

Konzeption der Fachklinik Hase-Ems

Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Hammer Straße 29

49740 Haselünne

E-Mail: info@fachklinik-hase-ems.de

www.fachklinik-hase-ems.de

Träger: Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.



Klinikleitung: Frau Maj-Britt Ahrens Westerlage

Ärztliche Leitung: Frau Dr. Stephanie Houchangnia

Träger-Verantwortlicher: Herr Conrad Tönsing

Stand: Februar 2020

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 4 |
| 1.1 Grundprinzipien unserer Arbeit | 4 |
| 1.2 Wie wir mit unseren Potenzialen umgehen | 4 |
| 2. Allgemeines..... | 5 |
| 3. Einrichtungsbeschreibung | 5 |
| 4. Rehabilitationskonzept | 8 |
| 4.1 Theoretische Grundlagen | 8 |
| 4.1.1 Therapieverfahren in der Rehabilitation..... | 9 |
| 4.1.2 Persönlichkeitsmodell | 10 |
| 4.1.3 Krankheitsmodell..... | 13 |
| 4.1.4 Neurobiologische Grundlagen des Abhängigkeitssyndroms..... | 14 |
| 4.2 Indikationen und Kontraindikationen | 15 |
| 4.3 Rehabilitationsziele | 18 |
| 4.4 Rehabilitationsdauer | 19 |
| 4.5 Rehabilitationsplanung..... | 20 |
| 4.5.1 Berufliche Orientierung in der Rehabilitation (BORA) (vgl. Ergänzungskonzept) | 21 |
| 4.6 Rehabilitationsprogramm..... | 24 |
| 4.6.2 Kombinationsbehandlungen | 25 |
| 4.6.3 Ganztägig ambulante Rehabilitation | 26 |
| 4.6.4 Integrierte Adaption | 29 |
| 4.6.5 Rückfallbehandlung | 31 |
| 4.7 Rehabilitationsangebote | 33 |
| 4.7.1 Aufnahmeverfahren | 33 |
| 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik | 34 |
| 4.7.3 Medizinische Therapie | 36 |
| 4.7.4 Einzel- und Gruppengespräche | 41 |
| 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen..... | 43 |
| 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken | 47 |

| | |
|---|----|
| 4.7.7 Freizeitangebote..... | 47 |
| 4.7.8 Sozialdienst..... | 48 |
| 4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung..... | 49 |
| 4.7.10 Angehörigenarbeit..... | 50 |
| 4.7.11 Geschlechtsspezifische Angebote | 52 |
| 4.7.12 Rückfallmanagement..... | 54 |
| 4.7.13 Vorbereitung der Nachsorge und poststationärer Behandlung im ambulanten Setting... | 55 |
| 5. Personelle Ausstattung..... | 56 |
| 6. Räumliche Gegebenheiten | 57 |
| 7. Kooperation und Vernetzung | 57 |
| 8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung | 57 |
| 9. Kommunikationsstruktur: Klinikorganisation, Therapieorganisation | 59 |
| 10. Notfallmanagement | 59 |
| 11. Fortbildung | 60 |
| 12. Literatur | 61 |

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Konzept meistens die männliche Schreibweise. Wir weisen darauf hin, dass damit sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint ist.

1. Einleitung

Die Einrichtungen und Dienste im Geschäftsbereich Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V. erbringen soziale und medizinische Dienstleistungen im Bereich Suchthilfe, sowohl im Bewusstsein der Nächstenliebe als auch der Bewährung eigener Professionalität. Die Leistungen erfolgen unabhängig von Religion, Geschlecht, kultureller Zugehörigkeit, politischer Einstellung und materieller Voraussetzungen des Menschen. Wir sind bestrebt, individuelle und strukturelle Notsituationen unserer Klientel frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Lösungen für die sich darstellende Problematik unter Einbeziehung aller erschließbaren Ressourcen gemeinsam zu finden.

Wirksame Hilfe setzt praktikable Handlungskonzepte ebenso voraus wie engagierte und qualifizierte Mitarbeiter. Dieses wird durch einen partizipativen Führungsstil, klare Aufgabenschreibungen, die Delegation von Aufgaben und Verantwortung, Arbeitsschutz, aktive Gesundheitsförderung und durch fachliche Weiterbildung sowie durch persönliche, religiöse und geschlechtsspezifische Fortbildung erreicht.

1.1 Grundprinzipien unserer Arbeit

Der Mensch ist grundsätzlich autonom und zur Selbstregulation fähig. Trotz aller Einschränkungen, die durch gesellschaftliche, soziale, familiäre und persönliche Faktoren entstehen können, verfügt er über eine prinzipielle Lernfähigkeit sowie vielfältige Ressourcen. Diese können mittels professioneller und ehrenamtlicher Kompetenz wiederentdeckt und weiterentwickelt werden.

Vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses wird der Mensch in seiner individuellen Dimension einerseits als Einheit von Körper - Geist - Seele, andererseits als Mitglied und Akteur seiner sozialen Umwelt und der jeweiligen Wechselwirkung zwischen intra- und interindividueller Dimension gesehen.

Ziel dieses Verständnisses ist es, nicht in erster Linie nur nach Fehlern und Störungen zu suchen, die zur Krankheit führten, sondern vielmehr nach schöpferischen Kräften und persönlichen Ressourcen, die wieder Lebenssinn sowie seelische und körperliche Gesundheit ermöglichen.

1.2 Wie wir mit unseren Potenzialen umgehen

Die Mitarbeiter sind die zentrale Ressource der Fachklinik Hase-Ems. Sie sollen sich an ihrem Arbeitsplatz wohlfühlen und sich mit ihrer Arbeit identifizieren können. Dazu sind eine wertschätzende Atmosphäre und eine gute interdisziplinäre und partizipative Zusammenarbeit in den multiprofessionellen Teams bedeutsam.

In diesem Sinne wirken die Mitarbeiter bei der Gestaltung und ständigen Qualitätsverbesserung und der Schaffung verbesserter Rahmenbedingungen mit. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen unterstützen die Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Mitarbeiter werden durch zielgerichtete Angebote der Fort- und Weiterbildung unterstützt. Sie nehmen an der regelhaft stattfindenden Supervision gemäß den Vorgaben der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen von 2001 teil.

In unserem Arbeitsfeld erkennen wir Entwicklungspotentiale und Möglichkeiten der Innovation, die wir aktiv nutzen. Wir initiieren neue Projekte und streben eine kontinuierliche Verbesserung bei der Erfüllung unserer Aufgaben an.

Wir bemühen uns um eine optimale Infrastruktur für unsere Rehabilitanden. Dabei nutzen wir die Potenziale des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück und vernetzen sie passgenau mit den vielfältigen Leistungen in den Abteilungen und Geschäftsbereichen. Wir gehen verantwortlich mit unseren Sachanlagen um und sorgen für eine regelmäßige Modernisierung und kontinuierliche Anpassung an aktuelle Standards.

2. Allgemeines

Die Fachklinik Hase-Ems, Hammerstraße 29, 49740 Haselünne, ist eine unselbständige Einrichtung des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V. und Mitglied im Deutschen Caritasverband Freiburg, dem Wohlfahrtsverband der katholischen Kirche. Der Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. ist als gemeinnützige Einrichtung anerkannt. In der Fachklinik Hase-Ems werden medizinische Rehabilitationsleistungen gem. den Vorgaben des SGB VI durchgeführt. Die Einrichtung verfügt über die Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung. Federführend ist die DRV Braunschweig-Hannover. Die Fachklinik verfügt gemäß SGB V, §§ 111 und 111c, über einen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen.

Die Fachklinik Hase-Ems ist als Einrichtung zur Behandlung von Drogenabhängigen entsprechend den Erfordernissen des § 36 Abs.1 BtmG mit den Bestimmungen gemäß §§ 35 – 37 BtmG, anerkannt. Die Behandlung von Rehabilitanden nach § 64 StGB ist nach Einzelfallentscheidung grundsätzlich möglich.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien und Vorgaben der jeweils zuständigen Kosten- und Leistungsträger.

3. Einrichtungsbeschreibung

Seit April 2015 werden in der Fachklinik Hase-Ems in Haselünne Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für volljährige männliche und weibliche Rehabilitanden durchgeführt.

Die Vorläufer der Fachklinik Hase-Ems sind die Fachklinik Holte-Lastrup in Lähden und die Fachklinik Emsland in Sögel. Diese Einrichtungen repräsentierten mit ihrer 27-jährigen bzw. 17-jährigen Geschichte eine qualitativ erfolgreiche Periode in der stationären Entwöhnungsbehandlung von alkohol-, medikamenten- und drogenabhängigen Menschen in Niedersachsen und darüber hinaus. In der Tradition dieser Häuser stehend, nutzt die neue Klinik sowohl personell als auch konzeptionell die bewährten Erkenntnisse und baut unter Berücksichtigung modernster Erkenntnisse der Rehabilitationsmedizin und der strukturellen Möglichkeiten des neuen Standortes passgenau das Leistungsportfolio zum Nutzen der Rehabilitanden aus.

Das moderne Rehabilitationsangebot mit dem substanzübergreifenden Ansatz trägt den veränderten Bedarfen und Indikationsstellungen der Rehabilitanden mit einer Abhängigkeitserkrankung Rechnung: Entsprechend der Konzeption werden Alkoholabhängigkeit und andere stoffgebundene Abhängigkeiten sowie Glücksspielabhängigkeit integriert behandelt. Bei entsprechender Indikation kann eine Behandlung übergangsweise auch unter Substitution erfolgen, die dann während der ersten Behandlungswochen ausgeschlichen wird. Ebenso ist die Behandlung bei komorbiden Störungen möglich. Das heißt psychiatrische Erkrankungen und nicht stoffgebundene Abhängigkeiten können mit behandelt werden. Nach Absprache können auch Paare gemeinsam behandelt werden. Die Einrichtung ist barrierefrei, so dass eine Rehabilitation

von Rollstuhlfahrern und gehbehinderten oder auf andere Weise mobilitätseingeschränkten Rehabilitanden sehr gut möglich ist.

Medizinische Leiterin der Fachklinik Hase-Ems ist eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie verfügt darüber hinaus über Erfahrung im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und führt die Bezeichnung Sozialmedizin einschließlich suchtmedizinischer Grundversorgung. Die Klinik ist rund um die Uhr mit examinierten Pflegekräften pflegerisch besetzt und verfügt über ein Notfallmanagementkonzept, das die fachärztliche Versorgung auch außerhalb der regulären Dienstzeiten gewährleistet. Für die medizinischen Untersuchungen und Interventionen sind ein Untersuchungs-/Sprechzimmer und ein Behandlungsraum mit einem für die Indikation gut ausgestatteten integrierten Labor vorhanden.

Das **akutmedizinische St. Vinzenz-Hospital befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft** und ist fußläufig zu erreichen. Die Rettungswache des Deutschen Roten Kreuzes liegt 50 Meter vom Haupteingang der Fachklinik Hase-Ems entfernt. Kooperationen mit Haus- und Fachärzten des ebenfalls fußläufig zu erreichenden Gesundheitszentrums „Hasemed“ erweitern das Angebot mit dem Ziel, auch somatische Beschwerden konsiliarisch mitbehandeln zu können, um eine umfassende Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erzielen. So besteht neben der abhängigkeitsbezogenen Rehabilitation die Möglichkeit, auch somatische Beschwerden zu behandeln. Mögliche weiterführende Behandlungsperspektiven können diagnostiziert und angemessen verfolgt werden. (siehe Anhang)

Das **Notfallmanagement** besteht apparativ aus der Notrufmöglichkeit in jedem einzelnen Raum der Einrichtung, einem Defibrillator sowie einem Notfallkoffer u.a. mit Intubationsbesteck und einem EKG. Für jeden denkbaren Notfallanlass stehen detaillierte Handlungsanweisungen (s. Anhang) zur Verfügung, die mit den, falls erforderlich, hinzuzuziehenden Rettungskräften (Notarzt, Feuerwehr usw.) abgesprochen und mit sämtlichen Mitarbeitern geübt und trainiert wurden. Die Rehabilitanden sind ebenfalls darin eingewiesen, wie sie sich im Notfall zu verhalten haben.

Das **multidisziplinäre Behandlungsteam** besteht aus Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialtherapeuten, Sozialarbeitern, Ergo-, Beschäftigungs- und Kunsttherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten sowie examinierten Pflegekräften.

Die Fachklinik Hase-Ems bietet mit ihren insgesamt **69 Behandlungsplätzen** (60 vollstationär, 6 ganztägig ambulant und 3 zur Adaption) einen für Rehabilitanden und Mitarbeiter gut überschaubaren Rahmen in einer gemeinschaftlichen Atmosphäre. Die Einrichtung ist barrierefrei, so dass auch Rehabilitanden mit Mobilitätseinschränkungen alle Angebote der Klinik uneingeschränkt nutzen können. Auch kann ggf. ein Liegend-Transport im Haus gewährleistet werden (Fahrstuhl).

Die Unterbringung der Rehabilitanden erfolgt in Einbettzimmern mit jeweils integriertem, eigenem Bad. Für Rehabilitanden, für die ein Einbettzimmer nicht indiziert ist, gibt es fünf Zweibettzimmer. Drei Einzelzimmer entsprechen den Vorgaben für Rollstuhlfahrer und sind entsprechend eingerichtet. Die Rehabilitandenzimmer und weitere relevante Räumlichkeiten sind mit einer zentralen Notrufanlage ausgestattet, deren Nutzung es jederzeit ermöglicht, primär einen Arzt oder sonst einen dafür qualifizierten Mitarbeiter zur Hilfe zu rufen. Die Rehabilitandenzimmer sind sehr wohnlich eingerichtet und verfügen neben einem Bett,

einem Kleiderschrank mit abschließbarem Wertfach sowie Schreibtisch mit Stuhl über eine eigene Pinnwand und ein Bücherregal. Die Klinik verfügt über eine elektronisch geregelte Schließanlage, wobei alle Räume mit einem Transpondersystem gesichert werden können. Die Rehabilitanden haben so die Möglichkeit, ihr Zimmer zu verschließen.

Die Räume für die Frauen liegen in einem eigenen Trakt der Klinik, sind diskret separiert und durch das Transpondersystem so gesichert, dass sie von Unbefugten oder Ungebetenen nicht betreten werden können. In den Wohnfluren sind für jeweils 12 Rehabilitanden mit einer kleinen Teeküche, einem „Wohnzimmer“ mit TV und einem HW-Raum mit Waschmaschine Möglichkeiten geschaffen worden, eine vertraute Gruppenatmosphäre sowie den gemeinschaftlichen Zusammenhalt in der Einrichtung zu fördern (4 Wohngruppen für männliche Rehabilitanden und eine Wohngruppe für weibliche Rehabilitanden). All das sind optimale räumliche Bedingungen, damit sich die Rehabilitanden auch in dieser Hinsicht auf eine vertrauensvolle therapeutische Arbeit in einer beschützenden und stabilisierenden Umgebung einlassen können.

Auf den Wohnfluren befinden sich jeweils das Büro der Gruppentherapeuten und ein Gruppentherapieraum, in dem auch die indikativen Gruppen stattfinden. Zusätzliche Gruppen- und Diagnostikräume und das Büro des Sozialdienstes liegen in dem Wohntrakt der Adaption/ Tagesklinik. Die Einzel- und Gruppentherapiegespräche finden in den multimedial ausgerüsteten Gruppenräumen bzw. den Büro- und Sprechräumen der Mitarbeiter statt.

Die Büro- und Sprechräume der therapeutisch tätigen Mitarbeiter sind mit modernen Telekommunikationsmedien ausgestattet und verfügen über einen direkten Zugriff auf die zentral verwalteten, rehabilitationsrelevanten Daten der Einrichtung und der Rehabilitanden. Es besteht ein Rauchverbot in den Räumlichkeiten und auf dem Klinikgelände. Ausnahme besteht lediglich im Rauchpavillon.

Ein hauseigener Wellnessbereich mit Sauna und Hydroanwendungen sowie Außensportanlagen (Volleyball, Tischtennis, Streetball) bieten über den Rahmen der täglichen Intervention hinaus den Rehabilitanden weitere Möglichkeiten der Entspannung und einer gemeinschaftsfördernden Freizeitgestaltung. Die mit Spin-Bikes und Multifunktionsgeräten ausgestatteten Trainings- und Fitnessräume stehen den Rehabilitanden auch in der Freizeit kostenfrei zur Verfügung.

Die Rehabilitanden werden im Rahmen der Ergotherapie und des Unterrichts im hauseigenen PC-Schulungsraum im Umgang mit Computern und den neuen Medien geschult. Weiter stehen für die ergo- und arbeitstherapeutischen Interventionen umfangreiche Räumlichkeiten und Anlagen in den Bereichen Holz, Garten, Hauswirtschaft und Metallverarbeitung zur Verfügung. Ergänzt werden diese Räumlichkeiten durch Büromusterarbeitsplätze und eine eigene barrierefreie Lehrküche, in der bis zu acht Rehabilitanden unter fachlicher Anleitung eines diätetisch ausgebildeten Kochs zur Vorbereitung auf eine gesundheitsbewusste Lebensweise lernen, angemessen mit Lebensmitteln umzugehen, sich gesundheitsbewusst zu ernähren und für sich zu kochen.

Für weitere Angebote (Rückenschule, Physiotherapie, Entspannung, Lesen, Internet und Musizieren etc.) stehen Multifunktionsräume zur Verfügung, die entsprechend den Anforderungen hergerichtet werden können. In Kooperation mit der Stadt Haselünne steht für die Rekreationstherapie eine Sporthalle zur Verfügung. Außerdem kann das gegenüber

der Fachklinik liegende Hallenbad genutzt werden. Diese vielfältigen eigenen und in Kooperation verfügbaren Räumlichkeiten und Angebote ermöglichen eine passgenaue und individuelle Gestaltung der Rehabilitation zur optimalen Vorbereitung auf ein gesundheitsbewusstes, suchtmittelfreies und aktives Leben in Beruf und Gesellschaft.

Die Fachklinik Hase-Ems liegt innerstädtisch zentral, umgeben von gehobener Wohnbebauung. In unmittelbarer Nähe befindet sich, wie bereits erwähnt, das St. Vinzenz-Hospital, einem Krankenhaus der Grundversorgung, das insbesondere die Vollversorgung für die Psychiatrie des Landkreises Emsland sicherstellt. Haselünne ist die älteste Stadt im Herzen des Emslandes – mit Stadtrechten seit 1272 – und hat rund 13.500 Einwohner. Der staatlich anerkannter Erholungsort liegt an dem Fluss Hase und hat einen historischen Stadtkern. Die geographische Lage der alten Hansestadt zählte bereits zu Zeiten der Hanse zu den besonderen Vorteilen des Standortes. So auch heute: Im Schnittpunkt der B 213 und der B 402 gelegen, erschließen zudem zahlreiche Landes- und Kreisstraßen das nahe und ferne Umland von Haselünne.

Zum Autobahnanschluss der A 31 Meppen-West sind es weniger als 20 km, zum Autobahnanschluss der A 1 rd. 55 km. Der Deutsche-Bahn-Anschluss Meppen liegt in 15 Kilometern Entfernung. Eine Haltestelle der örtlichen Bus-Linie befindet sich gegenüber dem Klinikeingang. Parkplätze sind in unmittelbarer Nähe der Klinik vorhanden. Ein klinikeigener Shuttle-Dienst hilft aus, wo der öffentliche Nahverkehr nicht greift.

Alle Schulformen befinden sich am Ort. Die von Wald und dem Erholungsgebiet „Wacholderhain“ umgebene Stadt bietet einen hohen Wohn- und Freizeitwert. Die Innenstadt mit zum Teil liebevoll sanierten historischen Gebäuden und Gassen offeriert neben romantischen Winkeln auch ein ansprechendes gastronomisches und kulinarisches Angebot. Kulturelle, religiöse und freizeitgestaltende Angebote können in der Stadt Haselünne gut wahrgenommen werden. Besucher loben die positive Ausstrahlung der Stadt Haselünne bietet insbesondere auch für unsere Rehabilitanden ein breitgefächertes Angebot mittelständischer Betriebe, mit denen Kooperationen zur Integration in das Erwerbsleben bestehen. Insbesondere sind hier die Lebensmittelindustrie, Straßen- und Hochbaubetriebe, Holzverarbeitungsbetriebe und Gartenbaubetriebe sowie metallverarbeitende Betriebe zu nennen. Eine Vielzahl guter Handwerksbetriebe rundet die Angebotspalette ab.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Von besonderer Bedeutung für die medizinische Rehabilitation sind die Auswirkungen des Abhängigkeitssyndroms auf die Leistungsfähigkeit im Berufsleben der Betroffenen. Durch den übermäßigen Substanzgebrauch werden wesentliche Organsysteme wie das gastroenterologische oder das neurologische System in ihrer Funktionsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt. Die gesamte Psyche und die soziale Funktionsfähigkeit werden auf Dauer geschädigt. Zudem wird die Identität der Betroffenen verzerrt. Diese Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Berufsleben zu beheben, ist Hauptgegenstand der rehabilitativen Leistungen der Fachklinik Hase-Ems. Aber auch zwischen Substanzabhängigkeit und Kriminalität gibt es enge Verbindungen und eine erhebliche wechselseitige Beeinflussung mit Teilhabeauswirkungen auf die Betroffenen.

Die Phänomene des Abhängigkeitssyndroms müssen vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und kulturellen Handlungsprozesse betrachtet werden.

Informationsüberflutungen, fortschreitende Arbeitsteilung, Technisierung und Rationalisierung sowie eine auf exzessive Leistungen ausgerichtete Ökonomie erzwingen Anpassungsleistungen, die die physische und psychische Kraft des Einzelnen oft überfordern. Auf der anderen Seite werden durch den gesellschaftlichen und ökonomischen Wandel immer mehr Menschen mit z.B. psychischen Störungen, zu denen nach unserem Verständnis auch die Abhängigkeitserkrankungen gehören, aus dem Arbeitsprozess ausgegliedert – oder kommen erst gar nicht hinein. Die damit verbundenen Folgen können soziale Isolierung, psychische Instabilität, Identitätsverlust sowie seelische, materielle und soziale Verarmung sein.

4.1.1 Therapieverfahren in der Rehabilitation

Die **Verhaltenstherapie** ist das grundlegende psychotherapeutische Verfahren in der Rehabilitation der Fachklinik Hase-Ems. Nach Margraf (2000) erfüllen alle verhaltenstherapeutischen Methoden folgende Kriterien:

- Sie orientieren sich an der empirischen Psychologie und entwickeln sich ständig weiter.
- Sie sind problemorientiert. Unter Berücksichtigung von individuellen Gegebenheiten und empirisch gesichertem Wissen zu störungsspezifisch wirksamen Interventionen wird ein Behandlungsplan entwickelt, der auf den Rehabilitanden zugeschnitten ist.
- Sie fokussieren auf die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der Suchterkrankung.
- Sie sind transparent, d. h. der Rehabilitand wird umfassend aufgeklärt und zur aktiven Teilnahme am therapeutischen Prozess motiviert.
- Sie sind ziel- und handlungsorientiert, d. h. Therapeut und Rehabilitand sind sich einig, welches Ziel durch die Behandlung erreicht werden soll.
- Sie verstehen sich als Hilfe zur Selbsthilfe, d. h. sie fördern den Auf- und Ausbau aktiver Bewältigungsstrategien.

Das Vorgehen orientiert sich an dem 7-Phasen-Modell nach Kanfer, wobei die 7 Stufen in der Praxis selbstverständlich oft fließend ineinander übergehen.

Nach Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen und Aufbau einer therapeutischen Beziehung erfolgen im zweiten Schritt die Analyse und der Aufbau einer stabilen Änderungsmotivation. Im dritten Schritt wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Verhaltens- und Problemanalyse erstellt, dieser folgt die abgestimmte Vereinbarung (vgl. Anhang: Protokoll Therapiezielkonferenz) von Behandlungsinhalten und -zielen. Nach Durchführung der spezifischen therapeutischen Interventionen erfolgt dann im sechsten Schritt die Evaluation, d. h. das Registrieren und Bewerten der Therapiefortschritte, um dann im letzten Schritt zu einer Optimierung und Generalisierung zu gelangen. Die zusatzausgebildeten Sozialarbeiter und die approbierten psychologischen Psychotherapeuten sind zumeist in der kognitiven Verhaltenstherapie ausgebildet.

Ergänzt wird diese Vorgehensweise bei Bedarf durch Elemente aus weiteren psychotherapeutischen und anderen unterstützenden Verfahren, die im Folgenden kurz skizziert werden:

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Es wird davon ausgegangen, dass unbewusste Konflikte und s. g. strukturelle Defizite bei bestimmten psychischen Funktionen die Ursachen für psychische Erkrankungen sind. So wird z.B. angenommen, dass ein problematisches Trinkverhalten häufig nach traumatischen Erlebnissen, also etwa wegen des Erlebens dauerhafter emotionaler Vernachlässigung in der frühen Kindheit oder als Abwehr gegen eine Depression, auftritt. In der Therapie wird versucht, die strukturellen Defizite zu verringern und die Konflikte, die hinter dem Alkoholproblem stehen, aufzudecken und zu lösen, um künftig ohne sie auszukommen.

Motivierende Gesprächsführung

Die Förderung der Motivation zu einer Veränderung von Lebenssituation und Substanzkonsum wird durch Edukation, Unterstützung und nicht direktives Vorgehen erreicht. Mit Hilfe der motivationalen Gesprächsführung werden die Ambivalenzen des Rehabilitanden angesprochen und bearbeitet.

Systemische Sichtweise

Die Systemische Psychotherapie ist eine lösungsorientierte Therapie. Jeder Mensch ist in Systeme eingebunden, sei es in der Familie, in der Ehe, am Arbeitsplatz oder in der Schule. Von diesen Systemen wurden und werden wir unser Leben lang beeinflusst und wir beeinflussen sie wiederum selbst durch unsere Reaktionen. Es entsteht ein Zusammenspiel, in dem sich bestimmte Muster ausprägen, die sich dann bei uns einspielen und zur Gewohnheit werden können. Sie werden nicht mehr hinterfragt und als unveränderbar wahrgenommen. Diese Muster können eine Behinderung im Umgang mit anderen darstellen und eine Beeinträchtigung der Lebensqualität mit sich bringen.

Der Konsum von Suchtmitteln ist aus systemischer Sicht als sinnvolles Verhalten innerhalb des biographischen und aktuellen Kontextes zu verstehen. Systemische Therapie versucht deshalb diese Muster durchschaubar zu machen, sie zu unterbrechen und nach fördernden und hilfreicheren Verhaltens- und Lebensmustern zu suchen. In der Einzeltherapie wird dabei nicht nur die Situation der/des Einzelnen betrachtet, sondern auch vor dem Hintergrund des Systems, in dem sie/er lebt bzw. gelebt hat (z.B. Herkunftsfamilie), bearbeitet. In der Paar- und Familientherapie geht es um die Wechselbeziehungen untereinander und die Muster, die sich in dieser Beziehung eingespielt haben. Der lösungsorientierte Ansatz geht zusätzlich davon aus, dass jeder seine Lösungen in sich selbst als schon vorhandene Ressource entdecken kann. Lösungsorientierte Therapie unterstützt dabei, neue Perspektiven zu finden und umzusetzen.

4.1.2 Persönlichkeitsmodell

Verhaltenstherapie geht entsprechend sozial-kognitiver Lerntheorien davon aus, dass sich Persönlichkeit unter wesentlicher Beteiligung von Lernprozessen formt und sich diese durch die gezielte Nutzung von Lernprozessen verändern lässt. Daher geht man nicht von feststehenden Eigenschaften aus, sondern von relativen Merkmalsausprägungen, die im Hinblick auf Situation und Zeitpunkt zu differenzieren sind. Die Komplexität von möglichen Ursachen substanzabhängigen Verhaltens wird deutlich in den vielfältigen psychosozialen Konflikten der Einzelnen mit sich selbst, mit ihrer Familie und ihrem weiteren sozialen Umfeld. In diesem sind manche Menschen auf sich allein gestellt und ohne Halt. Sie fühlen

sich den Anforderungen des sozialen Systems nicht gewachsen und entwickeln Kompensationsbedürfnisse.

Aus lerntheoretischer Sicht wird davon ausgegangen, dass bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung Konditionierungsprozesse beteiligt sind.

Die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens wird verändert durch die Art der Konsequenzen. Positive Konsequenzen (Entspannung oder Glücksgefühle) oder der Wegfall negativer Reizbedingungen (Beendigung negativer emotionaler Zustände) bzw. das Nichteintreten von erwarteten negativen Konsequenzen erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens. Die positiven Konsequenzen treten schneller ein als die negativen Wirkungen (z.B. Übelkeit oder Kater bei Alkoholabhängigkeit). Positive und negative Verstärkerprinzipien erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch weiterhin konsumiert. Insbesondere wenn der Konsum als Erleichterung für emotionale Spannungszustände angesehen wird, wird die Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens erhöht. Neben den Prozessen der operanten Konditionierung spielen auch Prozesse der klassischen Konditionierung eine Rolle. Es handelt sich um assoziatives Lernen, bei dem der Mensch aus dem Auftreten von Reizbedingungen Beziehungen zwischen Ereignissen in seiner Umwelt lernt. Hierbei werden neutrale Reize, die immer gleichzeitig mit dem Konsum auftreten zu konditionierten Reizen, die den Konsum umgehend auslösen können. Während der Lerngeschichte (Entwicklung von Persönlichkeit) werden Muster der Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung sowie die Fähigkeit zur Ausübung von Verhaltensweisen erworben. Diese Muster verleihen Handlungskompetenzen, mit denen auf die Anforderungen der Umwelt reagiert wird. Hierbei stehen insbesondere die Wahrnehmung und die Beschreibung der eigenen Person im Lebens- und Entwicklungskontext, welcher das Erleben und Verhalten beeinflusst, im Vordergrund. Persönlich erlebte Ereignisse werden im Selbst auf die eigene Biografie bezogen und verdichtet. Diese Wirkmechanismen werden wiederholt durch verschiedene Phänomene im Verhalten sichtbar. Bei der Berücksichtigung des Selbstkonzeptes geht es nicht nur um psychologische Problemstellungen, sondern auch um medizinische und soziale Problemstellungen, um soziologische und anthropologische, um kultur- und gesellschaftskritische Gesichtspunkte, um sozial- und strafrechtliche Folgen, um wirtschaftliche und historische Zusammenhänge sowie um ethische und weltanschauliche Bewertungen.

Die Entwicklung von Persönlichkeitstypen haben unterschiedliche Hintergründe und Ausprägungen:

Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung: Für die Genese einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung spielen das Temperament (erhöhte emotionale Empfindlichkeit) und eine invalidierende Umwelt (unsichere, wenig liebevolle Umgebung, Nicht-Erfüllung von Grundbedürfnissen in der Kindheit) eine große Rolle.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung: Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung bringen ein Temperament mit, das zur Entwicklung der Persönlichkeitsstörung prädisponiert. Häufig wurde das Bedürfnis nach Zuwendung und Aufmerksamkeit nicht bzw. nur unter bestimmten Bedingungen erfüllt (konditionale Akzeptanz). Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung haben in ihrer Herkunftsfamilie oft wenig körperliche Zuwendung oder emotionale Zuwendung erfahren. Im Erwachsenenalter sind die Menschen dann häufig überdurchschnittlich misstrauisch. Aus

lernpsychologischer Sicht haben narzisstische Personen oft Modelle kennen gelernt, die den Modus der Selbstüberhöhung vorgelebt haben.

Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung: Menschen mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung sind vermehrt ängstlich. Es besteht ein Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und der Genese einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Häufig haben die Menschen in ihrer Herkunftsfamilie einen überkritischen und abwertenden Erziehungsstil erfahren. Die Grundbedürfnisse wurden teilweise nicht erfüllt. Diese Erfahrungen führen zu einem niedrigen Selbstwertgefühl. Auch bei dieser Persönlichkeitsstörung spielt das Modelllernen eine wichtige Rolle, da auch hier die Menschen häufig Personen in ihrer Umwelt kennengelernt haben, die Vermeidungsstrategien angewendet haben und diese als hilfreich und sinnvoll bewertet haben.

Anankastische Persönlichkeitsstörung: Menschen mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung stammen aus Familien, in denen das Grundbedürfnis der Autonomie durch eine strenge Atmosphäre unterdrückt worden ist. Da Fehlverhalten häufig durch Bestrafung korrigiert wurde, blieben Entwicklungsmöglichkeiten aus, die zu Unsicherheit und Orientierungslosigkeit führen. In den Herkunftsfamilien wurde oft Perfektion vorgelebt. Über zwanghafte Verhaltensweisen in der Gegenwart wird der niedrige Selbstwert stabilisiert.

Paranoide Persönlichkeitstypen: Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung haben in ihrer Kindheit häufig Erfahrungen gesammelt, dass ihr Vertrauen missbraucht worden ist und man nirgendwo Sicherheit erfährt. Sie haben teilweise durch Bezugspersonen übermäßige und misstrauische Kontrolle erlebt. Auf Grund dessen zeigen Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung häufig erhöhte Wachsamkeit und Misstrauen, um sich zu schützen. (vgl. Faßbinder, E)

Diese Persönlichkeitsstörungen und Akzentuierungen werden auch im Rahmen der Diagnostik (PSSI) erhoben.

Ein Abhängigkeitssyndrom ist somit nicht ausschließlich Krankheit, sondern auch Symptom für Persönlichkeitsstörungen, für psychische und soziale Probleme. Im Kapitel 4.7.3 wird der Umgang mit komorbiden Störungen näher beschrieben.

Zudem hat der mit den gegenwärtigen gesellschaftlichen Veränderungen einhergehende kulturelle Wandel zu einem weitgehenden Wandel traditioneller Formen des Zusammenlebens, der Rollenidentität und der Normen geführt, an denen individuelles Handeln sich zu orientieren vermag. Dieses Empfinden eines Verlustes an tragfähigem sozialen und geistigen Halt kann bei einzelnen Menschen zu erheblicher Verunsicherung, Angst, Ohnmacht und Sinnentleerung führen. Der abhängigkeitsverursachende Substanzkonsum dient der Kompensation und dem Bedürfnis, den damit im Zusammenhang stehenden negativen Emotionen auszuweichen.

In der Rehabilitation wird daher das Augenmerk auf das erlernte Verhalten vor dem Hintergrund aufrechterhaltender Bedingungen gelegt. Die Entstehung und Aufrechterhaltung dieses so definierten Verhaltens wird auf lerntheoretischer, kognitiver, emotionaler, körperbezogener, motivationaler Ebene unter Berücksichtigung der individuellen Lebenswelten und organischer Faktoren analysiert. Verhalten in seiner weit gefassten Definition und die so entwickelte Persönlichkeit sind unter bestimmten Bedingungen erlernt und können modifiziert werden.

4.1.3 Krankheitsmodell

Die Therapie Abhängigkeitskranker beruht auf einer wissenschaftlich begründeten und evidenzbasierten Suchtmedizin (Schmidt et al., 2006). Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) und die Deutsche Gesellschaft für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie (DGPPN) haben gemeinsam im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) im Jahr 2015 die evidenzbasierte S3-Leitlinien für die substanzbezogenen Störungen Alkoholabhängigkeit, Tabakabhängigkeit, Cannabis-bezogene Störungen, Opioid-bezogene Störungen, psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene und Medikamentenabhängigkeit vorgestellt. Ziel der rehabilitativen Behandlung, auch Postakutbehandlung genannt, ist die Stabilisierung des Behandlungserfolges, in der Regel der Abstinenz oder die Prophylaxe einer weiteren Verschlechterung mit gesundheitlicher Schadensbegrenzung inklusive der Behandlung der aus der Abhängigkeitserkrankung resultierenden psychiatrischen und somatischen Folgeerkrankungen. Grundlegend ist dabei die Vermeidung bzw. Überwindung, Minderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Behinderung im Sinne der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Die Folgen von (chronischen) Erkrankungen werden im ICF-Modell als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt. Zum Kontext eines Menschen gehören sowohl die Lebensgeschichte und Persönlichkeit als auch die physische und soziale Umwelt. Dabei spielt der Lebenshintergrund meist eine große Rolle bei der Frage, ob ein gesundheitliches Problem bzw. eine Krankheit (Bezugssystem: ICD) eines Menschen zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise am Leben in der Gesellschaft führt.

Der ICF bietet einen systematischen Ansatz zur Betrachtung der Aus- und Wechselwirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Diese geschieht auf den Ebenen der Strukturen und Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) einer Person vor dem Hintergrund ihrer Lebenswelt. Dabei finden sowohl mögliche Barrieren als auch Förderfaktoren Berücksichtigung.

Zu den funktionalen Problemen, d. h. den negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen, gehören bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen vor allem Beeinträchtigungen in den Bereichen der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen und des Erwerbslebens. Unter Berücksichtigung der individuellen biographischen, sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen stellt die Teilhabe (Partizipation) in diesen Bereichen die zentrale Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB IX).

Die Bedeutung und Akzeptanz des bio-psycho-sozialen Modells für die Rehabilitation ist heutzutage nahezu unbestritten (Schliehe 2006). Darüber hinaus ist die Verwendung der beiden Konstrukte Leistung und Leistungsfähigkeit gerade für die medizinische teilhabeorientierte Rehabilitation von besonderem Interesse. Besteht zwischen den realen Umweltanforderungen und der aktuellen Leistungsfähigkeit eine Diskrepanz, stellt diese eine wichtige Information für die Rehabilitation dar. Neben den jeweiligen Umweltbedingungen und der Funktionsfähigkeit sind auch noch die weiteren Lebensumstände und

personenbezogenen Faktoren zu berücksichtigen, was die Komplexität der medizinischen teilhabeorientierten Rehabilitation ausmacht.

4.1.4 Neurobiologische Grundlagen des Abhängigkeitssyndroms

Die neurobiologische Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass im Verlauf der Entwicklung einer Abhängigkeit auf der Basis genetischer Vulnerabilität und peristaltischer Risikofaktoren Prozesse der Sensitivierung und Desensitivierung sowie der Konditionierung in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen in Gang gesetzt werden.

Mit Beginn der 90er Jahre konnten in der neurobiologischen Forschung durch den Einsatz bildgebender Verfahren (Positronenemissionstomographie PET, Kernspintomografie MRI und funktionelle MRI) neue Erkenntnisse über die Struktur und Funktion neuronaler Netzwerke und über die Plastizität neuronaler Verschaltungen gewonnen werden.

Suchtverhalten entsteht aufgrund der spannungsreduzierenden und belohnenden Wirkung von psychotropen Substanzen über die Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin im Nucleus accumbens. Diese dopaminerge Aktivierung durch Suchtmittel verändert die Bewertung des damit verbundenen Verhaltens und erhöht dadurch die Konsummotivation. Die positiv erlebten Verhaltensmuster werden als dauerhafte Gedächtnisspur in Form von synaptischen Verbindungen zwischen den Neuronen gefestigt. Damit verändert sich die Struktur und Funktion neuronaler Verschaltungen.

Die Verarbeitung von emotionalen Erfahrungen beginnt mit der Wahrnehmung von Reizkonstellationen, die ein Erregungsmuster durch Aktivierung phylogenetisch alter neuronaler Netzwerke erzeugen, das im limbischen System mit einer affektiven Qualität versehen wird. Daraus resultierende Handlungsimpulse erfolgen automatisch und unbewusst, bevor die Signale den präfrontalen Cortex mit der Möglichkeit der bewussten Steuerung erreichen.

Die den vielfältigen Abhängigkeitserkrankungen zugrunde liegenden strukturellen Veränderungen in Form von gebahnten assoziativen Verschaltungsmustern sind durch therapeutische Interventionen nur schwer auflösbar. Nur durch die Erfahrung erfolgreicher, alternativer Strategien des Denkens, Fühlens und Handelns können diese Reaktionsmuster umgangen werden und sich ebenfalls neuronal verankern. Auch nach längerer Abstinenz von psychotropen Substanzen können suchtmittelassoziierte Reize zu einem Rückfall führen. Insbesondere bei psychischen Krisen besteht die Gefahr, dass auf die älteren, tiefer gebahnten Strategien zurückgegriffen wird.

Chronischer Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit haben auf neurophysiologischer Ebene schädigende Konsequenzen in Form von Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen wie Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis (Oscar-Berman et al, 1997). Mit anhaltender Abstinenz sind diese neurologischen Defizite aufgrund der neuronalen Plastizität des Gehirns reversibel (Crews et al, 2005). Die Abhängigkeit dieser Reversibilität der kognitiven Fähigkeiten von der Länge der Abstinenz wurde bereits 1983 von Brandt et al hervorgehoben. Bartels et al (2007) ziehen aus ihrer Studie den Schluss, dass sich die Schädigungen der Hippocampus-Funktionen als häufigste kognitive Beeinträchtigung durch Alkoholismus nur durch abstinenzorientierte Langzeitbehandlung regenerieren.

In einer aktuellen Meta-Analyse von 62 Studien zu kognitiven Dysfunktionen durch Alkoholismus untersuchten Stavro et al (2013) die Wiederherstellung folgender kognitiver Funktionen in Abhängigkeit von der Abstinenzdauer: Intelligenzquotient, Redefluss/Sprache,

Verarbeitungsgeschwindigkeit, Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit, Problemlösung/exekutive Funktionen, Hemmung/Impulsivität, verbales Lernen, verbales Gedächtnis, visuelles Lernen, visuelles Gedächtnis und visuell-räumliche Fähigkeiten. Die AutorInnen kamen zu dem Ergebnis, dass signifikante Beeinträchtigungen mehrerer kognitiver Funktionen während des ersten Jahres der Alkoholabstinenz anhalten: "These results suggest significant impairment across multiple cognitive functions remains stable during the first year of abstinence from alcohol. Generally, dysfunction abates by 1 year of sobriety. These findings ... suggest that cognitive dysfunction may linger for up to an average of 1 year post-detoxification from alcohol." ("Diese Ergebnisse deuten auf signifikante Beeinträchtigungen mehrerer kognitiver Funktionen, die während des ersten Jahres der Abstinenz von Alkohol stabil bleiben. Im Allgemeinen nehmen Dysfunktionen erst nach einem Jahr der Nüchternheit ab. Diese Ergebnisse legen nahe, dass kognitive Dysfunktionen im Durchschnitt bis zu einem Jahr nach der Entgiftung von Alkohol anhalten.")

Dies entspricht der therapeutischen Erfahrung, die zeigt, dass in den ersten sechs bis zwölf Monaten der Abstinenz eher eine handlungsorientierte Therapie in Form von Strategien zur rückfallfreien Alltagsbewältigung möglich ist, die durch häufiges Üben automatisiert werden können. Erst danach ist eine affektive Umstrukturierung mit biographischem Arbeiten möglich (Dlabal, H und Volksdorf, P: mündliche Mitteilung, Suchttherapietage Hamburg, 2009).

Eine erfolgreiche Therapie muss daher eine Entwicklung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien einleiten, um grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln zu ermöglichen. Bewusste Lernvorgänge im Frontalhirn „brauchen daher Zeit und müssen zur Festigung der neuronalen Strukturen häufig wiederholt werden. Auf diesem Wege ist eine Überformung von früher gebildeten neuronalen Strukturen möglich. Hier setzen die bewusst gesteuerten Therapieprozesse an.“ (Roediger, 2005)

4.2 Indikationen und Kontraindikationen

Indikation:

In der Fachklinik Hase-Ems werden Rehabilitanden beiderlei Geschlechts ab dem vollendeten 18. Lebensjahr behandelt, die nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in Form eines Abhängigkeitssyndroms (F1x.2) oder die Diagnose pathologisches Glücksspiel (F63.0) aufweisen. Nach unserer klinischen Erfahrung können wir bei kaum einem Patienten noch eine solitäre substanzgebundene Abhängigkeit diagnostizieren. So sind z.B. relativ viele Rehabilitanden, die aus einer Opioidabhängigkeit kommen, unter der Substitution in einer niedergelassenen Praxis alkoholabhängig geworden, wobei der Cannabiskonsum beibehalten wurde, weil der substituierende Arzt unter ambulanten Bedingungen die Substitutionsbehandlung aus unterschiedlichen Gründen nicht abbrechen wollte. Diese Patienten werden häufig jedoch weder dort noch von den Entgiftungseinrichtungen als alkoholabhängig oder als cannabisabhängig deklariert. Auch ist bei Rehabilitanden mit substanzgebundener Abhängigkeitsdiagnose nicht selten eine „versteckte“ Glücksspielabhängigkeit erkennbar.

Der überwiegende polyvalente Substanzgebrauch hat zu den konzeptionellen Überlegungen der in der Hase-Ems-Klinik praktizierten integrierten Behandlung geführt: Der suchstoffübergreifende Behandlungsansatz ermöglicht auch die Berücksichtigung aktueller

Entwicklungen und Veränderungen des Konsumverhaltens der Rehabilitanden. Der Rehabilitationsbedarf hängt dabei nicht ausschließlich von der ICD-Diagnose, sondern von den mit der Erkrankung einhergehenden funktionalen Problemen (ICF) ab. Dazu gehören z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens. Weitere psychiatrische Nebendiagnosen, insbesondere auch stoffungebundene Verhaltensstörungen der Impulskontrolle, können mit behandelt werden und finden in besonderen Behandlungsangeboten Berücksichtigung.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen aus sozialmedizinischer Sicht folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- **Rehabilitationsbedürftigkeit**

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ergibt sich aus der zusammenfassenden Bewertung von Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellation, Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität. Arbeitsunfähigkeitszeiten, bisherige Therapien, Erfordernis der Kombination mehrerer Therapieformen, hoher Schulungsbedarf und Probleme bei der Krankheitsbewältigung gehören dazu.

- **Rehabilitationsfähigkeit**

Die Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung des Rehabilitanden. Die Rehabilitanden müssen in der Lage sein, das gesamte Spektrum therapeutischer Leistungen wahrnehmen und, wenn indiziert, aktiv mitgestalten zu können.

- **eine positive Rehabilitationsprognose**

Nach § 10 SGB VI ist eine positive Rehabilitationsprognose erforderlich. Im Hinblick auf das Rehabilitationsziel gemäß §9 SGB VI bedeutet das, dass eine Stabilisierung des Leistungsvermögens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann und Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit behoben werden können. Bei den Krankenversicherungsträgern liegt der Fokus auf der Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Akutbehandlungen sowie der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Um das übergeordnete Behandlungsziel einer Verbesserung der funktionalen Gesundheit und damit der erwerbsbezogenen Teilhabe zu erreichen, sind eine Veränderungsbereitschaft und erkennbare Motivation (oder zumindest ausreichende Motivierbarkeit) unerlässlich, wobei die therapeutische Erarbeitung von realistischen, teilhabebezogenen Zielen oft die gewünschte Veränderungsmotivation erst mit sich bringt. Zusätzlich ist die Bereitschaft zur Eigenverantwortung ein wesentlicher Motor für eine erfolgreiche Therapie und das Gelingen einer Wiedereingliederungsmaßnahme. Die Motivation zur Erhaltung bzw. Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit und die Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit der Berufs- und Arbeitstätigkeit der Rehabilitanden stellt auch unter den verschärften Bedingungen der Arbeitswelt ein bedeutsames Indikationskriterium dar.

Leistungen zur Teilhabe können gemäß SGB IX für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) bedroht oder bereits beeinträchtigt ist. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabeaspekt der ICF

eng verbunden. Für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe sind die krankheits- und behinderungsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen ist insbesondere im Bereich der Kombibehandlung (vgl. 4.6.2) von großer Bedeutung: So wird z.B. dort, wo es spezielle Interventionen für die BORA-Zielgruppenzuordnung gibt, für die poststationäre Behandlungsform genau dokumentiert, wie weit der Rehabilitand im Rahmen der vorangegangenen Behandlungsform mit seinen Vorbereitungen zur Wiederaufnahme seiner Erwerbstätigkeit gekommen ist und woran weiter gearbeitet werden muss, bzw. wo weitere Unterstützung z.B. durch ein Fallmanagement erforderlich ist.

Zur Durchführung einer individualisierten Behandlung orientieren wir uns an einem selektiven Indikationsmodell, das sechs Bereiche differenziert:

- persönliche Ressourcen und Defizite im Erleben und Verhalten,
- Abhängigkeitsverhalten (Dauer und Ausprägung des Abhängigkeitssyndroms, Konsummuster, Abstinenzphasen),
- medizinische Befundlage (Folge- und Begleiterkrankungen, Infektionserkrankungen),
- soziale Stabilität (Kompetenzen, belastende Faktoren, psychosoziale Entwicklung und berufliche Anpassung bzw. Leistungsfähigkeit),
- Abstinenzmotivation, Einstellung zu den Behandlungszielen, zur Nachsorge und zur Selbsthilfe
- und die berufliche Situation.

Der **körperliche Entzug** von Alkohol, Medikamenten und Drogen ist ebenso Voraussetzung für die Aufnahme in die Fachklinik Hase-Ems wie das Vorliegen eines **Kostenübernahmebescheids** des Leistungsträgers. Die Aufnahme erfolgt durch Zuweisung des Leistungsträgers. In Ausnahmefällen, z.B. bei Selbstzahlern und bei auftretenden Unklarheiten bezüglich der erfolgreichen Durchführung der Rehabilitation, erfolgt die Aufnahme zusätzlich nach einem diagnostischen Vorgespräch mit Arzt, Psychologe und/oder Sozialarbeiter. Dies dient der Optimierung der Prozessplanung der Rehabilitation.

Kontraindikationen

Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Hase-Ems nicht erfolgversprechend. Dazu gehören Rehabilitanden mit

- schweren somatischen Erkrankungen, deren Leistungsvermögen aufgehoben ist, so dass die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme und der Zielerreichung an und in der Rehabilitation nicht gegeben ist,
- chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, die in ihrer Selbstversorgung stark beeinträchtigt sind und einer dichten pflegerischen Betreuung bedürfen,
- schweren psychischen Störungen, für die die hier schwerpunktmäßig eingesetzte gruppentherapeutische Behandlung eine andauernde Überforderung darstellt oder bei denen aufgrund der hirnorganischen Beeinträchtigungen eine psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgversprechend ist.

4.3 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist nach § 26 SGB IX „Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern und eine Verschlimmerung zu verhüten, um den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (Kursbuch Sozialmedizin, Deutscher Ärzteverlag, 2012).

Die konkreten Rehabilitationsziele sind aus den gesetzlichen Bestimmungen der Leistungsgesetzgebung (SGB VI) abgeleitet. Demnach gilt es mit Hilfe der in der Fachklinik Hase-Ems für Versicherte der DRV und der GKVn vorgehaltenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.

Die Aufnahme der Rehabilitanden in die Fachklinik Hase-Ems erfolgt nach stationärer bzw. ambulanter Entgiftung. Die abstinenten Lebensführung der Rehabilitanden wird durch ein System hochfrequent angesetzter, aber für den Patienten nicht kalkulierbarer Drogen- und Alkoholscreenings verifiziert. Im Falle des übergangsweisen Einsatzes von Medikamenten zur Substitutionsbehandlung wird die Beikonsumfreiheit durch eine hochfrequentierte Urinabnahme und Untersuchung dokumentiert und ggf. das vollständige Abdosieren des Substituts eingeleitet.

Nach Anamnese- und Befunderhebung auf den unterschiedlichen Ebenen (psychosozial, medizinisch, Aktivität und Teilhabe) erfolgt innerhalb der ersten Tage die Erarbeitung des individuellen Rehabilitationsplans mit der zentralen Zielkomponente der umfassenden Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit und dadurch der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben im Beruf und in der Gesellschaft. In der Therapiezielkonferenz wird in dem multiprofessionellen Team (Ärztin, Bezugstherapeut, Arbeits-/Ergotherapeut) gemeinsam mit dem Rehabilitanden die Ziele und die konkrete Therapieplanung vereinbart. Für Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung richtet sich der Rehabilitationsplan insbesondere an den Anforderungen der Arbeitswelt aus. Für die Rehabilitanden werden BORA-spezifische Therapieziele (siehe 5.4) definiert und ein individueller Behandlungsplan erstellt.

Der individuelle Rehabilitationsplan umfasst u.a.:

- ärztliche und ärztlich-psychotherapeutische Behandlung und Beratung
- Einzel- und Gruppen-Psychotherapie
- Teilnahme an den edukativen Gruppen
- diagnostische sowie trainierende Ergotherapie
- Ergotherapie/Arbeitstherapie in den o.g. Bereichen
- Teilnahme am Sport- und Gymnastikprogramm
- gerätegestützte Trainingstherapie nach ärztlicher Beratung

- Erprobung neuer Freizeitmöglichkeiten unter therapeutischer Anleitung und Begleitung auch außerhalb der Einrichtung
- Reaktivierung der früher ausgeübten Freizeitbeschäftigung
- Familientherapie/Paartherapie
- Belastungserprobung im geschützten Rahmen der Einrichtung
- Belastungserprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Form externer Praktika
- berufliches Eingliederungsmanagement
- Einleitung und Beratung (z.B. Rehafachberatung der DRV) von Leistungen oder Maßnahmen nach Abschluss der stationären Rehabilitation (Arbeit, Medizin, Freizeit)
- Kontakte und Kooperationen mit externen Stellen (Arbeitsagentur, Arbeitgeber, Schuldnerberatung, Kliniken etc.)
- aktive Hinführung und Anbindung an die Selbsthilfe

Folgende Zielkomponenten finden dabei Berücksichtigung:

- vertiefte Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Stabilisierung und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit
- Rückfallprophylaxe
- Selbstmanagement
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Klärung von Krisen- und Sinnfragen
- Hinführung zu einer Lebensstiländerung
- Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- Planung und Vorbereitung von Reha-o.a.-Anschlussleistungen oder Maßnahmen wie Nachsorge und Selbsthilfeaktivitäten

Entscheidende Informationsquellen für die Überprüfung und ggf. die Anpassung der Indikationsentscheidung sind

- das auf seine Ziele hin orientierte Verhalten des Rehabilitanden während der Behandlung,
- die Vorbefunde und die aktuell erhobenen Befunde aus der medizinischen, psychologischen (Testergebnisse), psychosozialen und arbeitstherapeutischen Diagnostik einschließlich der BORA-Befunde aus Assessments und Screenings,
- die Behandlungsziele, die der Rehabilitand selbst für entscheidend hält, und seine Änderungsmotivation,
- die Kooperation des Rehabilitanden während der Behandlung und seine persönlichen Ressourcen und Stärken.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Rehabilitationsdauer ist abhängig von dem Bewilligungsbescheid des Kosten- und Leistungsträgers, in der Regel bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen zwischen 8 und 13, bis maximal 15 Wochen, bei Drogenabhängigen 22 bis maximal 25 Wochen und bei Glücksspielabhängigen 8 Wochen (für Versicherte der DRV Braunschweig-Hannover). Die Dauer einer ganztägig stationären Behandlung beträgt bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen bis zu 12 Wochen und bei Drogenabhängigen bis zu 20 Wochen. Im Rahmen der Kombi-Nord-Behandlung, die für Rehabilitanden der DRV-Region Nord angeboten wird, werden die Rehabilitationsmodule (stationär, ganztägig ambulant, ambulant)

entsprechend der Zielsetzung und Indikation im Rahmen der Behandlungsplanung individuell festgelegt in einem Gesamtzeitraum von 52 Wochen.

Gut integrierte alkoholabhängige Rehabilitanden ohne große Einschränkungen auf der Ebene der persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren (s. ICF), bei denen dennoch eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist, benötigen eine geringere Behandlungsdauer als sozial desintegrierte Rehabilitanden, die gesellschaftlich im Abseits gelebt haben und die auf der Ebene der persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren einen großen Interventionsbedarf haben. Insbesondere Patienten der BORA-Zielgruppe 4 benötigen in mehreren Zielkomponenten Unterstützung für ein stabiles, substanzabstinentes und zufriedenes Erwerbsleben. Der diagnostische Fokus und der Behandlungsfokus richten sich außerdem auf die Aspekte Gedächtnisleistung, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Planungs- und Problemlösefunktionen, Impulskontrolle, Persönlichkeitsfaktoren sowie auf komorbide Störungen und auf eine zielführende(n) Identitätsentwicklung bzw. -wandel. Darin, und nicht so sehr im vorangegangenen Gebrauch der Substanzen liegen die Unterschiede in der Interventionsthematik, -dauer und -frequenz.

Etwaige **Veränderungen der Behandlungszeiten** und der planerisch angesetzten therapeutischen Interventionen richten sich individuell nach aktuellem Erreichungsgrad der zu Beginn festgelegten Ziele. So werden Verlängerungen z.B. vor dem Hintergrund einer aktuellen Krisensituation beim zuständigen Leistungsträger in begründeten Fällen beantragt. Dies wird von der leitenden Ärztin sozialmedizinisch und vom Bezugstherapeuten psychotherapeutisch begründet, dann gemeinsam mit dem Rehabilitanden abgestimmt und beim Kosten- und Leistungsträger eingereicht.

4.5 Rehabilitationsplanung

Die Rehabilitationsplanung ist abhängig von der Abhängigkeitserkrankung, der Dauer der Kostenzusage und der somatischen, psychischen und sozialen Befundlage (siehe Aufnahmeverfahren 4.7.1). Klinisch zeigen Suchtmittelabhängige gemeinsame Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten, wie z. B. ein unabweisbares Verlangen nach dem Suchtmittel oder die Verengung des Lebensstils auf den Suchtmittelkonsum. Diese Auffälligkeiten sind leitend für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms. Darüber hinaus bilden Suchtmittelabhängige eine heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich z. B. bezüglich konsumierter Substanzen, psychiatrischer und somatischer Begleiterkrankungen, der Art und des Ausmaßes der negativen sozialen Folgen des Suchtmittelkonsums im Privat- und Berufsleben sowie in ihrem Wunsch nach Veränderung von Konsum und Lebenssituation. Handlungsleitend für die Durchführung der Rehabilitation in der Fachklinik Hase-Ems ist daher nicht allein die Abhängigkeitsdiagnose, sondern auch das persönliche Umfeld, der allgemeine Gesundheitszustand und die Erwerbssituation. Berücksichtigung findet dieses im suchstoffübergreifenden Angebot.

Die individuelle Rehabilitationsplanung wird durch das **Therapieprogramm „PaDo“** erstellt, nachdem die **Therapiezielkonferenz** nach 3 bis spätestens 5 Tagen erfolgt und die Diagnostik abgeschlossen ist sowie die Ziele gemeinsam mit dem Rehabilitanden erörtert und die Rehabilitationsangebote festgelegt wurden. Jeder Rehabilitand hat vom ersten Tag der Rehabilitation an einen individuellen Therapieplan.

Die Überprüfung des Therapieplans findet regelhaft alle 4 Wochen in der **Zwischenzielkonferenz** statt. Dort wird der Erreichungsgrad der Ziele dokumentiert und es findet die Überprüfung des Rehabilitationsverlaufes und die Festlegung ggf. neuer Ziele im Prozess statt. Spätestens vier Wochen vor Ende der Rehabilitation beginnt die konkrete Planung der Anschlussperspektive. Diese kann unterschiedliche Zielebenen beinhalten:

- Nachsorge oder ambulante Rehabilitationsform: Beantragung und Kontaktaufnahme zu ambulanten Fachstellen,
- Wohnbetreuung, z.B. ambulant Betreutes Wohnen: Beantragung,
- Kontakt zu anderen sozialen Unterstützungsangeboten, z.B. Familienhilfe, Schuldnerberatung,
- Kontakt zu Selbsthilfe,
- Kontakte zum Arbeitgeber/Jobcenter/Arbeitsagentur: Vermittlung, Terminabsprache,
- Adaption: Beantragung: nach Klärung der Voraussetzungen und Perspektive für Wohnort -> wir beantragen Adaptionsbehandlungen in Abhängigkeit von den beruflichen und wohnortbezogenen Zielvorstellungen.

Die Endreflexion erfolgt in der **Therapieergebniskonferenz** wieder gemeinsam mit dem Rehabilitanden und dem multiprofessionellen Team (Medizin, Bezugstherapie, Ergotherapie).

4.5.1 Berufliche Orientierung in der Rehabilitation (BORA) (vgl. Ergänzungskonzept)

Das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Hase-Ems berücksichtigt die BORA-Empfehlungen der Arbeitsgruppe von Rentenversicherungsvertretern, Vertretern von Fachkliniken und Fachverbänden Sucht. In allen Phasen der Rehabilitation haben berufsbezogene Behandlungsanteile einen hohen Stellenwert, auch weil das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung ein wichtiger Baustein für die Gestaltung eines zufriedenstellenden Lebenskonzeptes ist.

Dies erfordert eine gezielte Diagnostik, eine individuelle, auf die BORA-Kriterien bezogene Rehabilitationsplanung und ein breites Rehabilitationsprogramm. Neben den berufsbezogenen Angeboten wird das Ziel der Wiederherstellung und Erhalt der Erwerbsfähigkeit auch in anderen Bereichen unterstützt (z.B. Selbstwert, Gesundheit, Tagesablauf, Freizeit). Entsprechend dem ganzheitlichen Ansatz des ICF werden auf unterschiedlichen Ebenen die Voraussetzungen für eine größtmögliche Teilhabe gelegt. Die Behandlungselemente von BORA finden sich in den Angeboten der Fachklinik Hase-Ems wieder und werden in den entsprechenden Kapiteln dargestellt:

- Erwerbsbezogenes Diagnostik- und Assessmentverfahren, Prozess der Behandlung- und Teilhabeplanung
- spezifische, auf die berufliche Lage in den Zielgruppen abgestimmte therapeutische Angebote und Leistungen
- Kooperationen und systemübergreifende Vernetzung

Die Maßnahmen, die in der BORA-Arbeitsgruppe empfohlen werden, richten sich sowohl an Rehabilitanden mit Arbeit als auch an arbeitslose Rehabilitanden. BORA bedeutet für die Rehabilitanden, dass sie zu Beginn der Rehabilitation und bezogen auf das BORA-Konzept einen auf das Teilhabeziel Berufstätigkeit bezogenen Status erhalten, indem sie einer BORA-

Zielgruppe zugeordnet werden und ein Anrecht darauf haben, dass entsprechend der Zuordnung alle therapeutischen und beratenden Interventionen (Medizin, Psychotherapie, Ergotherapie/ Arbeitstherapie, Sozialdienst) der Zielerreichung dienen und dazu auch geeignet sind. Für die Rehabilitanden, die zur BORA-Zielgruppe 3 oder 4 gehören, sorgt darüber hinaus ein eigens dafür qualifizierter Mitarbeiter für die konkreten Kontakte und Absprachen mit **potentiellen Arbeitgebern, praktikumsgebenden Betrieben** und der Arbeitsverwaltung am Wohnort der Rehabilitanden. In der Regel absolvieren die Rehabilitanden an 4 Tagen in der Woche ein Praktikum im Umfang von zwei Wochen, um minimal an der Bezugsgruppe teilnehmen zu können und ein Einzelgespräch zu erhalten. Es wird mit dem Betrieb und dem Rehabilitanden ein schriftlicher Praktikumsvertrag geschlossen. Zu einigen Firmen in der Region wurden schriftliche Kooperationsverträge geschlossen, um die Zusammenarbeit der Fachklinik mit der Firma im Rahmen von Praktika zu regeln. Zu weiteren Betrieben aus unterschiedlichen Branchen bestehen gute Kontakte. In der Region erklären sich viele Firmen bereit, Praktikanten aufzunehmen, zumal eine gute Betreuung und Begleitung durch die Mitarbeiter der Fachklinik gewährleistet ist. Folgende Branchen sind gute Partner, wenn es um betriebliche Praktika geht: Baugewerbe, Garten- und Landschaftsbau, Tischlerfirmen, Metallverarbeitung, Pflegeeinrichtungen, Kindergarten, Verwaltung.

Folgende Gruppeneinteilung sieht das BORA-Konzept vor:

| | |
|---------------------------|---|
| BORA-Zielgruppe 1: | Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen (bePI) |
| BORA-Zielgruppe 2: | Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen Problemlagen |
| BORA-Zielgruppe 3: | arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III |
| BORA-Zielgruppe 4: | arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II |
| BORA-Zielgruppe 5: | Nicht-Erwerbstätige |

Hilfreiche Screening-Instrumente zur Bedarfserfassung & zur Motivation

- Erwerbsbezogene Analyse
- Fragebogen zur beruflichen Belastung (SIBAR)
- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)
- Identifikation beruflicher Problemlagen (Würzburger Screening)

Relevante Bereiche für den Behandlungsprozess sind:

- Persönliche Ressourcen und Defizite im Erleben und Verhalten,
- Abhängigkeitsverhalten (Dauer u. Ausprägung des Abhängigkeitssyndroms, Konsummuster, Abstinenzphasen),
- Medizinische Befundlage (Folge- und Begleiterkrankungen, Infektionserkrankungen),
- Soziale Stabilität (Kompetenzen, belastende Faktoren, psychosoziale Entwicklung und berufliche Anpassung bzw. Leistungsfähigkeit).

Die BORA-Angebote beinhalten folgende Schwerpunkte:

- Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen, Förderung der Motivation
- Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs
- Abklärung der Belastbarkeit, Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Stärkung berufsbezogener Förderfaktoren
- Abbau von Teilhabehindernissen

- Entwicklung konkreter beruflicher Perspektiven

Therapieplanung und Steuerung – BORA

- Arbeitsbezogene Behandlungsanteile sind zentral
- Teilnahme an der Belastungserprobung hat verbindlichen Charakter
- Arbeitsbezogene Fragestellungen professionsübergreifend und Themen in Psychotherapie, Sozialtherapie, Ergotherapie und Medizin

Beispiele zielgruppenorientierter Leistungen

BORA 1: Insbesondere prophylaktische Leistungen

Beispiele:

- Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, nach § 84 SGB IX)
- Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX)

BORA 2: Maßnahmen entsprechend BORA 1

Darüber hinaus:

- Problembewältigung am Arbeitsplatz
- Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers
- Spezifische IGs (Indikationsgruppen)
- PC-Schulungskurse
- Sozialberatung
- Arbeitstherapie
- Ergotherapie

BORA 3:

Beispiele:

- Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes
- Bewerbungstraining
- Umgang mit Ängsten und Konflikten
- Assessment- und Fallmanagementverfahren
- Gespräche mit dem Reha-Fachberater
- Spezifische IG´s
- PC-Schulungskurse
- Interne Belastungserprobung
- Betriebspraktika
- Externe Belastungserprobung
- Sozialberatung
- Arbeitstherapie
- Ergotherapie

BORA 4: Maßnahmen entsprechend BORA 3

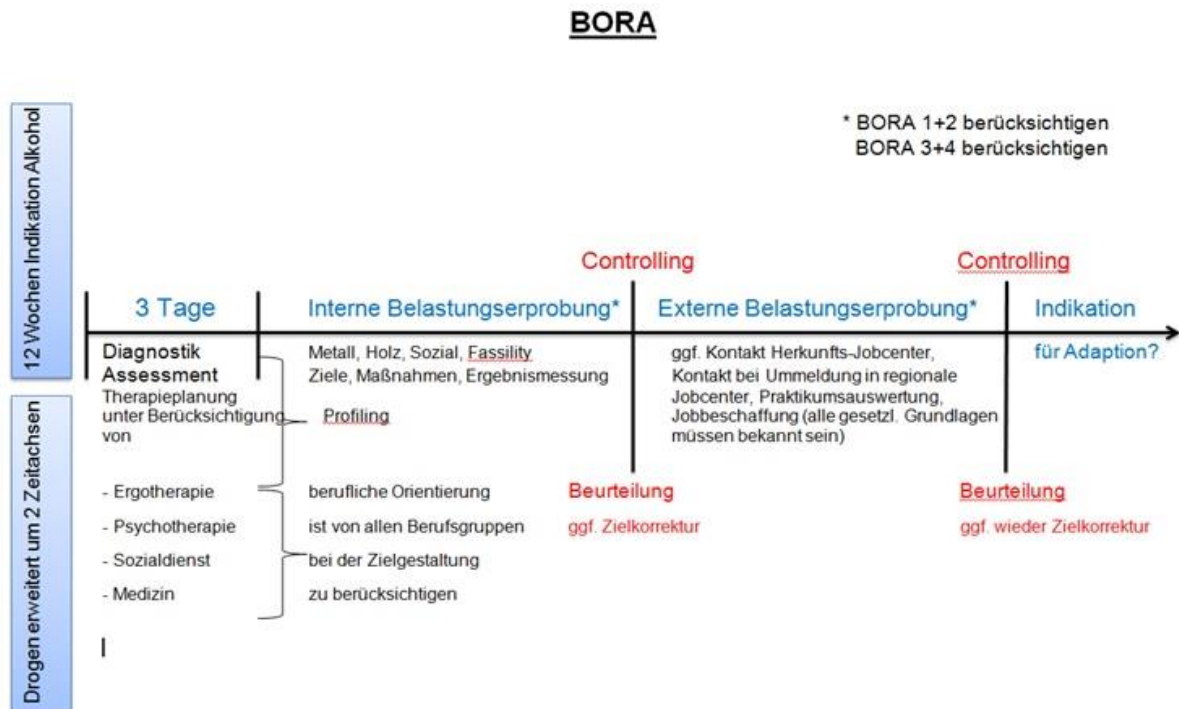
Darüber hinaus:

- Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit

- Umgang mit Resignation
- Einleitung weitergehender Maßnahmen (z. B. Adaption)

BORA 5

Die Maßnahmen richten sich nach dem jeweiligen Unterstützungsbedarf. Es kommen alle Maßnahmen der Gruppen BORA 3 und BORA 4 in Frage.



Ziele der externen Arbeitserprobung

- Arbeitsfähigkeiten unter realistischen Bedingungen erproben und verbessern
- Erfahrung im Berufsalltag sammeln
- Belastungserprobung und Erweiterung der persönlichen Belastungsgrenzen
- Erfahrung bzgl. Anforderungen und Überforderung reflektieren sowie realistische berufliche Anschlussperspektiven entwickeln
- Therapeutisch begleitetes Arbeiten
- Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Umgang mit der Erkrankung, Ängsten und Krisen am Arbeitsplatz
- Berufliche und soziale Wiedereingliederung
- Berufliche Neuorientierung
- Weitere individuell-formale Feinziele

4.6 Rehabilitationsprogramm

Die sozialmedizinische Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation hat nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen, insbesondere psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation des Rehabilitanden. Folgende Formen der Rehabilitationsprogramme werden in der Fachklinik Hase-Ems vorgehalten.

4.6.1 Entwöhnung

Entwöhnung bedeutet die Überwindung der psychischen Abhängigkeit von der jeweiligen Substanz, die ein Abhängigkeitssyndrom hervorgerufen hat. Um dies zu erreichen, müssen die Entstehungsfaktoren des vorliegenden Abhängigkeitssyndroms (im Zusammenspiel der Eckpunkte Person - Umwelt - Droge) und die Faktoren, die die Abhängigkeitserkrankung aufrechterhalten, bearbeitet und überwunden werden. Oft kommen hierbei sogenannte komorbide Störungsbilder (zusätzliche psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörungen und Essstörungen) hinzu. Die Fachklinik Hase-Ems bietet hierfür ein wissenschaftlich fundiertes Konzept mit den Behandlungsebenen Medizin (Psychiatrie, Psychosomatik), Psychotherapie, Sozialtherapie, Ergotherapie und Pädagogik.

Die Entwöhnungsbehandlung wendet sich an Abhängigkeitskranke, die noch keine oder nur wenig Therapieerfahrung haben und die sich mit Hilfe einer stationären Behandlung neue Lebensperspektiven erarbeiten und sich somit längerfristig von dem Konsum psychotroper Substanzen und verhaltensbezogenen Störungen distanzieren wollen. Häufig bestehen multiple Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, die eine Teilhabe sowohl in beruflicher als auch in gesellschaftlicher Hinsicht erheblich beeinträchtigen.

Die Rehabilitanden benötigen Möglichkeiten der zurückreichenden Selbsterfahrung, um eine adäquate Krankheitsverständnis entwickeln zu können. Es wird Raum zum Erleben von Geborgenheit und Nähe zur Verfügung gestellt, um die zwischenmenschliche Interaktion zu fördern. Diese Grundlagen ermöglichen die Wiederentdeckung oder Weiterentwicklung persönlicher Ressourcen und Fähigkeiten und die Erarbeitung einer individuellen, Sinn gebenden Zukunftsperspektive.

Wesentliche Ziele der Entwöhnung sind

- die Erarbeitung der individuellen Entstehungsbedingungen süchtigen Verhaltens,
- das Erkennen und Einschätzen der individuellen Problem- und Drogengebrauchsmuster,
- die Erarbeitung eines Umgangs mit nicht bewältigten Traumata sowie deren Folgen in Form von Entwicklungsstörungen und –defiziten,
- die Wiedererlangung einer sinnvollen Tagesstruktur und das Trainieren von Alltagsaktivitäten,
- das Anknüpfen an berufliche Erfahrungen im Rahmen der Arbeits- und- Ergotherapie,
- die Anleitung zu einer aktiven Freizeitgestaltung auch außerhalb der Klinik,
- die Familien- und Paartherapie bei entsprechender Indikation,
- die klinische Sozialarbeit,
- die Erarbeitung einer Erwerbsperspektive,
- die Anbindung an Selbsthilfegruppen.

4.6.2 Kombinationsbehandlungen

Kombinationsmodelle erlauben eine stärkere Flexibilisierung der Behandlung über Variationen der Dauer und der Leistungsform. Der Bedarf kann am einzelnen Rehabilitanden orientiert angeboten werden. Das bundesweite Modell der Deutschen Rentenversicherung Bund kombiniert eine stationäre Phase von 8 Wochen bei Alkoholerkrankungen und 13 Wochen bei Drogenabhängigkeit mit einer ambulanten Phase zur anschließenden wohnortnahen Versorgung von bis zu insgesamt 12 Monaten.

Ziele der Kombinationsmodelle sind es, eine noch stärkere Vernetzung der einzelnen Phasen zu erreichen sowie die in der stationären Phase erzielten Rehabilitationsergebnisse in der ambulanten Phase zu stärken und in den Alltag zu transferieren, um die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung zu steigern.

Die Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitskranke in Norddeutschland, kurz Kombi-Nord, der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Oldenburg-Bremen und Nord wird für Versicherte der o.g. Regionalträger angeboten. Sie verknüpft die Vorteile von ambulanter, ganztätig ambulanter und stationärer Behandlung suchtkranker Menschen. Kombi-Nord versteht sich als nahtlose Behandlung in Einrichtungen mit aufeinander abgestimmten Therapiekonzepten, wohnortnah mit der Möglichkeit Angehörige, Arbeitgeber, kommunale Arbeitsvermittlungen und Selbsthilfegruppen mit einzubeziehen.

4.6.3 Ganztätig ambulante Rehabilitation

Insbesondere bei Suchtrehabilitanden mit Abhängigkeitsstörungen, die über geringe soziale Ressourcen verfügen, hängt der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen weniger von der Optimierung einzelner Behandlungsmodule als vielmehr von der Nahtlosigkeit und guten Abstimmung der einzelnen Therapie- und Nachsorgeangebote sowie den sonstigen Unterstützungsmöglichkeiten ab.

Für diese Rehabilitanden – sofern sie im Großraum um die Fachklinik beheimatet sind – bietet ein tagesklinisches Angebot eine fachlich sinnvolle und für die Kosten- und Leistungsträger attraktive Alternative bei entsprechender Indikation unter besonderer Berücksichtigung ihres Empowerments.

Das Angebot der ganztätig ambulanten Rehabilitation entspricht im Wesentlichen dem einer stationären Entwöhnungsbehandlung, mit dem Unterschied, dass die Rehabilitanden abends und am Wochenende nicht auf den stützenden und strukturierten Rahmen des stationären Settings angewiesen sind.

Das Behandlungsmodul ganztätig ambulante Rehabilitation ermöglicht es, noch flexibler mit differenzierten Behandlungsformen unterschiedlichen Eingangsindikationen bzw. sich während der Gesamtbehandlung verändernden Indikationen gerecht zu werden. Mit der ganztätig ambulanten Behandlung ist es möglich, eine Lücke zwischen relativ hochschwelliger stationärer, intensivtherapeutischer Behandlung und niedrig frequentierter alltagsbegleitender ambulanter Therapie, wie sie die ambulante Reha vorhält, zu schließen.

Die Rehabilitanden der ganztätig ambulanten Behandlung werden inhaltlich und planerisch in die vollstationären Gruppen der Fachklinik Hase-Ems integriert. Das gilt auch für die Zugehörigkeit zu einer der BORA-Zielgruppen. Dabei profitieren die Rehabilitanden, die sich in der stationären Rehabilitationsbehandlung befinden, vom Alltagsbezug, den die Rehabilitanden des ganztätig ambulanten Angebotes in das Gesamtsetting hineinbringen. Die Rehabilitanden der ganztätig ambulanten Rehabilitation erfahren ihrerseits ein hohes Maß an Intensität therapeutischer Auseinandersetzungen. Einmal pro Woche nehmen die Rehabilitanden, die die ganztätig ambulante Rehabilitationsform in Anspruch nehmen, an einer eigens für sie konzipierten Gruppe teil.

Die ganztätig ambulante Behandlungsform bietet den Vorteil der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit dem Lebensumfeld. Die Rehabilitanden entwickeln gezielte Maßnahmen für das häusliche Umfeld und übertragen diese in ihre Lebensrealität. Die Konfrontation mit den Herausforderungen des häuslichen Alltags ermöglicht eine realitätsnahe lösungsorientierte Behandlung.

Für das Angebot ganztägig ambulante Rehabilitation stehen in der Fachklinik Hase-Ems insgesamt 6 Plätze zur Verfügung. Die Rehabilitation kann als Vollmaßnahme oder als Entlassform im Sinne einer übergangslosen Fortführung einer zuvor erfolgten stationären Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik erfolgen. Auch ein Wechsel der Behandlungsformen von ganztägig ambulant in stationär ist erforderlichenfalls grundsätzlich möglich. Die Indikation für eine Kombination der Leistungsformen ganztägig ambulant und stationär ergibt sich aus dem Verlauf der Behandlung. Ein Wechsel der Behandlungsform erfolgt nur mit Zustimmungserklärung des Rehabilitanden und wird dem Leistungsträger gegenüber begründet, beantragt und angezeigt.

Das Angebot ganztägig ambulante Rehabilitation richtet sich an Rehabilitation mit einem Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (ICD-10 F10.2), Opioide (ICD- 10 F.11.2), Cannabinoide (ICD- 10 F12.2), Sedativa oder Hypnotika (ICD- 10 F 13.2), Kokain (ICD- 10 F14.2), Halluzinogene (ICD- 10 F16.2) oder multiplen Substanzgebrauch in abhängiger Weise (ICD- 10 F19.2).

Die im Folgenden benannten Kriterien für eine ganztägig ambulante Rehabilitation orientieren sich am gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011.

Indikation, Kontraindikationen und Aufnahmevoraussetzungen für die Absolvierung einer ganztägig ambulanten Rehabilitation entsprechen zunächst denen einer stationären Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Hase-Ems, wie sie dieser Gesamtkonzeption zu entnehmen sind. Darüber hinaus erfordert die Wahrnehmung des Behandlungsangebots ganztägig ambulante Rehabilitation jedoch das Vorliegen folgender weiterer Aufnahmevoraussetzungen:

- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Es besteht eine Eingebundenheit in unterstützende und stabilisierende soziale Strukturen.
- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und regelmäßigen Teilnahme an den vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen.
- Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderung einer ganztägig ambulanten Behandlung.
- Fähigkeit zur Abstinenz und Alltagsstrukturierung im Rahmen einer ganztägig ambulanten Behandlung.
- Der Rehabilitand ist ausreichend belastbar.
- Der Rehabilitand ist in der Lage, die Fachklinik Hase-Ems in einer angemessenen Fahrzeit (maximal in 45 Minuten) selbstständig mit eigenem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. (Angebot eines Fahrdienstes wäre auch möglich)

Mit dem ganztägig ambulanten Behandlungsangebot sollen die Rehabilitanden erreicht werden, deren soziales und/oder berufliches Umfeld weitgehend intakt ist, für die eine stationäre Therapie aufgrund ihrer Fähigkeiten und Ressourcen nicht angezeigt ist und für die eine ambulante Therapie nicht die notwendige Behandlungsdichte aufweist.

Den Rehabilitanden stehen die Behandlungsangebote zur Verfügung, die in Anzahl und Umfang denen der Rehabilitanden der stationären Behandlung entsprechen. Die ärztliche Leitung ist auch bei der ganztägig ambulanten Rehabilitation für die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes verantwortlich. Inhalte der Behandlung sind:

- Medizinische Therapie
- Psychotherapie/ Suchttherapie
- Sozialberatung
- Arbeits-/Ergotherapie und arbeitsbezogene, an der BORA-Konzeption orientierte Maßnahmen
- Beschäftigungs- und Kreativtherapie
- Physio-, Bewegungs- und Sporttherapie
- Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining
- Ernährungsberatung
- Indikationsgruppen
- Freizeitgestaltung
- Gesundheits- und Krankenpflege
- Angehörigenarbeit

Inhaltlich werden in dem ganztägig ambulanten Angebot Schwerpunktsetzungen noch verstärkt in Richtung Selbstmanagement vorgenommen, wie z.B. intensives Training von Rückfallvermeidungsstrategien bei realer Exposition, verstärkte Angehörigenarbeit, Einbeziehen von potenziellen Arbeitgebern, selbstständige Freizeitbeschäftigung außerhalb der Therapiezeit, Abgrenzung gegenüber dem Drogen- und/oder kriminellen Milieu.

Der Rückfall kann zum chronischen Krankheitsgeschehen eines abhängigkeitskranken Menschen gehören. Zur Rückfallerkennung und -Prävention werden indikationsabhängig regelmäßige Alkoholkontrollen sowie Medikamenten- und Drogenscreenings durchgeführt. Eine Alkoholatemkontrolle erfolgt bei jedem Rehabilitanden täglich direkt nach Ankunft in der Fachklinik Hase-Ems. Entsprechend dem Rückfallkonzept wird die Indikation für die Rehabilitation überprüft und ggf. in ein anderes Rehabilitationsprogramm gewechselt. Diese Entscheidung erfolgt auf Empfehlung der Klinik in Absprache mit dem Rehabilitanden auf Grundlage des bestehenden Therapievertrages. Ein notwendig erachteter Wechsel der Rehabilitationsform wird dann beim zuständigen Kosten- und Leistungsträger begründet und beantragt.

Die Teilnahme am Therapieprogramm der Rehabilitanden der ganztägig ambulanten Rehabilitation ist auf die Zeiten von montags bis freitags ab 8.00 Uhr bis frühestens 14:00 Uhr und längstens 18:00 Uhr in Abhängigkeit vom Therapiewochenplan des Rehabilitanden und samstags von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr begrenzt.

Für die Teilnahme am Therapieprogramm stehen den Rehabilitanden der ganztägig ambulanten Rehabilitation alle Funktions- und Gemeinschaftsräume der Fachklinik Hase-Ems zur Verfügung. Die Teilnahme am Mittagessen sowie an den im Tagesablauf erfolgenden Zwischenmahlzeiten ist Bestandteil der Behandlung. Dies gilt nicht für das Frühstück und das Abendessen, die außerhalb der Therapiezeiten liegen und um die sich der Rehabilitand eigenmächtig sorgt.

Den Rehabilitanden werden, nach Geschlechtern getrennt, Ruheräume als Rückzugsmöglichkeit für die Pausen sowie Umkleiden mit Wasch- und Duschgelegenheiten zur Verfügung gestellt. Die Räumlichkeiten sind barrierefrei zugänglich. Weiter hat jeder Rehabilitand ein Wertfach, um die sichere Aufbewahrung von persönlichen Gegenständen zu gewährleisten. Alle Räumlichkeiten, insbesondere die, in denen sich die Patienten alleine aufhalten können, sind an die Notrufanlage angeschlossen.

4.6.4 Integrierte Adaption

Die Adaption stellt die letzte stationäre Phase der medizinischen Rehabilitation dar und schließt nahtlos an die vorhergehende Entwöhnung an. Wesentliche Zielsetzungen sind die Prüfung der eigenen Stabilität und der angestrebten Perspektiven bei sukzessiver, sich erweiternder Eigenverantwortung. Das angestrebte Ergebnis dieser Rehabilitationsphase ist eine möglichst umfassende berufliche und soziale Teilhabe. Die Rehabilitationsinhalte sind auf die zunehmend eigenständige Lebensgestaltung ausgerichtet.

In der Fachklinik Hase-Ems ist die Adaptionbehandlung vor Ort als interne Adaption konzipiert und befindet sich mit ihren drei Plätzen räumlich in einem separaten Gebäudeteil der Fachklinik Hase-Ems. Konzeptionell und inhaltlich ist sie ganz darauf ausgerichtet, das fortzuführen, was die Rehabilitanden, für die eine Adaptionleistung indiziert ist, in der ersten stationären Phase der Fachklinik Hase-Ems für sich erarbeitet haben.

Indikation

Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Adaption der Fachklinik Hase-Ems kommt unter folgenden Zugangskriterien in Betracht:

- Die vorangegangene stationäre erste Phase der Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Hase-Ems wurde vom Rehabilitanden erfolgreich abgeschlossen.
- Der Rehabilitand ist zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung ohne weitere stationäre rehabilitative Hilfen, insbesondere Psychotherapie, Unterstützung und Anleitungen, noch nicht in der Lage.
- Er verfügt weder über ein stützendes soziales Umfeld noch über eine entsprechende Wohnung und ebenfalls nicht über einen Arbeitsplatz.
- Die Rehabilitanden, die die Adaptionphase in Anspruch nehmen, sind mit einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung mit schweren psychosozialen Störungen belastet.
- Der Rehabilitand hat derzeit keine Anstellung und interessiert sich für eine berufliche (Wieder-)Eingliederung in Form einer sozialversicherungspflichtigen Anstellung.
- Der Rehabilitand hat keine körperlichen Einschränkungen, die eine sozialversicherungspflichtige Anstellung verhindern.

Vorbereitung der Adaption

Im Fokus der Entwöhnungsbehandlung wird die berufliche Teilhabe als Leitziel der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt und findet sich in allen Prozessen der Behandlung wieder. Die Erhebung einer ausführlichen Berufsanamnese und eines Arbeitsfähigkeitenprofils im Rahmen der Ergo-/Arbeitstherapie bilden dabei die erste Grundlage für den Einsatz in den vielfältigen Arbeitsbereichen der Einrichtung. In der Adaptionphase kann auf diese bereits vorliegenden Befunde einschließlich der BORA-orientierten Arbeitsergebnisse zurückgegriffen werden. In erster Linie handelt es sich um Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 3 und 4. In manchen Fällen werden die Rehabilitanden auch erst im Zeitraum der vorangegangenen Behandlungsphase mit dem Zusammenbruch ihrer wesentlichen sozialen Bezüge konfrontiert.

Dazu gehören: Trennungen von nahen Angehörigen, Wohnungskündigungen und Kündigungen des Arbeitsplatzes bzw. Vertragsauflösungen bei zuvor innegehabten Zeitarbeitsverträgen während der Phase eins der Entwöhnungsbehandlung. In der Psychotherapie wird insbesondere entsprechend des bisherigen Rehabilitationsverlaufes auf die individuelle Situation des Rehabilitanden eingegangen, z.B. Umgang mit Überforderung, Angst vor neuen Situationen etc., und mit ihm entsprechende Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet. Die praktische Erprobung in externen Praktika während der Adaption bietet dazu beste Voraussetzungen. Besonders für die BORA-Zielgruppe 4, aber auch ggf. für 2 und 3 ist dieses Angebot angezeigt.

Vorbereitung der Adaptionsbehandlung:

- Der Bezugstherapeut stellt potentielle Adaptionspatienten im Gesamtteam vor. Für diese Vorstellung ist eine schriftliche Ausarbeitung des Rehabilitanden über die Motivation und die Ziele vorzulegen. Falls das Gesamtteam eine Aufnahme in die Adaptionsbehandlung für sinnvoll erachtet, erfolgt die Vorbereitungsphase.
- Der Bezugstherapeut der stationären Entwöhnungsbehandlung ist dafür verantwortlich, den Rehabilitanden über alle Bestandteile der Vorbereitungsphase sowie der Durchführungsphase und der damit verbundenen Mitwirkungspflicht zu informieren.
- Sollte der Rehabilitand über eine Fachambulanz im Rahmen der Kombi-Behandlung in die Adaption gelangen, informiert der Bezugstherapeut der Adaption die Fachambulanz über alle Bestandteile der Vorbereitungsphase sowie der Durchführungsphase und der damit verbundenen Mitwirkungspflicht.

Durchführung:

- Externes Praktikum (4 Tage/Woche; jeweils bis zu acht Stunden) bei unseren regionalen Kooperationspartnern (alternativ hausinternes Praktikum).
- 1 Einzelgespräch pro Woche bei dem Bezugstherapeuten der Adaption.
- 1 Morgenrunde pro Woche.
- 1 Adaptions-Bezugsgruppe pro Woche.
- Der Rehabilitand verpflichtet sich dazu, spätestens ab der 3. Woche der Adaptionsbehandlung, jede Woche eine Bewerbung abzusenden. Diese wird in der Bezugsgruppe am Mittwoch vorgelegt und im Anschluss abgesendet.
- Zwischenbilanzierung des Praktikums.
- Konkretisierung der Planung der zukünftigen beruflichen Perspektive.
- Optimierung der bereits vorhandenen Bewerbungsunterlagen.
- Die Rehabilitanden bereiten ihr Frühstück und Abendbrot eigenständig vor. Die Mahlzeiten werden zu den hausüblichen Essenszeiten in der Teeküche der Adaption eingenommen. Das Einkaufsgeld ist freitags für die kommende Woche von Rehabilitanden persönlich um 8.15 Uhr in der Küche abzuholen. Die Quittungen der Einkäufe werden der Küche vorgelegt, ggf. unterstützt die Küche durch Beratung beim Einkaufstraining.
- Der Rehabilitand besucht wöchentlich eine Selbsthilfegruppe und lässt sich eine Teilnahmebestätigung aushändigen.
- Anleitung für die Wohnungssuche.

- Unterstützung beim Aufbau eines abstinenzorientierten unterstützenden sozialen Netzwerkes.
- Erstellung eines Tagesaktivitätsprotokolls.
- Regelmäßige Reinigung des Wohnbereichs und des Rehabilitationszimmers.

Werden externe Praktika absolviert, ist bei der arbeitstäglichen Rückkehr sichergestellt, dass der Rehabilitand stets einen therapeutischen Mitarbeiter als Ansprechpartner in der Klinik vorfindet.

4.6.5 Rückfallbehandlung

Versicherte, die kurze Zeit nach ihrer regulären Entlassung z.B. trotz eingeleiteter und angetretener Nachsorge oder poststationärer Behandlung erneut in den abhängigen Substanzkonsum zurückgefallen sind, können nach vorangegangener Beratung in einer Fachambulanz beim zuständigen Leistungsträger einen Antrag auf erneute Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ihrer Abhängigkeitserkrankung in Form einer Auffang- oder Festigungsbehandlung stellen. Falls erforderlich, muss eine Entzugsbehandlung vor Aufnahme in die Fachklinik Hase-Ems eingeleitet werden. Die Auffang- oder Festigungsbehandlung dauert in der Regel zwischen 6 und 8 Wochen. Die Rückfallbehandlung der Fachklinik wendet sich dementsprechend an Suchtmittelabhängige, die aufgrund einer Lebenskrise anhaltend rückfällig geworden sind und für die ein ambulantes Angebot nicht mehr ausreicht, um die Krise zu bewältigen.

Das anhaltende oder plötzlich wieder auftretende Verlangen nach einer bestimmten Substanzwirkung (Craving) wird häufig als entscheidende motivationale Komponente des fortgesetzten Konsums oder der Rückfälligkeit nach Abstinenzzeiten angesehen. Die häufigsten Anlässe für Rückfälle sind nicht Überredung, Streit oder Zweifel an der Schwäche gegenüber dem Suchtmittel, sondern unangenehme Gefühle: Ärger, Einsamkeit, Niedergeschlagenheit, Angst, Gereiztheit, Gekränktsein, unerklärliche Stimmungsschwankungen, Gefühle der Sinnlosigkeit und Leere, Anspannung und Nervosität. Rückfälle geschehen auch nicht zum größten Teil auf Festen oder in Lokalen, sondern zu Hause. Die Bewältigung von Rückfallsituationen beeinflusst die Prognose von Suchterkrankungen wesentlich. Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit der Rückfälligkeit ist eine differenzierte Ursachenanalyse, denn Rückfälle haben nicht nur sehr unterschiedliche Auslöser, sondern auch ganz verschiedene Verläufe.

In der Regel liegen symptomfreie Lebensabschnitte, z.B. nach einer stationären Therapie, vor, die positiv bewertet wurden, so dass die Behandlung unmittelbar an diese Erfahrungen anknüpfen kann. Durch die genaue Betrachtung der Rückfallsituation ergeben sich klare Ziele für die stationäre Behandlung. Beeinträchtigungen liegen schwerpunktmäßig im Bereich der beruflichen Teilhabe, während die gesellschaftliche Teilhabe meist noch weitgehend erhalten ist.

Neben der individuellen Aufarbeitung der Rückfälligkeit in der Einzel- und Gruppentherapie schafft auch die Indikationsgruppe „Rückfallprophylaxe“ Grundlagen für eine abstinente Lebensweise. Inhalte sind:

- Vermittlung von Wissen über das Rückfallgeschehen,
- Erfahrungsaustausch persönlicher Rückfallerfahrungen,
- Analyse von Rückfallverläufen nach Marlatt und Gordon,

- Erkennen von Risikosituationen und Erarbeiten von Lösungsstrategien,
- Trinkverlangen, Suchtdruck, Ablehnen von Trinkaufforderungen,
- Alkohol in Speisen,
- Grundlegende Verhaltensweisen als Abstinenzler/Netzwerkorientierung,
- Grundlagen der Psychohygiene,
- Abstinenzkarte, Notfallpass, Abstinenzkreditkarte: praktische Möglichkeiten der Neuorientierung und Krisenprophylaxe.

Es ist ein Vorteil für den Versicherten, dass er das therapeutische Team und die sonstigen Gegebenheiten und Abläufe in der Klinik kennt. Gleichzeitig ist er in der Klinik ebenfalls bekannt und kann eingeschätzt werden. Es müssen lediglich die häufig erheblichen Scham- und Schuldgefühle des Patienten überwunden werden.

Bei der Auffangbehandlung stehen dann die biographisch-anamnestischen Themen nicht mehr an. Sie sind bekannt. Schwerpunkt der Behandlung ist vielmehr die psychotherapeutische Aufarbeitung des Rückfallgeschehens und die Sicherung des erreichten Standes vor allem auch in beruflicher Hinsicht. Es werden Handlungsalternativen für Gefährdungssituationen erarbeitet und erprobt, nötigenfalls auch Kontakte mit dem Arbeitgeber oder mit Institutionen, die die berufliche Entwicklung des Versicherten unterstützen, angesprochen, um zu kooperieren. Voraussetzung ist, dass der Rehabilitand dafür sein Einverständnis erteilt.

Bei der Auffang- oder Festigungsbehandlung wird versucht, die stationäre Form so kurz wie möglich zu gestalten und möglichst rasch in die poststationäre Behandlungsform überzuleiten, um die erreichten Lebensbezüge nicht zu gefährden.

4.6.6 Poststationäre Rehabilitation

In Ausnahmefällen führt die Fachklinik Hase-Ems eine ambulante Rehabilitationsform durch, insbesondere wenn eine regionale Nähe vorliegt (Haselünne und direktes Umfeld) und die Beziehungskontinuität mit dem Bezugstherapeuten weiterhin gewährleistet werden soll. So können im ambulanten Setting noch nicht abgeschlossene Themen der stationären Rehabilitation weiter bearbeitet werden.

Neben den medizinischen Voraussetzungen für eine poststationäre Rehabilitation muss der Rehabilitand

- über die erforderliche Mobilität, physische und psychische Belastbarkeit verfügen,
- über ein stabilisierendes soziales Umfeld und eine stabile Wohnsituation verfügen,
- über die Bereitschaft zur Mitwirkung und zur Einhaltung seines Reha-Plans verfügen,
- über die Bereitschaft, abstinent und suchtmittelfrei am Reha-Programm teilzunehmen.

Eine poststationäre, ambulant durchgeführte Rehabilitationsleistung bei Abhängigkeitserkrankungen ist vor allem indiziert, wenn folgende Aspekte und Zielsetzungen berücksichtigt werden:

- berufsbegleitende Rehabilitation bei vorhandenem Arbeitsplatz,
- Belastungserprobung am Arbeitsplatz während der Rehabilitation,
- Belastungserprobung im häuslichen Bereich, und/oder

- Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds (Familie) zum Erreichen des Rehabilitationsziels.

Grundlegendes Rehabilitationsziel im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist die Verbesserung des Leistungsvermögens sowie der psychischen, körperlichen und sozialen Stabilität und die dauerhafte Teilhabe am Erwerbsleben und am sozialen Leben.

Zu Beginn der Behandlung werden die Ziele auf den Einzelfall abgestimmt und in einem individuellen Behandlungsplan unter Beteiligung des Rehabilitanden festgelegt. Eine Rehabilitationsvereinbarung wird mit dem Rehabilitanden getroffen.

4.7 Rehabilitationsangebote

Je nach Abhängigkeitserkrankung und anderer identifizierter Problembereiche müssen die Rehabilitationsangebote an die verschiedenen Bedarfe der Rehabilitanden angepasst werden. Die individuelle Ausrichtung der Rehabilitation setzt eine klinikinterne Prozesssteuerung voraus, die nach dem Aufnahmeverfahren im weiteren Verlauf der Rehabilitation fortgesetzt wird. Dabei stellen die Medizin, die Psychotherapie und die Ergotherapie/Arbeitstherapie die drei Säulen der Rehabilitation mit Unterstützung des Sozialdienstes. Nach der Analyse der individuellen Problemlage innerhalb der ersten drei Tage erfolgt eine Rehabilitationsplanung und -durchführung, die mit den verschiedenen Berufsgruppen und dem Rehabilitanden festgelegt wird (Therapiezielkonferenz).

Alle therapeutischen Maßnahmen sind untereinander vernetzt, z.B. mit dem übergeordneten Ziel der beruflichen Orientierung bei Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1-5. Neben den verschiedenen Suchtstoffen und Abhängigkeitserkrankungen sind auch die erwerbsbezogenen Problemlagen der Rehabilitanden sehr vielfältig und haben in der Ausrichtung der Rehabilitation eine große Bedeutung. In den einzelnen Angeboten werden die unterschiedlichen Indikationen berücksichtigt. Spezielle Rehabilitationselemente werden angeboten, z.B. für besondere Fragestellungen bezogen auf die Form der Abhängigkeitserkrankung, den Stand im Erwerbsleben, das körperliche und psychische Wohlbefinden oder die sozialen Integration.

Da es mittlerweile keine spezielle Rehabilitandengruppe mit generalisierten Problembereichen und eindimensionalen Zielen gibt, ist die Rehabilitation in der Fachklinik Hase-Ems zwar an den spezifischen und generellen Themen der Abhängigkeitserkrankungen orientiert, richtet sich aber auch und vor allem individuell nach der Situation des Einzelnen. Bei den „Bedarfsgruppen“ finden sich vielfache Überschneidungen durch den in der Regel multiplen Substanzgebrauch. So bevorzugen die Konsumenten illegaler Drogen manchmal nur bestimmte Substanzen, gleichwohl bleibt festzustellen, dass neben den sogenannten „harten“ Drogen auch mindestens problematisch Alkohol und THC riskant oder missbräuchlich konsumiert wird. Auch das Vorbestehen oder die Entwicklung von weiteren Krankheitsbildern oder die Ähnlichkeit der sozialen Situation ist für die Teilhabeplanung entscheidend und nicht suchstoffgebunden. Das **individualisierte Rehabilitationsprogramm** spiegelt sich auch in den einzelnen Rehabilitationselementen wider.

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Am Aufnahmetag erfolgen das ärztliche Aufnahmegespräch und die fachärztliche Untersuchung, das Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten und die Ermittlung des sozialrechtlichen Beratungs- und Interventionsbedarfs. Dabei werden grundlegende

Informationen für die Planung der Rehabilitationsleistung gewonnen. Innerhalb der ersten drei Tage werden eine psychodynamische/ verhaltensanalytische Diagnostik und eine berufsgruppenspezifische Diagnostik durchgeführt.

In der Dokumentation sind die wesentlichen Informationen zur teilhabeorientierten Behandlung enthalten. Unabhängig von der Leistungsträgerschaft enthält der Bericht Aussagen über die Bereiche Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen in relevanten Bereichen, umweltbezogene Kontextfaktoren, Prognose, Beurteilung sowie weitere konkrete medizinische, berufliche, soziale und private Interventionsmöglichkeiten.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Innerhalb der ersten drei Tage nach Aufnahme erfolgen die Erfassung der Schädigungen, Aktivitäten, Teilhabeaspekte und Kontextfaktoren und eine konkrete Festlegung der Rehabilitationsziele durch die ärztliche Leitung und den Bezugstherapeuten/ Psychologen gemeinsam mit dem Rehabilitanden und dem Ergotherapeuten in **der Therapiezielkonferenz**. Daraus können ein Profil über die Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe (entsprechend des ICF) des Rehabilitanden erstellt und eine Einschätzung seines Leistungsvermögens im Erwerbsleben gegeben werden.

Im weiteren Rehabilitationsverlauf dienen die ICF-Komponenten der Abstimmung über notwendige Assessments, der Definition kurz- und mittelfristiger Zwischenziele, der Feinjustierung der Behandlungsplanung sowie der ggf. notwendigen Anpassung der Ziele im Sinne einer passgenauen und individuellen Rehabilitationsbehandlung. Dabei werden die Ziele und Maßnahmen, z.B. im Hinblick auf den Erwerbsbezug, nicht nur in einem Arbeitsfeld, z.B. der Arbeitsdiagnostik, sondern auch in sämtlichen anderen Berufsfeldern der Rehabilitation definiert.

Medizinische Diagnostik

Bei der Aufnahme erfolgt eine umfassende Anamneseerhebung, d. h. der aktuelle allgemeinmedizinische, neurologische und psychische Befund wird erhoben. Zum Aufnahmeprozedere gehören standardisierte laborchemische Untersuchungen von Blut und Urin mit besonderem Schwerpunkt auf dem Screening von Suchtmittelkonsum, Leberinfektionskrankheiten und HIV-Infektion. Die Befunderhebung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem kooperierenden St. Vinzenz-Hospital und dem Medizinischen Versorgungszentrum am Krankenhaus in Haselünne.

Psychologische Diagnostik

Die psychologische Eingangsdagnostik umfasst bei Bedarf eine vertiefende Diagnostik der Suchterkrankung, darüber hinaus routinemäßig eine Persönlichkeitstestung (PSSI), einen Depressionstest (BDI), einen psychosozialen und ressourcenorientierten Test (PREDI), einen Trauma-Screening Fragebogen (TSF) sowie einen Intelligenztest (CFT-20). Bei bekannten komorbiden Störungen oder sich im klinischen Eindruck ergebenden Hinweisen auf weitere Störungen erfolgt eine entsprechende störungsspezifische Erweiterung dieses Spektrums (z.B. BDI, STAI, CAPS, BSL-23, SKID-II). Mit den hier verwendeten Verfahren wird darüber hinaus die Arbeit an den erwerbsbezogenen Zielen unterstützt, die die Rehabilitanden aus den unterschiedlichen BORA-Zielgruppen anstreben.

Psychosoziale Diagnostik

In der psychosozialen Diagnostik wird neben der Anamneseerhebung und der Verhaltensbeobachtung aus allen Bereichen des therapeutischen Milieus sowie den therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen vor allem auf bewährte Diagnostikinstrumente zurückgegriffen. Dazu gehören:

- die Basisdokumentation mit Patfak/PFW und dem Kerndatensatz, ergänzt durch den EBIS-Fragenkatalog; die Suchtdiagnostik wird auf der Grundlage der ICD 10 durchgeführt,
- der ärztliche Anamnesebogen, psychiatrische Beurteilung,
- Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz,
- die psychosoziale Diagnostik in Anlehnung an den PREDI-Bogen (Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik); neben der Therapieplanung kann dieses Instrument auch für die Erfolgskontrolle genutzt werden.

Arbeits- und Ergotherapeutische Diagnostik

Im Rahmen der Aufnahme erfolgt die Erhebung einer differenzierten Arbeits- und Berufsanamnese. Diese beinhaltet sämtliche Arbeits- und Berufserfahrungen, auch im Rahmen von JVA-Aufenthalten, Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Zudem wird die Beschreibung des Arbeitsplatzes bzw. des letzten bestehenden Arbeitsplatzes anhand des Anforderungsprofils erhoben.

Die arbeitstherapeutische Diagnostik erfolgt anhand der SIBAR-Auswertung, in Anlehnung am MELBA, IDA und CogPack. Die Ergebnisse der medizinischen, psychosozialen und der arbeitsbezogenen Diagnostik haben direkten Einfluss auf die Formulierung der teilhabeorientierten Therapieziele und finden Eingang in die Therapieplanungskonferenzen/Fallbesprechungen.

Mit den Ergebnissen der hier eingesetzten Assessments und Screenings (s. BORA-Konzeption im Anhang) wird für den Rehabilitanden mit der Zuordnung zu einer BORA-Zielgruppe gleich zu Beginn der Reha-Leistung ein auf das Teilhabeziel Berufstätigkeit bezogener Status erhoben. Aus diesem Status werden zielorientierte Interventionen abgeleitet, die als solche benannt und in der gesamten Behandlungsplanung prominent berücksichtigt werden.

Prozessuale Diagnostik

Die Diagnostik und Behandlung interkurrenter Erkrankungen erfolgen nach Indikationsstellung durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung oder bei kooperierenden Fachärzten bzw. Krankenhäusern. Während der Rehabilitationsbehandlung können die Sprechzeiten des leitenden Arztes der Einrichtung von allen Rehabilitanden wahrgenommen werden. Dieser führt auch eine kontinuierliche Überwachung der gesamten Behandlung durch.

Häufig werden im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung zusätzliche Persönlichkeitsstörungen und damit verbundene psychische Belastungen und Beeinträchtigungen klinisch deutlich, was in entsprechenden zusätzlichen psychologischen Testungen Bestätigung finden kann. Anhand der Ergebnisse der MELBA-Profilvergleiche erfolgt prozessorientiert ein passgenauer Einsatz sowohl in die unterschiedlichen arbeitstherapeutischen Bereiche innerhalb der Klinik als auch im Rahmen von Belastungserprobungen, Praktika und, soweit möglich, am realen Arbeitsplatz in der externen Arbeitswelt.

4.7.3 Medizinische Therapie

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Erlangung eines Höchstmaßes an funktionaler Gesundheit, um die Teilhabe an relevanten Lebensbereichen wieder herzustellen und zu stabilisieren. Als Grundlage für die Zielformulierung dienen nicht nur die festgestellten Symptome, Diagnosen und Befunde, sondern darüber hinaus die Krankheitsfolgen und deren Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe. Die Problemlöseansätze des Rehabilitanden gehen dabei mit in die Rehabilitationsplanung ein.

Die medizinische Behandlung konzentriert sich in der Aufnahmephase auf die Eingangs-Diagnostik und die Einleitung notwendiger Behandlungsmaßnahmen sowie auf die Erstellung des medizinischen Aufnahmeberichtes. Die Ermittlung und Bewertung der medizinischen Fakten im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden im Erwerbsleben stellen den Schwerpunkt der sozialmedizinischen Sichtweise dar, die von Beginn an in den Rehabilitationsprozess mit einfließt.

Ebenso gehört zum medizinischen Ansatz die Hinführung der Rehabilitanden zu einer insgesamt gesunden Lebensweise, inklusive Ernährungsberatung, Umgang mit Medikamenten, Alltagsstress und Schmerzen. Es erfolgen regelmäßige Informationsvermittlungen zu Infektionsverhütung (besonders Hepatitis B und C, HIV-Infektion) und Aufklärungen über die Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms und dessen Folgen im Umfang von vier Vorträgen, an denen alle Rehabilitanden teilnehmen. Auf der somatischen Ebene sind insbesondere orthopädische Erkrankungen häufig mit Suchterkrankungen verbunden, dementsprechend stellen Physiotherapie, Reha-Sport und Rückenschule wesentliche Bausteine des Gesundheitstrainings dar.

Im weiteren Verlauf verlagert sich der Schwerpunkt auf die Verlaufs-Diagnostik und die Behandlung interkurrenter Erkrankungen.

Das am Ende der Rehabilitationsbehandlung erstellte ärztliche Gutachten ist als Ergebnis dieses Prozesses zu werten, der fortwährend mit dem Rehabilitanden reflektiert wird. Für Patienten, die nicht mehr ins Berufsleben zurückkehren, weil sie z.B. eine Rentenleistung beziehen, wird ein Gesamtkonzept für die Zeit nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme entwickelt, welches das Sozialleben, die Freizeitgestaltung und die gesunde Lebensführung gleichermaßen beinhaltet. Dabei werden die Vorstellungen des Patienten sowie seine soziale und häusliche Umgebung realitätsangemessen zu einem entsprechend der Möglichkeiten integrativen Gesamtplan zusammengefügt, um das Rückfallrisiko zu minimieren. Für diese Patientengruppe kommt die Rentenversicherung als Leistungsträger nicht in Frage.

Komorbide Störungen

„Komorbidität“ wird als zeitlich gemeinsames Auftreten von verschiedenen Störungen bei einem Rehabilitanden definiert. Eine hohe Komorbidität verschiedener Diagnosen des Abhängigkeitssyndroms wird in klinischen Stichproben sowie in Stichproben der Allgemeinbevölkerung regelhaft beobachtet. In der Regel ist erst in der Beobachtung des Krankheitsverlaufs die Unterscheidung zwischen substanzinduzierten psychiatrischen Störungen und psychiatrischer Störungen substanzunabhängiger Genese möglich.

Epidemiologische Erhebungen legen enge Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und Alkoholismus sowie Abhängigkeit und Missbrauch von anderen Substanzen nahe. In der ECA-Studie war das Risiko für Alkoholabhängigkeit bei Probanden mit Schizophrenie um

den Faktor 3,8 höher als in der Allgemeinbevölkerung und das Risiko für andere Substanzabhängigkeiten war um den Faktor 4,2 erhöht.

Depressionen weisen eine hohe Rate an Komorbidität (75-90%) u.a. mit Angststörungen, Zwängen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Suchterkrankungen, aber auch schizophrenen Störungen, hirnorganischen Erkrankungen sowie mit fast allen Persönlichkeitsstörungen auf. Die Frage, ob bei diesen komorbiden Störungen die Depression primär oder als Folgeerkrankung auftritt, ist in der Regel kaum zuverlässig zu beantworten.

Bei bipolaren Störungen besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Alkoholabhängigkeit mit weiteren negativen Folgen. Besonders bei früh beginnenden bipolaren Störungen führt die Alkoholabhängigkeit zu deutlich schwereren Verläufen, verlängerten Episoden, erhöhtem Gewaltpotential der Rehabilitanden und erhöhter Suizidrate.

Auch die Kokainabhängigkeit ist häufig mit einer affektiven Störung assoziiert. In mehreren amerikanischen Studien fand sich bei annähernd 50% der Rehabilitanden, die sich wegen ihrer Kokainabhängigkeit in Behandlung begaben, eine unipolare depressive Störung, eine bipolare Störung wurde bei 20% der Rehabilitanden gefunden.

Der Zusammenhang zwischen Angststörungen und Suchterkrankungen ist komplex und macht die Diagnose wegen überlappender Symptome schwierig. Bei der Alkoholkrankheit wird die Selbstmedikationshypothese favorisiert. Vor allem bei unerfahrenen Cannabiskonsumenten werden durch das Suchtmittel hervorgerufene Panikattacken reduziert.

Im Hinblick auf die Medikamentenabhängigkeit von Sedativa/Hypnotika wird ebenfalls angenommen, dass einerseits Abhängige ihr Medikament ursprünglich im Sinne einer Selbstmedikation gegen die Grunderkrankung genommen haben. Andererseits kann die Medikamentenabhängigkeit weitere Krankheiten in Gang setzen.

In klinischen Studien von Substanzabhängigen erfüllen 24-32% die Kriterien einer ADHS, in Stichproben von ADHS betroffenen Erwachsenen fallen bis zu 50% durch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit auf. Dabei durchlaufen ADHS-Rehabilitanden die so genannten Meilensteine der Suchtentwicklung (Dosissteigerung und Toleranzentwicklung, fortgesetzter Konsum trotz negativer physischer, psychischer und sozialer Folgen) mit einem höheren Tempo.

Von den Persönlichkeitsstörungen weist die antisoziale die engste Beziehung zu Alkoholismus und anderen Substanzmissbrauchsstörungen auf, insbesondere bei Männern. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen ist das Risiko für Alkoholismus bei antisozialer Persönlichkeitsstörung um den Faktor 21,0, für Drogenmissbrauch um den Faktor 13,4 erhöht. In einer Studie an Opiatabhängigen erfüllten 34,8 % der Probanden die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, die antisoziale Persönlichkeitsstörung kam mit 25,1 % am häufigsten vor.

Das Risiko für Alkohol- und Kokainmissbrauch ist auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung erhöht. Familiäre Risikofaktoren, aber auch die Überlappung der diagnostischen Kriterien (eines der diagnostischen Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist langfristiger Substanzmissbrauch) werden diskutiert (Gouzoulis-Mayfrank, 2007).

Die Biographien suchtkranker Menschen sind häufig von traumatischen Lebensereignissen bzw. Lebensumständen geprägt. In diversen wissenschaftlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich traumatische Erfahrungen bzw. daraus resultierende psychische Beeinträchtigungen und Substanzkonsum bei vielen Betroffenen in komplexer Weise wechselseitig bedingen und aufrechterhalten (Lüdecke, Sachse, 2010).

Insgesamt lässt sich somit feststellen, dass exzessives Vorkommen von komorbiden Störungen bei Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit in vielen klinischen und epidemiologischen Erhebungen dargestellt werden konnte. Die Erkennung und sorgfältige Klassifikation der komorbiden Störungen und die integrative Behandlung sind Grundlage für die individuellen Therapieangebote und Rehabilitationspläne.

Umgang mit komorbiden Störungen

Nach Diagnosestellung einer komorbiden Störung, die die Reha-Fähigkeit nicht wesentlich einschränkt, findet dann ein Aufklärungsgespräch zwischen dem betroffenen Rehabilitanden und der leitenden Klinikärztin statt. Hierbei werden dem Rehabilitanden Grundkenntnisse der vorliegenden Begleiterkrankung erläutert.

Wenn beispielsweise eine Persönlichkeitsstörung vordiagnostiziert ist, wird diese bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bedacht, indem immer wieder die Besonderheiten des Temperaments und die damit verbundenen Auffälligkeiten in der Interaktion berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird im Umgang mit Persönlichkeitsstörungen überprüft, welche Grundbedürfnisse in der Herkunftsfamilie frustriert wurden und welche Bewältigungsversuche ausgewählt worden sind. Im folgenden Abschnitt wird der Umgang mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen genauer erläutert und in diesem Zusammenhang die Systematik von Faßbinder, Schweiger und Jacob (2011) übernommen:

Bei emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen wird die erhöhte emotionale Empfindlichkeit immer wieder beachtet. Bei narzisstischen Patienten wurde häufig das Bedürfnis nach Zuwendung und Aufmerksamkeit nicht bzw. nur unter bestimmten Bedingungen erfüllt (konditionale Akzeptanz). In der Herkunftsfamilie wurde häufig wenig körperliche Zuwendung oder emotionale Zuwendung erfahren. Die Rehabilitanden haben oft Modelle kennen gelernt, die den Modus der Selbstüberhöhung vorgelebt haben. Im Erwachsenenalter sind die Rehabilitanden dann häufig überdurchschnittlich misstrauisch. Rehabilitanden mit einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung haben in ihrer Herkunftsfamilie teilweise einen überkritischen und abwertenden Erziehungsstil erfahren. Die Grundbedürfnisse wurden teilweise nicht erfüllt. Diese Erfahrungen spiegeln sich während der stationären Entwöhnungsbehandlung häufig in einem niedrigen Selbstwertgefühl wider. Auch bei dieser Persönlichkeitsstörung spielt das Modelllernen eine wichtige Rolle, da auch hier die Menschen häufig Personen in ihrer Umwelt kennengelernt haben, die Vermeidungsstrategien angewendet haben und diese als hilfreich und sinnvoll bewertet haben. Rehabilitanden mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung mussten in ihrer Herkunftsfamilie das Grundbedürfnis nach Autonomie häufig unterdrücken. Da Fehlverhalten häufig durch Bestrafung korrigiert wurde, blieben Entwicklungsmöglichkeiten aus, die im Erwachsenenalter durch Unsicherheit und Orientierungslosigkeit führen. In den Herkunftsfamilien wurde oft Perfektion vorgelebt. Über zwanghafte Verhaltensweisen in der Gegenwart wird der niedrige Selbstwert stabilisiert.

Anschließend werden das Verständnis für die Erkrankung und Compliance entwickelt. Stehen bei einem indizierten Behandlungsansatz mehrere mögliche Medikamente zur Auswahl, werden die Rehabilitanden aktiv mit eingebunden. Dadurch erhöht sich die Compliance für die Medikation.

Eine Überprüfung von Dosis, Wirksamkeit und Nebenwirkungen findet regelmäßig bei den täglich angebotenen Frühvisiten statt, je nach Bedarf in den Anfangswochen häufiger, gegen Ende der Reha seltener. Die leitende Ärztin informiert das therapeutische Team über die aktuelle Befundlage des jeweiligen Rehabilitanden und gibt Anweisungen für deren Berücksichtigung bei den therapeutischen Interventionen und im Klinikalltag. Rehabilitanden mit komorbiden Störungen werden auch im Hinblick auf ihre individuellen Störungsbilder in den Therapiegruppen mitbehandelt. Zusätzlich werden spezielle Indikationsgruppen angeboten, z.B. Depression oder Angst. Die Patienten werden gezielt von den Bezugstherapeuten in die Gruppe integriert und bekommen im Alltag ggf. einen gesonderten Rehabilitationsplan mit individuellen Aufgaben.

Die integrierte Behandlung wird von den Betroffenen als entlastend erlebt und regt die Mitpatienten häufig zu einer neuen Perspektive auf das eigene Störungsmuster an. In der Gruppe kann es in einigen Fällen auch angebracht sein, über eine Medikamentenumstellung und deren Auswirkungen zu informieren.

Antidepressiva

Bei den meisten hier behandelten komorbiden Störungen handelt es sich um unterschiedliche Depressionsformen. Zum Einsatz als Neueinstellung kommen SSRI, NSRI oder Melatoninabkömmlinge. Die Auswahl der Präparate richtet sich dabei nach evtl. zusätzlich vorliegenden Erkrankungen und den Hauptsymptomen der Depression. Wenn nötig, werden Stimmungsstabilisatoren, hier hauptsächlich aus der Antiepileptika- und Antipsychotikagruppe, verordnet. Trizyklika und MAO-Hemmer kommen sehr selten zum Einsatz.

Antipsychotika

Antipsychotika werden sowohl bei chronischen Psychosen als auch bei Stimmungsschwankungen, Alpträumen und Impulskontrollschwächen im Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung verordnet. Hierbei kommen die neueren Medikamente (Abilify, Quetiapin, Olanzapin) mit gutem Erfolg zum Einsatz. Eine bestehende Medikation mit wenig Nebenwirkung und guter Wirksamkeit wird belassen. Akute Psychosen können in unserem Hause jedoch nicht behandelt werden. Bei deren Vorkommen erfolgt eine Verlegung in die Akutpsychiatrie im St. Vinzenz-Hospital in Haselünne. Mit dem dortigen ärztlichen Team wird dann über den Verlauf und über Möglichkeiten einer Fortsetzung der Reha beraten.

Somatische Begleiterkrankungen

Viele Abhängigkeitskranke leiden zusätzlich unter somatischen Begleiterkrankungen, die im Hinblick auf die Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe der besonderen Berücksichtigung bedürfen. Häufig bestehen zusätzliche orthopädische Erkrankungen oder chronische Schmerzsyndrome. Gerade alkohol- und medikamentenabhängige Menschen haben in ihrer prämorbidem Persönlichkeit einen hohen Leistungsanspruch.

Sie konsumieren Suchtmittel, um sich den Erfordernissen und Erwartungen der Gesellschaft besser anzupassen oder um leistungsfähiger zu sein. Zunächst werden bestehende oder sich entwickelnde Beschwerden und Schmerzen mit dem Suchtmittel „betäubt“. Im weiteren Verlauf der Suchterkrankung mit Toleranzentwicklung und Dosissteigerung kommt es dann zur Abnahme des Leistungsvermögens, psychischer Missstimmung und „Burnout“. In dieser depressiven Verfassung werden die Beschwerden und Schmerzen verstärkt wahrgenommen, was wiederum im Sinne eines Circulus vitiosus zu erhöhtem Suchtmittelkonsum führt. Die häufig chronifizierten und über längere Zeiten nicht adäquat behandelten Störungen sind auch von besonderer sozialmedizinischer Relevanz.

In internistischer Hinsicht stellen insbesondere Lebererkrankungen in Form von Hepatitiden und/oder Leberzirrhosen und akute bzw. chronische Pankreatitis mit Entwicklung eines Diabetes Mellitus häufige Begleiterkrankungen bei suchtkranken Menschen dar. Die Realisierung dieser Erkrankungen von Seiten der Rehabilitanden erfolgt häufig erst nach längerer Abstinenz. Die beeinträchtigte körperliche Leistungsfähigkeit, Ängste hinsichtlich einer eingeschränkten Lebenserwartung, die Belastung für die Partnerschaft u. v. m. können zu psychischen Krisen und erhöhter Rückfallgefährdung führen.

Neurologische Störungen, insbesondere Krampfanfälle und Polyneuropathien, stellen Entzugskomplikationen bzw. bei entsprechender Vulnerabilität längerfristige Folgeerkrankungen des Suchtmittelkonsums dar. Der mit einem cerebralen Krampfanfall einhergehende Kontrollverlust wird von suchtkranken Menschen häufig als zusätzliches Versagen erlebt. Gefühlsstörungen, Kribbelempfindungen und stechende Schmerzen im Rahmen der Polyneuropathie werden als zusätzliche „Behinderung“ und nicht selten auch als Bestrafung für den ungesunden Lebenswandel empfunden.

Gynäkologische Auffälligkeiten in Form von Zyklusunregelmäßigkeiten, Amenorrhoe, ungewollte Schwangerschaften bzw. vermehrte Schwangerschaftsabbrüche stellen bei suchtkranken Frauen Themen dar, die im Zuge der (wieder)erlangten Abstinenz und eines sich entwickelnden Körperbewusstseins thematisiert werden. Die Ermunterung zu gesundheitsbewusstem Verhalten inklusive der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen stellen erste wichtige therapeutische Interventionen dar.

Alkoholtoxische Kardiomyopathien beeinträchtigen insbesondere die physische Leistungsfähigkeit und führen dadurch zur verringerten Belastbarkeit in Alltag und Beruf. Drogen- und/oder Alkohol-induzierte Herzrhythmusstörungen, die teilweise medikamentös behandelt werden müssen, stellen durch Nebenwirkungen der Medikation insbesondere bei fortführendem Suchtmittelkonsum eine teilweise lebensbedrohliche Situation dar. Hier gilt es praktische und theoretische Modelle für den Rehabilitanden zu entwickeln bzw. zu erlernen.

In der Fachklinik Hase-Ems finden somatische Begleiterkrankungen bei der Formulierung der Rehabilitationsziele und der Erstellung des Rehabilitationsplans regelhaft Berücksichtigung. Die Psychotherapie fokussiert in diesen Fällen darauf, die Erwartungen der Rehabilitanden an ihre körperliche Leistungsfähigkeit auf ein realistisches Maß zu bringen und das Bewusstsein für die eigenen Ressourcen zu verbessern. Psychoedukative Therapieeinheiten, z.B. in den Bereichen Schmerz, Diabetes oder Schlaf, vermitteln Informationen über die jeweilige Erkrankung und schulen einen alternativen Umgang mit Schmerzen und Beeinträchtigungen. Durch Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken ist die jeweils indizierte fachärztliche Versorgung und Mitbehandlung

inklusive einer spezifischen medikamentösen Therapie gewährleistet. Massagen, physiotherapeutische Maßnahmen, Kraft- und Fitnesstraining, Rückenschule und Entspannungstherapien fördern die zunehmende Aktivierung der Rehabilitanden. Ziel ist ein weitgehend eigenverantwortlicher Umgang mit den individuell erarbeiteten Bewältigungsstrategien.

Substitution: Ablauf

Am Aufnahmetag werden Rehabilitanden, die substituiert werden, zur niedergelassenen Substitutionsärztin in Haselünne begleitet, mit der eine Kooperationsvereinbarung besteht. Die Ärztin stellt für die individuell angemessene Dosis ein Rezept aus. In Begleitung eines Mitarbeiters wird das Rezept in der Apotheke eingereicht, wo es dosiert bzw. zubereitet wird. Das Substitutionsmedikament wird am gleichen Tag abends durch die Marktapotheke Haselünne direkt zur medizinischen Abteilung/Pflege der Hase-Ems-Klinik gebracht. Die Aufbewahrung erfolgt im Giftschränk/Tresor der medizinischen Abteilung/Pflege. Das Substitut mit seiner Einzeldosierung wird in der Klinik personenbezogen auf Betäubungsmittelkarten eingetragen.

Die Vergabe des Substituts erfolgt morgens nach der regulären Medikamentenausgabe. Den Rehabilitanden wird einzeln und unter ständiger Beobachtung durch eine examinierte Pflegekraft das Substitut in einem separaten Raum der medizinischen Abteilung verabreicht. Die substituierten Rehabilitanden bekommen in der Klinik eine Visitenstunde pro Woche extra und werden regelmäßig in der Praxis der substituierenden Ärztin vorgestellt, um die Herabdosierung zu besprechen. Die Ergebnisse dieses konsiliarischen Gespräches werden mit dem ärztlichen Dienst der Klinik ausgetauscht.

Die meisten Patienten kommen mit dem festen Vorsatz in die Klinik, das Substitut abzusetzen, vor allem um aus der Abhängigkeit der einschränkenden Zeit-Taktung des behandelnden Systems herauszukommen (z.B. aus der täglichen Vergabe um 11.00 Uhr). Gegen Ende der Reha stellt sich bei einigen Rehabilitanden jedoch heraus, dass sie ohne eine mit den verantwortlichen Fachärzten bestimmte Erhaltungsdosis weder insgesamt stabil bleiben noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Um selbst mit einer Erhaltungsdosis dennoch am Erwerbsleben teilnehmen zu können, wird bei der Entlassungsvorbereitung mit den substituierenden Ärzten am Wohnort des Patienten seitens der Klinikärzte darüber verhandelt, die Vergabe des Substituts so zu regeln, dass sie vor oder nach der täglichen Arbeitszeit erfolgt.

4.7.4 Einzel- und Gruppengespräche

Der **Bezugstherapeut** ist unter der Leitung und Letztverantwortung der leitenden Ärztin der Klinik der Koordinator der Gesamtrehabilitation und Teilhabeplanung für die Rehabilitanden. Die Einzel- und Gruppengespräche haben eine zentrale Bedeutung in der Rehabilitation, auch und letztlich vor allem bezogen auf erwerbsbezogene Aspekte. In diesem Rahmen kann der Rehabilitand persönliche, soziale und berufsbezogene Probleme bearbeiten.

Gruppentherapien können einer unterschiedlichen Zielsetzung dienen. Sie können die Persönlichkeitsstruktur oder das Verhalten unterschiedlicher Gruppenteilnehmer verändern, zu einer Modifikation der Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern führen oder die Bedingungen der Existenz reflektieren.

In der teilhabeorientierten Rehabilitation steht im Rahmen der Gruppentherapie die Verhaltensänderung im Vordergrund. Schwerpunkte der Therapie sind:

- die Bewusstmachung von Kognitionen
- die Überprüfung von Kognitionen und Schlussfolgerungen auf ihre Angemessenheit
- die Korrektur von irrationalen Einstellungen
- der Transfer der korrigierten Einstellungen in das konkrete Verhalten

Einheitliche Angebote für alle Rehabilitanden stellen die montags und freitags stattfindenden **Wohngruppentherapien** dar. Diese Gruppentherapie wird mit maximal 12 Rehabilitanden im Zeitumfang von 90 Minuten durchgeführt. Gerade für neue Patienten ist die Bezugsgruppe ein guter Orientierungspunkt, die Vertrautheit schafft und Regelmäßigkeit herstellt. In der Wohngruppe findet dienstags bis donnerstags morgens eine kurze „Morgenrunde“ statt, in der alltägliche Themen des Zusammenlebens oder kleine Vorfälle und Auffälligkeiten besprochen werden. Jedem neuen Rehabilitanden wird ein „Pate“ als Ansprechpartner zugeordnet. Der Bezugstherapeut hat sein Büro im Wohnbereich der Gruppe und ist in der Regel dort ansprechbar. Gleichheit und Unterschiedlichkeit der Teilnehmer bilden eine gute Basis für die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen und individuellen Anliegen: Die Rehabilitanden können ihre persönliche Entwicklung an den Erfahrungswelten der Mitpatienten abgleichen und ihre Sicht auf sich selbst und die Welt neu definieren. Um diesen Erfahrungsraum zu schaffen, hat der Bezugstherapeut eine wichtige integrierende Funktion. Unterstützt wird dies dadurch, dass sein Büro im Wohnbereich der Gruppe liegt.

In der Fachklinik Hase-Ems bietet die Verknüpfung unterschiedlicher Gruppentherapieformen in Anlehnung an die therapeutische Gemeinschaft ein Lern- und Übungsfeld, um über neue Erfahrungen im Zusammenleben emotionale Muster, Verhaltens- und Denkmuster zu modifizieren. Die wichtigsten Wirkfaktoren umfassen den Ausdruck von Gefühlen, den emotionalen Zusammenhalt innerhalb der Gruppe, das gemeinsame zwischenmenschliche Lernen und den Austausch unter den Rehabilitanden über gefundene Lösungswege. Die Ressourcen, die neu oder wiederentdeckt werden, haben auch häufig etwas mit der Arbeits- und Berufswelt zu tun. Das Selbstbild und das Verhalten im Allgemeinen wirken sich auch auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder der Sicherung der Erwerbsfähigkeit aus.

Regelmäßige **einzeltherapeutische Sitzungen**, deren Frequenz sich an dem individuellen Bedarf der Rehabilitanden orientiert, dienen der vertiefenden Bearbeitung der Thematiken aus den Gruppensitzungen sowie sehr persönlicher Thematiken. Bei Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1-5 haben im gesamten Verlauf auch im psychotherapeutischen Setting die erwerbsbezogenen Elemente einen hohen Anteil, und die Teilhabeplanung ist ein wesentliches Element der Rehabilitation.

Psychoedukation und Schulungen dienen der Bewältigung der Erkrankung im Sinne einer aktiven Mitarbeit der Rehabilitanden (Compliance), der Erarbeitung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung und den Erkrankungsfolgen (Selbstmanagement) und der Förderung von informierten Entscheidungen bezüglich der eigenen Lebensführung (Empowerment).

Die edukativen Gruppen werden selektiv durchgeführt in einem Umfang von 4-6 Sitzung à 90 Minuten und werden durch das Patfak-Therapieplanungsprogramm in den Therapieplan des Patienten eingebucht. Die Gruppen orientieren sich weitgehend an den Problemlagen und krankheitsbezogenen Themen der aktuellen Rehabilitanden. Bei der Zuordnung der

Rehabilitanden zu den einzelnen Gruppen findet ein Abstimmungsprozess zwischen Interessen und Neigungen der Rehabilitanden und Empfehlungen der Bezugstherapeuten statt. Die folgende Auswahl verdeutlicht das breit gefächerte Angebot:

- soziales Kompetenztraining
- Training emotionaler Kompetenzen
- Rückfallprophylaxe
- Affektkontrolltraining/Antiaggressionstraining
- Stressbewältigung
- Nikotinentwöhnung
- Cannabis-Ablehntraining
- Freizeit und Sucht
- Entspannungstraining
- sonstige Schulungen und Trainings, z. B. Sprachkurse, Stress am Arbeitsplatz, Alltagsplanung ohne Arbeit
- Bewältigung von Arbeitslosigkeit
- Basiswissen Sucht
- Umgang mit depressiven Verstimmungen
- Umgang mit Ängsten und sozialen Phobien
- Wiedererlangung des Führerscheins
-

Die speziellen Anforderungen und Fragestellungen für die Abhängigkeitsformen „Glücksspielsucht“ und „Illegale Drogen“ finden in eigenen Indikationsgruppen Berücksichtigung.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Im Rahmen von rehabilitativen Maßnahmen ist es zielführend, die Arbeitssituation von Rehabilitanden in ihrer Bedeutung gleichermaßen als einen potenziell die Erwerbsfähigkeit gefährdenden Belastungsfaktor, als Quelle der Bedürfnisbefriedigung und als Möglichkeit, persönliche Kompetenzen nutzen und entwickeln zu können, zu thematisieren. Dies wird auch in konkreten Maßnahmen der Arbeitstherapie und Ergotherapie überprüft und trainiert. Mit dem Wegfall von Arbeit kann ein Verlust von Tagesstruktur, äußeren Anforderungen, Aktivität und Sinnstiftung verbunden sein.

Dementsprechend werden Maßnahmen zur beruflichen Orientierung der Rehabilitanden in unterschiedlichster, individueller Art und Weise gefördert.

Bereits vor Behandlungsbeginn wird im Zuge der Beantragung im Sozialbericht eine ausführliche Ausbildungs- und Berufsanamnese erhoben. Diese wird in der Klinik aufgenommen und nach Gesichtspunkten der BORA-Konzeption vertieft. Auf dieser Grundlage werden die individuelle berufliche Bedarfslage des Rehabilitanden besprochen und Perspektiven erarbeitet. Die Zielsetzung des Einzelnen richtet sich nach dem Grad der individuellen Schädigungen, Funktionsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen. Grundlage der Einschätzung ist das bio-psycho-soziale Bedingungsgefüge und die Ermittlung der vorhandenen Ressourcen, Barrieren und Kontextfaktoren, die der vermittlungsrelevanten Arbeitsfähigkeit entgegenstehen oder diese fördern.

Im Laufe der Rehabilitation werden in Abhängigkeit zur spezifischen, beruflichen Problemstellung unterschiedliche Angebote bereitgehalten:

Arbeitstherapie/ Ergotherapie

Die Arbeitstherapie ist gegenständlich und ist daher ein Gegenpol zu den eher rational ausgerichteten Gesprächstherapien. Zunächst werden im Rahmen der ergotherapeutischen Diagnostik die funktionalen Einschränkungen gemessen, bewertet und Leistungsprofil und Anforderungsprofil erstellt. Durch geeignete Fördermaßnahmen sollen die Fähigkeiten erweitert werden. Es lassen sich bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten schulen, aber auch die Motivation und das Selbstbild überprüfen. Die Arbeitstherapie/Ergotherapie ist weitestgehend an den Erfordernissen der Arbeitswelt ausgerichtet oder spiegelt einzelne Elemente dessen wider. Im Rahmen der Rehabilitationsplanung erhalten besonders Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1-5 in der Arbeitstherapie und Ergotherapie ein passgenaues Angebot, je nach Indikation und Zielsetzung. Dazu gehören:

- Arbeitsbezogene Trainings (Holz und Metall, EDV),
- Hirnleistungstraining, (CogPack)
- angeleitete Projektarbeit (z.B. Freizeitplanung),
- Freizeitkompetenztraining, (Umgang mit kreativen Techniken),
- Klinikinterne Dienstleitungen (z.B. Blumenpflege, Tischdienste bei den Essenszeiten).

Es sollen Kompetenzen wieder hergestellt und neue Ressourcen entdeckt werden. Dabei werden folgende Bereiche erfasst:

- Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration, Merkfähigkeit),
- Soziale Fähigkeiten (Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe),
- Selbstbild (Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen).

Diese hier genannten Faktoren sind auch für die Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1-4 gleichermaßen, aber in unterschiedlicher Bewertung wichtig und angemessen. Es gilt vor allem diese Kompetenzen unter den Bedingungen der Abstinenz z.T. neu zu erwerben oder aber zu festigen und neu zu erleben und zu bewerten. Anders als bei den somatischen und psychosomatischen Reha-Indikationen müssen wir davon ausgehen, dass die Rehabilitanden, für die eine stationäre Reha indiziert ist, durchschnittlich zwölf Jahre manifest abhängigkeitskrank waren, ehe sie die Reha begonnen haben. Sie standen in dieser Zeit eher mehr als weniger unter dem Einfluss hochtoxisch wirkender Substanzen. Diese haben einen spezifischen Einfluss auf das gesamte Organsystem, wobei hiermit das neuronale System und die Areale des die exekutiven Funktionen steuernde Frontalhirns i.S. eines Umbaus gemeint sind.

Das bedeutet, dass auch Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 1 hinsichtlich ihres Wiedereinstiegs in die berufliche Tätigkeit, aus der sie kommen, sowohl ihre Selbsteinschätzung neu justieren als auch lernen müssen, mit Fremdeinschätzungen neu umzugehen. Die Fremd- Selbstwahrnehmung wird ohne den Einfluss von Substanzkonsum anders erlebt und wirkt sich im sozialen Umfeld entsprechend aus. Erst recht gilt das für die Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 2-4. Die diesbezüglichen Beobachtungen der Therapeuten sämtlicher Professionen werden in den regelmäßig stattfindenden

Fallkonferenzen zusammenzuführt, ausgewertet und für die weitere Behandlungsplanung ebenfalls berücksichtigt. In den Fallkonferenzen achtet ein vom therapeutischen Team Beauftragter auf die Einhaltung dieser wichtigen Prämisse.

Mit internen Belastungserprobungen im Arbeitstherapiebereich werden die Rehabilitanden an die Struktur und den Ablauf eines Arbeitstages, einer Arbeitswoche und an Arbeitsprojekte herangeführt. Der Erwerb dieser Kompetenzen wird durch externe Praktika erweitert.

Sozialrechtliche Beratung

Hier geht es um die beruflichen Perspektiven des Rehabilitanden, d.h. um Berufsfindung, Arbeitsplatzfindung oder Arbeitsplatzsicherung/Wiedereingliederung. Der Rehabilitand erhält Informationen, Hilfe zur Selbstbefähigung, Entscheidungshilfen in sozialrechtlichen Fragestellungen sowie persönliche Hilfen (z. B. Antragstellungen zur Erlangung von Sozialleistungen). Die individuelle Behandlungsplanung und weitere arbeitsbezogene Interventionen werden entwickelt.

Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Therapeuten wirken mit bei der Berufsklärung, der Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, der Durchführung von Arbeitsplatzbesuchen sowie der Wiedereingliederung in das berufliche Umfeld. Zudem beraten und vermitteln sie in berufsfördernde Maßnahmen und geben persönliche Hilfen zur beruflichen Reintegration. Dies geschieht unter Einbeziehung der Mitarbeiter der Arbeitsagenturen und den Reha-Beratern der Deutschen Rentenversicherungen sowie den regionalen Service- und Beschäftigungsagenturen. Indikationsgeleitet werden die Rehabilitanden weiteren Beratungs- und Behandlungsangeboten des Caritasverbandes zugeführt, wie z.B. der Familienberatung, Kur- und Erholungsberatung, Schuldnerberatung etc..

Eine weitergehende Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz oder Ausbildungsplatz kann im Einzelfall durch direkte Ansprache von Arbeitgebern erfolgen.

In enger Zusammenarbeit mit der Arbeits- und Dienstleistungsgesellschaft der Caritas und unter Nutzung der guten Kontakte zu den Firmen in den Regionen können sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsmöglichkeiten akquiriert werden.

Fallmanagement Sucht

Die Fachklinik Hase-Ems nimmt in Zusammenarbeit mit der DRV Braunschweig-Hannover und dem externen Bildungsträger BNW am Projekt „Fallmanagement Sucht“ teil. Ziel ist ein nahtloser Übergang im Bereich Teilhabe. Fallmanagement ist zunächst für arbeitslose Versicherte in der medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger (einschließlich Adaption) vorgesehen. Bei einer Kombi-Nord-Behandlung sollte das Fallmanagement im letzten stationären Modul eingeleitet werden. Voraussetzungen sind u.a., dass die Zeit der Arbeitslosigkeit zu Beginn der Rehabilitation nicht länger als zwei Jahre beträgt oder dass die persönlichen Ressourcen und Voraussetzungen im Umfeld eine positive Eingliederungsprognose erwarten lassen. Außerdem sollte der Rehabilitand motiviert und daran interessiert sein, aktiv am Fallmanagement teilzunehmen. Die enge Kooperation zwischen dem Mitarbeiter der Klinik, dem Berater der DRV, dem Bildungsträger und dem Rehabilitanden ermöglichen eine konkrete Planung der Maßnahme und die Begleitung des Patienten mit dem Ziel der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit.

Soziale Gruppenarbeit

Im Rahmen der sozialen Gruppenarbeit können der vorübergehende Umgang mit Arbeitslosigkeit thematisiert, ein Training sozialer Kompetenzen durchgeführt und der Umgang mit Konflikten und Autoritäten besprochen werden.

- Bewerbungstrainings unter Berücksichtigung der schulischen und beruflichen Qualifikationen,
- PC Kurs,
- zielgerichtete Recherche von Stellenangeboten,
- das Erstellen von Bewerbungsunterlagen und
- die Erprobung von Vorstellungsgesprächen können bedarfsgerecht angeboten werden.

Zur Wiedererlangung des Führerscheins zur Verbesserung der beruflichen Mobilität, Flexibilität und Erweiterung der beruflichen Qualifikation werden regelmäßig differenzierte Informationen durch Fachkräfte der Dekra und TÜV angeboten. Dabei sind die Rahmenbedingungen z.B. für die Durchführung von forensisch gesicherten Laborbefunden entscheidend für die erfolgreiche Strategie zur Vorbereitung auf die MPU.

Integration in das Erwerbsleben

Bei Rehabilitanden, die noch in Arbeitsverhältnissen sind (BORA-Zielgruppe 1 und 2), werden die Arbeitgeber, wo dies möglich und sinnvoll ist, in die Behandlung mit einbezogen. Bilanzierungsgespräche im Sinne der Selbst- und Fremdeinschätzung des Arbeitsverhaltens, der Teamfähigkeit und des Arbeitstempos sind möglich. Bei Gefährdung des Arbeitsplatzes, bei Konflikten mit Kollegen oder Vorgesetzten, Über- und Unterforderung am Arbeitsplatz oder bei beruflichem Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz nach längerer Erkrankung sind Beratungsgespräche zur Klärung sinnvoll. Eine Beratung von Arbeitgebern vor, während und nach der Einstellung kann ebenfalls erfolgen. Im Rahmen der Angebote des Caritasverbandes zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Sozialberatung im Betrieb bestehen weitere Möglichkeiten für Betriebe und Arbeitgeber, sich zu informieren oder Leistungen anzufragen. Ebenso werden die Rehabilitanden auf BEM-Gespräche oder auf die stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell vorbereitet.

Gerade bei arbeitssuchenden Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 3 und 4, aber auch teilweise 5 werden durch die Vermittlung von Betriebspraktika realistische Rahmenbedingungen geschaffen, in denen berufliche Fähigkeiten überprüft und verbessert werden. Darüber hinaus entstehen direkte Kontakte zu potenziellen Arbeitgebern. Für Rehabilitanden, die auf Grund körperlicher, psychischer oder anderer Beeinträchtigungen nicht in ein Betriebspraktikum zu vermitteln sind, können andere berufsbezogene Maßnahmen durchgeführt werden, z.B. die zeitweilige Beschäftigung in einer Einrichtung des zweiten Arbeitsmarktes als Zwischenstufe oder Sprungbrett in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt.

Die berufsintegrativen Maßnahmen werden von Arbeits-/Ergotherapeuten begleitet. Sie sind zu Behandlungsbeginn für die Erhebung der ausführlichen Ausbildungs- und Berufsanamnese verantwortlich, führen ein Arbeitsfähigkeitenprofil und eine Dokumentation in Anlehnung an MELBA durch, unterstützen die Rehabilitanden in der Arbeitstherapie und den internen Belastungserprobungen, begleiten die Rehabilitanden bei der Praktikumssuche und halten regelmäßig Kontakt zu den Praktikumsgebern, auch am Arbeitsplatz.

Rehabilitanden, bei denen eine Berufsfindung oder eine berufliche Neuorientierung im Vordergrund steht, werden von den Arbeitstherapeuten in der Kontaktaufnahme zum Arbeitsamt und in der Durchführung von Berufseignungstests begleitet.

Zum Ende der stationären Rehabilitation in der Fachklinik Hase-Ems werden ggf. konkrete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben in die Wege geleitet, Kontakte hergestellt und Planungen für weitere Schritte in Fortführung der bisher erfolgten Leistungen erstellt.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

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

In der Sporttherapie werden bewegungstherapeutische Maßnahmen ergriffen, um mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu kompensieren, zu regenerieren, Sekundärschäden vorzubeugen und gesundheitlich orientiertes Verhalten zu fördern. Die Sporttherapie soll Patienten helfen, körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen zu überwinden, indem die Körperwahrnehmung verbessert, sowie die Kraft, Ausdauer und Koordination gesteigert wird. Sie ist nicht auf Leistung ausgerichtet, sondern soll den Patienten durch Sport aktivieren und zu einem angenehmen Körpergefühl führen. Im Sinne eines dichotomen Ansatzes werden auf der einen Seite bewegungstherapeutische und auf der anderen Seite entspannungsfördernde Verfahren zum Einsatz gebracht, um eine ausgewogene und nachhaltige physische Leistungssteigerung zu erzielen. Dem Rehabilitanden stehen in der Sporttherapie folgende bewegungstherapeutische Angebote und Leistungen zur Verfügung:

- Krafttraining
- Mannschaftssport (Fußball, Volleyball)
- Nordic-Walking
- Spinning
- Laufgruppe
- Rückenschule
- Koordinationstraining
- Gymnastik
- Wassergymnastik
- Schwimmen
- Freizeitsport
- Entspannungsverfahren

4.7.7 Freizeitangebote

Freizeit soll Spaß machen und entspannen. Oft ist jedoch die Fähigkeit der Rehabilitanden, freie Zeit selbstständig und aktiv zu gestalten, durch die Sucht verloren gegangen. Beim Spielen, beim kreativen Gestalten und bei gemeinsamen Aktivitäten mit Rehabilitanden kann jeder seine Begabungen und Vorlieben ausprobieren. Dieses Angebot gibt Anregungen und vermittelt Ideen, um wieder Anschluss an eine selbstständig gestaltete Freizeit zu bekommen. Es kann „Neues“ gelernt und „Altes“ wieder entdeckt werden.

Im kreativen Umgang mit verschiedenen Materialien sollen die Rehabilitanden sich mit Erfolg oder Misserfolg auseinander setzen und ihre Grenzen erkennen. Das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl wird durch das Erschaffen eigener Dinge gestärkt, die Konzentration geschult und die Ausdauer gefördert. Gemeinsame - auch selbst organisierte - Aktivitäten der Rehabilitanden außerhalb der Einrichtung stärken das Gemeinschaftsgefühl und geben Impulse für eine eigenständige Freizeitgestaltung nach Abschluss der Therapie. Hierzu zählen Wanderungen, Schwimmen, Museumsbesuche, Konzertbesuche und Aktivitäten im Rahmen des regionalen Kulturangebotes.

Die Angebote zur Freizeitgestaltung und zur Förderung der Kreativität sind fest eingebettet in das wöchentliche Therapieprogramm, die Teilnahme ist z.T. verpflichtend. Neben diesen von der Klinik organisierten Freizeitaktivitäten werden alle Rehabilitanden motiviert, ihr Freizeitverhalten außerhalb der Einrichtung zu (re)aktivieren. Zielsetzung ist es hier, ein Freizeitverhalten aufzubauen, das über die Behandlung hinaus Bestand haben kann und langfristig zu einer befriedigenden Freizeitgestaltung beiträgt.

4.7.8 Sozialdienst

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

Folgende sozialarbeiterische Angebote werden im Rahmen der **Einzelberatung** durchgeführt:

- Aufnahmeverfahren obligatorisch bei jedem Patienten: Relevante sozialrechtliche Datenerhebung (Rechtliche Situation, Wohnungssituation, finanzielle Situation, Arbeitssituation)
- Beratung und Information im Bedarfsfall während der Rehabilitation: Klärung der Finanzen, Unterstützung bei Antragstellungen, Erstellung von Aufenthaltsbescheinigungen, Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten
- Kooperation u.a. mit Jobcenter, Arbeitsagenturen, Krankenkassen, Schuldnerberatungen, Behörden, Ambulanter Justizsozialdienst (ASD)
- Einleitung von Nachfolgemaßnahmen zur sozialen Integration, z.B. Betreutes Wohnen, ambulante Wohnassistenz nach §53, 54 Eingliederungshilfe SGB XII
- Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, z.B. BEM (Berufliches Eingliederungsmanagement)

Im Rahmen der Beratung und Einleitung von Maßnahmen wird unter individuellen und ganzheitlichen Gesichtspunkten Hilfe zur Selbsthilfe angeboten, um einen nachhaltigen Erfolg sicherzustellen, da sich die Lebenssituationen in der Regel im Anschluss an die Rehabilitation kontinuierlich verändern.

Damit die Rehabilitanden dazu befähigt werden, ihre sozialen Angelegenheiten selbst regeln zu können, werden regelhaft **Informationsveranstaltungen** zu folgenden Themen angeboten:

- Vermittlung von sozialen Basisinformationen, den Grundprinzipien der Sozialgesetzgebung (z.B. Klärung der Ansprüche zur wirtschaftlichen Sicherung, Krankenversicherung)
- Finanzen und Schulden (z.B. Haushaltsbudget, Privatinsolvenz, Pfändungsschutzkonto, Finanzplanung)
- Arbeit und Wohnen: berufliche und soziale Wiedereingliederung nach der Therapie und Informationen über Förderungsmöglichkeiten nach SGB II und SGB III, z.B. LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Typische Themen in diesem Bereich sind Antragshilfen (SGB-Leistungen), die zunächst einmal die Rehabilitation selbst betreffen, die Einleitung von Schuldenberatung und eine sozialrechtliche Beratung (berufliche Perspektiven, evtl. integrationsbezogenes Fallmanagement (FM) Sucht, Wohnen, ambulante Wohnbetreuung, wirtschaftliche Sicherung, rechtliche Fragen, Teilhabe behinderter Menschen, Rentenfragen, Schwerbehinderung sowie Fragen zur Medizinisch- Psychologischen Untersuchung zur Wiedererlangung des Führerscheins). Für die Zeit nach der Therapie ist es wichtig, dass der Rehabilitand im Vorfeld seine Ansprechpartner am Wohnort kontaktiert, weitere ggf. notwendige Schritte einleiten oder begonnene Prozesse weiter verfolgen kann.

4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung

Zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs ist eine gesunde Lebensführung unerlässlich. Der Konsum von Suchtstoffen geht häufig einher mit der Vernachlässigung von wichtigen Lebensbereichen, dazu gehört auch die Ernährung und die Aufmerksamkeit auf die körperliche Gesundheit insgesamt.

In der Lehrküche bekommen die Rehabilitanden Informationen über das Zubereiten fettarmer Gerichte, vegetarischer Gerichte und Mahlzeiten, die reich an Vitaminen, Mineralien und Ballaststoffen sind und die dazugehörigen theoretischen Hintergründe. Gleichzeitig werden sie dazu angeregt, ihre individuelle Ernährungssituation zu reflektieren und ganz persönliche Ziele für ein gesundes Ernährungsverhalten zu entwickeln. Ziel ist es, wieder Bewusstsein für die Bedeutung der Ernährung für die Gesundheit zu schaffen. Dafür erfahren sie durch das theoretische Wissen, was sie zur Änderung des Ernährungsverhaltens benötigen und werden für eine gesunde Ernährungsweise sensibilisiert. Das praktische Tun stärkt die Motivation und die Fähigkeiten zur Umsetzung in den Alltag.

Grundlage des Konzeptes der Fachklinik Hase-Ems bilden die aktuellen Empfehlungen der DGE, die eine praktische Orientierungshilfe darstellen. Es gibt eine gute evidenzbasierte Grundlage für die Beschreibung einer gesundheitsförderlichen Ernährung. Im Gegensatz zu früheren Empfehlungen ist klar, dass keine detaillierten Vorgaben für die verschiedenen Makronährstoffgruppen möglich sind, sondern eher breite Korridore existieren, die den großen Vorteil haben, dass damit die individuellen Ernährungsgewohnheiten der Menschen viel stärker als in der Vergangenheit berücksichtigt werden können und müssen. Gleichzeitig kommt es auf das gesamte Ernährungsmuster und weniger auf einzelne Bestandteile an (DRV: Ernährungsmedizin in der Rehabilitation, 2013).

Das Konzept der **Lehrküche** der Fachklinik Hase-Ems besteht aus zwei Modulen:

- 2 Unterrichtseinheiten Ernährungsberatung
- Drei Doppelseinheiten praktische Umsetzung: In der Lehrküche kann das Wissen, das in der Ernährungsberatung erworben wurde, in die Tat umgesetzt werden. Es gibt Gelegenheit,

neue Rezepte auszuprobieren und die Rehabilitanden erhalten viele praktische Tipps, die sie zu Hause nutzen können.

Modul 1: Ernährungsberatung

Es werden den Rehabilitanden Kenntnisse zur Selbstversorgung nach dem Konzept und den Richtlinien (D-A-C-H Referenzwerte & Beratungsstandard) der Deutschen Gesellschaft für Ernährung vermittelt.

Ein Hauptthema ist die Ermittlung des eigenen Gesamtenergiebedarfes. Besondere Berücksichtigung finden medikamentös bedingte Veränderungen des Hungergefühls.

Darüber hinaus werden Kenntnisse hinsichtlich Makronährstoffe und Mikronährstoffe vermittelt. Auch die tägliche Flüssigkeitszufuhr ist von großer Bedeutung.

Die Ernährungsberatung findet unter Beachtung der Methodik & Didaktik im Umfang von zwei Einheiten statt. Ziel ist es, die Rehabilitanden an eine gesunde Lebensweise heranzuführen.

Modul 2: Lehrküche

An drei Terminen (à 2 Zeitstunden) findet im Anschluss an die Ernährungsberatung die Lehrküche statt. In der Lehrküche vermittelt die Diätköchin gesundes Kochen im Alltag, hier geht es um die praktische Zubereitung gesunder Menüs mit den Schwerpunkten fettarme, vitamin- und mineralstoffreiche, sowie vegetarische Kost. Dabei wird auch die praktische Umsetzung im Alltag der Rehabilitanden unter Berücksichtigung der individuellen Situation mit den Teilnehmern besprochen.

Die Rezepte werden mit den Rehabilitanden besprochen. Dabei werden die Erkenntnisse aus der Ernährungsberatung vertieft durch praktisches Tun: Unter Anleitung der Diätköchin werden die Gerichte von den Rehabilitanden zubereitet. Dabei fließen folgende Themen ein:

- Kennen lernen einer gesunden Ernährungsweise (Ernährungskreis DGE)
- Ernährungswissen vermitteln: Wie sieht ein ausgewogenes und vielfältiges Essverhalten aus?
- Was sollte man bei der Lebensmittelauswahl und Zubereitung beachten?
- Die wichtigsten Garverfahren und ihre besonderen Merkmale
- Hygiene und Umgang mit Lebensmitteln und Arbeitsgeräte

In den drei Einheiten werden warme Gerichte zubereitet, Salat und Beilagen, und Nachspeise. Nach der Zubereitung der Gerichte wird das Essen gemeinsam verköstigt. Bei dem gemeinsamen Essen ist Gelegenheit, die Erfahrungen auszutauschen, Fragen zu stellen und die Umsetzung in den Alltag zu besprechen.

Die Rehabilitanden erhalten nach Teilnahme an der Lehrküche ein Rezeptheft.

Die ärztliche Abteilung verordnet bei bestimmten Krankheitsbildern eine individuelle **Ernährungsberatung**

- Diätberatung bei Adipositas, Diabetes mellitus, Allergien
 - Gesundheitliche Einschränkungen, z.B. gastroenterale Störungen,
- > individuelle Beratung und Ernährungsrichtlinien bezogen auf die individuelle Situation mit Tipps für die praktische Umsetzung

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Rehabilitanden sollten, wann immer sinnvoll und möglich, von einem Angehörigen oder einer Bezugsperson, die selbst keine Suchtstoffe konsumiert, unterstützt und begleitet werden. Diese Personen sollen den Entwicklungsprozess unterstützen und für die Zeit

außerhalb der Einrichtung als Ansprechpartner zur Verfügung stehen können. Da Störungen oder Krisen im Therapieprozess nicht auszuschließen sind, spielen Bezugspersonen vor allem in der individuellen Notfallplanung eine wichtige Rolle.

Da nahe Angehörige zu co-abhängigem Verhalten neigen können, sollen diese nach Möglichkeit in den Therapieprozess einbezogen werden. Dafür macht das klinische Setting folgende therapeutisch begleitete Angebote:

- regelmäßige Informationsveranstaltungen für Angehörige,
- regelmäßige Angehörigengespräche oder Gespräche mit Bezugspersonen,
- Teilnahme von Angehörigen oder Bezugspersonen an geeigneten Gruppensitzungen,
- Durchführung von Angehörigenseminaren.

Durch die Einzel- und Gruppenarbeit mit den Angehörigen sollen diese nicht nur hinsichtlich der Gefahren von Co-Abhängigkeit geschult werden, sondern auch als Partner für den Rehabilitationsprozess gewonnen werden, da sie das Interesse an der Suchtmittelfreiheit auch außerhalb der Therapiezeiten mit allen Beteiligten teilen.

Sie werden somit nicht in erster Linie als Kontrolleure gesehen, sondern stehen im systemischen Sinne als Mitbeteiligte am Gesamtprozess und als aktive Ratgeber und „Türöffner“ im Krisenfall zur Verfügung. Da diese Mitarbeitsbereitschaft in der Regel freiwillig erfolgt, müssen alle zunächst ihre Mitwirkung ausdrücklich erklären. Selbstverständlich haben sie jederzeit das Recht, diese aufzukündigen.

Informationsveranstaltungen für Angehörige

Mit der Intention einer ersten Kontaktaufnahme und allgemeiner Informationsvermittlung werden regelmäßig Angehörigenstunden unter Leitung von Gruppen- und Bezugstherapeuten angeboten. Die Angebotspalette der Fachklinik wird zusätzlich in einer übersichtlichen Informationsschrift (Flyer) und auf der Webseite dargestellt.

Angehörigengespräche

Alle Rehabilitanden haben die Möglichkeit, mit ihren Bezugstherapeuten qualifizierte Angehörigengespräche zu führen. Die Perspektiven dieser therapeutischen Arbeit werden in Einzel- und Gruppensitzungen sowie bei den Informationsveranstaltungen und entsprechenden Medien beworben.

Angehörigenseminare

Negative Kommunikationen und Interaktionen, die Vernachlässigung partnerschaftlicher und familiärer Pflichten und daraus folgend Eskalationen im Zusammenhang mit psychischen, körperlichen, beruflichen und finanziellen Beeinträchtigungen machen das Zusammenleben mit einem von Abhängigkeit Betroffenen für Angehörige sehr belastend. Gleichzeitig stellen stabile soziale Beziehungen, insbesondere eine tragfähige Partnerschaftssituation, eine wichtige Stütze bei der Bewältigung der Störung dar und können eine besonders wertvolle Hilfe zur Aufrechterhaltung von Abstinenz sein.

Die dysfunktionalen Aspekte und die Chancen in der Partnerschaft werden deshalb in diesen mindestens dreitägigen (Intensiv-)Angehörigenseminaren beleuchtet und behandelt. Thematisiert und bearbeitet werden insbesondere

- Angst vor Rückfällen/Rückfallprophylaxe,
- Misstrauen gegenüber dem Abhängigen auf Seiten des Angehörigen,
- Schuldgefühle und/oder übersteigerte Wiedergutmachungstendenzen auf Seiten des Rehabilitanden,
- positive Bedingungen für eine zufriedene Abstinenz (Psychohygiene),
- Klärung der familiären und Partnerschaftssituation,
- konstruktive Veränderung von Kommunikation und sozialen Beziehungen (Kommunikations- und Konfliktkultur).

Die Angebote sind für den Rehabilitanden und dessen Angehörigen freiwillig und die Indikation wird mit dem Bezugstherapeuten besprochen. Für die Seminar-Angebote stehen umfassende und ansprechende Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Familien- und Partnerseminare decken oftmals spezifische Probleme im Familienverband auf, für die eine weitere Familientherapie vor Ort empfohlen wird. Hier ist die bewährte enge Kooperation mit ambulanten Suchtberatungsstellen, Partner- und Familienberatungsstellen und anderen Institutionen notwendig und sinnvoll.

Im Rahmen von Belastungserprobungstagen, Wochenendbefreiungen und Gruppenbesuchen der Selbsthilfegruppe kann schon während der Rehabilitation mit Hilfe der Bezugstherapeuten und Fachambulanzen ein Transfer der psychosozialen Lernprozesse in das persönliche Umfeld begonnen werden. Der Prozess orientiert sich am sozialen Kontext des Rehabilitanden, dabei ist eine Wohnortnähe von Vorteil.

4.7.11 Geschlechtsspezifische Angebote

Gender (engl.) bezeichnet in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht (= sex, engl.) die sozial und kulturell bedingten Eigenschaften, Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern. Die gesellschaftspolitische Strategie zur Einführung und Durchdringung von Gleichberechtigung der Geschlechter in allen Lebensbereichen wird `gender mainstreaming` (=Gender-Politik zum gesellschaftlichen `Hauptstrom` machen) genannt. Die Wurzeln dieses Prinzips liegen in der weltweiten Frauenbewegung und ihrer Erfahrung mit der Durchsetzung von Chancengleichheit der Geschlechter.

Chancengleichheit und gleichwertige Beteiligung der Geschlechter in der Gesellschaft bedeutet aber nicht, dass diese gleichartig oder identisch sind oder sein sollen. Gleichwertige Beteiligung setzt voraus, die geschlechtsspezifischen Unterschiede, ihre Gegebenheit oder ihre Entstehung zu kennen und zu verstehen, um eine bestmögliche Versorgung, hier: Gesundheitsversorgung, vorhalten zu können. Vor diesem Hintergrund ist Gendermainstreaming auch ein Thema der Politik und Strategie in den Diensten und Einrichtungen im Geschäftsbereich Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V.

Menschen mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen, individuellen Ressourcen, in verschiedenen biographischen Stadien konsumieren aus ganz unterschiedlichen Motiven psychotrope Substanzen. Und es gibt Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei Konsum- und Verhaltensmustern. Das zeigt ein Blick auf die Geschlechterverteilung bei Störungen/Abhängigkeiten: Alkohol: 1/3 Frauen, 2/3 Männer - Illegale Drogen: 1/3 Frauen,

2/3 Männer - Path. Glücksspiel 10% Frauen, 90% Männer - Medikamente: 2/3 Frauen, 1/3 Männer - Essstörungen: 90% Frauen, 10% Männer.

Geschlechterspezifische Beratung und Behandlung hat in den Diensten und Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe des Caritasverbandes Osnabrück im Bereich der frauenspezifischen Suchtarbeit schon eine gute Tradition, akzentuiert auf „Männer und Sucht“ erhält der Genderaspekt, hier also die Problematik der männlichen Rolle, erst in den letzten Jahren und insbesondere vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich Trauma und Sucht, eine entsprechende Würdigung. Bei den Frauen stehen ihre Identität der Frau, ihr Rollenverständnis, ihre Lebenssituation, ihr Erfahrungshintergrund und ihre Körperlichkeit häufig im Fokus des therapeutischen Handelns. Dadurch stellen sich die Rehabilitationsziele für Frauen oft sehr vielschichtig dar.

Während bei männlichen Rehabilitanden häufig Aspekte der Wiedereingliederung in den Beruf im Vordergrund stehen, spielen für Frauen zunächst Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung, der Beziehung zu Kindern, versorgungsrechtliche Aspekte, Gewalterfahrung, Schuld- und Schamgefühle, Probleme im Umgang mit dem eigenen Körper, sexuelle Probleme, gynäkologische Aspekte, Aborte sowie Insuffizienzen und Unsicherheiten in der Lebensplanung eine große Rolle (Franke 1999). Diese müssen ab- oder aufgebaut werden, als Grundlage für eine stabile Abstinenzfähigkeit und im nächsten Schritt einer Perspektive für die Schaffung und den Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die körperliche und seelische Gesundheit.

Trotz noch fehlender Therapieerfolgsstudien über differenzielle Auswirkungen bestimmter therapeutischer Maßnahmen (Franke 1999) sind folgende Aspekte für einen spezifischen Ansatz in unserem therapeutischen Handeln von großer Bedeutung. Der psychologische Niederschlag der weiblichen Sozialisation und Lebenserfahrung im geschlechtlich polarisierten System der Normen und Anpassungserwartungen legt ein großes Gewicht auf die Entwicklung und Stärkung eines weiblichen Selbstwertgefühls und Selbstbewusstseins. Um in diesem spezifischen Kontext unterstützend und hilfreich zu sein, ist eine Ressourcenorientierung und eine salutogenetische (Antonovsky 1997) Stärkung des Kohärenzgefühls mit folgender Zielsetzung denkbar:

- Förderung der Zufriedenheit und des Wohlbefindens mit dem eigenen Körper,
- Überwindung übermäßiger Minderwertigkeits- und Wertlosigkeitsgefühle,
- Vermittlung von persönlichen Wirksamkeitsüberzeugungen und Problemlösekompetenzen,
- Wahrnehmung der genderspezifischen Unterschiede bezüglich beruflicher Teilhabe und Stärkung der eigenen Rolle, inklusive Erarbeitung von Handlungsstrategien,
- Stärkung von Problemlösekompetenz, insbesondere in Alltagssituationen,
- Abbau eines negativen Selbstbildes,
- bei mangelnder Kontrollüberzeugung (z. B. bei Gewalterfahrung) Auflösung von Stigmatisierung und Tabuisierung.

Geschlechtsspezifische Arbeit ist nach unserer Ansicht daher im Kontext einer Entwöhnungsbehandlung vor allem eine Perspektive, die quer durch alle Handlungsräume und Inhalte geht. Sie ist variabel einsetzbar und basiert nicht nur auf einem Interventionsstil, sondern vor allem auf einer therapeutischen Haltung.

Die Fachklinik bietet eine geschlechtsspezifisch ausgerichtete Therapie:

- Es bestehen reine Männer-/Frauengruppen und auch gemischte Angebote.
- Für die gleichgeschlechtlichen Gruppen ist ein Schutzraum gegeben (eigene Flure, Notfallklingeln, Schweigepflicht, subjektive Intervention bei Konflikten und problematischen Emotionen, Pairing Konzept, Hausordnung, Verlegung oder Entlassung bei Grenzüberschreitung, Schutz der solidarischen und beobachtenden Gemeinschaft, gleichgeschlechtliche ZimmerkollegenInnen ...).
- Die Frauengruppe wird ausschließlich von Frauen geleitet.
- In der Bezugstherapie (Einzeltherapie) werden geschlechtsspezifische Themen (s.u.) grundsätzlich aufgegriffen (s. Anamnese, Diagnose, Behandlungskonzept).
- In den Bezugsgruppen werden Themen wie Vaterschaft/Mutterschaft, Herkunftsfamilie, Gewalt, Sexualität, Aggression, Angst, Umgang mit Gefühlen etc. grundsätzlich bearbeitet (vgl. Gruppentherapie Konzeption).
- Im Rahmen der biografischen Arbeit werden geschlechtsspezifische Sozialisationen bearbeitet. Rückmeldungen der Gruppenteilnehmer reflektieren Selbst- und Fremdbild.
- Der Schutzraum der geschlechtsspezifischen Bezugsgruppen wie auch der Begegnungsraum in gemischten Gruppen dient dazu, alte Sozialisationsmuster aufzudecken, hilfreich therapeutisch zu intervenieren (Schutz, Innehalten und Betrachten, Umgang mit Emotionen, Umgang mit Abwehr, Ressourcensuche, Stimulation etc.) und neue Verhaltensweisen und Rollen auszuprobieren.
- In der Arbeitstherapie besteht ein reichhaltiges Angebot an neuen Erfahrungen jenseits der Geschlechterklischees (z.B. malende, kochende Männer und handwerkende Frauen).
- Die Behandlung wirkt insgesamt als Regressionsangebot. Die Arbeit mit regressiven Impulsen sollte sorgsam abgewogen werden und im stabilen Kontext erfolgen.

4.7.12 Rückfallmanagement

Suchterkrankungen verlaufen chronisch rezidivierend. Mit Rückfällen, d.h. einem erneuten Suchtmittelkonsum, ist zu rechnen. Unser Rehabilitationskonzept beinhaltet, wie oben beschrieben, das Erlernen spezifischer Denk- und Verhaltensmuster zur Bewältigung dieses Krankheitsrisikos. Bei Versagen dieser individuell erarbeiteten Rückfallprophylaxestrategien kann es zum Suchtmittelrückfall kommen.

Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit einem erneuten Suchtmittelkonsum im Rahmen der Rehabilitation ist dessen Ursachenanalyse. Dabei spielen Krankheitsverständnis und Krankheitseinsicht, die Veränderungsmotivation, der bisherige Rehabilitationsprozess sowie der Grad der Rehabilitationszielerreichung eine gewichtige Rolle hinsichtlich der Entscheidung für eine Rückfallbehandlung vs. Relegation.

Kriterien für die Rückfallbearbeitung:

- Offenheit bezüglich der Suchtmittelrückfälligkeit
- Krankheitseinsicht
- aktuelle Belastungen, d.h. der Suchtmittelrückfall ist aus dem Rehabilitationsprozess verständlich

- Bereitschaft des Rehabilitanden zur Rückfallbearbeitung
- Rückhalt in der Bezugsgruppe

Kriterien für eine Relegation:

- Gefährdung von Mitpatienten durch die Suchtmittelrückfälligkeit
- Verweigerung von Drogen- bzw. Alkoholscreenings
- geplanter Suchtmittelrückfall

Stufen der Rückfallbearbeitung

- Absicherung der Situation, evtl. Verlegung/Einweisung in eine Entgiftungsklinik
- Klärung Rückfall vs. Relegation
- inhaltliche Auseinandersetzung mit der Suchtmittelrückfälligkeit anhand einer persönlichen Stellungnahme mit dem Bezugstherapeuten
- Reflexion innerhalb der Bezugsgruppe

4.7.13 Vorbereitung der Nachsorge und poststationärer Behandlung im ambulanten Setting

Die Ergebnisse der stationären Rehabilitation bedürfen der Festigung und Vertiefung durch eine qualifizierte Nachsorge. Die wesentlichen Inhalte der Nachsorge beziehen sich auf Arbeit, Wohnen und die Freizeitgestaltung.

Ungefähr sechs Wochen vor der geplanten Beendigung der Maßnahme werden mit den Rehabilitanden Umfang und inhaltliche Schwerpunktsetzung der Nachsorge konkret erarbeitet. Eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe hat in der Regel zu diesem Zeitpunkt bereits stattgefunden. Im Rahmen der Rehabilitation finden regelmäßig 90- bis 120-minütige Vorstellungen verschiedener Selbsthilfegruppen statt. Getragen von ehrenamtlichen Selbsthilfe-Gruppenleitern werden Netzwerkmöglichkeiten aufgezeigt und zum persönlichen Engagement motiviert.

Auch die Mitteilung der sozialmedizinische Einschätzung an den Leistungsträger erfolgt zu diesem Zeitpunkt, um mögliche Folgemaßnahmen, wie Leistungen zur Teilhabe am Berufsleben, Kontaktaufnahme zum Reha-Berater usw., frühzeitig einleiten zu können. Die ärztliche Abschlussuntersuchung erfolgt am Entlassungstag, ggf. ein bis zwei Tage früher.

Im Regelfall wird mit dem Rehabilitanden nach Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans ein Entlassungstermin geplant, an dem dann die reguläre Entlassung stattfindet. Bei notwendigen Abweichungen vom Rehabilitationsplan kann es im Rahmen von geplanten Entlassungen zu Verlegungen oder Wechseln kommen.

Darüber hinaus können geplante vorzeitige Entlassungen bei weitgehender Rehabilitationszielerreichung auf ärztliche Veranlassung bzw. mit ärztlichem Einverständnis erfolgen. Ungeplante Entlassungen erfolgen entweder durch Abbruch von Seiten des Rehabilitanden, also gegen ärztlichen Rat, oder aus disziplinarischen Gründen wie beispielsweise durch Gewalttätigkeit, strafbare Handlungen oder Suchtmittelkonsum in der Einrichtung. Für ungeplante Entlassungen, Abbrüche oder Relegationen erhält jeder Patient, der sich darauf einlassen kann, ein Entlassmanagement. Das bedeutet, es wird mit ihm gemeinsam geplant, in welchen möglichst gefahrungsfreien Rahmen er ankommt und was die nächsten für ihn hilfreichen konkreten Schritte sind, um ihn vor weiterer Instabilität zu bewahren.

Um den Erfolg der Rehabilitation nachhaltig zu sichern, ist es unser Bestreben, Kooperationspartner (Fachambulanzen, Selbsthilfegruppen, Ärzte, Angehörige, Soziale Dienste der Kommunen, Jugendämter...), die an der zukünftigen Versorgung des Rehabilitanden beteiligt sind, rechtzeitig in die Versorgungsplanung einzubinden. Für die berufliche (Re-)Integration des Rehabilitanden ist die Vernetzung mit der Arbeitswelt (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit, „Jobcenter“, Integrationsfachdienst, Anbietern von Arbeitsprojekten, Einrichtungen zur Berufsfindung...) hilfreich.

Insbesondere bei Gesundheitsfragen, bei Fragen der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und in sozialrechtlichen Fragestellungen ist es notwendig, kurze Wege zu haben und gemeinsam mit dem Rehabilitanden erforderliche Maßnahme einzuleiten. Die Vernetzung, Kooperation und Kontaktpflege mit externen Einrichtungen erachten wir für den fachlichen Austausch und die interne Qualitätsverbesserung als wichtige Aufgabe. Kooperationen und übergreifende Zusammenarbeit sind u.a. mit folgenden Institutionen geregelt:

- Arztpraxen (Orthopädie, Gynäkologie, Innere, Chirurgie)
- Praktikumsbetrieben
- Selbsthilfe
- Entgiftungseinrichtungen
- Fachambulanzen Sucht
- Jobcenter
- Agentur für Arbeit
- Schuldnerberatungsstellen
- Familienberatungsstellen

5. Personelle Ausstattung

Interdisziplinäre Teamarbeit

In dem Mitarbeiterteam der Rehabilitationseinrichtung sind auf der Basis „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ folgende Berufsgruppen und Fachrichtungen vertreten:

- Ärzte/Fachärzte
- Diplompsychologen/Psychologische Psychotherapeuten
- Diplomsozialpädagogen
- Diplomsozialarbeiter
- Arbeitstherapeuten/Ergotherapeuten
- Fachkräfte für spezifische Aufgaben
- examinierte Pflegekräfte
- Diätetisch ausgebildete Köchin

Bezugs- und Gruppentherapeuten verfügen über qualifizierte und anerkannte Zusatzausbildungen bzw. Weiterbildungen. Folgende methodische Qualitäten sind vorhanden:

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
- systemische-lösungsorientierte Therapie
- Familientherapie
- Gestalttherapie
- Kunsttherapie
- suchtspezifische Therapieausbildung/Sozialtherapie

Kernmerkmale der interdisziplinären Teamarbeit stellen die ICF-Grundbegriffe als „gemeinsame Sprache“, eine ICF-strukturierte Zielsetzungsprozess, die Teilhabeorientierung, die aktive Einbeziehung des Rehabilitanden, ein strukturierter Ablauf der Teamsitzungen und eine entsprechende Dokumentation dar.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die räumlichen Gegebenheiten sind ersichtlich an den beiliegenden Grundrissplänen, Raumnutzungsplänen sowie des Stadtplanausschnittes der Nahumgebung der Klinik.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Hase-Ems arbeitet auf der Grundlage der §§ 40 ff SGB V, §§ 9 ff SGB VI und §23ff SGB IX. Sie dienen der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, insbesondere im Land Niedersachsen und dem angrenzenden Westfalen. Die Fachklinik wird von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover federführend gemäß § 21 SGB IX belegt. Der Vertrag nach § 21 SGB IX dient der Qualitätssicherung und der Einheitlichkeit der Leistungen innerhalb der Rentenversicherung.

Die Fachklinik Hase-Ems weist die Erfüllung der verankerten Qualitätsanforderungen nach und sagt die Erfüllung der Verpflichtungen daraus zu. Darüber hinaus erfolgt eine Belegung auch über andere Rentenversicherungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Eine Belegung erfolgt darüber hinaus durch alle an der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ beteiligten Verbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und Träger der Sozialhilfe (SGB XII). Es liegt eine Anerkennung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen und Gesundheit im Sinne der §§ 35, 36 BtMG vor. Weiterhin verfügt die Fachklinik Hase-Ems über Versorgungsverträge nach §§ 111 und 111c SGBV.

Die Einrichtung erfüllt die personellen und sachlichen Anforderungen der Kosten- und Leistungsträger. Für die Umsetzung von BORA hat die Fachklinik Hase-Ems Kooperationsverträge mit regionalen Betrieben und Ausbildungsträgern, die den Rehabilitanden Praktikumsplätze zur Verfügung stellen. Zur Unterstützung der medizinischen Versorgung gibt es Kooperationen mit dem ortsansässigen Krankenhaus (Psychiatrie und Entgiftung) und mit niedergelassenen Fachärzten. Insbesondere der Sozialdienst der Klinik kooperiert mit Beratungseinrichtungen in Fragen z.B. von Schulden, Sorgerechtsfragen.

8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement stellt ein wesentliches Element für eine effektive und effiziente Versorgung in der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit substanzbezogenen Störungen dar. Aus diesem Grundsatz resultiert, dass in unseren Rehabilitationsangeboten die Kriterien, wie sie in § 137 d Abs. 1, 1a SGB V und im § 20 Abs. 1 SGB IX benannt sind, erfüllt werden.

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück, dem die Fachklinik Hase-Ems angehört, verfügen über ein zentral gesteuertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2015 auf Basis des BAR-anerkannten CaSu-Qualitätsmanagementrahmenhandbuches (BAR anerkanntes Verfahren) mit integriertem Managementsystem für den Arbeits- und Gesundheitsschutz (MAAS BGW) in den stationären Einrichtungen. Die Managementsysteme der Einrichtungen sind seit 2005 durchgängig nach DIN EN ISO 9001 durch die ProCum Cert zertifiziert.

Der Geschäftsbereich Suchtprävention und Rehabilitation verfolgt einen ganzheitlichen Qualitätsansatz im Sinne eines Total Quality Managements (TQM). So unterliegen alle Prozesse in den Einrichtungen der kontinuierlichen Überwachung und Verbesserung. Zu diesem Zweck werden über Befragungen, ein aktives Beschwerdemanagement und die Auswertung aller prozessrelevanten Daten Informationen zur kontinuierlichen Verbesserung gesammelt und über die Gremien der Qualitätsentwicklung in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Die Qualitätsziele und die Schwerpunkte der Qualitätsmaßnahmen werden im jährlichen Managementbericht differenziert dargestellt, bewertet und offen gelegt.

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchtprävention und Rehabilitation sichern die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der erbrachten Leistungen durch eine fachlich fundierte, systematische, und einheitliche Dokumentation. Die Dokumentation stellt eine zeitnahe und lückenlose Dokumentation der Leistungserbringung und deren Entscheidungsgrundlagen (Anamnesen, Vorbefunde, Diagnostik, Ziele, Kommunikation, Verlauf etc.) sicher. Die Dokumentation erfolgt nach den Vorgaben des Entlassungsberichtes der Deutschen Rentenversicherung, in den auch die erbrachten therapeutischen Leistungen nach der Klassifizierung Therapeutischer Leistungen (KTL) Eingang finden.

Darüber hinaus werden statistische Daten nach dem deutschen Kerndatensatz (KDS) und EBIS, inklusive Katamnesedaten erhoben und einer bundesweiten jährlichen Auswertung (Institut für Therapieforschung) zugeleitet. Neben den personenbezogenen Daten werden auch verbandsspezifische und einrichtungsbezogene Daten erhoben. Diese werden genutzt, um Entwicklungstendenzen innerhalb der Suchtkrankenhilfe zu identifizieren, und dienen der Rechenschaftslegung gegenüber dem Träger der Einrichtung, den Kosten- und Leistungsträgern und der Öffentlichkeit.

Einsichtnahme, Zugriff und Aufbewahrung der EDV-gestützten und papiergebundenen Dokumentation ist entsprechend der aktuellen Datenschutzvorschriften verbindlich geregelt. Die erhobenen Daten werden entsprechend den Forderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem ausgewertet und fließen in kontinuierliche Prozesse der Verbesserung und Entwicklung ein.

Mittels eines internen Qualitätsmanagements sind wir bestrebt, in vertrauensvoller, angenehmer und in einer an allen interessierten Parteien orientierten Atmosphäre einen hohen Standard der Behandlung in der Fachklinik Hase-Ems zu gewährleisten. Hierfür finden Qualitätszirkel, interne Audits, Gesamtteamsitzungen, Bereichs-Teams, interdisziplinär besetzte Fallbesprechungen unter ärztlicher Leitung, kontinuierliche Evaluation, interne Supervision und Fortbildungen sowie Supervision für das therapeutische Team durch einen externen Supervisor statt.

Visitationen der Deutschen Rentenversicherung, Laufzeiten der Entlassungsberichte, Rehabilitandenbefragungen, Kooperationspartnerbefragungen und Peer – Review Verfahren sind weitere Bausteine des Qualitätsprogramms zu einer am Rehabilitanden orientierten Qualitätsverbesserung. Weitere Impulse erfährt die Entwicklung der Ergebnisqualität aus den Daten der externen Qualitätssicherung der DRV, die in regelmäßigen Abständen in die internen Abläufe einfließen.

Die Fachklinik Hase-Ems verfügt über einen Qualitätsbeauftragten, der für die Sicherung sowie die fortlaufende Entwicklung der Qualitätsstandards verantwortlich ist. Sicherheitsbeauftragte sorgen in der Einrichtung für die Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften und anderer gesetzlicher Auflagen. Ein Hygienebeauftragter und ein Arbeitsmediziner erfüllen die gesetzlichen Auflagen zum Patienten- und Mitarbeiterschutz. Umweltbewusstes Handeln ist Teil der Arbeitskonzeption und bezieht alle Handlungsebenen ein. Ein Umweltbeauftragter sichert ökologische und ökonomische Aspekte unserer Arbeit.

9. Kommunikationsstruktur: Klinikorganisation, Therapieorganisation

Übergeordnete Strukturen stellen die Strategiekonferenz mit der Geschäftsleitung des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück sowie die Tagung der Einrichtungsleitungen aus dem Geschäftsbereich Suchtprävention und Rehabilitation dar, in denen jährlich bzw. vierteljährlich Ziele und Strategien vereinbart werden.

Innerhalb der Fachklinik Hase-Ems werden die Zielvereinbarungen für jeweils ein Jahr in der Gesamteamsitzung im Rahmen der allgemeinen Informationen der Leitung kommuniziert. Darüber hinaus dient dieses Gremium der Klärung organisatorischer Angelegenheiten, der Besprechung von Rehabilitationsplänen und -prozessen der einzelnen Rehabilitanden sowie Fallbesprechungen bei akutem Bedarf. Tägliche Übergaben dienen der Besprechung der aktuellen Ereignisse des Vortages und der Aufgaben für den Tag, der Vorstellung neuer Rehabilitanden und der Klärung von akuten Störungen im Rehabilitationsgeschehen. Die Therapieorganisation erfolgt in der o.g. Gesamteamsitzung, in Kleinteamsitzungen bzw. Bereichsteamsitzungen sowie regelmäßig stattfindenden multidisziplinär besetzten Fallbesprechungen unter ärztlicher Leitung. Der Qualitätssicherung in diesen Bereichen dienen neben den 14-tägigen Qualitätszirkeln Mitarbeitergespräche, Mitarbeitersprechstunden und regelmäßige Patientenbefragungen. Zusätzlich finden Supervisionen für das therapeutische Team durch einen externen Supervisor sowie interne Supervision und interne Fortbildungen statt.

10. Notfallmanagement

Die Fachklinik Hase-Ems verfügt über ein ausdifferenziertes Notfallmanagementsystem. Das System setzt sich aus Notfallplänen für die Bereiche Brandschutz, Erste-Hilfe und Krisenmanagement einschließlich medizinischer Notfälle zusammen. Für sämtliche Notfallsituationen gibt es in der Klinik detaillierte Handlungsanweisungen, die sämtliche Mitarbeiter kennen und nach denen regelmäßig d.h. ein bis zweimal pro Jahr, auch in Zusammenarbeit mit den externen Rettungskräften (Feuerwehr, Notärztlicher Dienst usw.), Notfallübungen stattfinden. Neu eingestellte Mitarbeiter werden sofort in das Notfallablaufgeschehen eingewiesen. Sowohl die Notfallübungen als auch die eingetretenen Notfälle werden dokumentiert und ausgewertet, um künftig optimiert reagieren zu können.

Die detaillierten Handlungsanweisungen für sämtliche Notfallsituationen (a: Unfall, Sportunfall, Kollaps, Intoxikation, b: Feuer, Brand in Gebäuden der Klinik) befinden sich im Anhang dieser Konzeption.

Für den Fall der Dienstabwesenheit der Klinik-Ärzte während eines medizinischen Notfalls, wird als erste die examinierte Krankenpflegekraft an den Ort des Notfall-Geschehens gerufen, um eine Ersteinschätzung vorzunehmen und um erste Hilfe zu leisten. Wenn es sich um einen Notfall handelt, bei dem ein Notarzt erforderlich ist, steht in der EDV und in Papierform für jeden Rehabilitanden ein Datenblatt zur sofortigen Sichtung zur Verfügung, auf dem die aktuelle Medikation, Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten und sonstige beim Eingreifen des Notarztes zu berücksichtigende Erfordernisse verzeichnet sind. Der Notarzt wird von den diensthabenden Mitarbeitern örtlich und räumlich orientiert, eingewiesen und begleitet. Die Mitarbeiter der Fachklinik werden regelmäßig im Bereich des Notfallmanagements unterwiesen und geschult. Dazu gehören der professionelle Umgang mit:

- dem Notfallkoffer,
- dem Sauerstoffgerät,
- dem Automatisierten externen Defibrillator (AED)
- und mit der zentralen Notrufanlage.

In Kooperation mit der örtlichen Feuerwehr und der arbeitsmedizinischen Beratungsstelle des Bistums Osnabrück, werden Brandschutz- und Notfallübungen durchgeführt. Notfälle werden zentral erfasst und jährlich ausgewertet. Die Rehabilitanden werden zu Beginn der Rehabilitation in die Notfallsysteme (Notrufanlage, Brandschutz, Rauchmelder) eingewiesen und werden an den Übungen beteiligt. Die Vorrichtungen und Geräte sind zentral in einer Datenbank erfasst und werden regelmäßig geprüft, gewartet oder ausgetauscht. Die Notfallpläne und dazugehörigen Anweisungen werden regelmäßig auf Aktualität und Angemessenheit überprüft. Ebenso ist eine Handlungsanweisung für eine z.B. im Brandfall notwendige Evakuierung der Klinik vorhanden, eingeübt, erprobt, dokumentiert und ausgewertet (siehe Anhang).

11. Fortbildung

Die Fachklinik Hase-Ems erfüllt alle Qualifizierungsanforderungen gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001. Eine quartalsweise Überprüfung der Personalstandspläne erfolgt wiederkehrend durch den federführenden Kosten- und Leistungsträger. Schon im Rahmen der Einstellungsgespräche wird auf die Erfüllung der Anforderungen geachtet und für den Fall, dass sich ein Schulungsbedarf ergibt, wird die Bereitschaft zur Nachqualifizierung erfragt. Bei Bedarf werden zeitnahe Lösungen eingeleitet.

Die tätigkeitsbezogene Beratung der Mitarbeiter, die sich auf berufliches Handeln, konzeptionelle Fragen, Probleme, Konflikte, Fragen der Kooperation und Leitung sowie Fragen von Qualität und Quantität als auch Arbeitszufriedenheit bezieht, erfolgt in der Supervision. Die Supervision wird von einem anerkannten Supervisor mit der entsprechenden Feldkompetenz (med. Reha/Sucht) durchgeführt. Die Intervalle liegen bei ca. acht Wochen. Die Beantragung der Supervision erfolgt unter Angaben der Ziele bei der Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention und Rehabilitation.

12. Literatur

AG BORA: Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation: Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter, 2014

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV, 2007

Batthyány, Dominik; Alfred Pritz Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte Wien; New York: Springer, 2009 S. 291-307

Bonnet, Udo; Scherbaum, Norbert: Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. Dt. Ärzteblatt 2005; 102(48)

Caritas Suchthilfe (CaSu): Stellungnahme der CaSu zur Lage der stationären Drogentherapie. Freiburg i. Br. 2007

Caritas Suchthilfe (CaSu) Therapeutischen Gemeinschaft in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (Drogenabhängigkeit) Freiburg i. Br. 2010

De Shazer, S. Der Dreh – Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurztherapie, Heidelberg 2000

Demmel, Ralf Internet Addiction: Ein virtuelles Problem? in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2005 Geesthacht: Neuland Verl.-Ges., 2005 S. 175-184

Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (49): A 2436-40

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation. Hamm 2008

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit: Drogen- und Suchtbericht. 2014

https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd1-persoendlichkeitsstoerungen.pdf

Dlabal, H und Volksdorf, P: mündliche Mitteilung, Suchttherapietage Hamburg, 2009

Faßbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G. *Therapie-Tools Schematherapie* (2011) Weinheim: Beltz Verlag

Kiefer, Falk, Rumpf, Hans-Jürgen: DSM 5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. Sucht 57. http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/blog/2011SUCHT_DSM-V.pdf

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne, Walter, Marc: Psychische Störungen und Suchterkrankungen: Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen, Kohlhammer Verlag November 2013

Ruud Rutten, Chris Loth, Adri Hulshoff: Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie. Elsevier Gezondheidszorg. Maarssen 2009

Lutz G. Schmidt, Markus Gastpar, Peter Falkai, Wolfgang Gaebel: Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen. Köln: Dt. Ärzteverlag 2006

Lüdecke Christel, Sachse, Ulrich: Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, Schattauer Verlag März 2010

Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10-GM 2004/2008

Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF 2005

Anna Fett(Hrsg.), „Männer-Frauen-Süchte“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1996;
Jutta Jacob, Heino Stöver (Hrsg.), „Sucht und Männlichkeiten“, VS-Verlag, Wiesbaden, 2006

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, „Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention“, 18. Niedersächsische Suchtkonferenz, 09.2008

Dammler, Axel, Verloren im Netz; Macht das Internet unsere Kinder süchtig?, München 2009

DHS: Alkoholabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe, 2013

DHS-Grundsatzpapier „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“, Hamm, 2004

Fachverband Sucht e.V.: Verbrauch, Missbrauch und Abhängigkeit, Zahlen und Fakten, 2012

Gastpar M., Mann K., Rommelspacher H., Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart 1999

Grawe, K. Psychologische Therapie, Hogrefe 2000

Hapke U., Riskanter Alkoholkonsum: in Bundesgesundheitsblatt 5/6 2013

Kursbuch Sozialmedizin, Ärzteverlag, 2012

LWL Koordinationsstelle Sucht(Hrsg.), „Männlichkeiten und Sucht, Handbuch für die Praxis“, Münster, 2009

Jörg Petry: Glücksspielsucht (Entstehung, Diagnostik und Behandlung), Hogrefe Verlag 2003 ISBN 3-8017-1479-9

Meyer/Bachmann: Spielsucht 2. Auflage (Ursachen und Therapie) Springer Verlag 2008 ISBN 3-540-23731-3

Miller W.R., Rollnick St., Motivierende Gesprächsführung, Freiburg 2004

Jörg Petry: Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet Gebrauch (Hogrefe Verlag, 2010) ISBN 978-3-8017-2102-2

Thomasius R., Psychotherapie der Suchterkrankungen, Stuttgart 2000