

Konzeption der Fachklinik Nettetal

Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Caritasverband für die Diözese Osnabrück



Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Allgemeines	5
3. Einrichtungsbeschreibung	5
4. Konzept	7
4.1 Theoretische Grundlagen.....	7
4.2 Indikationen und Kontraindikationen	11
4.3 Kontraindikationen	12
4.3 Rehabilitationsziele	12
4.4 Rehabilitationsdauer	13
4.5 Rehabilitationsverlauf.....	13
4.5.1 Entwöhnung	14
4.5.2 Adaption.....	14
4.5.3 Rückfallbehandlung.....	15
4.5.4 Kombinationsbehandlungen.....	16
4.5.5 Ambulante Weiterbehandlung.....	17
4.5.6 Ganztägig ambulante Behandlung.....	18
4.6. Rehabilitationsprogramm	18
4.6.1 Cannabisbehandlung	19
4.6.2 Rehabilitation unter Substitution.....	20
4.6.3 Komorbide Störungen	21
4.6.4 Somatische Begleiterkrankungen.....	23
4.6.5 Pathologisches Glückspiel	24
4.6.6 Internet und Onlinesucht.....	24
4.7 Rehabilitationselemente.....	25
4.7.1 Aufnahmeverfahren.....	25
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	26
4.7.3 Medizinische Behandlung	28
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere	28
Gruppenangebote	28
4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen.....	30
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken.....	32
4.7.7 Freizeitangebote	32
4.7.8 Sozialdienst.....	33
4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung.....	33
4.7.10 Angehörigenarbeit.....	34
4.7.11 Geschlechtsspezifische Angebote	35
4.7.12 Rückfallmanagement	37
4.7.13 Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme und Vorbereitung der Nachsorge.....	38
5. Personelle Ausstattung.....	39
Interdisziplinäre Teamarbeit.....	39
6. Räumliche Gegebenheiten	39
7. Kooperation und Vernetzung.....	40
8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung.....	40
9. Kommunikationsstruktur: Klinikorganisation, Therapieorganisation.....	41
10. Notfallmanagement.....	42
11. Fortbildung.....	42
12. Hausordnung	43
Literatur	45

1. Einleitung

Leitlinien und Auszüge aus dem Leitbild

Die Einrichtungen und Dienste im Geschäftsbereich Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück erbringen soziale Dienstleistungen im Bereich Suchthilfe sowohl im Bewusstsein der Nächstenliebe als auch der Bewährung eigener Professionalität. Die Leistungen erfolgen unabhängig von der Religion, Geschlecht, der kulturellen Zugehörigkeit, der politischen Einstellung und der materiellen Voraussetzungen des Menschen. Wir sind bestrebt, individuelle und strukturelle Notsituationen 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies soll 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 werden.

Krankheitsverständnis

Menschen haben das Bedürfnis nach Anregung, Genuss, Spaß, Ekstase und Entspannung. Dazu werden spezifische Verhaltensmuster und auch psychotrope Substanzen unterschiedlichster Art eingesetzt. Es können sich aber riskante Verhaltensweisen entwickeln, die zu Missbrauch und Abhängigkeit führen.

Abhängigkeit ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen eines Individuums.

Die Entstehung und Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung wird entsprechend des bio-psycho-sozialen Modells verstanden.

Charakteristische Merkmale von Missbrauch und Abhängigkeit sind in den internationalen Klassifikationssystemen (ICF, ICD-10 und DSM-IV) definiert und diagnostizierbar.

Die Ziele und Aufgaben unserer Hilfe orientieren sich an einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise nach der International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) vor dem Hintergrund der individuellen Situation des Menschen im Kontext von umwelt- und personenbezogenen Faktoren. Übergeordnetes Ziel ist eine möglichst umfassende berufliche und soziale Teilhabe.

Grundprinzipien und Grundlagen der 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 nach Fehlern und Störungen zu suchen, die zur Krankheit führten, sondern nach schöpferischen Kräften, die wieder Lebenssinn sowie seelische und körperliche Gesundheit ermöglichen.

Wie wir mit unseren Potenzialen umgehen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die zentrale Ressource. Sie sollen sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Gestaltung und ständigen Qualitätsverbesserung und der Schaffung verbesserter Rahmenbedingungen mit. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen unterstützen die Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden durch Angebote der Fort- und Weiterbildung unterstützt und haben die Möglichkeit von regelmäßiger Supervision. Wir sehen in unserem Arbeitsfeld ständigen Entwicklungsbedarf und Innovationsmöglichkeiten. Diese wollen wir aktiv nutzen und darauf unsere Entwicklungspotenziale ausrichten. Wir initiieren neue Projekte und streben eine kontinuierliche Verbesserung unseres Aufgabenfeldes an.

Wir bemühen uns um eine optimale Infrastruktur für unsere Klientel. Dabei nutzen wir die Potentiale des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e. V. 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

Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Die Fachklinik Nettetal, Hohnweg 2 in 49134 Wallenhorst, ist eine unselbständige Einrichtung im Verbundsystem des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V. Dieser wiederum ist 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 Nettetal werden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach SGB VI durchgeführt. Die Einrichtung verfügt über die Anerkennung der Landesversicherungsanstalten, federführend DRV Hannover/Braunschweig, der Krankenkassen und der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeleistungsträger. Sie entspricht den Erfordernissen des § 36 Abs.1 BtmG und ist zur Unterbringung von Drogenabhängigen nach Bestimmungen der §§ 35 – 37 BtmG anerkannt. Die Behandlung von Patienten nach § 64 StGB ist nach Einzelfallentscheidung möglich.

Verfasser: C. Tönsing, Dr. med. E. H. Sylvester

Stand: Juli 2011

3. Einrichtungsbeschreibung

In der Fachklinik Nettetal werden seit 1982 medizinische Rehabilitationsbehandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen für männliche Patienten durchgeführt. Die Hauptdiagnose beinhaltet die Abhängigkeit von illegalen Substanzen, die Alkoholabhängigkeit und stoffungebundene Abhängigkeiten werden integriert behandelt. Bei entsprechender Indikation ist ein Beginn der Behandlung mit Substitution möglich, die dann während der ersten Behandlungswochen ausgeschlichen wird. Im Rahmen des Rehabilitationsverbundes „Psychose und Sucht in der Region Osnabrück“ erfolgt die Behandlung von Doppeldiagnosepatienten.

Die FK Nettetal liegt in einem landschaftlich reizvollen Naherholungsgebiet am nördlichen Stadtrand von Osnabrück und gehört zur Gemeinde Wallenhorst. Die fünf Gebäude der Einrichtung liegen auf einem großzügigen, ruhig gelegenen Gelände.

Die Einrichtung ist mit den öffentlichen Verkehrsmitteln (Bus und Bahn) in angemessener Zeit zu erreichen, eine optimale Anbindung an die Bundesautobahnen (A1, A30 und A31) ist gegeben.

Im Bedarfsfall stellt die Einrichtung einen Transportdienst für Patienten, Besucher und Angehörige zur Verfügung. Ebenso können die Patienten kostenfrei hauseigene Fahrräder nutzen.

Um den Behandlungsprozess zu unterstützen, werden die umfangreichen kulturellen, religiösen und freizeitgestaltenden Angebote der Stadt Osnabrück genutzt.

Sämtliche Fachärzte und Krankenhäuser sind in angemessener Zeit erreichbar, insbesondere ein psychiatrisches Fachkrankenhaus.

Die FK Nettetal bietet mit ihren 37 Behandlungsplätzen ein für Rehabilitanden und Mitarbeiter gut überschaubaren Rahmen in einer gemeinschaftlichen Atmosphäre. Die dezentrale Unterbringung der Rehabilitanden in 1-2 Bettzimmern mit jeweils eigenem Bad fördert die Gruppenatmosphäre und den gemeinschaftlichen Zusammenhalt in der Einrichtung. So entstehen optimale Bedingungen, um sich auf einen vertrauensvolle therapeutische Arbeit in einer beschützenden und stabilisierenden Umgebung einlassen zu können. Die Außensportanlagen (u.a. Fußball, Beachvolleyball, Basketball, Boule) und der Hauseigene Wellnessbereich mit Sauna, Entspannungsbad und Schwimmteich bieten über den Rahmen der täglichen Interventionen weitere Möglichkeiten der Entspannung und gemeinschaftsfördernden Freizeitgestaltung.

Die mit Spinbikes, Ruder- und Multifunktionsgeräten ausgestatteten Trainings- und Fitnessräume stehen den Rehabilitanden auch in der Freizeit kostenfrei zur Verfügung.

Es besteht ein Rauchverbot in den Räumlichkeiten und auf dem Klinikgelände. Ausnahme besteht lediglich im Rauchpavillon. Die Einrichtung ist weitgehend barrierefrei gestaltet und verfügt über ein barrierefreies Patientenzimmer, so dass auch Rehabilitanden mit erheblicher Gehbehinderung aufgenommen werden können. Die Patientenzimmer und die dazugehörigen Räumlichkeiten sind mit einer zentralen Notrufanlage ausgestattet, die es jederzeit ermöglicht einen Mitarbeiter zur Hilfe zu rufen. Die Patientenzimmer sind komplett eingerichtet und verfügen neben einem Bett, Kleiderschrank mit abschließbarem Wertfach, Beistelltisch über eine eigene Pinnwand und einen Schreibplatz.

Die Einzel- und Gruppentherapiegespräche finden in den multimedial ausgerüsteten Gruppenräumen bzw. den Büro- und Sprechräumen der Mitarbeiter statt. Die Büro- und Sprechräume der Mitarbeiter sind mit modernen Telekommunikationsmedien ausgestattet und verfügen über einen direkten Zugriff auf die zentral verwalteten rehabilitationsrelevanten Daten der Einrichtung und der Rehabilitanden.

Die Rehabilitanden werden im Rahmen der Ergotherapie und des Unterrichts im Hauseigenen PC-Schulungsraum im Umgang mit dem PC und den neuen Medien geschult. Weiter stehen für die ergo- und arbeitstherapeutischen Interventionen umfangreiche Räumlichkeiten und Anlagen in den Bereich Holz, Garten, Hauswirtschaft und Metallverarbeitung zur Verfügung. Ergänzt werden diese Räumlichkeiten durch eine eigene barrierefreie Lehrküche, in der in kleinen Gruppen unter fachlicher Anleitung zur Vorbereitung auf eine gesundheitsbewusste Lebensweise gekocht wird. Für weitere Angebote (Rückenschule, Physiotherapie, Entspannung, Musizieren, etc.) stehen Multifunktionsräume zur Verfügung, die entsprechend der Anforderungen hergerichtet werden können.

In Kooperation mit der Gemeinde Wallenhorst steht für die Rekreationstherapie eine Sporthalle zur Verfügung und es wird die Osnabrücker Bäderlandschaft genutzt.

Für die medizinischen Untersuchungen und Interventionen sind ein Untersuchungs-/Sprechzimmer und ein Behandlungsraum mit kleinem integriertem Labor vorhanden.

Die 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.

4. Konzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2006 untersuchte den Konsum und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Insgesamt berichteten 37% über Erfahrungen mit illegalen Drogen, etwa jeder zehnte gab an, in den vergangenen zwölf Monaten illegalen Drogen konsumiert zu haben. Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen der 15- bis 39-jährigen ist zwischen 1990 und 2000 von 8,2% auf 19,2% gestiegen, im Weiteren war eine Stabilisierung mit relativ konstanten Prävalenzraten zu verzeichnen.

Auch Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet, nur 3,5% hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen Alkohol zu sich genommen. Nach den Kriterien des DSM-IV wurde bei 2,7% der 15- bis 59-jährigen Frauen ein Alkoholmissbrauch und bei 5,1% eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten eine 2-fach höhere Prävalenz des Missbrauchs und eine 2,7-fach höhere Prävalenz der Abhängigkeit. Rauschtrinken und die damit verbundenen Risiken sind vor allem unter jungen Erwachsenen weit verbreitet.

Fast zwei Drittel aller Befragten (64,6%) hatten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelklassen (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen. Insgesamt wiesen 5,6% der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf.

Eine Nikotinabhängigkeit wurde für 7,7% der 15- bis 59-jährigen geschätzt: Männer: 8,3%, Frauen 7,0% (Kraus 2008).

Zeitabhängige Wechselwirkungen von genetischer Disposition, Umwelteinflüssen und den Effekten eines Suchtmittels führen in charakteristischen Phasen vom kontrollierten Gebrauch des Suchtmittels zu abhängigem Verhalten mit Kontrollverlust. Die neurobiologische Suchtforschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass im Verlauf einer solchen Entwicklung auf der Basis genetischer Vulnerabilität und peristaltischer Risikofaktoren Prozesse der Sensitivierung und Desensitivierung sowie der Konditionierung in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen in Gang gesetzt werden.

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 der Abhängigkeit. 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.

Bei Suchtmittelabhängigen ist die Sterblichkeit durch Unfälle, körperliche Erkrankungen und Suizid um ein vielfaches höher als in der Normalbevölkerung. Die Höhe der direkten und indirekten sozialen Folgekosten und die Schäden, auch für die Volkswirtschaft, sind enorm hoch (suchtbedingte Personen- und Sachschäden, Produktionsausfälle, Sozialleistungen usw.), was an einer wachsenden Anzahl von Studien zu den ökonomischen Kosten (z. B. Weiß, 1990, Manni et al., 1991, Vox at al, 1995, Joy at al, 1997) gezeigt werden konnte.

Zwischen Suchtverhalten und Kriminalität gibt es enge Verbindungen und eine erhebliche wechselseitige Beeinflussung.

Eine ungünstige Entwicklung kann auch die Nutzung moderner Medien nach sich ziehen. Eine Verhaltensstörung durch den intensiven Gebrauch von Computer und Internet kann als eine dem Pathologischen Spielen vergleichbare Impulskontrollstörung angesehen und auch in Symptomen beschrieben werden, wie sie bei der Substanzabhängigkeit vorzufinden sind (Petersen, Thomasius 2009). Die Diagnostik orientiert sich an den ICD 10 Kriterien bezogen auf die vorangegangenen 12 Monate. Items sind ein unwiderstehliches Verlangen, der Kontrollverlust, eine Toleranzentwicklung, physische und/oder psychische Entzugserscheinungen, eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Lebensbereiche und die Fortführung des Konsums trotz des Wissens um die längerfristigen negativen Konsequenzen. Ein pathologischer Medienkonsum kann sich im Verlust des Interesses an realen Beziehungen, dem Abfall von Schul-, Ausbildungs-, Arbeitsleistungen, Schlafstörungen bzw. einem verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus, vermehrten Spannungen im sozialen Umfeld sowie dem deutlichen Vorzug der Mediennutzung gegenüber anderen Aktivitäten äußern. Bei den Betroffenen besteht häufig wenig Problembewusstsein, so dass der grundlegenden Beziehungsgestaltung eine besondere Bedeutung zukommt. Dabei ist der Medienkonsument Experte für die Wirkung der Medien, das Behandlungssystem Experte für die Nebenwirkungen.

Die epidemiologische Bedeutung von Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet gilt als unumstritten, ebenso der psychopathologische Charakter dieser Symptomatiken.

Etwa 3% der ca. 40 Millionen Nutzer des Internets in Deutschland, also mehr als 1,2 Millionen Personen, zeigen entsprechende Verhaltensauffälligkeiten. Von dem Störungsbild sind häufig jüngere Männer zu Beginn ihres Berufslebens betroffen.

Entscheidend ist jedoch meist, auf welche Persönlichkeitsstrukturen die Medieninhalte treffen. Erste klinische Befunde zur Komorbidität weisen auf depressive Störungen und soziale Angststörungen, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen sowie Essstörungen mit Adipositas hin. Daneben sind Suchterkrankungen, insbesondere die Nikotin-, Alkohol- u. Cannabisabhängigkeit sowie Glücksspielsucht vorherrschend.

Hinter diesen äußeren Erscheinungsformen steht das schwere Leid der Betroffenen, der mit betroffenen Angehörigen und insbesondere der Kinder suchtmittelabhängiger Eltern. Der Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen und Heranwachsenden bedarf besonderer Aufmerksamkeit. In der störanfälligen Entwicklungsphase wirkt sich Suchtverhalten besonders negativ aus, da für das spätere Leben wichtige Reifungsschritte nicht oder unvollständig oder gar zu spät erfolgen.

Die Phänomene der Suchterkrankung müssen auf 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 der Einzelnen oft überfordern. Auf der anderen Seite werden durch den gesellschaftlichen und ökumenischen Wandel immer mehr Menschen aus dem Arbeitsprozess ausgegliedert – oder kommen erst gar nicht hinein – mit all den damit verbundenen Folgen, wie: soziale Isolierung, psychische Instabilität, Identitätsverlust und seelische und materielle sowie soziale Verarmung.

Zudem hat der mit den gesellschaftlichen Veränderungen einhergehende kulturelle Wandel zu einem weitgehenden Schwinden traditioneller Formen des Zusammenlebens und bewährter Werte geführt. Dieser Verlust an tragfähigem, sozialem und geistigem Halt kann bei einzelnen Menschen zu erheblicher Verunsicherung, Angst, Ohnmacht und Sinnentleerung führen und damit den Einbruch für Suchtverhalten schaffen.

Die Komplexität süchtigen Verhaltens wird deutlich in den vielfältigen psychosozialen Konflikten der Einzelnen mit sich, mit ihrer Familie, ihrem weiteren sozialen Umfeld. Es geht dabei nicht nur um medizinische, psychologische und soziale Problemstellungen, sondern auch 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. Sucht ist nicht nur Krankheit, sondern auch Symptom für Persönlichkeitsstörungen, für psychische und soziale Probleme.

Die Suchttherapie, insbesondere alle Maßnahmen zur ambulanten und stationären Rehabilitation Sucht, 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) in den Jahren 2000 bis 2005 evidenzbasierte 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 entwickelt. 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.

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

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- eine positive Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ergibt sich aus der zusammenfassenden Bewertung von Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellation, Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität, Arbeitsunfähigkeitszeiten, bisherigen Therapien, Erfordernis der Kombination mehrerer Therapieformen, hohem Schulungsbedarf und Problemen bei der Krankheitsbewältigung.

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

Nach §10 SGB VI ist eine positive Rehabilitationsprognose erforderlich. Im Hinblick auf das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung bedeutet das, dass eine Stabilisierung des Leistungsvermögens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. 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 Teilhabe zu erreichen, ist eine Veränderungsbereitschaft und erkennbare Motivation (oder zumindest ausreichenden Motivierbarkeit) unerlässlich, wobei die therapeutische Erarbeitung von realistischen teilhabe bezogenen Zielen oft die gewünschte Veränderungsmotivation erst mit sich bringt.

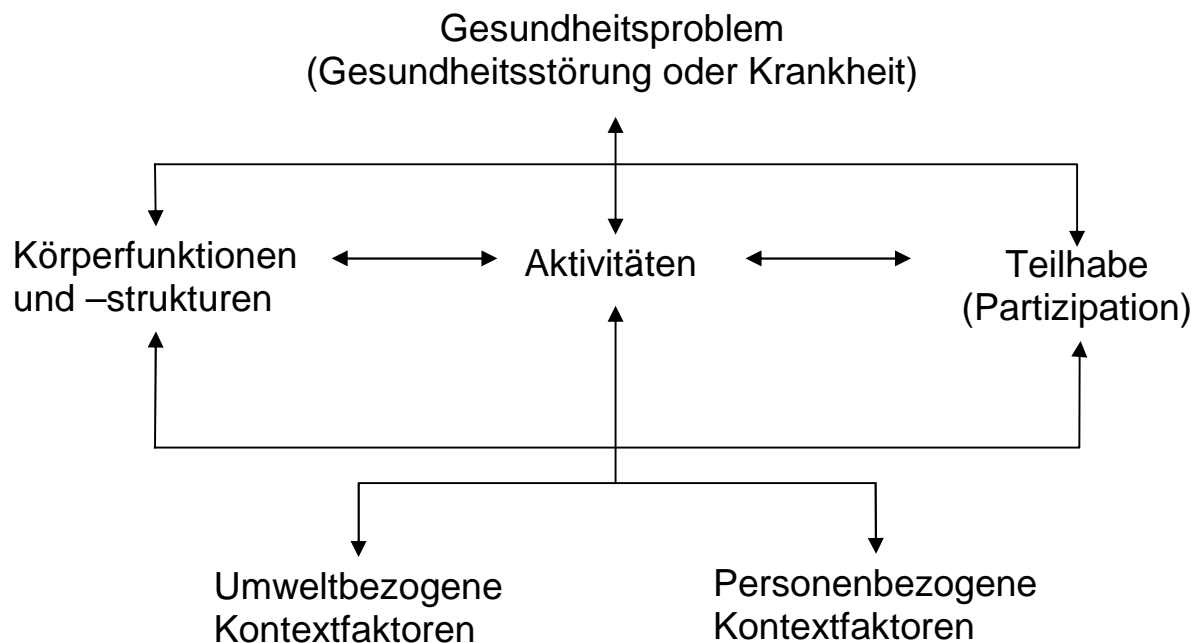
Leistungen zur Teilhabe können gemäß dem Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX-Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) bedroht oder bereits beeinträchtigt ist.

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. Eine beeinträchtigte oder zumindest bedrohte Teilhabe begründet den Leistungsanspruch.

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.

Die 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.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



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 9).

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.

4.2 Indikationen und Kontraindikationen

In der Fachklinik Nettetal werden Rehabilitanden ab dem Alter von 18 Jahren behandelt, wenn sie nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 ein stoffgebundenes Abhängigkeitssyndrom (F 1x.2) und ggf. weitere psychiatrische Nebendiagnosen insbesondere auch stoffungebundene Abhängigkeiten bzw. Störungen der Impulskontrolle (F0-F9) aufweisen. Es wird ein Suchtstoff übergreifender Behandlungsansatz verfolgt, der auch aktuelle Entwicklungen und Veränderungen des Konsumverhaltens berücksichtigt. Der Rehabilitationsbedarf hängt dabei nicht streng von der ICD-Diagnose sondern von

den mit der Erkrankung einhergehenden funktionalen Problemen (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (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.

Zur Durchführung einer individualisierten Behandlung orientieren wir uns an einem selektiven Indikationsmodell, das fünf 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

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

- das Verhalten des Rehabilitanden während der Behandlung
- die Befunde aus der medizinischen, psychosozialen und arbeitstherapeutischen Diagnostik
- die Behandlungsziele, die der Patient selbst für entscheidend hält und seine Änderungsmotivation
- die Kooperation des Rehabilitanden während der Behandlung und seine persönlichen Ressourcen und Stärken.

3.2 Kontraindikationen

Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Rehabilitationsbehandlung in den ambulanten bzw. stationären Einrichtungen nicht Erfolg versprechend. Dazu gehören Rehabilitanden mit

- schweren somatischen Erkrankungen, deren Leistungsvermögen aufgehoben ist, so dass die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme an 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 schwerpunktmäßige gruppentherapeutische Behandlung eine andauernde Überforderung darstellt oder bei denen aufgrund der hirnorganischen Beeinträchtigungen eine psychotherapeutische Behandlung nicht Erfolg versprechend ist.

4.3 Rehabilitationsziele

Die Aufnahme in die Fachklinik Nettetal erfolgt nach stationärer bzw. ambulanter Entgiftung. Die abstinente Lebensführung wird durch regelmäßige Drogen- und

Alkoholscreenings verifiziert. Im Falle einer Substitutionsbehandlung in den ersten Wochen wird die Beikonsumsfreiheit dokumentiert und das vollständige Abdosieren des Substituts.

Nach Anamnese- und Befunderhebung auf den unterschiedlichen Ebenen (psychosozial, medizinisch, edukativ, Aktivität und Teilhabe) erfolgt die Erarbeitung des individuellen Rehabilitationsplans mit der zentralen Zielkomponente der umfassenden Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit und damit der Teilhabe im Beruf und in der Gesellschaft.

Der individuelle Rehabilitationsplan umfasst u.a.:

- Ärztliche Beratung
- Einzel- und Gruppentherapie
- Teilnahme an den edukativen Gruppen
- Anbindung an Selbsthilfe
- Diagnostische Ergotherapie
- Ergotherapie/Arbeitstherapie in den o.g. Bereichen
- Teilnahme am Sport- und Gymnastikprogramm
- Gerätegestützte Trainingstherapie
- Erprobung neuer Freizeitmöglichkeiten
- Reaktivierung der früher ausgeübten Freizeitbeschäftigung
- Familientherapie/Paartherapie
- Belastungserprobung am allgemeinen Arbeitsmarkt
- Belastungserprobung im geschützten Rahmen
- Berufliches Eingliederungsmanagement

Folgende Zielkomponenten finden dabei Berücksichtigung:

- 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 von Nachsorge und Selbsthilfeaktivitäten

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Regelbehandlungsdauer beträgt zwischen 8 und 22 Wochen, bei entsprechender Indikation kann eine integrierte Adaption von bis zu 12 Wochen in Anspruch genommen werden.

4.5 Rehabilitationsverlauf

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 Rehabilitation werden vorgehalten.

4.5.1 Entwöhnung

Die Entwöhnungsbehandlung wendet sich an Suchtmittelabhängige, die noch keine oder nur wenig Therapievorerfahrung haben und die sich mit Hilfe einer stationären Behandlung neue Lebensperspektiven erarbeiten und sich somit längerfristig von Suchtmitteln und verhaltensbezogenen Störungen distanzieren wollen. Häufig bestehen multiple Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen, die Teilhaben ist sowohl in beruflicher als auch in gesellschaftlicher Hinsicht erheblich beeinträchtigt.

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 Säulen der Entwöhnung sind

- die Erarbeitung der individuellen Entstehungsbedingungen süchtigen Verhaltens
- das Erkennen und Einschätzen 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
- Familien- und Paartherapie bei entsprechender Indikation
- Klinische Sozialarbeit
- Erarbeitung einer Erwerbsperspektive
- Anbindung an Selbsthilfegruppen

4.5.2 Adaption

Schon in der Entwöhnungsbehandlung wird die berufliche Teilhabe als Leitziel der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt und ist dort u.a. in der Arbeitstherapie umgesetzt worden. Die Erhebung einer ausführlichen Berufsanamnese und eines Arbeitsfähigkeitenprofils bilden dabei die erste Grundlage für den Einsatz in den

vielfältigen Arbeitsbereichen der Einrichtung. In der Adaptionphase kann auf diese bereits vorliegenden Befunde zurückgegriffen werden.

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 sukzessive 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.

Sie beinhalten

- die Gestaltung von eigenaktiver Freizeit und Aufnahme von sozialen Kontakten außerhalb des therapeutischen Rahmens,
- die fortgesetzte Familien-, Paar- und Einzeltherapie bei entsprechender Indikation,
- Training und Erledigung üblicher Aktivitäten des Alltags
- Berufsberatung,
- Erwerb von Bewerbungskompetenzen
- Arbeitserprobungen und –praktika, Qualifizierungsmaßnahmen in geeigneten Betrieben und Unternehmen zur Förderung der zukünftigen beruflichen Teilhabe
- Kooperationen mit Arbeitsagenturen, optierenden Kommunen und Jobcentern im Hinblick auf Wiedereingliederungsmaßnahmen und Integrationshilfen
- Vermittlung in verbandseigene Arbeitsmarkt orientierte Hilfen (EVA's Skipper, Arbeitsmarkt Orientierte Hilfen für Suchtkranke Menschen ARHISU, u.s.w.)

4.5.3 Rückfallbehandlung

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 Bewältigung von Rückfallsituationen beeinflusst die Prognose von Suchterkrankungen wesentlich. Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit der Rückfälligkeit ist eine differenzierte Ursachenanalyse.

Die stationäre Rückfallbehandlung 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.

In der Regel liegen symptomfreie Lebensabschnitte z.B. nach einer stationären Therapie, vor, die positiv bewertet wurden, so dass wir 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.

4.5.4 Kombinationsbehandlungen

Kombinationsmodelle erlauben eine stärkere Flexibilisierung der Behandlung über Variationen der Dauer und der Leistungsform. Der Bedarf kann am einzelnen Rehabilitanden orientiert angeboten werden.

Die Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitskranke in Norddeutschland, kurz - Kombi-Nord - der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Oldenburg Bremen und Nord 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. Die Therapie kann bis zu einem Jahr dauern und setzt sich aus verschiedenen Behandlungsabschnitten zusammen, die nach den persönlichen Bedürfnissen der Rehabilitanden und therapeutischen Erfordernissen frei kombinierbar sind. Die Kombi-Nord-Behandlung bei substanz- und verhaltensbezogenen Störungen im regionalen Behandlungsverbund ist indiziert bei Rehabilitanden, bei denen die ambulante Rehabilitation allein für einen dauerhaften Behandlungserfolg nicht ausreicht, deren Rehabilitationsziele jedoch während eines verkürzten stationären Aufenthaltes so aufgearbeitet werden, dass sie anschließend im ambulanten Rahmen weitergeführt werden können.

Die Entscheidung, ob der Rehabilitand an der Kombinationsbehandlung, an einer stationären Behandlung oder an einer ambulanten Rehabilitation teilnimmt, wird je nach Indikationsstellung gemeinsam mit dem Rehabilitanden im diagnostischen Prozess entwickelt. Die Vorbereitung hierzu und die Entwicklung des Behandlungsauftrages finden in der Beratungsstelle statt und sind von individueller Dauer.

Bei der Beantragung von Kombi-Nord wird eine vorläufige Behandlungsplanung aufgestellt. Sie gilt als Richtschnur für die gesamte Therapie, kann aber bei Bedarf im Laufe der Behandlung verändert werden. Ein Fallbegleiter, der Ablaufcontroller, steht während des gesamten Behandlungszeitraums als Ansprechpartner für die Organisation und Verwaltung des Therapieablaufs zur Verfügung. Beim Wechsel in die nächste Behandlungsform erfolgt ein Übergabegespräch, an dem die behandelnden Therapeuten und die Rehabilitanden beteiligt sind. Im Rahmen dieser Übergabegespräche wird der bisherige Behandlungsverlauf gemeinsam bewertet und die weitere Planung vorgenommen. Durch die Teilnahme an einer ambulanten Behandlungsgruppe (Behandlungserprobungsgruppe) kann der Rehabilitand schon während des stationären Behandlungsabschnittes Kontakt zur ambulanten Einrichtung aufnehmen.

In der stationären Rehabilitationsphase, im schützenden Rahmen der Klinik findet der Klient Abstand von einem oft belastenden und destabilisierenden Alltag, dazu die Möglichkeit, Klarheit über sich und seine Situation zu gewinnen. Er kann sich hier psychisch stabilisieren und sich intensiv mit der Abhängigkeitserkrankung (seelisch/körperliche Abhängigkeit, chronischer Verlauf, Kontrollverlust und folgenden Notwendigkeiten der Abstinenz) im Rahmen von themenzentrierten Gruppen auseinandersetzen. Im Kontakt mit Mitrehabilitanden kann er soziale

Fertigkeiten wieder entwickeln. Die Klinik schreibt die Diagnose fort bzw. ergänzt sie in den Bereichen Sozialmedizin, Psychodynamik und Arbeit, Kommunikation und Freizeitverhalten. Der Rehabilitationsplan wird auf der Grundlage der fortgeschriebenen Diagnostik ständig überprüft, ggf. verändert und regelmäßig an die Entwicklung des Rehabilitanden angepasst.

In der ambulanten Rehabilitationsphase wird die therapeutische Arbeit fortgesetzt mit durch eine intensive Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz im Alltag, bei der Fortführung der Erwerbstätigkeit, durch die Einbeziehung des Familiensystems und der Alltagsrealität etc. In der ambulanten Phase wird der Vorteil genutzt, dass Angehörige rasch einbezogen werden und Probleme eher dort gelöst werden sollten, wo sie entstehen.

4.5.5 Ambulante Weiterbehandlung

Neben den medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Weiterbehandlung muss

- der Rehabilitand über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen,
- der Rehabilitand die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten) erreichen können,
- das soziale Umfeld (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion haben,
- eine stabile Wohnsituation vorhanden sein,
- erkennbar sein, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Rehabilitationsplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist,
- der abhängigkeitskranke Mensch bereit und in der Lage sein, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Rehabilitationsprogramm regelmäßig teilzunehmen.

Eine ambulante Weiterbehandlung 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, alltagsnahe Training und Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess 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.

Bei der Durchführung der therapeutischen Gruppengespräche liegt die maximale Teilnehmerzahl für Drogenabhängige bei 8 Rehabilitanden.

Die Ambulante Weiterbehandlung wird im Sinne einer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation in der Fachklinik durchgeführt. Sie umfasst in der Regel 20 Einheiten.

Die wesentlichen Elemente sind:

- Therapeutische Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Teilnahme an Manualgestützte Indikationsgruppen (entsprechend der Behandlungsplanung)
- Einbeziehung von Bezugspersonen
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft
- Kontaktherstellung und Vermittlung in Selbsthilfe.

4.5.6 Ganztägig ambulante Behandlung

Insbesondere bei Suchtrehabilitanden mit Abhängigkeitsstörungen, die über geringe sozialen 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 Nachsorgeangeboten sowie den sonstigen Unterstützungsmöglichkeiten ab. In der teilhabeorientierten Abstinenzentwicklung und –stabilisierung benötigt diese Rehabilitandengruppe mitunter einen Zwischenschritt von der stationären Entwöhnung bzw. Adaption zur ambulanten Rehabilitation.

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

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

4.6. Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm orientiert sich an dem folgenden Wochenplan:

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:00	Start in den Tag	Start in den Tag	Start in den Tag	Start in den Tag	Start in den Tag		
7:15	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
8:00	Tagesorganisation	Tagesorganisation	Tagesorganisation	Tagesorganisation	Tagesorganisation		
8:15	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung		
8:45	Hausreinigung	Hausreinigung	Hausreinigung	Hausreinigung	Hausreinigung		
9:30	Hausgruppe A1 und B ET/AT Abteilung A2 und C	Indikation Affektkontrolltraining/ Stressbewältigung IQ-Test ET/AT	Walken/ Volleyball/ Indoor Cycling ET/AT	Indikation Freizeitkompetenztraining Indikation Sicherheit finden ET/AT	Hausgruppe A1 und B ET/AT Abteilung A2 und C	9:30 Frühstück	
11:00	Hausgruppe A2 und C ET/AT Abteilung A1 und B	Basiswissen Sucht/Indikation Entspannung ET/AT	Indikation Rückenschule ET/AT	Indikation Cannabis/Nikotin/ Psychose u. Sucht ET/AT	Hausgruppe A2 und C ET/AT Abteilung A1 und B	10:15 Zimmer- und Hausreinigung	10:00 Frühstück Ab 10:30 Möglichkeit zum Kirchgang
12:30	Mittagessen/-pause	Mittagessen/-pause	Mittagessen/-pause	Mittagessen/-pause	Mittagessen/-pause	Ab 12:30 Ausgänge/ Freizeit/ Externe Aktivitäten	Hausigene Sauna/ Ausgänge/ Freizeit/ Externe Aktivitäten
13:30	ET/AT	ET/AT	ET/AT Sport	ET/AT	ET/AT	13:00 Mittagessen	13:00 Mittagessen
15:00		Abteilungskonferenz	15:15 Uhr Plenum	Abteilungskonferenz		14:00 bis 19:00 Besuchszeit	14:00 bis 19:00 Besuchszeit
15:30	Laufgruppe ET/AT	ET/AT	Thematische Hausgruppe: Rückfallprophylaxe bzw. Soziale Kompetenz	Indikation Ernährungsberatung ET/AT	Arbeitsbesprechung/ Alltagsplanung ohne Arbeit	15:00 bis 16:00 Kaffee und Kuchen	15:00 bis 16:00 Kaffee und Kuchen
17:00	Freizeit/Ausgänge bis zur Nachtruhe	Freizeit/Ausgänge bis zur Nachtruhe	Freizeit/Ausgänge bis zur Nachtruhe	Freizeit/Ausgänge bis zur Nachtruhe Eduktion Finanzmanagement	Freizeit/Ausgänge bis zur Nachtruhe		
18:00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen		
19:00		Schwimmen	Sauna		Schwimmen/Sauna	19:00 Abendessen	19:00 Abendessen
20:00	Interne Aktivität 20:00 bis 22:00	Interne Aktivität 20:00 bis 22:00	Interne Aktivität 20:00 bis 22:00	Indikation Bewerbungstraining/PC-Kurs 20:00 bis 21:30			
23:00	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe		Nachtruhe
24:00						Nachtruhe	

- Ärztliche Sprechstunde täglich
- AT=Arbeitstherapie ET=Ergotherapie
- Einzelterapie nach Vereinbarung
- Tägl. ab 17.00 Uhr können Angehörige und Bekannte unter der Nr. 0541/40892-14 auf dem Patiententelefon anrufen. Handys und das Kartentelefon sind in der Freizeit nutzbar.

Darüber hinaus ergeben sich nach individueller Indikation folgende Schwerpunkte:

4.6.1 Cannabisbehandlung

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in westlichen Industrienationen (Hall et al. 1999, Kokkevi et al. 2007, SAMHSA 2003). In epidemiologischen Studien konnte gezeigt werden, dass sich der Konsum von Cannabis auch im deutschsprachigen Raum den Verhältnissen in Hochkonsumländern wie Australien und Teilen der USA mehr und mehr annähert (Bonnet & Hölscher 2006). In Deutschland ist Cannabis das nach Alkohol und Nikotin am häufigsten konsumierte Rauschmittel und die am weitesten verbreitete illegale Droge (BZgA 2006). Ca. 12,5 Millionen Menschen in Deutschland haben Erfahrung mit Cannabis (Simon, David-Spickermann & Bartsch, 2005). Das ist jeder vierte Erwachsene bzw. jeder siebte Jugendliche.

Bei einem Teil dieser Betreuten besteht die Notwendigkeit einer Wiederherstellung oder wesentlichen Besserung der Funktionsfähigkeit auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe, insbesondere der beruflichen Teilhabe, d. h. sie bedürfen einer spezifischen Rehabilitation.

Die alleinige Cannabisabhängigkeit wird überwiegend ambulant behandelt. Es gibt allerdings einige Kriterien, die zumindest phasenweise eine stationäre Behandlung sinnvoll erscheinen lassen. Dazu gehören:

- Kombination mit anderen psychotropen Substanzen
- schwere komorbide Störungen
- wiederkehrende Rückfallgefährdung
- Ausprägung des Entzugssyndroms
- Schwere der Folgeschäden

Auf der Grundlage von modularen Kombinationsbehandlungen ist ein stationäres Modul indiziert, wenn sich die Beeinträchtigungen v.a. auf die Ebene der psychischen Funktionen, der alltagsrelevanten Kontextfaktoren und die alltagsrelevante Aktivitäten und Teilhabe bezieht. Diese Rehabilitanden haben ihr Umfeld trotz isoliertem Cannabiskonsum im Drogenmilieu gesucht, eine soziale Unterstützung durch eine Familie oder einen Freundeskreis ist allenfalls ansatzweise gegeben. Es fand eine Identifikation mit den Gepflogenheiten und der Atmosphäre im Drogenmilieu statt.

Das Rehabilitandenseminar Cannabis ist der zentrale suchtspezifische Baustein des zielgruppenspezifischen Angebotes für Cannabis-Konsumenten. Die empfohlenen Kurzinterventionen bestehen aus einer Kombination von motivationsverstärkenden und kognitiv-verhaltens-therapeutischen Elementen und individueller Beratung im Sinne eines Case Managements (Empfehlungsklasse A). Oberstes Ziel für diese Zielgruppe ist die langfristige Stabilisierung der Cannabisabstinenz bzw. eine deutliche Reduktion des Cannabiskonsums. Dazu werden für die Rehabilitanden jeweils individuelle Ziele und Behandlungsschwerpunkte formuliert, die das Oberziel unterstützen. Edukative Einheiten und gruppenspezifische Einheiten ergänzen das therapeutische Vorgehen. Das Rehabilitandenseminar Cannabis wird wöchentlich in 90-minütiger Gruppensitzung oder in regelmäßigen Einzelgesprächen durchgeführt. Insgesamt zielt die Behandlung darauf ab, in einem zeitlich begrenzten stationären Rahmen wesentliche Grundlagen zur Wiedererlangung oder Verbesserung der beruflichen und sozialen Teilhabe und zur Nutzung längerfristiger ambulanter Rehabilitationsangebote zu legen.

4.6.2 Rehabilitation unter Substitution

Die substitutionsgestützte Behandlung bei manifester Opiatabhängigkeit ist vor allem dann indiziert, wenn sie im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten die größeren Chancen zur Besserung der Suchterkrankung bietet. Das langfristige Ziel ist die Substitutfreiheit, die allerdings nicht in jedem Fall unmittelbar und zeitnah zu erreichen ist. Die Substitution ist darüber hinaus eine präventive Maßnahme hinsichtlich der Verbreitung von infektionskrankheiten, insbesondere durch HIV- und Hepatitis-Erreger.

Folgende Zielgruppen werden angesprochen:

- Substituierte Opiatabhängige, die im Verlauf einer ambulanten Behandlung eine gute Veränderungsmotivation und Compliance gezeigt haben, jedoch aufgrund fehlender sozialer Ressourcen, psychosozialer Entwicklungsdefizite und/oder Hoher Belastungen durch biographische Konfliktkonstellationen ihre Ziele nicht erfolgreich verwirklichen konnten
- Substituierte Opiatabhängige mit hohen psychosozialen Defiziten und/oder Persönlichkeitsstörungen, bei denen die stationäre Rehabilitation zur Lösung aus dem pathogenen Umfeld, zur Distanzierung vom konsumierenden Milieu, zur Stabilisierung der Beikonsumsfreiheit und langfristig zum Abdosieren des Substituts indiziert ist
- Substituierte Opiatabhängige, welche die Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation erfüllen, bei denen ein Entzug aus medizinischen Gründen nicht indiziert ist

Die Aufnahme erfolgt unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Einstellung auf eine stabile Dosis des Substitutionsmittels wurde im Rahmen der vorausgehenden Substitutionsbehandlung durchgeführt und abgeschlossen
- Im Rahmen der ambulanten Substitutionsbehandlung ist nachweislich Beigebrauchsfreiheit erzielt worden
- Eine ggf. erforderliche Teilentgiftung wurde erfolgreich abgeschlossen

Die substitutionsgestützte Behandlung erfolgt integriert im Rahmen des Rehabilitationsprogramms auf der Grundlage der Regelung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV), der „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (BUB-Richtlinien) sowie der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ in der jeweils gültigen Fassung.

Vor Aufnahme in die medizinische Rehabilitation findet grundsätzlich ein Informationsgespräch mit den vorbehandelnden Ärzten und den ambulanten Therapeuten statt.

4.6.3 Komorbide Störungen

„Komorbidität“ wird als zeitlich gemeinsames Auftreten von verschiedenen Störungen bei einem Rehabilitanden definiert. Eine hohe Komorbidität verschiedener Diagnosen (ICD 10, DSM IV) aus der Gruppe der Substanzabhängigkeitsstörungen 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 komorbid vorkommenden die Depression primär oder erst in Folge der anderen Erkrankung auftritt, ist in der Regel kaum zuverlässig zu beantworten. Befragt man Probanden retrospektiv, dann erhält man in der Mehrzahl (zwischen 60-80%) die Antwort, dass die Depression den anderen Schwierigkeiten und Störungen nachfolgte.

Bei der bipolaren Störung besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Alkoholabhängigkeit mit weiteren negativen Folgen (4). Besonders bei früh beginnenden Bipolar I Störungen führt die Alkoholabhängigkeit zu deutlich schwereren Verläufen, verlängerter Episodendauer, erhöhtem Gewaltpotential der

Rehabilitanden und erhöhter Suizidrate. Die Compliance und insgesamt die Therapierbarkeit sind deutlich schlechter als bei Rehabilitanden mit bipolarer Störung ohne komorbide Alkoholabhängigkeit .

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 Alkoholkrankheit wird die Selbstmedikationshypothese favorisiert. V.a. bei unerfahrenen Cannabiskonsumenten werden durch das Suchtmittel hervorgerufene Panikattacken diskutiert. Im Hinblick auf die Medikamentenabhängigkeit von Sedativa/Hypnotika wird angenommen, dass einerseits Medikamentenabhängige ihr Medikament ursprünglich im Sinne einer Selbstmedikation gegen die Grunderkrankung eingenommen haben. Andererseits kann die Medikamentenabhängigkeit ihrerseits 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, besonders 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. 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.

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.

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 in unseren stationären und ambulanten Einrichtungen.

4.6.4 Somatische Begleiterkrankungen

Viele suchtkranke Menschen leiden zusätzlich unter somatischen Begleiterkrankungen, die im Hinblick auf die Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe der besonderen Berücksichtigung bedürfen. Diese Erkrankungen können sowohl einen die Suchterkrankung aufrechterhaltenden Faktor darstellen als auch Folge der Suchterkrankung sein.

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 „Burn out“. 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 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.

Die somatischen Begleiterkrankungen finden 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 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, Entspannungstherapien fördern die zunehmende Aktivierung der Rehabilitanden, Ziel ist ein weitgehend eigenverantwortlicher Umgang mit den individuell erarbeiteten Bewältigungsstrategien.

4.6.5 Pathologisches Glücksspiel

Zur Erklärung der Entstehung der pathologisches Glücksspiel wird ein multifaktorielles Bedingungsgefüge zu Grunde gelegt: pathologisches Glücksspiel entsteht in der Interaktion zwischen sozialen, psychischen und physischen Voraussetzungen des Individuums, seiner sozialen Umfeld und der Beschaffenheit des Suchtmittels.

Diagnostische Grundlage bilden die ICD 10 und das DSM IV.

Die integrierte Rehabilitation pathologischer Glücksspieler hat die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zum Ziel. Voraussetzung hierfür ist, dass der pathologische Spieler spielabstinent lebt.

Die Behandlung soll den Rehabilitanden ermöglichen:

- Spielabstinenz zu erreichen und dauerhaft zu erhalten
- Alternative Bewältigungsstrategien zu entwickeln
- Alternative Freizeitgestaltung zu entwickeln
- Die eigene Lebensgeschichte zu verstehen und sie in den aktuellen Lebenskontext zu integrieren
- Ihre Beziehungen zu beleuchten und zu klären
- Einen verantwortungsvollen Umgang mit Geld zu finden.

Beim pathologischen Glücksspiel ist es wichtig das Symptom (Spielverhalten) und dessen unmittelbare Folgen (z.B. finanzielle Probleme) im Vordergrund der therapeutischen Aufmerksamkeit zu haben. Im weiteren therapeutischen Prozess gilt es mit dem pathologischen Spieler, die nach und nach geringer werdenden Wünsche nach Glücksspiel zu bewältigen. Im Idealfall sollte zunächst eine stabile Symptomabstinenz eintreten, bevor die Hintergründe der Krankheitsentwicklung aufgearbeitet werden können. Für die langfristige Stabilisierung der Abstinenz und Gesundung der Persönlichkeit ist es jedoch weitergehend notwendig, die Störungen aufzuarbeiten, die der Krankheitsentwicklung zu Grund liegen.

Die Behandlung erfolgt im Rahmen des individuellen Rehabilitationsplans vornehmlich im einzeltherapeutischen Setting.

4.6.6 Internet und Onlinesucht

Aufgrund einer deutlichen Zunahme der Behandlung von Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet, Pathologischer Internetgebrauch (PIG) erfolgt in der Fachklinik Nettetal ein regelmäßiges Screening auf diese Störung und bei Bedarf die integrierte Mitbehandlung.

Das Krankheitsbild ist derzeit noch nicht im ICD oder DSM aufgeführt. Nach den derzeitigen Leitlinien wird für die Betroffenen der Internetgebrauch zum zentralen Lebensinhalt, durch den andere Interessen vernachlässigt werden und der in zunehmendem Maß (Toleranzentwicklung) das Denken, Fühlen und Handeln, trotz der sozialen negativen Konsequenzen, bestimmt. Sowohl der Affekt regulierende

Nutzen als auch die Selbstwertregulierung können als aufrechterhaltende Bedingungen für den übermäßigen Internetkonsum identifiziert werden. Ein Kontrollverlust hinsichtlich der Dauer der Nutzung wird festgestellt. Es ist den Betroffenen nicht mehr möglich, zu einem festgelegten Zeitpunkt mit der Beschäftigung im Internet aufzuhören. Es treten psychische Entzugserscheinungen wie Unruhe und Gereiztheit, als auch physische Symptome wie z.B. Schlafstörungen auf. Die Internetnutzung bestimmt das Leben der Betroffenen so sehr, dass reale soziale Beziehungen (Familie, Freunde) zurückgesetzt oder aufgegeben und berufliche Interessen in einer existenziell bedrohlichen Weise vernachlässigt werden.

Es kann zu ausgeprägten psychischen Verhaltensauffälligkeiten kommen, die eine Gefährdung bzw. Minderung der Teilhabe am Erwerbsleben zur Folge haben können. Die Rehabilitationsbedürftigkeit kann vorliegen bei manifest vorliegenden Störungen, mit längerem Krankheitsverlauf, ausgeprägter psychischer Komorbidität, dem Vorliegen psychosozialer Komplikationen wie Arbeitsplatzverlust, Trennungen, sozialer Selbstisolation und Verschuldung.

Das Training zum kontrollierten Umgang die Menschen mit pathologischem Computer- und Internetgebrauch ist in seiner Zielsetzung sowohl individuell als auch ursachenspezifisch zu gestalten. Eine stationäre Aufnahme empfiehlt sich insbesondere bei Betroffenen, die sich nicht selbständig und ohne kontinuierliche Unterstützung und Kontrolle auf PC-freie Phasen einlassen können. Als weitere Kriterien können herangezogen werden:

- Die Schwere des Kontrollverlustes
- Der Grad der Einengung des Verhaltensspielraums
- Das Vorliegen komorbider Störungen
- Die Ausprägung der Folgeschäden

Das Ziel des verhaltenstherapeutisch orientierten Trainings besteht in einer Erhöhung der Selbstkontrollfähigkeit hinsichtlich der Mediennutzung, einer realistischeren Selbsteinschätzung und der Entwicklung eines „normalen“ Computer- und Internetnutzungsverhaltens.

Die Behandlung erfolgt integriert im Rahmen des Wochenplans, dabei ist der Zugang zu den Medien auf bestimmte Zeiten begrenzt und unterliegt der Kontrolle des Bezugstherapeuten. Dabei kommen Tagesprotokolle und Selbstbeobachtungsbögen zur Anwendung.

In einer psychoedukativen Gruppe findet neben der detaillierten Information auch der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen statt. Inhalte sind darüber hinaus, eine Verbesserung der Einsicht in die Störung, die Erarbeitung von Ablehnstrategien und den Erwerb von Rückfallprophylaxekompetenzen. Ergänzend nehmen die Patienten am sozialen Kompetenztraining, am Stressbewältigungstraining und am Affektkontrolltraining teil.

4.7 Rehabilitationselemente

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. Innerhalb der

ersten drei Tage wird eine psychodynamische/verhaltensanalytische Diagnostik und eine berufsgruppenspezifische Diagnostik durchgeführt.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Nach stationärer Aufnahme zur medizinischen Rehabilitation erfolgen die Erfassung der Schädigungen, Aktivitäten, Teilhabeaspekte und Kontextfaktoren und eine konkrete Festlegung der Rehabilitationsziele aus Sicht des Rehabilitanden und der Therapeuten. Dabei finden die Wohnbedingungen und das soziale Umfeld eine besondere Beachtung, da diese bei suchtkranken Menschen mit unter ein erhebliches Gefährdungspotential beinhalten können.

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.

Im Rehabilitationsentlassungsbericht sind die wesentlichen Informationen hinsichtlich der erfolgten Teilhabe orientierten Behandlung enthalten. Unabhängig von der Leistungsträgerschaft enthält er 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.

Medizinische Diagnostik

Bei der Aufnahme erfolgt eine umfassende Anamneseerhebung, der aktuelle allgemeinmedizinische, neurologische und psychische Befund wird erhoben. Zum Aufnahmeverfahren 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 kooperierenden Fachärzten und Krankenhäusern.

Psychologische Diagnostik

Die psychologische Eingangsdagnostik umfasst bei Bedarf eine vertiefende Diagnostik der Suchterkrankung, darüber hinaus routinemäßig eine Persönlichkeitstestung, einen Intelligenztest sowie ein hirnorganisches Screening. Bei bekannten komorbiden Störungen erfolgt eine störungsspezifische Erweiterung dieses Spektrums.

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
- die psychosoziale Diagnostik in Anlehnung an den PREDI-Bogen (Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik); neben der Therapieplanung kann dieses Instrument auch für die Erfolgskontrolle genutzt werden

Arbeitsbezogene 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 sowie die Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes.

Die arbeitstherapeutische Diagnostik erfolgt mittels des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils, die Dokumentation in Anlehnung an MELBA. Anhand der Items Art der Arbeitsausführung, kognitive Merkmale, psychomotorische Merkmale, Kulturtechnik/Kommunikation sowie soziale Merkmale erfolgt eine individuelle Fähigkeitseinschätzung für den jeweiligen Rehabilitanden.

Die Ergebnisse der medizinischen, psychosozialen und der arbeitsbezogenen Diagnostik haben direkten Einfluss auf die Formulierung der Teilhabeorientierten Therapieziele und finden Eingang in die Therapieplanungskonferenzen.

Prozessuale Diagnostik

Die Diagnostik und Behandlung interkurrenter Erkrankungen erfolgt 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 des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils und MELBA-Profilvergleiche erfolgt prozessorientiert ein passgenauer Einsatz sowohl in die unterschiedlichen arbeitstherapeutischen Bereiche innerhalb der Kliniken als auch im Rahmen von Belastungserprobungen, Praktika und soweit möglich am realen Arbeitsplatz in der externen Arbeitswelt.

Abschlussdiagnostik

Zum Abschluss der Behandlung wird eine ausführliche medizinische Entlassuntersuchung einschließlich Kontrolle der notwendigen Laborparameter durchgeführt. In der Zusammenschau sämtlicher Rehabilitationsergebnisse erfolgt

die sozialmedizinische Beurteilung, die ausführlich mit dem Rehabilitanden besprochen wird.

Die psychologische Abschlusstestung umfasst in der Routine eine Persönlichkeitstestung bei Behandlungsende.

In einem therapeutischen Abschlussgespräch werden der Zielerreichungsgrad und der Gesamteindruck hinsichtlich der Rehabilitationsbehandlung sowohl von Seiten des Rehabilitanden als auch von Seiten des Bezugstherapeuten thematisiert und der weitere Unterstützungs- und Förderungsbedarf eruiert, um die soziale Integration und Teilhabe nachhaltig gemeinsam mit dem Rehabilitanden sichern zu können.

4.7.3 Medizinische Behandlung

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Erlangung eines Höchstmaßes an funktionaler Gesundheit, um die Teilhabe an relevanten Lebensbereichen wiederherzustellen 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.

Ebenso gehören zum medizinischen Ansatz die Hinführung der Rehabilitanden zu einer insgesamt gesunden Lebensweise inklusive Ernährungsberatung, Umgang mit Medikamenten, Alltagsstress, Schmerzen. Es erfolgen regelmäßige Informationsvermittlungen zu Infektionsverhütung (besonders Hepatitis B und C, HIV-Infektion) und Aufklärungen über Suchtentwicklung und Suchtfolgen. Auf der somatischen Ebene sind insbesondere orthopädische Erkrankungen häufig mit Suchterkrankungen vergesellschaftet, dementsprechend stellen Physiotherapie, Reha-Sport und Rückenschule wesentliche Bausteine des Gesundheitstrainings dar. Den Komorbiditäten auf psychischer Ebene ist das Kapitel 6.2 gewidmet.

Die medizinische Behandlung konzentriert sich in der Aufnahme phase auf die Eingangs-Diagnostik und die Einleitung notwendiger Behandlungsmaßnahmen sowie auf die Erstellung des medizinischen Aufnahmeberichtes.

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

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. Das am Ende der Rehabilitationsbehandlung erstellte ärztliche Gutachten ist als Ergebnis dieses Prozesses zu werten, der fortwährend mit dem Rehabilitanden reflektiert wird.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

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 Teilhabe orientierten 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 ins das konkrete Verhalten

In den stationären Einrichtungen bietet darüber hinaus 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 emotionale Zusammenhalt innerhalb der Gruppe, das gemeinsame zwischenmenschliche Lernen und den Austausch unter den Rehabilitanden über gefundene Lösungswege.

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.

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 - sie orientieren sich weitgehend an den Problemlagen 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/-innen 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
- Ernährungsberatung
- Rückenschule
- EDV-Training
- Bewerbungstraining
- Schulische Qualifizierungen

- Sonstige Schulungen und Trainings, z. B. Sprachkurse, Stress am Arbeitsplatz, Alltagsplanung ohne Arbeit
- Basiswissen Sucht
- Umgang mit depressiven Verstimmungen
- Umgang mit Ängsten und sozialen Phobien
- Wiedererlangung des Führerscheins

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.

Mit dem Wegfall von Arbeit kann ein Verlust von Tagesstruktur, äußeren Anforderungen, Aktivität und Sinnstiftung verbunden sein.

Dementsprechend fördern sowohl die Fachambulanzen als auch die Fachkliniken Maßnahmen zur beruflichen Orientierung ihrer Rehabilitanden in unterschiedlicher Art und Weise.

Bereits vor Behandlungsbeginn wird im Zuge der Beantragung im Sozialbericht eine ausführliche Ausbildungs- und Berufsanamnese erhoben. Auf dieser Grundlage werden die individuelle berufliche Bedarfslage des Patienten 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 der spezifischen, beruflichen Problemstellung unterschiedliche Angebote bereitgehalten:

1. Sozialrechtliche Beratung: Hier geht es um die beruflichen Perspektiven des Patienten, 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.

2. Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben: Die Behandler 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 Mitarbeitern der Arbeitsagenturen und den Reha- Beratern der DRVn, sowie den regionalen Service – und Beschäftigungsagenturen (Zentrum für Arbeit/ MaßArbeit / ESBA / AGOS). Indikationsgeleitet werden die Rehabilitanden weiteren Beratungs- und Behandlungsangeboten des Caritasverbandes zugeführt, wie z.B. der Familienberatung, Kur- und Erholungsberatung, Schuldnerberatung, „Zahn um Zahn“

(Leistungsangebot zur Zahnsanierung als Folgenotwendigkeit bei langjährigem Suchtmittelkonsum), etc..

Eine weitergehende Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Arbeitsplatz oder Ausbildungsplatz kann im Einzelfall erfolgen.

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

Im Landkreis Osnabrück bietet der Caritasverband als Leistungserbringer in Zusammenarbeit mit der MaßArbeit das Projekt ARHISU für erwerbslose Hilfeempfänger im ALG II Bezug an. Hier erfolgt eine Vorbereitung der Arbeitsvermittlung durch Trainings und Praktika.

3. Soziale Gruppenarbeit: Im Rahmen der sozialen Gruppenarbeit kann der Umgang mit Arbeitslosigkeit thematisiert werden, ein Training sozialer Kompetenzen durchgeführt werden und der Umgang mit Konflikten und Autoritäten, besprochen werden.

Bewerbungstrainings zum Feststellen der bisherigen erworbenen schulischen- und beruflichen Qualifikationen und darüber hinaus zum Aufspüren von weiteren Fähigkeiten und Fertigkeiten; eine zielgerichtete Recherche von Stellenangeboten; unterschiedliche Formen von Bewerbungsverfahren; Erstellen einer kompletten schriftlichen Bewerbung, Kurzbewerbung / telefonische Bewerbung; Online-Bewerbung; eigenständige Erstellung der Profilingmappe; Vorstellungsgespräche / Erprobung in Rollenspielen und PC-Schulungen werden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation bei Bedarf angeboten, da sie in den arbeitsbezogenen Maßnahmen bereits vorgehalten werden.

Zur Wiedererlangung des Führerscheins zur Verbesserung der beruflichen Mobilität, Flexibilität und Erweiterung der beruflichen Qualifikation werden differenzierte Informationen gegeben. Auch der Erhalt von forensisch gesicherten Laborbefunden wird unterstützt und begleitet.

4. Arbeitsplatzbezogene Interventionen: Bei Rehabilitanden, die noch in Arbeitsverhältnissen sind, werden die Arbeitgeber, wo dies möglich und sinnvoll ist, in die Behandlung mit einbezogen. Bilanzierungsgespräche im Sinne der Selbsteinschätzung 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, 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 anzufordern

Durch die Vermittlung von Betriebspraktika werden 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 Beschäftigung in einer Einrichtung des zweiten Arbeitsmarktes.

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.

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. 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.

In der Rehabilitation werden nach individuellen Gewichtungen Interventionen zur Anbahnung, Übung und zum Training physischer Funktionen zur (Wieder)-Herstellung der teilhabeorientierten Leistungsfähigkeit durchgeführt.

Ergänzend dazu werden Entspannungstechniken vermittelt, eingeübt und individuelle Strategien zur alltäglichen Nutzung und den Transfers in den Alltag erarbeitet.

Diese Kombination von Interventionen führt zu einer nachhaltigen Steigerung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Stärkung von positiven Bewegungs- und Selbstwirksamkeitserfahrungen.

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 und Rehabilitandinnen 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.

Die sozialarbeiterischen Angebote im Rahmen der Rehabilitation gliedern sich in die Bereiche

- Information
- Schulung
- Beratung
- Einleitung von Nachfolgemaßnahmen zur sozialen Integration
- Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit

Im Rahmen der Beratung und Einleitung von Maßnahmen wird unter individuellen und ganzheitliche Gesichtspunkten Hilfe zur Selbsthilfe angeboten um einen nachhaltigen Erfolg sicherzustellen, da sich die Lebenssituationen in der Regel im Anschluss an die Rehabilitation kontinuierlich verändern. Typische Themen in diesem Bereich sind Antragshilfen (SGB-Leistungen), Einleitung von Schuldenberatung und sozialrechtliche Beratung (berufliche Perspektiven, Wohnen, wirtschaftliche Sicherung, rechtliche Fragen, Teilhabe behinderter Menschen, Rentenfragen).

4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung

Zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolges ist eine gesunde Lebensführung unerlässlich.

In der Indikationsgruppe Ernährungsberatung werden Kenntnisse zur Selbstversorgung nach dem Konzept und den Richtlinien (D-A-C-H Referenzwerte & Beratungs - Standard) der Deutschen Gesellschaft für Ernährung vermittelt.

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

Darüber hinaus werden Kenntnisse hinsichtlich Makronährstoffen vermittelt. Dazu gehören Proteine, Fette und Kohlenhydrate. Auch die Vitamine und Mineralstoffe sowie die ausreichende, tägliche Flüssigkeitszufuhr haben eine große Bedeutung.

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

Die praktische Umsetzung erfolgt in weiteren Modulen in der hauseigenen Lehrküche. In dieser werden Kenntnisse zur Selbstversorgung vermittelt.

Teilprozesse dieser Module sind unter anderem die Planung sowie die Kalkulation von mindestens acht Gerichten, welche jeweils an das finanzielle Budget der Patienten (z.B. ALG II) angepasst sind. Zusätzlich geschult werden die Patienten hinsichtlich des sinnvollen Einkaufs von Lebensmitteln sowie die richtige Lagerung unterschiedlichster Lebensmittel, wie beispielsweise von tiefgekühlter oder einfach gekühlter Ware.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Familientherapie

Die Rehabilitanden sollen, 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/-in 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 nicht erzwungen werden kann, müssen alle ihre Mitwirkung ausdrücklich erklären. Selbstverständlich haben sie jederzeit das Recht, diese aufzukündigen.

(Intensiv-) 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

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

Für diese vom Rehabilitanden frei wählbaren 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.

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.

In diesem Sinne gibt es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit, da Weiblichkeit und Männlichkeit nicht einfach durch die Natur oder die Gesellschaft bestimmt werden. Die sozialen Geschlechter werden erworben, gestaltet und inszeniert; sie sind dabei durch die historischen und gesellschaftlichen Veränderungen selbst auch einer wandelbaren Ausformung im Sinne einer Gleichberechtigung der Geschlechter zugänglich.

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. 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.

Die Ursache für die Suchtentwicklung und deren Ausformung werden durch das Geschlecht mitbestimmt. Der Alltag und die Lebensrealitäten von Suchtmittel konsumierenden Frauen und Männern unterscheiden sich ebenso wie ihre Bemühungen zum Ausstieg aus der Sucht.

Die jeweiligen Besonderheiten des weiblichen und männlichen Suchtverhaltens in den möglichen Ursachen, der Wahl der Substanzen, dem Konsum-/Suchtverlauf und dessen Beendigung bzw. dessen Kontrolle erfordern eine besondere geschlechtsspezifische Beratung, Behandlung, Begleitung und Therapie, die die unterschiedlichen Lebenshintergründe von Frauen und Männern berücksichtigen. Das heißt u.a., dass diese Arbeit auch kultur- und altersspezifisch ausgerichtet sein muss. „Geschlechtergerechte Suchtarbeit stellt sicher, dass Frauen und Männer in ihren Erfahrungen und Bedürfnissen gleichberechtigt behandelt werden und gleichermaßen ernst genommen und kompetent unterstützt sind. Deshalb verbessert geschlechtergerechte Suchtarbeit den Zugang zum Hilfeangebot und erhöht dessen Wirksamkeit“ (sfinx 2001).

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 in den stationären Einrichtungen des Geschäftsbereichs eine entsprechende Würdigung.

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 (zumeist eine indikative Frauen- und/oder Männergruppe), sondern vor allem auf einer therapeutischen Haltung.

Die Reflektionen über das weibliche und männliche Selbstverständnis bleiben eine Einladung an die PatientInnen. Eine Einladung ihre/seine zwischenmenschlichen Konflikte sowie ihre/seine damit verbundenen Wertsetzungen (Stichwort: Nicht die Phänomene an sich sind das Problem, sondern die Bedeutung und Ausdeutung, die diesen Phänomenen gegeben wird.) gemeinsam durch die „Rollenbrille“ zu betrachten. Allerdings - nur wenn der/der PatientIn sich mit ihrer/seiner Lebenserfahrung, mit ihrem/seinem häufig abgespaltenen Leiden, mit Ihrem/seinem Lebensgefühl und ihrer/seiner Sichtweise in dieser Perspektive wieder finden kann und ernst genommen sieht, ist eine solche Betrachtungsweise hilfreich.

Voraussetzung für ein weiteres Vorgehen ist die Wahrnehmung eines Ambivalenzkonfliktes im eigenen Selbstverständnis durch den Patientin/Patienten selbst. Ohne Ambivalenzkonflikte oder Verunsicherung als Frau bzw. Mann ist eine geschlechtsspezifische Arbeit weder möglich noch notwendig.

Hierbei sind zwei Gefahren zu beachten. Zum einen darf es hier auf keinen Fall um ein „Abarbeiten“ der eigenen Geschlechterproblematik durch die therapeutisch tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gehen. Weder im Sinne männerbündlerischer Attitüden oder lamouryanter Selbstanklagen auf Seiten der männlichen Mitarbeiter noch als Fortsetzung von politischem Feminismus mit anderen Mitteln bei den weiblichen Mitarbeiterinnen.

Die zweite Gefahr liegt in der Verführung sich einen quasi gesamtgesellschaftlichen Auftrag aufzuladen. Will heißen, dass immer wieder darauf zu achten ist, dass sich die Problematisierung des weiblichen bzw. männlichen Selbstverständnisses innerhalb des legitimierten Auftrages einer Entwöhnungsbehandlung bewegen muss. Also die zentralen Fragen der Suchtbehandlung - Entstehung, Verlauf und Aufrechterhaltung des Abhängigkeitsverhaltens und Ausstieg aus der Sucht - entsprechend den bewährten Methoden der etablierten Suchttherapie zu betrachten, ergänzt um den Blick auf die Friktionen eines rigiden und einseitigen Geschlechtsrollen-Entwurfs.

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

1. Absicherung der Situation, ev Verlegung/Einweisung in eine Entgiftungsklinik
2. Klärung Rückfall vs. Relegation
3. Inhaltliche Auseinandersetzung mit der Suchtmittelrückfälligkeit anhand einer persönlichen Stellungnahme mit dem Bezugstherapeuten
4. Reflexion innerhalb der Bezugsgruppe

4.7.13 Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme und Vorbereitung der Nachsorge

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.

Ca. 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.

Auch die Mitteilung der sozialmedizinische Einschätzung erfolgt zu diesem Zeitpunkt, um mögliche Folgemaßnahmen, wie Leistungen zur Teilhabe am Berufsleben, Kontaktaufnahme zum Reha-Berater u.s.w. 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, was dann die reguläre Entlassung nach sich zieht.

Bei notwendigen Abweichungen vom Rehabilitationsplan kann es im Rahmen von geplanten Entlassungen zu Verlegungen, 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 Patienten, also gegen ärztlichen Rat, oder aus disziplinarischen Gründen beispielsweise Gewalttätigkeit, strafbare Handlungen, Suchtmittelkonsum in der Einrichtung.

5. Personelle Ausstattung

Interdisziplinäre Teamarbeit

In den Mitarbeiterteams der Rehabilitationseinrichtungen 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.

Bezugs- und Gruppentherapeuten/innen 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-strukturierter Zielsetzungsprozess, die Teilhabeorientierung, die aktive Einbeziehung des Rehabilitanden, ein strukturierter Ablauf der Teamsitzungen und eine entsprechende Dokumentation dar.

6. Räumliche Gegebenheiten

Funktionsräume und Funktionsbereiche

- Arztsprechzimmer und Behandlungsraum mit integriertem Labor
- Räume für Einzel- und Gruppentherapie
- 2 Großgruppenvortragsräume mit umfangreicher Mediene Ausstattung
- Umfängliche Räumlichkeiten für Ergo- und Kreativtherapie
- Arbeitstherapeutische Räumlichkeiten für die Schwerpunkte Holz, Garten und Hauswirtschaft
- PC-Schulungsraum mit 6 internetfähigen Schulungsplätzen
- Multifunktionsräume für Entspannungstraining, Diagnostik, Physiotherapie und kognitives Training
- PC-Schulungsraum mit 6 internetfähigen Schulungsplätzen
- Behindertengerechte Lehrküche mit 4 Schulungsplätzen
- Sauna und Wellnessbereich mit Schwimmteich
- Fahrradwerkstatt mit kostenfreiem Fahrradverleih
- Sport- und Gymnastikhalle in Kooperation mit der Gemeinde Wallenhorst
- 2 Fitnessräume für gerätegestützte Trainingstherapie
- Patientenbüro mit PC-Arbeitsplatz
- Außensportanlagen (u.a. Fußball, Beachvolleyball, Basketball, Boule)

7. Kooperation und Vernetzung

Die ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen arbeiten auf der Grundlage der §§ 40 ff SGB V, §§ 9 ff SGB VI sowie § 23 ff SGB IX und erbringen medizinische Leistungen zur Rehabilitation. Sie dienen der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, insbesondere im Land Niedersachsen und dem angrenzenden Westfalen. Die stationären Einrichtungen werden von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover federführend belegt. Darüber hinaus erfolgt eine Belegung auch über andere Rentenversicherungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Im ambulanten Bereich erfolgt die Belegung vor allem über die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig / Hannover. Eine Belegung erfolgt darüber hinaus durch alle an der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 4.5.2001“ 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 besteht ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V. Die Einrichtungen erfüllen die personellen und sachlichen Anforderungen, die von den Krankenkassenverbänden und vom damaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ festgelegt wurden. Mitgliedschaften bestehen in der Caritas Suchtkrankenhilfe (CaSu), dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), dem Fachverband Glückspielsucht (fags), der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), dem Norddeutschen Suchtforschungsverbund (NSF) sowie der Sozialpsychiatrischen Verbände der jeweiligen Kommunen.

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 verfügen über ein zentral gesteuertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 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 Qualitätsziel 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 entsprechende der aktuellen Datenschutzvorschriften verbindlich geregelt.

Die erhobenen Daten werden entsprechen den Forderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem ausgewertet und fließen in kontinuierliche Prozesse der Verbesserung und Entwicklung ein.

9. Kommunikationsstruktur: Klinikorganisation, Therapieorganisation

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

Innerhalb der Fachklinik Nettetal werden die Zielvereinbarungen für jeweils ein Jahr in der Gesamtteamsitzung 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 Patienten sowie Fallbesprechungen bei akutem Bedarf.

Tägliche Übergaben dienen der Besprechung der aktuellen Ereignisse des Vortages und der Aufgaben für den Tag, der Vorstellung neuer Patienten, der Klärung von akuten Störungen im Rehabilitationsgeschehen.

Die Therapieorganisation erfolgt in der o.g. Gesamtteamsitzung, in Kleinteam-sitzungen bzw. Bereichsteamsitzungen.

Der Qualitätssicherung in diesen Bereichen dienen neben den 14-tägigen Qualitätszirkeln Mitarbeitergespräche und Mitarbeitersprechstunden.

10. Notfallmanagement

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchtprävention und Rehabilitation verfügen über ein ausdifferenziertes Notfallmanagementsystem. Das System setzt sich aus Notfallplänen für die Bereiche Brandschutz, Erste-Hilfe und Krisenmanagement zusammen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen werden regelmäßig dokumentiert unterwiesen und geschult. In Kooperation mit den örtlichen Feuerwehren und der Arbeitsmedizinischen Beratungsstelle des Bistums Osnabrück werden Brandschutz- und Notfallübungen durchgeführt. Alle relevanten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind auf der in den Einrichtungen vorhandenen Notfallausrüstung, bestehend aus Notfallkoffer mit Sauerstoffgerät, Automatisiertem externen Defibrillator (AED) und zentrale Notrufanlagen geschult.

Die Kommunikation in Notfallsituationen ist schriftlich geregelt und allen Mitarbeitern zugänglich und bekannt. Im Dokumentationssystem der jeweiligen Einrichtungen sind die relevanten medizinischen Daten der Rehabilitanden zentral bereitgestellt, um diese in Notfallsituationen den externen Notfallkräften (Notarzt, Rettungsassistenten) zugänglich machen zu können. 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.

11. Fortbildung

Die Fachklinik Nettetal 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 das sich ein Schulungsbedarf ergibt, wird die Bereitschaft zur Nachqualifizierung erfragt. Bei Bedarf werden zeitnahe Lösungen eingeleitet.

Die tätigkeitsbezogene Beratung der Mitarbeiter/in 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. 8 Wochen. Die Beantragung der Supervision erfolgt unter Angaben der Ziele bei der Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention und Rehabilitation.

12. Hausordnung

Das Zusammenleben ist geregelt durch den Therapievertrag und eine Hausordnung/Regelkatalog, die/der kontinuierlich überarbeitet und ergänzt wird.

I

Der Patient der Fachklinik Nettetal verpflichtet sich zu einer aufrichtigen und ehrlichen Zusammenarbeit für die Zeit der Therapie.

II

Der Patient wird hiermit auf seine Mitwirkungspflicht gem. SGB IV aufmerksam gemacht. Das therapeutische Team prüft die Rehabilitationsmöglichkeiten.

III

Der Patient verpflichtet sich, die für das Haus gültigen Normen und Regeln anzuerkennen und einzuhalten. Ausübung von Gewalt, Diebstahl, Besitz oder Konsum von Suchtmitteln innerhalb der Einrichtung können zur sofortigen disziplinarischen Entlassung führen.

IV

Der Patient verpflichtet sich, Alkohol und Medikamente* oder illegale Drogen in der Fachklinik Nettetal weder zu lagern noch zu konsumieren. *(Therapeutisch unbedingt notwendige Medikamente können auf ärztliche Anordnung gelagert und verabreicht werden.) Der Patient erhält bei der Aufnahme für die Alkoholkontrollen ein Mundstück für den Alkomaten. Der Patient verpflichtet sich, dieses Mundstück in der Fachklinik stets mit sich zu führen, bei jedem Alkoholttest zu verwenden und danach zu reinigen. Den Verlust des Mundstücks hat er unverzüglich den Mitarbeitern der Fachklinik Nettetal anzuzeigen. Für das dann von der Fachklinik ausgehändigte Mundstück zahlt er einen Kostenbeitrag von 1,00 €.

V

Der Patient verpflichtet sich, in unregelmäßigen Abständen Urinkontrollen durch die Mitarbeiter der FK abnehmen zu lassen. Verstößt der Bewohner gegen die Verpflichtungen, so muss er damit rechnen, dass dies bei Verweigerung zum Verweis aus der Fachklinik Nettetal führen kann.

VI

Der Patient, der die Therapie abbricht, hat die Möglichkeit die Therapie nach Zustimmung des Teams der FK Nettetal fortzusetzen. Die Möglichkeit der Wiederaufnahme besteht nur bei nachgewiesenem Cleanstatus bzw. nach entsprechender Entgiftungsbehandlung und mit Zustimmung des zuständigen Kosten- und Leistungsträgers.

VII

Therapieabbrüche von Patienten mit Therapieaufgabe (§ 35 BtMG, § 64 StGB oder entsprechende Bestimmungen) werden von der Fachklinik Nettetal im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen den entsprechenden Behörden gemeldet.

Weiter weisen wir darauf hin, dass wir gemäß §36, Abs. 5 BtMG bei der Anhörung mitwirken müssen (z.B. Auszüge aus dem Verlaufsbericht). Der Patient erklärt sich damit ausdrücklich einverstanden.

VIII

Der Patient hat nach der Entlassung dafür zu sorgen, dass sein noch in der Therapieeinrichtung befindlicher Besitz nach spätestens 4 Wochen abgeholt wird. Die Abholung hat durch den Patienten selbst oder durch eine von ihm mit schriftlicher Vollmacht versehenen Personen zu erfolgen.

Der Patient stellt die Mitarbeiter der Fachklinik Nettetal nach Ablauf der vorstehend genannten Frist von jeglicher Haftung für ihm gehörende Gegenstände frei.

IX

Das Führen von Kraftfahrzeugen während des Aufenthaltes in der Fachklinik Nettetal ist untersagt. Diese Regelung gilt auch für die An- und Abreise in Verbindung mit dem Reha-Urlaub und bei den Familienheimfahrten.

X

Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass die Fachklinik Nettetal personenbezogene Daten im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen in der elektronischen Datenverarbeitung erfassen und verarbeiten darf.

Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass statistische Daten (EBIS, Krankenkassenstatistiken usw.) nur anonymisiert zur Auswertung weitergegeben werden und somit ein Rückschluss auf den Patienten damit ausgeschlossen ist.

Weiterhin erklärt sich der Patient hiermit bereit, an der Nachbefragung (Katamnese) teilzunehmen, einen Fragebogen auszufüllen und an die angegebene Anschrift zurückzusenden. Die Teilnahme an der Katamnese ist freiwillig ist und es entstehen bei einer Ablehnung an der Teilnahme keinerlei Nachteile. (Bei Nichtteilnahme bitte in PFW Mailsperre ankreuzen.)

XI

Der Patient wurde auf die für die FK Nettetal gültige Brandschutzordnung hingewiesen und ist zur Einhaltung verpflichtet. Ein Exemplar dieser Brandschutzordnung wurde an den Patienten ausgehändigt.

XII

Bei einem Therapieabbruch werden dem Patienten maximal 25 € von seinem Guthaben auf dem Patientenkonto in bar ausgezahlt. Der Restbetrag wird nach Abrechnung mit dem Nebenkostenträger umgehend auf ein von dem Patienten zu benennendes Konto überwiesen. An Wochenenden ist die Auszahlung nur bedingt möglich.

XIII

Die Patientenzimmer sind aus Sicherheitsgründen nicht abschließbar, um bei medizinischen Notfällen oder im Brandfall einen schnellen Zugang zu gewährleisten. Der Zugang darf nicht durch Möbel oder andere Gegenstände verstellt werden, die im Notfall das Passieren der Tür verhindern oder erschweren. Wertgegenstände und persönliches Eigentum des Patienten sollten nur im unbedingt erforderlichen Umfang in der Einrichtung im Wertfach eingeschlossen werden.

Wertgegenstände und persönliches Eigentum des Patienten sind generell nicht durch die Fachklinik Nettetal versichert.

XIV

Die Patientenzimmer sind mit einer Notrufanlage ausgestattet, die nur bei einem akutmedizinischen Notfall ausgelöst werden darf. Widerrechtlicher Gebrauch führt zu

einer disziplinarischen Maßnahme und die entstehenden Kosten können in Rechnung gestellt werden.

Literatur

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2007. Geesthacht: Neuland-Verlagges. 2007

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

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

Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF 2005
288

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

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

Grawe, K. Psychologische Therapie, Hogrefe 2000

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 2005 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