseinrichtungen Version 2.0. Das Qualitätsmanagementverfahren ist von der BAR anerkannt und erfüllt die Anforderungen nach §20 Abs. 2a SGB IX.

Das Qualitätsmanagementsystem ist im Qualitätsmanagementhandbuch der Fachklinik dokumentiert. Die Strukturen, Prozesse und Abläufe der Fachklinik werden durch das Qualitätsmanagementsystem gesteuert. Das Qualitätsmanagement bildet kontinuierlich die Weiterentwicklung der Fachklinik durch fortlaufende Prozessbeschreibungen und -modifikationen ab. Alle Mitarbeiter der verschiedenen Rehabilitationsdisziplinen sind unter Initiative, Anleitung und Steuerung des QM-Beauftragten und des Leitungsteams an der Fortschreibung partizipierend und gestaltend beteiligt. Die neueste Prozesslandkarte liegt im Anhang bei.

Durch die Stabsstelle Qualität und Forschung des SKM-Köln wird ein Mitarbeiter der Fachklinik in seiner Funktion als Qualitätsmanagementbeauftragter fortlaufend gecoacht und angeleitet mit der Ausrichtung bestehende Qualitätsinstrumente (Qualitätszirkel, Prozesserstellung /-modifikation, Kennzahlen, Schnittstellen u.a.) in der Fachklinik weiterzuentwickeln sowie qualitätsbezogenen Austausch, Reflektion und Diskussion in der Mitarbeiterschaft anzuregen und lebendig werden zu lassen. Dies wird unterstützt durch regelmäßige interne Audits des Qualitätsmanagementbeauftragten.

Ein wichtiges übergeordnetes Ziel besteht darin, das Qualitätsmanagement der Fachklinik in die Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagement des kooperierenden Behandlungsverbundes Sucht- und Aidshilfe des SKM Köln, im Sinne einer Matrixzertifizierung, fest miteinzubinden und damit eine, über rein innerklinische Qualitätssicherung hinausreichende, Qualitätsperspektive und -aktivitäten sicherzustellen. Bereits jetzt werden innerhalb dieses Behandlungsverbundes, kontinuierlich, nach einem festgelegten Plan, gegenseitig externe Audits zu verschiedenen Prozessen durchgeführt.

Die Fachklinik Tauwetter nimmt teil am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung. Dies besteht aus den Qualitätssicherungsinstrumenten der Erhebung von Struktur- und Prozessqualität, regelmäßige Klinikvisitationen, Befragung von Patienten zur Zufriedenheit mit der Behandlung und Beurteilung des Reha-Erfolges, Beurteilung des individuellen Rehabilitationsprozesses durch externe Experten (peer-review), sowie der Dokumentation des Leistungsspektrums über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (DRV 2007).

Die Basisdokumentation in der Fachklinik findet über die elektronisches Erfassungsprogramm ‚PatFak‘ statt. Hier wird eine jede patientenbezogene Dokumentation erfasst und kann vollständig nachvollzogen werden. Hierüber wird auch der EBIS-Kerndatensatz erfasst und zusammen mit dem Datensatz des Behandlungsverbundes Sucht-Aidshilfe des SKM Köln für die Abfrage aufbereitet.

Für die Erstellung der medizinischen Zwischen- und Entlassungsberichte arbeiten alle Rehadisziplinen ihre Beiträge entsprechend der festgelegten Abgabefristen zu. Über die Verwaltung erfolgt ein weiteres, über diese Termineinhaltung hinausgehendes QM-basiertes Berichtscontrolling, mit der die fristgerechte Erstellung überwacht wird. Abweichungen werden somit dokumentiert und dem zuständigen Mitarbeiter sowie dem Leiter der Fachklinik zur Kenntnis gebracht. Fehlentwicklungen bezüglich Fristeinhaltung oder Qualität werden über den Korrektur- und Fehlermanagementprozess im Qualitätsmanagementsystem erfasst und abgearbeitet.

Alle medizinischen Zwischen- und Entlassungsberichte werden entsprechend der Vorgaben durch die Deutsche Rentenversicherung erstellt und vom Arzt der Klinik, dem ltd. Psychologen und Bezugstherapeuten unterzeichnet.

8. Klinikmanagement und Organisation

Träger:

Die Fachklinik Tauwetter ist seit April 2012 von der gemeinnützigen SKM Köln - juTAK.e Gesellschaft mbH getragen. Diese ist Mitglied im Deutschen Caritasverband als Spitzenverband

der freien Wohlfahrtspflege und besitzt die Anerkennung als gemeinnützige Einrichtung. Der Träger als Betriebsgesellschaft der Fachklinik ist durch die Gesellschafterversammlung und die beiden eingesetzten Geschäftsführer organisiert. Die Aufgaben und Handlungsgrundsätze des Trägers für den Betrieb der Fachklinik sind im Gesellschaftervertrag und in der Geschäftsordnung für die Geschäftsführung rechtsverbindlich niedergelegt.

Leistungsstruktur:

Die Fachklinik Tauwetter wird durch ein interdisziplinäres Leitungsteam geführt. Dieses besteht aus dem ärztlichen Leiter, dem leitenden Psychologen/Psychotherapeuten (therapeutischer und Gesamtleiter) sowie Vertretern der Disziplinen Bezugstherapie und Arbeitstherapie. Vertreter der Verwaltung und der Qualitätsmanagementbeauftragte erhalten zu definierten Frage- oder Problemstellungen ausreichenden Raum im Leitungsteam. Die interdisziplinäre Haltung des Leitungsteams im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses und des Rehabilitationsgedankens kommuniziert sich in spezifischer Aufgabenteilung in das gesamte Behandlungsteam und ermöglicht paritätischen Anteil am Behandlungs- und Rehabilitationsgeschehen aller Disziplinen.

Konzeptrealisierung, -modifikation und -innovation werden vom Leitungsteam angestoßen und in das Behandlungsteam hineingetragen. Reflektion und Diskussion von fachlichen Fragestellungen werden durch das Leitungsteam unterstützt und moderiert mit dem Ziel der Herausbildung eines fachlichen ‚common sense‘ bei bestehender Vielfalt therapeutischen Handelns, ohne jedoch dabei die Verantwortlichkeitsstrukturen des Leitungsteams zu verwischen.

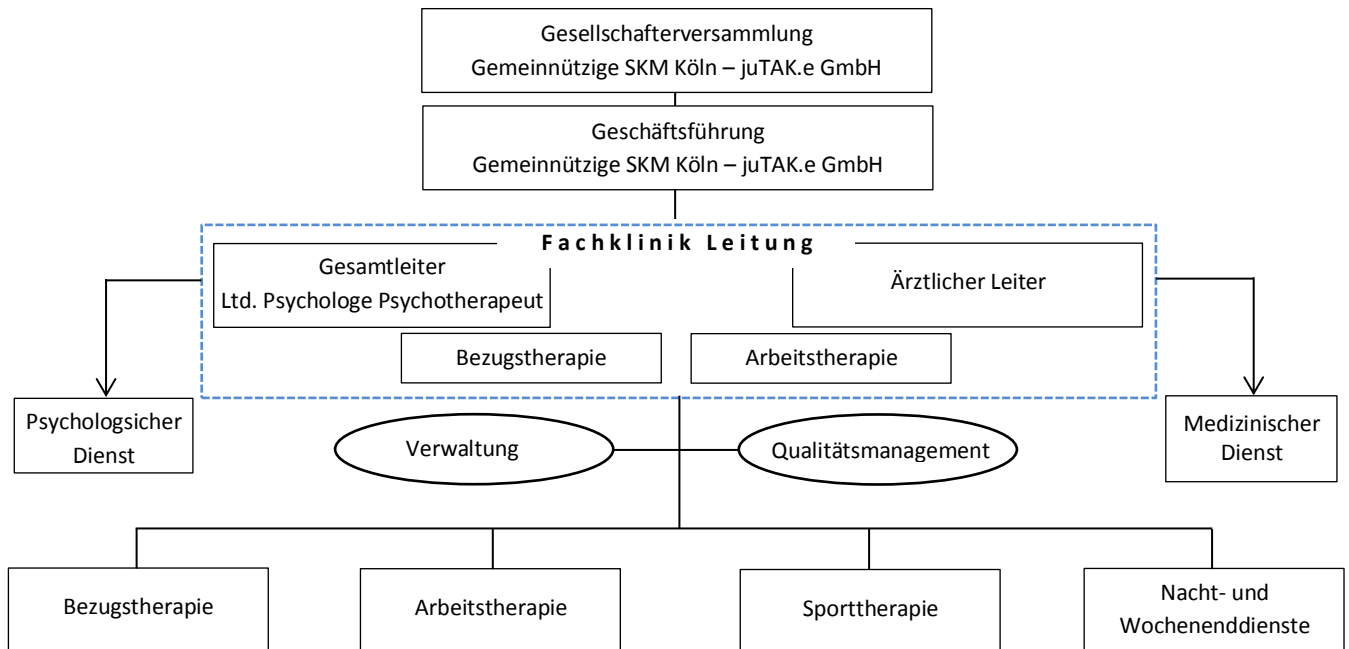
Personalstruktur:

Alle therapeutischen Mitarbeiter der Fachklinik Tauwetter verfügen über die, in der Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘ (DRV Mai 2001) erforderlichen Qualifikationen beziehungsweise befinden sich in diesbezüglich fortgeschrittener Weiterqualifikation. Alle Mitarbeiter werden in ihren Stärken und Fähigkeiten im Rahmen der Personalentwicklung gefördert und entsprechend ihrer berufsspezifischen und Rehabilitationskompetenz eingesetzt.

Das Rehabilitationsteam der Fachklinik Tauwetter setzt sich wie folgt zusammen (VK):

- 1,0 Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (ärztliche Leitung)
- 1,0 Dipl.-Psychologe/Psychotherapeut (therapeutische Leitung)
- 1,0 Dipl.-Psychologe/Psychotherapeut (Bezugstherapie)
- 3,0 Dipl.- Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter mit VdR-anerkannter Zusatzausbildung (Bezugstherapie)
- 1,0 Ökotrophologin (Arbeitstherapie)
- 1,0 Maschinenschlossermeister (Arbeitstherapie)
- 0,5 Gärtnermeister, Landschaftsbau (Arbeitstherapie)
- 0,8 Dipl.-Sporttherapeut (Sporttherapie)
- 2,75 Gesundheits- Krankenpfleger (Abend- und Wochendienste, Nachtbereitschaften)

In der Aufstellung nicht berücksichtigt sind 2,75 VK für Verwaltung, Schreibdienst und Aufnahmesekretariat, sowie Aushilfskräfte (GfB) für Nacht und Wochenenddienst.
 Die Einsatz- und Funktionspläne der einzelnen Mitarbeiter sind dem Anhang zu entnehmen.



Kommunikationsstruktur

Die fachliche Kommunikation ist vom Grundsatz des ICF-Modells interdisziplinär angelegt und dient der komplexen Aufgabe, interdisziplinäre wie multiprofessionelle Sichtweisen, Handlungsansätze und Terminologien in für die Rehabilitation des Patienten wirksame Synergien umzusetzen. Eine wichtige Orientierungshilfe bietet dabei die gemeinsame ICF-Rehabilitationssprache. Andererseits erfordert fachlich spezifische Weiterentwicklung auch den Austausch und der Fortschreibung innerhalb der verschiedenen Rehabilitationsdisziplinen. Dementsprechend ist die Kommunikationsstruktur der Fachklinik Tauwetter inter- wie intradisziplinär angelegt.

Die täglich stattfindenden Übergabegespräche (30 - 45 Minuten), die einmal wöchentlich stattfindende Rehabilitationsbesprechung (120 Minuten) und das Leitungsteam (wtl. 60 Minuten) werden von den Mitarbeitern aller Disziplinen wahrgenommen. Darüber hinaus gibt es wöchentliche Konferenzen der Bezugstherapeuten und Arbeitstherapeuten (jeweils 90min) und der Mitarbeiter in der Verwaltung (60 Minuten). Bei Projektarbeiten zu klar definierten Frage- oder Problemstellungen können in Matrixstruktur fachspezifische Mitarbeiter in einer Arbeitsgruppe zusammenarbeiten.

Alle Besprechungen und Konferenzen wie Rehabilitationsbesprechung, Bezugstherapiekonferenz, Arbeitstherapiebesprechung oder Übergabegespräche finden grundsätzlich unter Leitung und Moderation des leitenden Psychologen oder leitenden Arzt statt.

Die inter- wie intradisziplinäre angelegte Kommunikationsstruktur der Fachklinik sowie deren wöchentlichen Anordnung der einzelnen Besprechungen sind dem Anhang zu entnehmen.

9. Notfallmanagement

Das Notfallmanagement der Fachklinik Tauwetter schließt eine effektive Notfallprophylaxe mit ein. Empirisch darstellbar beeinflussen verschiedene Faktoren die Auftretenswahrscheinlichkeit von Notfälligkeit und Krisenentwicklung in einem Behandlungsmilieu. Gut kontrollierte Behandlungsbedingungen und stabile Therapiebündnisse helfen diese Auftretenshäufigkeiten zu minimieren und stellen damit wichtige Aspekte einer wirksamen Notfallprophylaxe dar. Hier sind insbesondere die enge Kontrolle des drogenfreien Milieus als Therapeutikum „Nummer eins“ zu nennen, genauso wie ein wirksamer Schutz vor scenetypischen bzw. subkulturellen Qualitäten durch Wahrnehmung auf ein wertschätzendes, selbstwertförderliches und protektives Milieu. Das hilft Rückfälligkeiten zu reduzieren und Agitationen bzw. Exacerbationen durch rasches Zugehen zu verringern. Der Aufbau eines guten Mitwirkungsgrades (Verringerung regressiver Tendenzen) als wichtigen Prädiktor für Behandlungszeit und Behandlungserfolg ist hier ebenfalls anzuführen. Alle diese Qualitäten werden stets im Focus gehalten.

Zu genanntem hinzu, muss als empirisch abgesichert gelten, dass Menschen mit unsicheren Bindungserfahrungen eine erhöhte Tendenz zu ‚risk behavior‘ und damit Unfallgefahren aufweisen. Möglichst stabil und kontinuierlich gestaltete Bindungserfahrungen im Rehabilitationsprozess und eine diesbezügliche klinische Einschätzung bei der individuell ausgestalteten Zuordnung von Arbeitstherapie- oder Sporttherapieveranstaltungen aber auch bei Freizeitgestaltung und Ausgangsentscheidungen helfen Verletzungen oder Unfälle im Rehabilitationsprozess zu minimieren.

Im Notfallablaufplan der Fachklinik Tauwetter wird zwischen akuter und relativer Notfälligkeit differenziert (siehe Anlage). Jeder Notfall wird sowohl leitendem Arzt und leitendem Psychologen (Gesamtleitung) unmittelbar mitgeteilt.

Somatische Notfälligkeiten werden grundsätzlich vom leitenden Arzt oder von ihm benannter ärztlicher Vertretung abgearbeitet (Einbezug der niedergelassenen Fachärzte, stationäre Akutversorgung), ggf. wird bei Verdacht auf oder bestehenden vital bedrohlichem Gesundheitszustand der Notarztdienst der Berufsfeuerwehr zugezogen. Erforderliche Verlegungen in Häuser der Akutmedizin erfolgen im Rahmen der Kooperationsbeziehungen der Fachklinik. Das Arbeitsbündnis zum Patienten in der Rehabilitationsbehandlung sowie krisenpräventive Interventionen werden durch Kontakt des Bezugstherapeuten, des Psychologen auch unter Einbezug nahestehender protektiver Beziehungen zu Mitpatienten aufrechterhalten bzw. gewährleistet. Der ärztliche Austausch sowie die Planung der Rückverlegung erfolgt in enger Absprache mit dem leitenden Arzt und der behandelnden Akutstation.

Akute psychische Notfälle oder über die Routine hinausgehende imponierende Krisenentwicklungen, werden in gemeinsamer Absprache von leitendem Arzt und leitendem Psychologen abgearbeitet, analog ist das Vorgehen bei relativer Notfälligkeit. Zur Gewährleistung einer hohen Qualität in der Bewältigung von Notfallsituationen in all ihren Auswirkungen auf Rehabilitand, Patientengruppe und Behandlungsmilieu, erfolgt nach aller Möglichkeit immer eine gemeinsame Einschätzung und Abarbeitung von auftretenden Notfallsituationen.

Alle Schritte der Notfallversorgung, von der Alarmierung bis zur Beendigung der notfälligen Situation, werden entsprechend dem Notfallplan der Fachklinik Tauwetter dokumentiert und dem interdisziplinären Behandlungsteam in der entsprechenden Zuständigkeit zugänglich gemacht. Jeder notfälligen Situation folgt die Reflektion der Abarbeitungsqualität und wird erforderlichenfalls in den QM-Prozess des Verbesserungsmanagements eingebracht.

Außerhalb der ärztlichen Präsenzzeiten besteht stets eine telefonische Erreichbarkeit des Arztes oder seines Vertreters. Abwesenheits- oder Krankheitsvertretungen werden durch die im medizinischen Dienst des Behandlungsverbundes Sucht- und Aidshilfe des SKM Köln beschäftigten Ärzten wahrgenommen und koordiniert. Alle Ärzte verfügen hier über langjährige und umfangreiche suchtmmedizinische Erfahrungen.

Die notfallmedizinische Ausstattung ist sowohl stationär im Arztbereich der Klinik, wie ambulant durch zwei DIN-Notfallkoffer (jeweils einer in jedem Klinikgebäude) incl. Ausstattung zur Herz-Lungen- Wiederbelebung vorhanden. Vorgehalten wird zudem ein tragbares vollautomatisches Defibrillationsgerät (geeignet auch zur Kinderreanimation), Fingerpulsoxymeter, elektrische Absaugung, Guedel- und Wendltuben, Punktionsmaterial, Lösungen zur Volumensubstitution und notfallmedizinischer Medikation.

Die dienstverpflichtenden notfallmedizinischen Fortbildungen für alle Mitarbeiter dienen vor allem dem Aufbau von Versorgungsroutinen und Trainingseffekten speziell bei HLW incl. automatisierter Defibrillation aber auch genauso dem Erwerb und Vertiefung von erstversorgenden und vitalstabilisierenden Maßnahmen bei Unfallgeschehen, chirurgischen Verletzungen, akuten Intoxikationen, Krampfereignissen oder akut auftretenden internistischen Erkrankungen. Diese Fortbildungen und Trainings sind kontinuierlich redundant (Routinenaufbau) angelegt und werden extern durch den leitenden Notarzt der Berufsfeuerwehr quartalsweise, mindestens jedoch dreimal jährlich abgehalten und dabei durch das Krankenpflegepersonal und dem im Haus verfügbaren Rettungsassistenten unterstützt. Fortbildungen bezüglich Erkennung und Handling von psychischen Notfällen werden durch den leitenden Psychologen und leitenden Arzt im Rahmen der klinikinternen Fortbildung angesetzt. Alle diese Schulungen und Trainings haben den Notfallablaufplan im Fokus und trainieren darauf.

Auf Ebene der Rehabilitanden erfolgen Übungen zur Evakuierung im Brandfall (Probealarm), darüber hinaus wird jedem Patienten im Laufe der Rehabilitationsbehandlung die Möglichkeit zum Erste-Hilfe-Kurs angeboten.

10. Fortbildung

In der Fachklinik Tauwetter ist es erklärtes Ziel der Klinikleitung eine bestmögliche Qualifikation aller therapeutischen Mitarbeiter vorzuhalten und im Behandlungsgeschehen den Patienten zuteilwerden zu lassen. Als Prämisse gilt, dass jeder in einem Behandlungsgeschehen aktiver Mitarbeiter, unabhängig von Disziplin oder Profession auch selbst die Verantwortung wahrnimmt mit seiner Qualifikation auf der Höhe der Zeit zu sein. Darüber hinaus bietet die Fachklinik spezifische, die Rehabilitationsbehandlung betreffende, Fort- und Weiterbildungen an bzw. unterstützt diese oder bringt sie auf den Weg.

Für Weiterbildungen, die eine Mitarbeit in der medizinischen Rehabilitation erfordert, gilt die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001. Hier sind zu erbringen:

- Ärzte - entsprechend der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern
- Psychologische Psychotherapeuten- entsprechend der Fortbildungsverpflichtung der Psychotherapeutenkammern
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen - Suchtspezifische Weiterbildung für Gruppen- und Einzeltherapie mit VDR-Anerkennung
- Arbeitstherapeuten - mit Fachlehrgang Belastungserprobung/Arbeitstherapie entsprechend der DRV-Vorgaben

Fortbildungen beziehen sich auf fokussierte rehabilitationsspezifische Themenstellungen. Sie können durch klinikinterne Fortbildungen erfolgen oder durch externe Tagungs- oder Kongressteilnahme. Die Fachklinikleitung evaluiert laufend den Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter und richtet das klinikinterne Fortbildungsprogramm darauf aus. Klinikinterne Fortbildungen stellen nosologische Themen, Methodische Ansätze, konzeptionsbezogene Fragestellungen sowie rehabilitationsrelevante Entwicklungen in den Vordergrund. Sie bewegen sich stets auf wissenschaftlichem Niveau und sind im Jahreslauf sechsmal vorgesehen.

Zudem finden vierteljährlich einrichtungsübergreifend im Behandlungsverbund Fortbildungen zu relevanten Fragestellungen (z.B. ICF, neue Behandlungsansätzen etc.) statt.

Externe Fortbildung durch Tagung, Kongress, Workshop wird von der Leitung angeregt oder durch Mitarbeiter vorgeschlagen. Ausschlaggebend sind hier die Relevanz zu Indikationsstellung und Rehabilitationsbehandlung, Rehabilitationswissenschaft, und eine darstellbare Kosten-Nutzen-Relation.

Alle Fortbildungsaktivitäten in der Fachklinik Tauwetter haben eine kontinuierliche klinische Kompetenzförderung der therapeutischen Mitarbeiter zum Ziel. Letztlich entscheidet ja die klinischer Kompetenz über die konzeptbezogene Funktion eines Mitarbeiters im Rehabilitationsprozess.

Hierunter sind verschiedene Komponenten von Bedeutung und zu fördern:

- Nosologisches Wissen durch interne Fortbildung zu behandelnder Krankheitsbilder, Teilnahme an spezifischen Fachkongressen sowie professionsspezifischer Weiterbildung (z.B. innerhalb der Kammern).

- Methodenkompetenz durch Einübung von Manualen und Konzeptinhalten sowie Angebote der internen Fortbildung zu Methodenerweiterung ebenso Teilnahme an Workshops.
- Klinische Erfahrung durch entsprechende Berufserfahrung (Einstellungsvoraussetzung), kontinuierliche Intervention zur Reflektion klinischer Herausforderungen sowie interne und externe Supervision hinsichtlich Support, Controlling und Feedback.

11. Supervision und Intervention

Die Supervision in der Fachklinik Tauwetter ist wissenschaftlich fundiert und an der klinischen Praxis der Fachklinik ausgerichtet. Sie ist als kontinuierlicher, gemeinsamer Such- und Beratungsprozess im Hinblick auf die hohe Differenziertheit und Komplexität von Behandlungsprozessen zu verstehen und vollzieht sich dabei auf verschiedenen Ebenen. Supervision unterstützt das Behandlungsparadigma, reflektiert die Konzeptrealisierung und fokussiert sowohl behandlungsrelevante wie Teamaspekte in gegenseitiger Bezugnahme. Sie bezieht sich dabei auf das professionelle Handeln von therapeutisch Tätigen genauso wie auf die Entwicklung von (intra- und interdisziplinären) Gruppen, auf organisatorische Bedingungen und strukturelle Gegebenheiten.

Intern werden alle Behandlungsprozesse durch den leitenden Arzt und leitenden Psychologen kontinuierlich supervidiert. Dies betrifft alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten, einschließlich Nacht-, Wochenend- oder Aushilfskräften und findet im dyadischen oder Gruppendialog statt.

Fortlaufende externe klinische Supervision erhalten ebenfalls alle am Therapieprozess Beteiligten aber auch Mitarbeiter in der Verwaltung sowohl im Gesamtteam als auch Subsystem bezogen. Organisationssupervision und/oder Leitungsscoaching erfolgt bei Bedarf bezüglich definierter Problemlagen oder Fragestellungen.

Die vorgesehene Qualifikation für die externe Supervision besteht in der Grundqualifikation von Psychologe oder Arzt mit umfangreichen Kenntnissen der Kognitiven Verhaltenstherapie, Neuropsychotherapie und systemischer Ausrichtung, Anerkennung nach der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv) oder einschlägig universitärer Lehrerfahrung, sowie mehrjähriger Erfahrung in stationärem Rehabilitations- oder Krankenhausbetrieb mit Coaching- und Erfahrungen in der Organisationsentwicklung.

Klinikleitung und therapeutische Mitarbeiter pflegen eine Kultur der unterstützenden bereichernden und gegenseitig entlastenden Beratung bzw. Intervention. Das Prinzip der komplementären Wahrnehmung und Abbildung komplexer Phänomene steht dabei im Vordergrund und verhilft zu verbesserten klinischen Einschätzungen und abgestimmten protektiven Interventionsstrategien. Raum hierfür bieten die täglichen Besprechungen aber auch intradisziplinäre oder Rehabilitationsbesprechungen.

12. Hausordnung / Therapievertrag

Als Hausordnung dient in der Fachklinik Tauwetter ein Patientenleitfaden (TheNavi) der als ‚Therapienavigation‘ gestaltet ist. Er befördert eine positive und drogenfreie Therapieatmosphäre, stellt die Entwicklung von Eigenständigkeit in den Vordergrund und ist darüber hinaus fester Bestandteil des therapeutischen Arbeitsbündnisses.

Complianceprobleme, Ambivalenzen in Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft, amotivationale Befindlichkeiten bis hin zur Entwicklung von Krisen finden symptomatologisch auch Ausdruck in Ausgestaltung und Qualität des gemeinsamen Behandlungsbündnisses. Damit kommt jeder Hausordnung, respektive unserem Therapieleitfaden (TheNavi) die Bedeutung eines therapeutischen Instruments im alltäglichen psychotherapeutischen, bezugstherapeutischen, arbeitstherapeutischen etc. Umgang zu. Positive Verhaltenskontrolle, Förderung von und Selbstverantwortung und die Fokussierung und Reflektion der auftretenden Phänomenologie des Patienten im bezugstherapeutischen Arbeitsbündnis werden hierüber angezielt. Die Therapienavigation regelt das Miteinander der Patienten unter dem Aspekt einer positiven und intensiven gruppenspezifischen Qualität und verdeutlicht gleichermaßen auch die Grenzen des Verbleibs in medizinischer Rehabilitationsbehandlung. Die Therapienavigation ist unter intensiver Beteiligung und Mitwirkung der Rehabilitanden entwickelt und umgesetzt worden.

Auf deutliche Abweichungen von den getroffenen Vereinbarungen reagieren wir mit zwei ausführlichen bezugstherapeutischen Dialogen und schriftlich formulierten Hinweisen unter denen das Behandlungsbündnis fortgesetzt werden kann. Bei nonresponse erfolgt in jedem Fall der Einbezug des leitenden Psychologen oder Arztes zur Klärung der Frage inwieweit das Rehabilitationsziel noch erreichbar ist und ggf. welche weiteren Maßnahmen zur Erzielung des Rehabilitationserfolges erforderlich sind. Hierüber werden zusammen mit dem Patienten verbindliche Übereinkünfte erarbeitet.

Die Fachklinik Tauwetter ist auch Schutzraum vor Scene und subkulturellen Qualitäten. Dementsprechend akzeptieren wir keine damit verbundenen Verhaltensweisen, stellen diese ggf. von Beginn der Behandlung an in den Fokus und gehen mit indikativen Therapieangeboten darauf zu. Sollten sich diesbezügliche Verhaltensmuster dennoch nicht in günstiger Weise beeinflussen lassen, beenden wir das Behandlungsbündnis mit dem Patienten. Hierunter fallen insbesondere auch Verhaltensweisen von Bedrohung oder Gewalt oder Vandalismus. Unsere Therapie baut auf gegenseitigen Vertrauen, Angstfreiheit und Offenheit auf und bietet auch Geborgenheit und Herausforderung gleichermaßen. Angst vor Gewalt sowie Erfahrungen retraumatisierender Qualität sind hierzu inkompatibel. Aus diesem Grund schließt sich eine Behandlungsfortsetzung bei bedrohenden, invasiven und gewalthaften Verhaltens- und Auftretensweisen aus.

Gehen Patienten während der Rehabilitationsbehandlung Paarbeziehungen ein und/oder verfestigen sich diese im Laufe der Behandlung so stehen diese besonders im therapeutischen Fokus. Wir reflektieren diese intensiv im bezugstherapeutischen Dialog insbesondere in Hinblick auf vergangene Beziehungserfahrungen und -muster, erlebter Erfahrungen im Drogenmilieu

sowie unter genderspezifischer Perspektive ggf. auf dem Hintergrund erlittener Gewalt- oder Übergriffserfahrungen.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass Paarbildung innerhalb stationärer Therapie mit den Risiken einer Disconnection im gruppenspezifischen Geschehen, einer Zunahme des Abwehrgeschehens in der Einzelpsychotherapie bis hin zur Retraumatisierung oder Aktualisierung vorangegangener maligner Beziehungserfahrung verbunden ist und damit deutlich prognostisch verschlechternde Auswirkungen haben kann. Wir arbeiten mit den Patienten an der Zurückstellung von Beziehungswünschen, der Integration sowohl im Behandlungsgeschehen als auch der Patientengruppe sowie der Erreichbarkeit für Psychotherapie als unabdingbare Priorität bei der Erreichung des Rehabilitationszieles. Wird dieser Prozess von den beteiligten Patienten nicht gewünscht, vermieden oder dauerhaft abgewehrt und lässt die Fortsetzung der Rehabilitation dadurch keinen adäquaten Wirkungsgrad mehr erwarten, wird das Behandlungsbündnis unsererseits gelöst.

Die Rehabilitationsbehandlung bei Substanzrückfälligkeit endet dann, wenn die Bemühungen der Rückfallbearbeitung keinen therapeutischen Fortschritt oder Weiterentwicklung zeitigen und die Rehabilitationsziele nicht mehr nachhaltig angestrengt werden können.

Alle diese Einschätzungs- und Entscheidungsprozesse werden im engen Einbezug der therapeutischen und ärztlichen Leitung getroffen.

Patientenleitfaden ‚Therapienavigation‘ und Behandlungsvertrag sind der Anlage zu entnehmen.

Quellen

- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Hyperkinetische Störung (F90). Nr. 028/019-1. 2007
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Persönlichkeitsstörungen (F60, F61). Nr. 028/033-1. 2003
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1). Nr. 028/002-1. 2007
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Störungen des Sozialverhaltens (F91.1, F91.2, F91.3, F92). Nr. 028/020-1. 2007
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Schizophrenie. Nr. 038/009-3. i.Ü. bis 11/2010
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) -federführend: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10: F43.1), Nr. 051/010. 31.01.2011
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Cannabis-bezogene Störungen, Nr. 076/005-2. 2004
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene, Nr. 076/007-2. 2004
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Medikamentenabhängigkeit (Sedativa – Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien. Nr. 067/009-2. 17.05.2006
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Nr. 076/008-2. 02/2003
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2), Nr. 028/003-1. i.Ü.
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Nr. 038/020. Stand: 25.10.2012 , gültig bis 25.10.2017
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): ADHS im Erwachsenenalter. Nr. 038/014-1. 2003
- Bär, T.: Psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund in Psychotherapeutenjournal. 1/2011
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G. et al.: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. 2008
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS): Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). 09/2008
- Bechdolf, A. Juckel, G. (Hrsg.): Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko.2006
- Beck A. AT. et al.: Kognitive Therapie der Sucht. 1997
- Berger, H. et al.: Psychoedukative Familienintervention. 2004
- Berry, J. W.: A Psychology of Immigration. 2001
- BKK Bundesverband, Gesundheit Berlin e.V., Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (Hrsg.): Gesund essen mit Freude, Kursmanual. 2005

- Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 2009
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Gemeinsame Empfehlung nach (...) für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen. 22.03.2004
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Schriftenreihe Heft 12: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. 2006
- Caritas Suchthilfe, Goergen, W., Mirus, G. et al.: Therapeutische Gemeinschaften in der stationären medizinischer Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (Drogenabhängigkeit) Selbstverständnis, Wirkfaktoren, Klassifikationssystem (ICF). 02/2010
- D`Amelio, R. et al.: Psychoedukation, Schizophrenie und Sucht. 2006
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): DGE Beratungsstandards. 16.09.2009
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Die Dreidimensionale Lebensmittelpyramide. 31.03.2005
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. 07/2010
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. 01.10.2010
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Arbeit- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, Praxishandbuch. 01/2011
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation Aufgaben -Erwartungen -Empfehlungen. 09.08.2007 Deutsche Rentenversicherung Bund: Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischer Rehabilitation. 06.8.2007
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). 2007 Deutsche Rentenversicherung Bund: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 7/2007
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung stationäre medizinische Rahaeinrichtungen. 20.04.2010
- Döpfner, M. et al.: Therapieprogramm Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST). 2009
- Flatten, G., Petzold E.R. et al.: Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quelltext. 2004
- Frieboes, R. M., Zaudig, M., Nosper, M.: Rehabilitation bei psychischen Störungen. 2005
- Gilsdorf, R.: Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie: Perspektiven erfahrungsorientierten Lernens auf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze. 2004
- Goergen, W., Klos, H.: Rückfallprofilaxe bei Drogenabhängigkeit (RPT). 2009
- Goldstein, R. Z., Volkow, N.D.: Drog Addiction and its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontalcortex. 10.10.2002
- Grawe, K.: Neuropsychotherapie.2004 Grawe, K.: Psychologische Therapie. 2000
- Gouzoulis-Mayfrank, E.: Komorbidität, Psychose und Sucht. 2004
- Hesslinger, B. et al.: Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. 2004
- Hurrelmann, K. et al.: Soziologische Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit. 1997
- Kahl, K. G.: Praxishandbuch ADHS. 2007
- Klingberg , S., Schaub, A., Konrad, B.: Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. 2003
- Klug, W.: Mit Konzept planen- Effektiv Helfen. Ökosoziales Case-Management in der Gefährdetenhilfe. 2003
- Kluthe, R. et al.: Das Rationalisierungsschema 2004. 2004
- Körkel, J., Veltrup ,C.: Motivational Interview. Eine Übersicht. 2003
- Köser, P.: Hilfen zur Befunderhebung / Arbeitsdiagnostik. 2010
- Kröger, C., Birk, T.: Das Rauchfrei Programm - Klinikversion, Erfahrungen, Evaluation. 2009
- Küfner, H.: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In H. Reinecker (Hrsg.). 1994

- Küfner, H., Buchholz, A.: Die Deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. 04.04.2009
- Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt: Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängige Eltern. 01/2007
- Lehmkuhl, G.: Persönlichkeits- Identitätsentwicklung bei Jugendlichen mit Suchterkrankungen. 2008
- Linden, M., Hauzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual. 2008
- Lindenmeyer, J.: Rückfallprävention. 2009
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung -MDK-, Sozialmedizinische Expertengruppe 1 „Leistungsbeurteilung / Teilhabe: Arbeitshilfe zur Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung (Arbeitshilfe „ICF“). 04/2010
- Mirus, G.: Das Therapiemonat als zugrunde gelegte Maßeinheit für die Rehabilitation junger polytoxikomaner Patienten innerhalb stationärer Psychotherapie, Berechtigung, Evidenz oder Tradition. Ein Beitrag zur Psychotherapieforschung, Kath. Univ. Eichstätt Ingolstadt. 2000
- Mirus, G et al.: Modulare Konzeption zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen mit komorbiden Störungen für Jugendliche und junge Erwachsene (2011)
- Petermann, F., Reinecker, H. (Hrsg.): Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. 2005
- Petzold, H. G. et al.: Integrative Suchttherapie. 2004
- Reimer, C. et al.: Psychotherapie. 2000
- Plaum, E.: Psychologische Einzelfallarbeit. 1992
- Roder, V. et al.: Integriertes Psychologisches Therapieprogramm. 2008
- Sachse, R.: Der Therapieprozess. IPP 2001
- Safren, S. A. et al.: Cognitive – behavioral therapy for ADHD in medication – treated adults with continued symptoms. 02/2004
- Scheiblich, W. (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit. 2006
- Schmidt, L. G.: Evidenzbasierte Suchtmedizin, Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen. 2006
- Senf, W., Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 2000
- Steinhausen, H. C., von Aster, M.: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kinder und Jugendlichen. 1999
- Tretter, F., Albus, M.: Einführung in die Psychopharmakotherapie. 2004 Tretter, F.: Neurobiologie der Sucht. 2007
- Tschuschke, V.: Praxis der Gruppenpsychotherapie. 2001
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“. 04.05.2001
- Yalom, I. D.: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. 2003 Ziegenhain, U. et al.: Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. 2006