



Baden-Württembergischer
Landesverband für Prävention
und Rehabilitation gGmbH

bwlv FACHKLINIK FRIEDRICHSHOF - Intensivtherapeutische Phase -

**Rehabilitation für drogenabhängige Männer und Frauen
Hilfen für deren Kinder**

Behandlungskonzept

2022



Erstellt von Gisela Walter, ärztliche Leitung,
Detlef Kölling, Klinikleitung
Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1.	Einleitung	1
2.	Allgemeines	2
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	3
4.	Rehabilitationskonzept	5
4.1	Theoretische Grundlagen	5
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	13
4.3	Rehabilitationsziele	14
4.4	Rehabilitationsdauer	15
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	15
4.6	Rehabilitationsprogramm	16
4.6.1	Integriertes Konzept zum Pathologischen Glückspiel	17
4.6.2	Integriertes Konzept für Junge Erwachsene/Cannabis	18
4.6.3	Integriertes Konzept Eltern-Kind-Haus	20
4.7	Rehabilitationselemente	22
4.7.1	Aufnahmeverfahren	22
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	23
4.7.3	Medizinische Therapie	25
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenangebote und andere Gruppenangebote	27
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	30
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	32
4.7.7	Freizeitpädagogik	33
4.7.8	Sozialdienst	34
4.7.9	Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	35
4.7.10	Angehörigenarbeit	35
4.7.11	Rückfallmanagement	36
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	37
4.7.13	Weitere Leistungen	37
4.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	39
5.	Personelle Ausstattung	41
6.	Räumliche Gegebenheiten	42
7.	Kooperation und Vernetzung	43
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	44
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	45
10.	Notfallmanagement	46
11.	Fortbildung	47
12.	Supervision	47
13.	Hausordnung/Therapievertrag	48
Literatur		48
Abkürzungen		52
Anhang 1	Hausordnung Fachklinik Friedrichshof	55
Anhang 2	Muster-Wochenplan 1. Behandlungswoche	61
Anhang 3	Muster-Wochenplan 15. Behandlungswoche	62
Anhang 4	Notfallablaufplan	63

Vorwort

2017 wurde das letzte umfassende Therapiekonzept für die Fachklinik Friedrichshof erstellt. Die grundlegenden Behandlungsstrukturen der Klinik haben seither Bestand, aber Entwicklungen in Einzelmaßnahmen und Teilaspekten fanden und finden weiterhin statt. Dies ist ein Anlass, das Konzept in einer aktualisierten Version aufzulegen.

Zudem werden erstmalig die Konzeptionen für die intensivtherapeutische Phase, für die Adaptionsphase und für das betreute Wohnen/Nachsorge vollständig getrennt dargestellt und als unabhängige Konzepte verschriftet und veröffentlicht.

Dieses Konzept wurde während der Corona-Pandemie formuliert und beschreibt den Regelbetrieb. Nicht dargestellt sind vorübergehende Maßnahmeeinschränkungen und Zusatzangebote, die unmittelbar in Zusammenhang mit der Bewältigung der Pandemie stehen.

Fachklinik Friedrichshof, Obersulm, den 27.06.2022

Detlef Kölling

1. Einleitung

Die Durchführung der medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik Friedrichshof erfolgt nach dem vorliegenden Konzept. Es beschreibt die Behandlung in der Abteilung „Intensivtherapeutische Phase“. Die Angebote Adaptionsphase und Betreutes Wohnen als Nachsorge Sucht werden in gesonderten Konzepten dargestellt.

Das Konzept basiert auf dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand zur Entstehung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und von Begleiterkrankungen. Inhaltlich grundlegend ist das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell der WHO, das ein multifaktorielles Bedingungsgefüge und damit letztlich auch immer ein individuelles Verständnis der Abhängigkeitsentwicklung, ihren Folgen und auch des behandlerisch Gebotenen darstellt.

Die Zielsetzungen der Rehabilitation orientieren sich an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF, 2005). Zentral sind neben der Förderung der Teilhabe an Beruf und Gesellschaft der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zu substanzbezogenen Störungen und relevanten komorbiden Diagnosen sind grundlegend, die Behandlung ist abstinenzorientiert. Entsprechend dem multifaktoriellen Verständnis ist die Behandlung mehrdimensional und multidisziplinär aufgebaut.

Gesetzliche Vorgaben und Ziele der Leistungsträger zur Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sind weitere Grundlagen des Konzeptes. Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger. Zu nennen sind insbesondere

- die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. Mai 2001,
- die Arbeitshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen 2006,
- die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014, erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA),
- die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen vom März 2001,
- das gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014,
- Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen Phase vom 20. Januar 2015
- Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung ohne Verkürzung der vorherigen Phase vom 4. März 2015
- die Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen ‚Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform‘ nach einer stationären/gantztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 04. März 2015,
- die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation 2015
- die Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die

Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017

- Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018

Die Fachklinik Friedrichshof wird gemäß dem Qualitätsmanagementverfahren des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv) geprüft und ist zertifiziert nach BAR-MANUAL für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX. Die Fachklinik Friedrichshof ist in die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg eingebunden, zudem finden interne Datenerhebungen zur Qualitätssicherung statt.

2. Allgemeines

Das vorliegende Konzept wurde mit Gültigkeit ab 07.2021 gemeinsam erstellt durch Dipl.-Psych. Detlef Kölling und Frau Gisela Walter, Ärztin, Suchtmedizin. Es bezieht sich auf die intensivtherapeutische Phase der Einrichtung bwlv Fachklinik Friedrichshof, Rehabilitation für drogenabhängige Männer und Frauen - Hilfen für deren Kinder.

Der Träger der Einrichtung ist der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH mit Sitz in 77871 Renchen, Renchtalstr. 14

AG Freiburg i. Br. HRB 701425

Steuer Nr. 1404706014

Mitglied im DPWV Baden-Württemberg

Mitglied im Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR)

Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)

Mitglied im euro-TC - European Treatment Centers for Drug Addiction

TEL 07843 949 141 FAX 07843 949 168 E-MAIL info@bw-lv.de

Homepage www.bw-lv.de

Einrichtungsbezogene Angaben

Name	bwlv gGmbH Fachklinik Friedrichshof
Institutionskennzeichen	510818100
Adresse	Sommerrainweg 10, 74182 Obersulm-Eichelberg
TEL	07130 4733 0
FAX	07130 4733 33
E-MAIL	friedrichshof@bw-lv.de
Homepage	www.bw-lv.de/fachkliniken/fachklinik-friedrichshof
Klinikleitung	Detlef Kölling, Dipl.-Psych., appr. psych. Psychotherapeut
Ärztliche Leitung	Gisela Walter, Ärztin, Suchtmedizin

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Historie

Die Fachklinik Friedrichshof ist seit 1979 am Standort Obersulm im Landkreis Heilbronn tätig. In dem Anwesen eines ehemaligen Gutshofes hatte der damalige Träger, die Drogenhilfe Tübingen e.V., unter der Bezeichnung „Zentrum III“ seine dritte stationäre Einrichtung zur Behandlung bei Abhängigkeit von illegalen Drogen eingerichtet. Die Behandlung von Männern und Frauen, die Möglichkeit Kinder als Begleitpersonen mit in die Behandlung zu nehmen, eine Adaptionsphase und eine Nachsorge im Rahmen Betreuten Wohnens waren durchgängig Charakteristika der Einrichtung.

Der Erwerb der zunächst nur gepachteten Immobilie 1995, die Fusion der Drogenhilfe Tübingen e.V. mit dem Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation e.V. zum neuen Träger Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH im Jahr 2007, die schrittweise Auslagerung von Nachsorge und Adaptionsphase zur verbesserten Anbindung an die verkehrstechnische, berufliche und soziale Infrastruktur waren markante strukturelle Entwicklungen. Damit verbunden war die Umbenennung der Einrichtung in „bwlv Fachklinik Friedrichshof“.

War zunächst die therapeutische Gemeinschaft entsprechend dem damaligen Therapieverständnis das wesentliche therapeutische Agens, fand im Laufe der Jahre mit dem wissenschaftlichen Fortschritt, der Veränderung in der Gruppe der Rehabilitanden¹ und den sich entwickelnden Vorgaben der Leistungsträger eine Ausdifferenzierung der therapeutischen Angebote statt. Die Anerkennung eines Spezialangebotes für junge Erwachsene mit Schwerpunkt Cannabisabhängigkeit 2008 und einer besonderen Indikation für Drogenabhängige bei gleichzeitig bestehender Spielsucht durch die DRV Baden-Württemberg 2012 waren besondere Schritte einer kontinuierlichen Entwicklung.

Die Fachklinik ist zudem seit 2004 Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Träger der kommunal finanzierten Suchtkrankenhilfe in Stadt- und Landkreis Heilbronn und bietet in diesem Rahmen im Jobcenter des Landkreises Heilbronn Suchtberatung an.

Organisation

Der Träger der Fachklinik Friedrichshof, der baden-württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, unterhält in Baden-Württemberg 23 Suchtberatungsstellen, sieben Kliniken für die vollstationäre Behandlung von alkohol-, medikamenten- und/oder drogenabhängigen Menschen, z.T. inkl. interner Adaptionsphase, vier tagesklinische Angebote, eine stationäre Einrichtung für chronisch mehrfachbeeinträchtigte alkoholranke Menschen, eine Wohngruppe für Mädchen mit Suchtproblemen und Traumafolgestörungen, Angebote für Betreutes Wohnen an vier Standorten, Integrationsfachdienste an fünf Standorten, sowie eine Fachklinik einschließlich Adaptionsphase in Bayern. Ausbildungs- und Beschäftigungsprojekte sowie Angebote der Jugendhilfe ergänzen das Tätigkeitsfeld.

Für die Fachklinik Friedrichshof bestehen

- eine Vereinbarung mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg nach § 21 Abs. 1 SGB IX,
- ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 111 Abs. 2 SGB V,
- eine staatliche Anerkennung nach § 35ff BtmG,
- eine Leistungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII zum Betreuten Wohnen in Wohngemeinschaften für suchtkranke Menschen im Rahmen der Nachsorge Sucht gem. §§ 53 ff SGB XII in Stadt- und Landkreis Heilbronn,

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in der Regel die männliche Sprachform verwendet. Selbstverständlich gelten die Personenbezeichnungen dennoch gleichermaßen für alle Geschlechter.

sowie über die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft der kommunal finanzierten Suchtkrankenhilfe in Stadt- und Landkreis Heilbronn

- eine Vereinbarung über die Erbringung von kommunal finanzierter Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention im Landkreis Heilbronn durch die Träger der Suchtkrankenhilfe in Stadt- und Landkreis Heilbronn.

Zielgruppen

Die Fachklinik Friedrichshof ist eine Einrichtung zur Durchführung medizinischer Rehabilitation für erwachsene Männer und Frauen, die von einer illegalen Substanz abhängig sind (Diagnosenbereich F11 bis F16, F18 und F 19 nach ICD-10-GM). Komorbiditäten wie Alkoholabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel, Gaming-Disorder, psychische Störungen und somatische Erkrankungen finden Mitbehandlung.

Besonderheiten des Hauses sind ein Angebot für junge Erwachsene und bestehende Cannabisabhängigkeit, ein Angebote für Menschen, die sowohl unter der Substanzabhängigkeit als auch unter pathologischem Glücksspiel leiden, sowie die Möglichkeit für Eltern, ihre Kinder in die Behandlung mitzunehmen.

Behandlungsdauer und -plätze

Die stationäre Behandlung in der intensivtherapeutischen Phase wird als Erst-, Wiederholungs- oder Auffangbehandlung durchgeführt, dem entspricht eine Regelbehandlungszeit von 15, 16, 20 oder 24 Wochen. Weiterführend ist eine Adaptionphase mit einer Regelbehandlungszeit von 12 oder 16 Wochen möglich (siehe gesondertes Konzept).

Insgesamt stehen in der stationären Phase 60 Behandlungsplätze für Erwachsene (47 intensivtherapeutische Phase und 13 Adaptionphase) zur Verfügung, bis zu 10 Begleitkinder können gleichzeitig aufgenommen werden.

Lage der Einrichtung

Die Fachklinik Friedrichshof ist ein ehemaliger Gutshof mit 17 Gebäuden auf ca. 9 ha Fläche im Gebiet der Löwensteiner Berge. Sie liegt in der Gemeinde Obersulm im Landkreis Heilbronn. Die Einrichtung steht am Ortsrand unmittelbar an Weinbergen und einem weitläufigen Waldgebiet. Über den öffentlichen Personennahverkehr besteht Anbindung an die Region Heilbronn-Franken mit 900.000 Einwohnern.

Besonderheiten

Patienten, die Eltern sind, können ihre Kinder als Begleitkinder in die Behandlung mitbringen. Das ermöglicht auch die Aufnahme von Schwangeren, die im Behandlungsverlauf entbinden. Bis zu zehn Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren finden Aufnahme.

Die Einrichtung verfügt auch über eine separate Adaptionphase zur Fortführung der stationären medizinischen Rehabilitation mit 13 Plätzen mit eigenständigen Wohn- und Funktionsräumen im Kern des Teilortes Affaltrach der Gemeinde Obersulm.

Eine weitere Fortführung der fachlichen Hilfe ist dann im Rahmen Betreuten Wohnens mit 20 Plätzen in drei Häusern in der Region möglich; Suchtnachsorge einschließlich berufsorientierter Nachsorge wird angeboten. Zwei Nachsorgehäuser stehen im Zentrum der Gemeinde Weinsberg, ein weiteres in Heilbronn-Neckargartach. Die Gebäude der Adaptionphase und des Betreuten Wohnens haben unmittelbar Anbindung an die S-Bahnlinien des Regionalzentrums Heilbronn.

Die Anlage der Einrichtung erlaubt zudem, dass Patienten ihre Haustiere (meist Hunde, andere Tiere auf Anfrage) mitbringen können, sofern für diese keine andere Unterbringungsmöglichkeit besteht.

Integriert in die Einrichtung ist eine Gemüsegärtnerei, die seit 1985 nach den Bioland-Richtlinien zertifiziert ist und sowohl für den Eigenbedarf der Klinik als auch in geringen Mengen für den Verkauf produziert.

Die Einrichtung ist als Ausbildungsstelle für das Berufspraktikum von Erziehern (Fachrichtung Jugend- und Heimerzieher), als Ausbildungsbetrieb für die Ausbildungsberufe Hauswirtschafter/in und Fachpraktiker/in Hauswirtschaft sowie als Ausbildungsbetrieb für den Ausbildungsberuf Kauffrau/Kaufmann für Büromanagement anerkannt. Diese Möglichkeiten stehen auch für Patienten der Adaption und Klienten der Nachsorge offen.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

„Grundsätzlich bewirken Merkmale der Droge, der Person und der Umwelt in ihrem Zusammentreffen die Suchtentwicklung...“ (Tretter, 2017, S. 14) Auf diesem grundlegenden Verständnis basieren die aktuellen Modelle der Sucht, und dieses Verständnis findet seine Entsprechung im bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2005).

Rehabilitandenmerkmale nach ICF

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das ... Verstehen des Gesundheitszustandes und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten“ (ICF, 2005, S. 6) auf der Grundlage eines teilhabeorientierten Gesundheitsverständnisses. Sie bietet damit einen standardisierten, detaillierten Rahmen zur Beschreibung behandlungsrelevanter Informationen, ist wesentlich für die Diagnostik des einzelnen Patienten hinsichtlich seiner Teilhabe- und Funktionseinschränkungen und für die Wahrnehmung von Einschränkungen und Ressourcen im Umfeld des Patienten.

Kennzeichnende erhebliche Funktions- und Teilhabe einschränkungen für die Rehabilitanden der Fachklinik Friedrichshof, respektive stationärer Rehabilitation bei Drogenabhängigkeit generell, finden sich bezüglich Funktionen des Schlafes, bezüglich globaler mentaler Funktionen (insbesondere von Temperament und Persönlichkeit sowie der psychischen Energie und des Antriebs), bezüglich Funktionen der Aufmerksamkeit, bezüglich der Bereiche „komplexe Probleme lösen“, „die tägliche Routine durchführen“, „mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“, „Konversation“, „auf seine Gesundheit achten“, „seine Gesundheit erhalten“, „Mahlzeiten vorbereiten“, „Hausarbeiten erledigen“, „interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ (in diesem Bereich finden sich weitreichende Einschränkungen, u.a. „sozialen Regeln gemäß interagieren“, „mit Autoritätspersonen umgehen“, die insbesondere auch hinsichtlich der beruflichen Integration bedeutsam sind), „Familienbeziehungen“, „intime Beziehungen“, „theoretische Berufsausbildung“, „eine Arbeit erhalten, behalten und beenden“, „Arbeit suchen“, „Erholung und Freizeit“ (nach ICF, 2005).

Barrieren und Förderfaktoren der Umwelt finden sich insbesondere hinsichtlich der Bereiche „Finanzielle Vermögenswerte“, „Engster und erweiterter Familienkreis“, „Fachleute der Gesundheitsberufe“, „Individuelle Einstellungen von Bekannten“, „Dienste, Systeme und

Handlungsansätze der sozialen Sicherheit, der allgemeinen sozialen Unterstützung, des Gesundheitswesens, des Bildungs- und Ausbildungswesens, des Arbeits- und Beschäftigungswesens.“

Für den einzelnen Patienten ist kennzeichnend, dass mehrere Funktions- und Teilhabebeschränkungen bestehen, dass diese Störungen häufig inhaltlich breit gestreut sind, verschiedene Lebensfelder betreffen und dass einzelne Problematiken erheblich ausgeprägt sein können. Dieses Zusammentreffen unterschiedlichster und sehr deutlicher Störungen ist letztlich zuweisungsrelevant für eine Behandlung in stationärer Form.

Ersichtlich wird auch, dass ein integriertes Behandlungskonzept notwendig ist, das eine Vielzahl von Funktionen und Lebensfeldern umfasst. Entsprechend einem multifaktoriellen und multidimensionalen Verständnis ist eine multiprofessionelle Behandlung unerlässlich. Verschiedene Berufsgruppen arbeiten in der Fachklinik Friedrichshof in enger, alltäglicher Kooperation untereinander mit dem Patienten.

Neurobiologie

Einen großen Raum in der Forschung der letzten Jahrzehnte nehmen neurobiologische Fragestellungen ein, die letztlich zu einem Verständnis „Sucht ist eine erworbene neurochemische Gehirnkrankheit“ (Tretter, 2017, S. 18) führen. Wesentliche Forschungsfelder sind die Wirkmechanismen einzelner Substanzen im neuronalen Geschehen, zelluläre Anpassungsprozesse bei wiederholtem Konsum und Auswirkungen des Zusammenspiels im neuronalen Netzwerk verschiedener Hirnregionen. Besonders zu nennen sind Wirkungen und Veränderungen im mesolimbischen dopaminergen Belohnungssystem und Auswirkungen auf kortikale Funktionen wie die Hemmung und Aktivierung subkortikaler Funktionen, die insbesondere Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und Automatisierungen betreffen.

Letztlich ist zwar einerseits festzustellen, dass auf der Basis der Forschungslage bisher noch kein umfassendes neurobiologisches Modell von Abhängigkeit besteht, sondern dass das Wissen noch fragmentarisch und von Detailkenntnissen bestimmt ist. Andererseits stimmen viele neurophysiologische Erkenntnisse mit zentralen klinischen Erfahrungen überein wie der subjektiv erlebten und medizinisch beobachtbaren Substanzwirkung, den Symptomen des Entzugs und des protrahierten Entzugs und mit klinisch etablierten Begrifflichkeiten wie Suchtgedächtnis, Kontrollverlust, Craving oder Suchtverlagerung. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass vergleichbare neurobiologische Korrelate der Abhängigkeit auch bei nichtstoffgebundenen Süchten wie Spielsucht beobachtbar sind (Petry et al, 2007).

Die neurobiologischen Forschungsergebnisse sind zudem in hohem Maße mit grundlegenden verhaltenstheoretischen Modellen des operanten und klassischen Konditionierens vereinbar. Dem entspricht, dass auf der Ebene der evidenzbasierten Behandlung Abhängiger verhaltenstherapeutische Verfahren und Konzepte weit verbreitet zum Einsatz kommen.

Verhaltenstherapeutischer Ansatz

Auch die Behandlung in der Fachklinik Friedrichshof basiert auf einem integrativen verhaltenstherapeutischen Ansatz. Entsprechende Methoden kommen in vielfältiger Weise zum Einsatz. Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter und Supervision sind entsprechend ausgerichtet. Zentral ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Verständnis von Abhängigkeit und Abhängigkeitsbewältigung. Relevante Verfahren sind die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie, die Rückfallprävention nach der Rückfalltheorie von Marlatt und Gordon und Verfahren der Achtsamkeit, die sowohl im Setting der Einzel- und Gruppentherapie als auch in der Gestaltung der übergreifenden Behandlungsstruktur (Kontingenzmanagement, Behandlungsstufen, sozialtherapeutischer Rahmen) Berücksichtigung finden. Manuale kommen unmittelbar oder in modifizierter Form zum Einsatz, insbesondere auch bei der Behandlung psychischer Komorbiditäten.

Die Fachklinik bezieht seit 2008 den Community Reinforcement Approach (CRA) (Meyers, 2011) als verhaltenstherapeutisch basierten und manualisierten Behandlungsansatz in die Behandlung mit ein. Das grundlegende Behandlungsprinzip besteht darin, positive Verstärker für den Gebrauch des Suchtmittels/ für das Suchtverhalten zu minimieren und positive Verstärkung für Abstinenz insbesondere unter Einsatz von Verstärkern aus dem sozialen Bereich systematisch zu erhöhen. Verhaltensanalysen, Zufriedenheitsskalen zur Entwicklung und Priorisierung von Behandlungszielen, systematische Zielerfolgung, Motivationsförderung, Skills-Training (Kommunikations-, Problemlöse- und Ablehnungstraining), Rückfallprävention, Beratung zur beruflichen Lage, das Aufgreifen von Verstärkern aus dem sozialen Feld und dem Freizeitbereich und die Einbindung von Angehörigen und Partnern sind Elemente eines Vorgehens, das sowohl dem CRA-Ansatz als auch anderen verhaltenstherapeutischen Konzepten entspricht.

Elemente anderer Therapierichtungen, wie der systemischen Therapie, des Psychodramas und psychodynamischer sowie tiefenpsychologisch fundierter Modelle finden Anwendung im Rahmen der übergeordneten verhaltenstherapeutischen Ausrichtung.

Abstinenter und sozialtherapeutisch ausgerichteter Rahmen

Wesentliches Element einer stationären Einrichtung zur Abhängigkeitsbehandlung ist ein abstinenter und sozialtherapeutisch ausgerichteter Rahmen mit alltagsnahen Strukturen und vielfältigen Möglichkeiten der gezielten Förderung und Verstärkung erwünschten Verhaltens.

- Eine Konfrontation mit Suchtstoffen, akut intoxikierten oder spielenden Mitpatienten, das Wissen um kurzfristig erreichbare Suchtstoffe kann gerade im ersten Behandlungsabschnitt und in labilen Phasen erhöhtes Craving und den Verlust der Selbststeuerung auslösen und in der Folge zum Rückfall oder Behandlungsabbruch führen.
- Die wochen- und monatelange Abstinenz ermöglicht die Regeneration biochemischer Steuerungsprozesse, des damit gekoppelten emotionalen Erlebens und kognitiver Fähigkeiten.
- Je mehr Situationen und Verhaltensabläufe abstinenter durchlaufen werden und desto öfter sie durchlaufen werden, desto mehr Gedächtnisspuren ohne Koppelung an ein Suchtverhalten entstehen. Dies gilt insbesondere für Situationen, die bisher eng mit Suchtverhalten assoziiert waren.
- Zur weitest möglichen Sicherstellung eines abstinenter Rahmens dienen sowohl regelhaft durchgeführte (bei Aufnahme, Ausgang, Heimfahrt) als auch zufallsgesteuerte und bei „Verdacht“ gezielt angesetzte Atemalkoholkontrollen und Drogenscreenings der Patienten.
- Mit der zunehmenden Zahl der sogenannten „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ („Legal Highs“, „Research Chemicals“, „Designerdrogen“, „Badesalz“, „Spice“ etc.) und deren eingeschränkter Nachweisbarkeit durch Screenings findet eine Rückfallfeststellung vermehrt auch nach klinischem Bild, nach Verhaltensauffälligkeiten statt.
- Bei Bedarf werden Zimmer-, Gepäck- und auch Personenkontrollen durchgeführt. Besuche der Patienten von Bekannten und Angehörigen, die illegale Drogen konsumieren, sind nicht möglich.
- Das verfügbare Verhaltensrepertoire eines langjährig abhängigen Menschen ist oft auf die Lebensbewältigung in besonderen Milieus wie Haft-, Drogen-, Kriminalitäts- oder Heimmilieu spezialisiert. Dies gilt insbesondere bei früher Sozialisation in diesen Lebensfeldern. Trotz erweiterter Suchtbewältigungskompetenz kann eine nachhaltige berufliche und soziale Integration und dauerhafte Abstinenz an dieser Einschränkung scheitern. Das stationäre Setting stellt ein geschütztes Lernfeld dar, um das Verhaltensrepertoire schrittweise zu erweitern und damit grundlegende Teilhabevoraussetzungen zu schaffen.

- Die vielfältigen Begegnungen unterschiedlichster Intensität und Dynamik, die im Therapiegeschehen zustande kommen, aktivieren Problemfelder des einzelnen und machen sie so einer wirksamen therapeutischen Behandlung zugänglich (Grawe, 2004).
- Häufige Begegnungen im Tagesablauf in unterschiedlichen Situationen zwischen Mitarbeitern verschiedener Professionen und den Patienten bieten zum einen eine hohe Beobachtungsdichte und damit eine Grundlage für den Abgleich von Selbst- und Fremdeinschätzung
- und zum anderen vielfältige Möglichkeiten für unmittelbar ansetzende verstärkende und korrigierende Kurzinterventionen im Alltag.

Motivation

Eine Schlüsselfunktion stationärer Arbeit ist *motivationale Arbeit*. Der Stand des Patienten hinsichtlich Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft, Compliance und Veränderungsmotivation entscheidet wesentlich über Behandlungsfortschritte und -erfolg. Extrinsische Behandlungsmotivationen (gerichtliche Auflagen, Vorgaben des Jugendamtes, familiäre Erwartungen), innere Ambivalenzen und Abwehr, eine verringerte Selbstwirksamkeitserwartung, begrenzte Kenntnis über Abhängigkeitsentwicklung und Einsicht in die eigene Dynamik sind zu beachten. Motivationsförderung findet in allen Therapiebereichen und durchgehend im gesamten Behandlungszeitraum statt. Wesentliche Elemente sind ein grundsätzlich ressourcenorientiertes und sich auf Erfolge und erlebbare Fortschritte aufbauendes Vorgehen beim Erreichen der Behandlungsziele, Psychoedukation als eine Form der aktiven Informationsgewinnung, eine therapeutische Haltung und ein therapeutisches Vorgehen nach dem Konzept des Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (Miller 2015) auf der Basis des transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (Prochaska 1986) und im Sinne des Selbstmanagementansatzes nach Kanfer (2012). Eine komplementäre, motivorientierte Beziehungsgestaltung ist dabei grundlegend, d. h. das Vorgehen der Therapeuten ist auf die Bedürfnisse, Ziele und Motive der Patienten ausgerichtet.

Therapiestufen

Die Behandlung in der intensivtherapeutischen Phase der Fachklinik Friedrichshof ist in vier Behandlungsstufen untergliedert. Die Dauer der einzelnen Stufen variiert von 4 bis 12 Wochen in Abhängigkeit vom Behandlungsmodul bzw. der vorgesehenen Gesamtbehandlungsdauer und von bestehenden und sich entwickelnden Kompetenzen des Patienten. Jede Stufe beinhaltet aufeinander aufbauende Aufgaben und Entwicklungsschritte, die z.T. für alle Patienten gelten, z.T. individuell festgelegt werden. Stehen zunächst diagnostische und feststellende Maßnahmen im Vordergrund (Anamneseerhebung, psychologische Diagnostik, Beobachtung Arbeitsverhalten, Beschaffung bewerbungsrelevanter Papiere, Erhebung sozialrechtlicher Status und Finanzen, Klärung der Lage der Kinder) sowie Schritte zur Integration und Zieelfindung (Freizeitanalyse, Sportteilnahme, Indikationskonferenz) gewinnen dann therapeutische Maßnahmen (Suchtgeschichte, Entspannungstraining, Konflikttraining, Bewerbungstraining, erweiterte arbeitstherapeutische Erprobung) und die beständige Umsetzung neuer Verhaltensweisen (soziales Training, Etablierung von Freizeitaktivitäten, Erprobung im Ausgang, Expositionstraining) und abschließend das Entlassmanagement (Kontakt zu weiterer fachlicher Hilfe/Selbsthilfe, Unterhalt, soziale Vernetzung) an Bedeutung. Mit dem Wechsel in eine höhere Stufe erhalten die Patienten im Rahmen der Hausordnung eine erweiterte Eigenverantwortung in Bezug auf Ausgang, Freizeitgestaltung, Außenkontakte und Abstinenzsicherung.

Das Erreichen einer nächsten Stufe erleben die Patienten an sich als fassbaren, bestätigenden Fortschritt, der ihre Selbstwirksamkeitserwartung fördert. Die erweiterten Möglichkeiten in Bezug auf Ausgang, Freizeitgestaltung und Außenkontakte werden unmittelbar als belohnend/verstärkend erlebt.

Kontingenzmanagement

Verbunden mit der Aufnahme, mit dem Wechsel in die zweite Therapiestufe innerhalb der intensivtherapeutischen Phase, ggf. mit dem Wechsel in die Adaptionsphase sowie mit einer regulären Entlassung ist eine Form des Kontingenzmanagements. Basierend auf den Grundsätzen des operanten Konditionierens sollen erwünschte Verhaltensänderungen hin zu abstinenzorientiertem Verhalten kontingent (also unmittelbar, erkennbar und regelhaft) positiv verstärkt werden. In jeder dieser Übergangssituationen erhält der Patient ein kleines Geschenk und die vorausgegangene Entwicklungsleistung wird in der Regel im Gruppenkontext gewürdigt.

Geschlechtsspezifische Behandlung

In der Fachklinik Friedrichshof werden in allen Therapiephasen sowohl Männer als auch Frauen behandelt. Der Anteil der weiblichen Patienten schwankt in den letzten Jahren zwischen 18 und 25 Prozent. Genderspezifische Aspekte sind in der Behandlung zu berücksichtigen, denn „im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit bestehen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Bedingungen für den Suchtmittelkonsum, der Wahl des Suchtmittels, des Einstiegs- und Konsumverhaltens, der Komorbidität, des Alltags und der Lebensbedingungen während der Suchtmittelabhängigkeit sowie der Motive für den Ausstieg aus der Abhängigkeit“ (Heinzen-Voß und Ludwig, 2016, S. 12). So wird beispielsweise beschrieben, dass Männer über weniger Skills zur Bearbeitung psychischer Probleme verfügen, zu erhöhtem Risikoverhalten tendieren, der Erstkonsum häufiger in der Peergruppe stattfindet, häufig in Kindheit und Jugend eine männliche Bezugs- und Identifikationsperson fehlte, Erfolg im Beruf eine höhere Bedeutung für den Selbstwert hat. Die Lebens- und Suchtgeschichten weiblicher Patienten sind häufiger von Gewalterfahrungen durch Männer geprägt, es finden sich vermehrt Traumatisierungen, Phasen der Prostitution, ein gestörtes sexuelles Erleben und Körperempfinden, Essstörungen, ungelöste Rollenkonflikte und -erwartungen sowie Schuld- und Schamgefühle in Bezug auf die eigene Elternschaft.

Diese Aspekte werden im Rahmen des individuellen Suchtverständnisses, der persönlichen Zielsetzung und entsprechend in den einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten berücksichtigt. Fortbildungen stellen den entsprechenden Wissensstand der Mitarbeiter sicher.

Psychische Komorbiditäten

Im Rahmen der stationären Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen spielen Patienten, die sowohl unter einer Störung wegen Substanzabhängigkeit als auch unter einer zusätzlichen psychischen Störung leiden, eine zunehmend gewichtige Rolle - in ihrer Häufigkeit, in der Bedeutung zum Suchtverständnis und für die Behandlungsgestaltung. Häufige Komorbiditäten sind emotional-instabile, dissoziale oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Schizophrenie, affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, sowie die Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung. Bei vielen Patienten findet sich zudem mehr als eine Diagnose in beiden Störungsfeldern.

Übersichten zur Behandlung von psychischen Zusatzerkrankungen bei Abhängigkeit und zum Forschungsstand evidenzbasierter Psychotherapie mit dieser Patientengruppe belegen die Häufigkeit und die klinisch-behandlerische Relevanz der Komorbidität von Substanzabhängigkeit und psychischer Erkrankung. Dies gilt unabhängig, welche Substanz konsumiert wird (Kensche et al., 2014. Walter, 2014. Weissinger, 2013. Ohlmeier, 2015). Zusammenfassend ist zu sagen: Der Krankheitsverlauf ist in der Regel schwerer und die Behandlungsprognose schlechter als bei Patienten, die ausschließlich unter einer Suchterkrankung oder einer psychischen Störung leiden. Psychische Erkrankungen stellen einen Risikofaktor dar, eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln und umgekehrt.

Gibt es zu den einzelnen Störungsbildern z.T. gut evaluierte und evidente Behandlungsprogramme und Behandlungsleitlinien, ist das für die Behandlung von Patienten

mit psychischen Zusatzstörungen nur bedingt der Fall. Sowohl aus der klinischen Erfahrung heraus als auch aus der Wissenschaftsgemeinschaft heraus wird gegenwärtig das gleichzeitige gezielte Behandeln beider Störungsfelder als das wirksamste Vorgehen angesehen, außer wenn bei hohem Schweregrad der psychischen Erkrankung umfangreiche stabilisierende Maßnahmen den Vorrang haben müssen.

Neurobiologische Erkenntnisse zum gemeinsamen Auftreten von Abhängigkeit und psychischen Störungen fügen sich in der Regel zu bestehendem Wissen zu psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen ein und lassen die hohe Häufigkeit des parallelen Auftretens von Störungen in beiden Bereichen plausibel erscheinen. Es bestehen diverse Modelle und Hypothesen mit unterschiedlicher empirischer Evidenz dazu, inwiefern beide Störungsbilder sich in ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung bedingen können.

Die häufigste ist die *Selbstmedikationshypothese*, nach der der Suchtmittelgebrauch als Versuch verstanden wird, Symptomen der psychischen Störung symptomspezifisch zu begegnen. Die *Affektmodulationshypothese* beschreibt eine generalisierte maladaptive Strategie zur Bewältigung negativ erlebter Emotionen. Bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung geht die *Hochrisikohypothese* davon aus, dass bei vorliegender Suchterkrankung die Gefahr steigt, in eine traumatisierende Situation zu gelangen, und die *Vulnerabilitätshypothese* davon, dass bei vorliegender Suchterkrankung traumatische Erfahrungen eher zu einer PTBS führen, weil die Verarbeitung psychischer Ereignisse verändert ist. Konzepte einer Disposition zu einem *sensation seeking* oder einem wiederum neurobiologisch erklärtem *novelty seeking* greifen in der Beschreibung von Menschen mit ADHS und würden über ein verändertes Risikoverhalten die erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung erklären. Dem entsprechen Modelle der *Verhaltensenthemmung* und *Belohnungssensitivität* bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen. Das Zusammentreffen von Umweltfaktoren und einer genetisch bedingten *neurobiologischen Vulnerabilität* können Persönlichkeitsmerkmale fördern, die sowohl die Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung als auch einer Substanzabhängigkeit begünstigen. Modelle zum Zusammenhang zwischen ADHS und Pathologischem Glücksspiel sind in Entwicklung. (Block, 2013)

Auch in der Fachklinik Friedrichshof sind viele Patienten von Sucht und einer zusätzlichen psychischen Erkrankung betroffen und werden beide Erkrankungsbereiche parallel behandelt. Nicht geeignet ist die Fachklinik Friedrichshof für Patienten mit akut schwerer Ausprägung einer affektiven oder psychotischen Störung, hier wird im Prozess der Behandlungsvorbereitung die Aufnahme in eine weitergehend spezialisierte Einrichtung empfohlen, bzw. im Behandlungsverlauf eine Verlegung veranlasst. Die Fülle der im vorausgehenden Absatz benannten Modelle verdeutlicht, dass ein individualisiertes Vorgehen, wie es in der Fachklinik Friedrichshof zur Suchtbehandlung durchgeführt wird, auch für die Patienten mit zusätzlicher psychischer Erkrankung notwendig und angemessen ist. Eine differenzierte Diagnostik und Analyse der aufrechterhaltenden Bedingungen, der Ressourcen, der Aktivitäten und Partizipation bzw. deren Beeinträchtigungen nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF, 2005), der Wechselwirkungen mit der Suchterkrankung, der Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft ist auch hier unerlässliche Grundlage der Behandlungsplanung.

Wesentliche Bausteine der Behandlung sind eine psychiatrische und gegebenenfalls testpsychologische Diagnostik, bei der insbesondere die Abgrenzung zu vorübergehenden Symptomen des verlängerten Entzuges zu beachten ist, eine psychopharmakologische Behandlung, Information und Psychoedukation zum Krankheitsbild, die Auseinandersetzung mit Wechselwirkungen zwischen psychischer Problematik und Abhängigkeit, die Anpassung arbeits-, sport- und soziotherapeutischer Maßnahmen an die Bedürfnisse, Möglichkeiten und Entwicklungsprioritäten des Patienten sowie gezielte Psychotherapie zur Behandlung der psychischen Störung. Viele Maßnahmen und Vorgehensweisen der Suchtbehandlung entsprechen grundsätzlich Behandlungsmethoden der psychischen Störungen.

Noch ist die Datenlage auf ausreichend hohem Niveau zu evidenzbasierter Psychotherapie bei Patienten mit dieser Problematik „dürftig“ (Kensche et al, 2014, S.9). Eine Ausnahme bildet das Programm „Sicherheit finden“ (Najavits, 2009), das auch in der Klinik Verwendung findet. Bei der Behandlung in der Fachklinik finden die AWMF Leitlinien. Anwendung. Manuale und Vorgehensweisen, die sich in der Behandlung der jeweiligen psychischen Störung etabliert haben, werden adaptiert und in die Suchtbehandlung integriert. Vorherrschend sind psychoedukative Elemente, Skills-Trainings, Achtsamkeitsübungen und Vorgehensweisen der kognitiven Verhaltenstherapie. In der Regel finden die Behandlungen im Einzelsetting statt, psychoedukative Angebote auch im Gruppensetting.

Im Hause beschäftigte Fachärzte für Psychiatrie und approbierte Psychologische Psychotherapeuten sichern eine entsprechende Fachlichkeit. Eine fachübergreifende Zusammenarbeit aller therapeutischen Mitarbeiter im Hause ist für eine wirksame Behandlung unerlässlich. Mit dem nahegelegenen Zentrum für Psychiatrie in Weinsberg, dem Klinikum am Weissenhof, besteht zudem eine langjährige enge Kooperation - getragen auch durch Mitarbeiter aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich, die in beiden Einrichtungen tätig sind. Ergänzende Diagnostik, Behandlung, Fallbesprechungen und Verlegungen zur interkurrenten Behandlung in Krisensituationen, z.B. bei Suizidalität oder akutem psychotischen Geschehen, sind so kurzfristig möglich.

Häufig ist bezüglich der psychischen Störung „nur“ eine erste Stabilisierung oder eine Bewältigung zu erreichen, die nach Behandlungsende weiterer fachlicher Hilfe bedarf. Ausführliche Informationen und Handreichungen über den möglichen weiteren Krankheitsverlauf, über weiteren Behandlungsbedarf, Zugangswege zu fachlicher Behandlung im deutschen Gesundheitssystem und gegebenenfalls die konkrete Anbahnung einer möglichst nahtlosen medizinischen und therapeutischen Weiterbetreuung sind entsprechend selbstverständlich.

Die Form der Behandlung von Patienten mit ADHS/ADS und von Patienten mit Traumatisierungen in der Fachklinik Friedrichshof wird im Folgenden erweitert beschrieben:

ADHS/ADS

Entgiftungs-/Entwöhnungssymptome nach längerem stoffgebundenem Suchtmittelkonsum sind nicht eindeutig von ADHS/ADS-Symptomen unterscheidbar, bestehende Information über Diagnosen in Kindheit und Jugend oft wenig verlässlich und Fremdbeobachtungen aus Kindheit und Jugend nur sehr bedingt einholbar. Neuere amerikanische Studien erachten bei o.g. Diagnosenkombination eine absolute Suchtmittelkarenz von ca. 6 Monaten für eine valide Diagnostik als notwendig. Angesichts hoher Prävalenzraten von ADHS/ADS bei Abhängigkeitsstörungen und der häufig engen und dynamischen Wechselwirkung der Störungen wäre aber ein „Übersehen“ bzw. eine Nichtbehandlung nicht zu verantworten, würde die Gefahr eines erneuten Substanzgebrauches erhöhen.

Folgende diagnostische Schritte stehen in unserer Klinik bei Verdacht auf Erwachsenen-ADHS/ADS zur Verfügung: Neurologische/ Psychiatrische/Suchtmedizinische Untersuchung, Ausschluss organisch-medizinischer Erkrankungen, nach Möglichkeit (auch telefonisch) erweiterte Fremdanamnese, Testpsychologische Diagnostik, Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (WAIS-IV), d2-Konzentrationstest, Verwendung einer ADHS/ADS-spezifischen Anamnese in Anlehnung an die Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE), gezielte Verhaltensbeobachtung im stationären Setting).

Bei einer positiven Diagnostik werden dann folgende Behandlungsinterventionen in unserer Klinik angewandt: Psychoedukation in der Gruppe oder im Einzelgespräch, Partner und Familienangehörige werden mit einbezogen; Organisations- und Planungstraining; Lösungsstrategien gegen das Verschieben, zur Besserung der Ordnungsfähigkeit, zur Steigerung des Durchhaltevermögens werden erarbeitet; Informationen über die Bedeutung

eines begrenzten und bewussten Umgangs mit neuen Medien. Anwendung findet das Training „ADHS bei Erwachsenen“ (Lauth & Minsel, 2009). Andere im Rahmen der Suchtbehandlung vorgehaltene Behandlungselemente sind passend und werden indikativ zugewiesen wie das Stressbewältigungstraining oder die Hinführung zu regelmäßigem Ausdauersport im Rahmen der Sporttherapie als probate Hilfe bei Unruhe. Grundlegend ist auch hier eine differenzierte Betrachtung, welche ADHS/ADS-bedingten Verhaltensstörungen für den einzelnen Patienten primär belastend, seine Teilhabe einschränkend und abhängigkeitsrelevant sind und für die eine hinreichende Veränderungsmotivation besteht.

Eine Behandlung mit Methylphenidat oder anderen Amphetaminderivaten wird bei Suchtpatienten mit ADHS/ADS im Erwachsenenalter in der Fachklinik als kritisch angesehen, obgleich diese Stoffgruppe für von ADHS Betroffene ohne eine Suchterkrankung als der Goldstandard gilt. Vor allem die Gefahr eines Missbrauchs bei instabilen Suchtpatienten hat dazu geführt, diese Substanzen im Haus in der Regel nicht zu verordnen. Wenn die psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen nicht hinreichend greifen, kommt primär Atomoxetin zum Einsatz. Bei begleitenden komorbiden psychiatrischen Erkrankungen zusätzlich Antidepressiva (z.B. Venlafaxin, Citalopram) oder Neuroleptika (z.B. Quetiapin, Pipamperon).

Traumaisensible Behandlung

Die Komorbidität Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch ist weit verbreitet. „Die PTBS-Rate unter Patienten in der Suchttherapie beträgt 12 bis 34 Prozent, für Frauen 30 bis 59 Prozent (nach Najavits 2009, S. 19). Personen, die unter einer PTBS leiden, weisen eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für substanzbezogenen Störungen auf (22 bis 43 Prozent im Vergleich zu 8 bis 25 Prozent in der Allgemeinbevölkerung (Jacobsen et al., 2001). Die Diagnosekombination Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch findet sich unter den Patienten in Suchttherapie bei Frauen zwei bis drei Mal häufiger als bei Männern. Der Verlauf der Suchterkrankung ist durchschnittlich schwerer, es gibt vermehrt Rückfälle und Therapieabbrüche (Grundmann, 2014).

Kennzeichnend zu Behandlungsbeginn ist häufig eine verlängerte instabile Phase. Zum einen treten mit dem Absetzen des Suchtmittels Symptome vermehrt auf bzw. werden vermehrt wahrgenommen (Unruhe, Angstträume, Flashbacks, Schlaflosigkeit, Schreckhaftigkeit). Zum anderen kann das Setting stationärer Drogenrehabilitation selbst - mit vielen Menschen, enger Therapiestruktur, einer von Szene- und Haftmilieu geprägten Sprache unter den Patienten - die Symptomatik verstärken. Für eine gelingende Integration in die Behandlung sind häufig frühzeitig einsetzende stabilisierende Maßnahmen von wesentlicher Bedeutung: Eine medikamentöse Unterstützung, Informationen über das Störungsbild und strukturelle Entlastungen sind vorrangig zu nennen. Strukturelle Entlastungen sind beispielsweise möglich über die Zimmerbelegung (sowohl die Unterbringung in einem Einzelzimmer als auch in einem Doppelzimmer kann entlastend erlebt werden), über die Vereinbarung vermehrter Rückzugsräume und -zeiten oder über die Wahl eines unterstützenden Arbeitstherapiebereiches (mit mehr oder weniger Kontakt zu Mitpatienten, im Freien oder Werkstätten etc.).

Parallel ist es grundlegend notwendig Sicherheit zu vermitteln - selbstverständlich vor realer Gewalt - im therapeutischen Rahmen aber eben auch vor Situationen, Konstellationen und Reizen, die angstbesetzt und/oder angstausslösend sind. Nur bei hinreichend erlebter Sicherheit kann Entwicklung gelingen. Schon Milieusprache oder ein männerdominiertes Umfeld können bewirken, dass eine Integration in das Setting und eine angstfreie Entwicklung misslingt und stattdessen problematische Bewältigungsmuster aktiviert werden. Eine entsprechende Bedeutung haben Schutzräume in der Fachklinik Friedrichshof: Um dem Beziehungsaufbau zur Bezugsgruppe und zum Bezugstherapeuten Vorrang vor dem Entstehen einer vermeintlichen sicheren Paarbeziehung zu geben, besteht in den ersten Behandlungswochen über die Hausordnung eine Einschränkung, neue Paarbeziehungen

innerhalb der Therapiegemeinschaft aufzunehmen. Patientinnen werden bei Neuaufnahme so zugewiesen, dass sie in ihrer Bezugsgruppe nicht vereinzelt sind. Für das vermehrt von Frauen bewohnte Eltern-Kind-Haus besteht eine enge Besuchsregelung für männliche Mitpatienten.

Weiterführende Schritte sind eine erweiterte Psychoedukation, die Vermittlung von Techniken zum Umgang mit PTBS und behandlerische Maßnahmen. Abhängig vom Schweregrad der Traumatisierung, der Behandlungsmotivation und der Gesamtzielsetzung der Rehabilitation bleibt Stabilisierung in der gesamten stationären Phase in der Regel vorrangig vor einer umfassenden Traumabehandlung.

Psychologische Psychotherapeuten sind gruppenübergreifend für die Behandlung von Patienten mit PTBS zuständig. Stabilisierende Maßnahmen und die Vermittlung basaler Bewältigungsskills übernehmen unter Anleitung auch weitere psychotherapeutische Mitarbeiter. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“ Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch“ findet Anwendung (Najavits, 2009).

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Aufgenommen werden können Männer und Frauen, die

- das 18. Lebensjahr vollendet haben, im begründeten Einzelfall auch, wenn sie erst im Behandlungsverlauf die Volljährigkeit erreichen,
- eine Hauptindikationsdiagnose nach ICD-10 im Bereich der Abhängigkeit von Opioiden (F11.2), Cannabinoiden (F12.2), Kokain (F14.2), Stimulanzen (F15.2), Halluzinogenen (F16.2), flüchtigen Lösungsmitteln (F18.2) oder bei multiplem Gebrauch (F19.2) vorliegt,

auch wenn

- sie unter einer weiteren behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit leiden (Diagnosekategorien nach ICD 10 : depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), phobische Störungen (F40), Angststörungen (F41) Zwangsstörungen (F42), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Essstörungen (F50), spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60), Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F.90),
- sie zudem missbräuchlichen oder abhängigen Konsum von Alkohol (F10.1/F10.2) betreiben,
- sie zudem unter Pathologischem Spielverhalten (F 63.0) oder PC-Gebrauch (F68.8) leiden,
- sie als Paar kommen,
- eine Schwangerschaft besteht.

Kontraindiziert ist eine Aufnahme von Personen, die

- dauernd unter akuter psychotischer Symptomatik leiden,
- akut suizidal sind,
- Rollstuhlfahrer oder erheblich gehbehindert sind,
- blind sind,
- wegen Intelligenzminderung nicht therapiefähig sind,
- wegen Mordes oder Gewalt gegenüber Frauen oder Kindern verurteilt wurden (die Anwesenheit von Begleitkindern in der Klinik setzt eine besondere Beachtung des Kindeswohls im Hause voraus).

Sprachliche Einschränkungen sind im Einzelfall mit dem Leistungsträger zu klären.

Voraussetzungen zur Aufnahme sind die gültige Kostenzusage eines Leistungsträgers für die Behandlungsmaßnahmen sowie eine abgeschlossene Entgiftung.

Die Rehabilitation in der intensivtherapeutischen Phase wird als vollstationäre Maßnahme durchgeführt - auch als die stationäre Phase im Rahmen einer Kombitherapie.

Die Klinik nimmt am sogenannten „Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ teil. Menschen, die sich während eines qualifizierten Entzuges erstmalig zur Aufnahme einer stationären Maßnahme zur Behandlung ihrer Abhängigkeit entschließen, können unmittelbar aufgenommen werden. Für diese Patienten hält die Klinik kurzfristig verfügbare Betten vor.

Mit der Kostenzusage eines Leistungsträgers ist neben der Überprüfung der Anspruchsberechtigung auch die Überprüfung der Angemessenheit der Behandlung verbunden. In der Regel sind dazu im Vorfeld eine Drogenberatung und ein ärztlicher Dienst eingebunden. Zu klären ist, ob eine hinreichende Erstmotivation- und Behandlungsbereitschaft besteht, ob ein positives Behandlungsergebnis zu erwarten ist und ob eine Suchtrehabilitation in stationärer Form angemessen ist - insbesondere in Abgrenzung zu Suchtberatung, ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Suchtrehabilitation, Psychotherapie, somatischer bzw. psychosomatischer Rehabilitation oder Wiedereingliederungshilfe. Langjährige Abhängigkeit mit hoher Chronifizierung und schwerer Störung, geringe Abstinenzfähigkeit, zusätzliche psychische Störungen, Arbeits- und Ausbildungslosigkeit, Wohnungslosigkeit, soziale Desintegration, ein fehlendes unterstützendes Umfeld und ein auf das Drogenmilieu spezialisiertes Verhaltensrepertoire sind wesentliche Indikationen für eine stationäre Maßnahme.

4.3 Rehabilitationsziele

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

Wesentliche Ziele in diesem Sinne sind:

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenzfähigkeit,
- Festigung und/oder Erweiterung der Abstinenzmotivation,
- Planung und Einleitung fortführender Maßnahmen der Suchthilfe,
- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit,
- berufliche (Wieder-)Eingliederung,
- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Behebung und Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Entwicklung gesundheitsförderlichen Verhaltens,
- Erweiterung der sozialen Teilhabe,
- Behebung von Beeinträchtigungen der Teilhabe bezüglich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen,
- Erweiterung der Konflikt- und Problembewältigungskompetenz,
- Erweiterung der Selbstmanagementfähigkeiten.

Konkrete Rehabilitationsziele leiten sich für den Einzelnen aus seinen speziellen Beeinträchtigungen unter Einbeziehung der Ressourcen und Stärken ab, die in seiner Person und seinem Umfeld zur Verfügung stehen. Behandlungsziele werden in der ersten Behandlungsphase gemeinsam erarbeitet und dann fortlaufend im Behandlungsprozess verfolgt und angepasst (s. a. 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung).

4.4 Rehabilitationsdauer

Folgende Therapiemodule und Behandlungsphasen bietet die Fachklinik Friedrichshof an:

Intensivtherapeutische Phase

- | | |
|---|---------------------------------|
| • Kurzeit- oder Wiederholungsbehandlung | Regelbehandlungsdauer 15 Wochen |
| • Mittelzeitbehandlung | Regelbehandlungsdauer 20 Wochen |
| • Cannabisabhängigkeit | Regelbehandlungsdauer 20 Wochen |
| • Erste Phase Kombinationsbehandlung | Regelbehandlungsdauer 16 Wochen |
| • Regelbehandlung | Regelbehandlungsdauer 24 Wochen |

Adaptionsphase

- | | |
|---|---------------------------------|
| • Kurzeit- oder Wiederholungsbehandlung | Regelbehandlungsdauer 12 Wochen |
| • Mittelzeitbehandlung | Regelbehandlungsdauer 16 Wochen |
| • Langzeitbehandlung | Regelbehandlungsdauer 16 Wochen |

Die Therapiedauer des Einzelnen kann entsprechend den Vorgaben des zuständigen Leistungsträgers und je nach persönlichem Bedarf variieren.

Die Durchführung einer *Kombinationsbehandlung* ist in der Fachklinik Friedrichshof möglich: Die stationäre Behandlung wird angeboten als integriertes Element einer Gesamtbehandlung, die in der Regel von der betreuenden Drogenberatungsstelle im Vorfeld veranlasst wird und neben einer stationären Phase eine anschließende ambulante Maßnahme umfasst. Eine enge Vernetzung mit den Vor- bzw. Nachbehandlern ist dabei wesentlich um eine kontinuierliche Unterstützung sicher zu stellen.

Ein *Übergang der stationären Behandlung in eine Weiterführung der Rehabilitation im ambulanten Rahmen* kann sich auch im Verlauf der stationären Phase als angemessene Maßnahme erweisen. Die ambulante Entlassphase wird dann im Behandlungsverlauf in die Wege geleitet. Kriterien dafür sind einerseits eine deutlich stabilisierte Abstinenzfähigkeit außerhalb des stationären Settings und andererseits Belastungsfaktoren wie eine die Rückkehr in ein hoch belastendes Umfeld, erhebliche persönliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung abstinenzstützender Strategien, gravierende veränderte Lebensumstände wie Todesfälle, Trennungssituationen oder Arbeitsplatzverlust oder auftretende psychische Erkrankungen. Auch die Vermittlung in eine tagklinische Entlassphase kann - sofern indiziert und am Zielort angeboten - eingeleitet werden.

Teilstationäre Behandlung im Sinne einer Nachtambulanz - in der Regel bei bestehendem Arbeitsplatz in der Region - ist in der Fachklinik Friedrichshof im Einzelfall nach Rücksprache möglich und wird angebunden an die Struktur der Adaptionsphase durchgeführt.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Maßgebend für die Behandlung in der Fachklinik Friedrichshof ist in jedem Fall ein individuelles Verständnis des süchtigen Verhaltens und der Teilhabebeeinträchtigungen auf der Grundlage einer umfassenden Diagnostik. Das Verständnis ist multifaktoriell und multidimensional, d.h. verschiedene Faktoren auf verschiedenen Ebenen der Person, der Umwelt und der Droge bzw. des suchtbefragten Settings bedingen die Entstehung und das Fortbestehen der Abhängigkeit.

Gesundheit, körperliche Einschränkungen, somatische und psychische Erkrankungen, kognitive Verarbeitungsmuster, bestehende Bewältigungsfähigkeiten, die aktuelle

Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, berufliche Situation, Kompetenzen und Vorerfahrungen, soziale Kompetenzen und Fähigkeiten, die existenzielle Lage mit Schulden, Unterkunft, Einkommen und juristischen Bedingungen, die familiäre Situation bezüglich Partnern, Kindern und Angehörigen, bestehende Kompetenzen hinsichtlich Freizeit und Interessen, die Suchtentwicklung, Konsummuster, erlebte Substanzwirkung und Konsum, Form des Spielverhaltens sind sorgfältig wahrzunehmen. Sie sind zum einen hinsichtlich aufrechterhaltender Bedingungen des Suchtverhaltens und der Teilhabestörungen und zum anderen hinsichtlich Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten zu analysieren. Bestehende Modelle zu abhängigem Verhalten (Affektmodulationshypothese, Selbstmedikationshypothese, Sensation-Seeking, Stressbewältigungsmodell, Vulnerabilitätsmodelle (s. a. 4.1 Theoretische Grundlagen/Komorbiditäten) werden in ihrer Bedeutung für den einzelnen Patienten überprüft.

Im Verlauf der ersten Behandlungsstufe werden vom Patienten Zufriedenheitsskalen zu allen relevanten Lebensbereichen und eine offene Zieleliste mit möglichen Zielen im Vorfeld einer Indikationskonferenz bearbeitet und im Dialog mit dem Bezugstherapeuten ausdifferenziert. Bereits erarbeitete und im Sozialbericht der vorbetreuenden Beratungsstelle benannte Behandlungsziele werden aufgegriffen.

Aufbauend auf diese Vorbereitungen und die diagnostischen Befunde findet eine multidisziplinäre Indikationskonferenz (Patient, Bezugstherapeut, Arbeitstherapeut, Klinikleitung, ggf. Mediziner) zwischen der vierten und sechsten Behandlungswoche statt. Allgemeine für jeden Patienten relevante Ziele (der langfristigen Abstinenzstabilisierung, der Behandlung somatischer oder psychischer Begleiterkrankungen, der sozialen und beruflichen (Re-)Integration) werden dem Bedarf und den Entwicklungsmöglichkeiten des Einzelnen angepasst und zusätzlich um individuell angezeigte und gewünschte Ziele ergänzt. Indikative Maßnahmen werden festgelegt und die absehbare reguläre Behandlungsdauer und die Anzeige einer Adaptionsphase werden benannt oder ein Termin zur späteren Klärung festgelegt.

Vierzehntägig werden im Rahmen der RehaZiele-Gruppen (s. a. 4.7.4 Psychotherapie/RehaZiele-Gruppen) diese Behandlungsziele in umsetzbare konkrete einzelne Zwischenschritte übersetzt, werden Fortschritte überprüft und die Ziele wiederum im Dialog zwischen Patienten und Therapeut gegebenenfalls korrigiert und aktualisiert. Mit dem Ende der intensivtherapeutischen Phase wird eine abschließende Bewertung der Zielerreichung vorgenommen.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Gesamtbehandlungsprogramm besteht aus medizinischen, psycho- und suchttherapeutischen, edukativen, informierenden, arbeitstherapeutischen, sozialtherapeutischen, pädagogischen, gesundheits- und freizeitbezogenen Maßnahmen.

Alle Patienten erhalten ein einheitliches Teilprogramm aus diesen Bereichen, dazu werden Schwerpunkte nach Indikation und in Abstimmung mit dem Patienten gebildet. Maßnahmen sind:

- Einzelgespräche (durchgeführt durch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen mit suchttherapeutischer Weiterbildung, Erzieher mit therapeutischer Zusatzausbildung und langjähriger Erfahrung im Suchtbereich),
- Gruppentherapie (Psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen mit suchttherapeutischer Weiterbildung, Erzieher mit therapeutischer Zusatzausbildung und langjähriger Erfahrung im Suchtbereich),

- suchtbezogene Maßnahmen (Psychoedukation - Psychiater, Psychologische Psychotherapeuten, Dipl.-Psychologen, Sozialpädagogen mit suchttherapeutischer Weiterbildung. Tabakentwöhnung – speziell ausgebildete Erzieherin),
- medizinische und gesundheitsbezogene Maßnahmen (Arzt, Pflegepersonal, Sporttherapeut, Diätassistentin),
- arbeitstherapie- und berufsbezogene Maßnahmen (Arbeitserzieher, Handwerksmeister, Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad),
- Entspannungstraining (progressive Muskelrelaxation, Qi-Gong - ausgebildete Kräfte),
- Sportangebote (Sportpädagogen),
- Freizeitangebote (Sportpädagogen, Pädagogen),
- sozialtherapeutisch orientierte Maßnahmen (Hausversammlung, Gruppensprechersitzung) (Sozialpädagogen, Erzieher),
- Erziehungsberatung, Elterntraining (Erzieher),
- Leistungen des Sozialen Dienstes (Sozialpädagogen, Mitarbeiter mit abgeschlossener anerkannter Qualifikation als Suchttherapeut bzw. Suchtberater).

Muster-Wochenpläne für die intensivtherapeutische Phase finden sich im Anhang.

Für junge Erwachsene mit Cannabisabhängigkeit, für Elternteile und für Patienten, die sowohl unter einer substanzgebundenen Abhängigkeit als auch unter pathologischem Spielen leiden, gibt es erweiterte Behandlungsprogramme (s. a. 4.6.1 bis 4.6.3 integrierte Konzepte).

Die Fortführung der stationären medizinischen Rehabilitation im Rahmen einer Adaptionsphase ist intern in der Fachklinik Friedrichshof möglich (siehe gesondertes Konzept) und häufig integrierter Teil der Gesamtrehabilitationsmaßnahme. Auch eine Verlegung in Adaptionsphasen anderer Regionen ist möglich.

Im Anschluss an die stationäre Maßnahme ist eine Aufnahme in das Betreute Wohnen der Klinik als Nachsorge möglich (siehe gesondertes Konzept).

4.6.1 Integriertes Konzept zum Pathologischen Glücksspiel

Pathologisches Glücksspielverhalten, diagnostiziert nach ICD-10 unter F63.0 als Verhaltensstörung mit abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, tritt häufig in Kombination mit anderen Störungen auf, auch mit substanzbezogenen Störungen. Die gefundenen Komorbiditätsraten zu stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sind erheblich und bewegen sich substanzabhängig bis zu 60 Prozent (ohne Nikotin) (Müller-Spahn & Margraf, 2003; Premper, 2006; Raylu & Oei, 2002, Premper 2012) Das pathologische Glücksspiel wird in einigen westlichen Ländern bereits als das am schnellsten wachsende, aber am meisten ignorierte psychische Gesundheitsproblem betrachtet (Rumpf, 2011).

Die Fachklinik Friedrichshof ist seit 2013 als Behandlungsstätte für Drogenabhängige mit der Zusatzdiagnose Pathologisches Glücksspiel von der DRV Baden-Württemberg anerkannt. Bei der Behandlung von Patienten unter der Primärdiagnose einer substanzgebundenen Abhängigkeit und einer zusätzlichen Diagnose im Bereich pathologisches Glücksspiel sind vielfältige Wechselwirkungen zu beachten. Zu nennen sind einerseits Prozesse wie Suchtverlagerung und die Tatsache, dass einem Rückfall in Substanzkonsum oft ein erneutes Spielverhalten vorausgeht. Andererseits sind sowohl der Suchterkrankung vorausgehende psychische oder soziale Störungen, aufrechterhaltende Verstärkungsmechanismen, Suchtfolgebeeinträchtigungen, z.T. die neurophysiologisch beobachtbaren Veränderungen und die Behandlungsstrategien häufig identisch oder ähnlich.

So kann für einen Patienten mit einer Selbstwertproblematik sowohl Heroinkonsum als auch Glücksspiel einen Bewältigungsversuch darstellen. Und kognitive Umstrukturierung oder soziales Training können in Bezug auf beide Problematiken eine wesentliche Behandlungsmaßnahme sein. Entsprechend sinnvoll und notwendig ist die gemeinsame, koordinierte Behandlung in einem auf Suchtbehandlung ausgerichteten Setting.

Die Diagnostik ist standardisiert auch auf die Erfassung pathologischen Glücksspielverhaltens ausgerichtet. Maßnahmen des therapeutischen Basisprogramms und weitere indikative Angebote finden wie bei allen Patienten nach Bedingungsanalyse, Indikation und Zielevereinbarung statt. Und sowohl in der Indikativgruppe als auch in den Bezugsgruppen werden Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Wechselwirkungen von pathologischen Spielen und Substanzabhängigkeit aufgegriffen. Die Behandlung ist abstinenzorientiert. Eine Teilnahme am indikativen Angebot wird auch bei nur missbräuchlichem Spielverhalten angeregt.

Das indikative Programm für die Behandlung von pathologischem Glücksspiel umfasst zusätzliche Teilmaßnahmen:

- indikative Gruppe für pathologische Spieler (s. a. 4.7.4 Psychotherapie/*Spielergruppe*),
- zusätzliche psychotherapeutische bzw. -suchttherapeutische Sitzungen im Einzelsetting mit dem Fokus Pathologisches Glücksspiel bei entsprechend ausgebildeten Mitarbeitern.
- Ergänzend zur Hausordnung wird mit Patienten mit pathologischem Glücksspielverhalten eine Zusatzvereinbarung getroffen, in der der Umgang mit Glücksspielen, Automaten, PC und Internet in der Klinik und während Ausgängen geregelt ist. PC und Internet sind relevant, da über diese Medien in erheblichem Ausmaß Glücksspiele oder glücksspielähnliche Aktivitäten möglich sind.
- Das aktive Geld- und Schuldenmanagement ist Pflicht.
- Das Leihen/Verleihen von Geld, auch von Bagatellbeträgen, ist nicht erlaubt.
- Von besonderer Bedeutung bei pathologischen Spielern ist gegebenenfalls die Führung eines Haushaltsbuches, das von therapeutischer Seite engmaschig kontrolliert wird, sowie die im Einzelfall begründete Regelung eines täglichen bis wöchentlichen „Taschengeldbetrages“, welches dem Patienten von seinem Patientenkonto ausgehändigt wird.

Das Angebot wird von einer Suchttherapeutin mit Zusatzqualifizierung zur Behandlung von pathologischem Glücksspiel vorgehalten. Auch in der Adaptionsphase und der Nachsorge sind Mitarbeiter tätig, die über eine entsprechende Qualifizierung verfügen.

Patienten, für die übermäßiges Videospiele ein Problemverhalten darstellt, die Störungen vorweisen, die der Gaming Disorder im Entwurf zur ICD 11 entsprechen, werden zum Teil ebenfalls in dieses Angebot eingebunden.

4.6.2 Integriertes Konzept für Junge Erwachsene/Cannabis

Störungen aufgrund von Cannabiskonsum stellen nach Störungen aufgrund von Alkohol die zweitgrößte Hauptdiagnosegruppe sowohl im Bereich der ambulanten als auch der stationären professionellen Suchtkrankenhilfe dar. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2016, S. 181). „Der Anteil der Patienten mit Hauptdiagnose Cannabis an allen Patienten ist von 2000 bis 2013 sowohl ambulant ... als auch stationär deutlich angestiegen, wobei vor allem die Zunahme im stationären Bereich bemerkenswert ist.“ (Brand et al, 2016, S. 13) Es „zählen Cannabisklienten zu den durchschnittlich jüngsten Klienten in der Suchthilfe“ (ebenda). Unter den Patienten im stationären Setting zeigt sich in der Vorgeschichte eine „enorme Zusatzbelastung durch den Konsum weiterer Substanzen auf“ (Brand et al, 2016, S.

16). Auch in dieser Gruppe finden sich häufig Patienten mit zusätzlich psychischen Erkrankungen.

Der fortgesetzte und exzessive Konsum von Cannabis in jugendlichem Alter behindert häufig erheblich die psychosoziale Entwicklung der Jugendlichen. Beschleunigte Übergänge zu Erwachsenenrollen, eine mangelhaft ausgebildete Ausprägung der eigenen Identität, unzureichend erworbene soziale Fertigkeiten, Bewältigungsmechanismen und Entscheidungsstrategien können folgen. Kennzeichnend scheinen „eine vergleichsweise geringe Selbstständigkeit“, Folgeschäden und Benachteiligungen in den Bereichen „Schule, Ausbildung, Beruf“ und trotz kurzer Suchtgeschichte und engerer sozialer Bezüge dennoch soziale Belastungen, die denen anderer suchtbefragter Störungen entsprechen (Brand et al, 2016, S. 18). In neuropsychologischen Untersuchungen sowie Leistungstests finden sich außerhalb der Intoxikation kognitive Defizite (z. B. im Arbeitsgedächtnis und in exekutiven Funktionen). Es muss davon ausgegangen werden, dass häufiger und länger dauernder Konsum bei vulnerablen Personen eine psychotische Episode mitbedingen kann. In der Fachliteratur werden zudem Flashbacks sowie weiterhin ein amotivationales Syndrom im Sinne von anhaltender Lethargie, Passivität und mangelndem Interesse beschrieben (Tretter, 2017, S. 200). Das Syndrom ist in seiner Abgrenzung zu anderen Substanzstörungen umstritten, die einzelnen Symptome bei dieser Patientengruppe unstrittig häufig behandlungsrelevant.

Vor diesem Hintergrund wird seit 2007 in der Fachklinik Friedrichshof ein Spezialangebot für junge Erwachsene mit dem Schwerpunkt Cannabisabhängigkeit F12 nach ICD-10 angeboten. Junge Erwachsene in einem Alter von 18 bis 25 Jahren leben und wohnen in einer eigenen Wohn- und Bezugsgruppe in einem separaten Gebäude auf dem Gelände der Fachklinik. Im Haus befinden sich dazugehörige Freizeiträume und zwei Therapeutenbüros, um einen engen, niederschweligen Kontakt zu ermöglichen. Selbstständigkeit und Eigenverantwortung in der Alltagsbewältigung können vermehrt trainiert und begleitet werden.

Sowohl substanzspezifische Besonderheiten der Wirkung, der Suchtentwicklung und ihrer Folgen als auch Besonderheiten der Altersgruppe werden berücksichtigt, das CANDIS-Programm (Hoch et al, 2011) findet Verwendung.

Die Patienten dieser Gruppe werden durch folgende, die sonstigen Angebote ergänzende Therapiestrukturen unterstützt:

- social-support-Gruppe: Rückmeldungen, gemeinsame Werte und gegenseitige Unterstützung in der Altersgruppe werden hier in besonderem Maße genutzt um persönliches Wachstum zu fördern,
- vermehrte angeleitete erlebnis- und körperorientierte Freizeitgruppen und Freizeitmaßnahmen,
- vermehrte Einbeziehung von Angehörigen, insbesondere Eltern.

Im diagnostischen Prozess bekommt das schulische, berufliche und familiäre Feld besondere Aufmerksamkeit. Eine differenzierte Sozialanamnese ist wegen des jungen Alters vermehrt bedeutsam (Informationen über soziales Netzwerk, Familie, Geschwister, Peer-Group, Schule, Ausbildung, frühere Verhaltensauffälligkeiten, Freizeitverhalten, Werte und Normen). Im Fallverständnis sind entwicklungspsychologische Aspekte vermehrt zu berücksichtigen. Vierzehntägig findet zusätzlich eine social-support-Gruppe statt, in der durch systematische Rückmeldung und Auseinandersetzung unter der Patienten soziale Isolation aufgeweicht, für persönliche Entwicklung Mut gemacht und Verständnis entwickelt wird, warum eigene Beziehungsangebote positive oder negative Effekte haben. Die verstärkte Bedeutung der Peer-Group für diese Patientengruppe wird genutzt, um alternative Verhaltensnormen zu entwickeln. Konflikthafte Bindungen an die Herkunftsfamilie liegen

vermehrt vor, die Eltern werden über Angehörigengespräche und Angehörigenberatung grundsätzlich und häufiger miteinbezogen.

„Neue Psychoaktive Substanzen“ werden von Cannabiskonsumenten vermehrt als „Ausweichdroge“ verwendet (Mühlig et al. 2016, S. 90). Im Freizeitbereich Jugendlicher und junger Erwachsener hat der Konsum von Cannabis, „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ und Alkohol eine weite und selbstverständliche Verbreitung, die ein erhöhtes Rückfallrisiko darstellt. Inhaltlich erhalten entsprechend die Themen Neue Psychoaktive Substanzen und Freizeitgestaltung besonderes Gewicht.

Beruflich verfügt diese Patientengruppe häufig über keine, nur minimale und oft ausschließlich entmutigende Vorerfahrungen. Die Entwicklung von Grundkompetenzen, einer realistischen Selbsteinschätzung und beruflichem Selbstvertrauen sind dominierende Ziele der Arbeitstherapie. Weiterführend wird eine berufliche oder schulische Perspektive entwickelt und nach Möglichkeit konkret eingeleitet.

Bei einfacher Cannabisabhängigkeit ist eine Regelerstbehandlungsdauer von 20 Wochen vorgesehen, bei erheblichen psychischen oder substanzbezogenen Komorbiditäten ist gegebenenfalls eine längere Behandlungsdauer angezeigt. Eine anschließende Adaptionsbehandlung ist insbesondere dann zu erwägen, wenn soziale und familiäre Bindungen nicht hinreichend unterstützend sind, die Wohnungs- und beruflich/schulische Perspektive noch ungeklärt.

4.6.3 Integriertes Konzept Eltern-Kind-Haus

Die Fachklinik Friedrichshof bietet Paaren mit Kindern und Alleinerziehenden die Möglichkeit, ihr(e) Kind(er) in dem in die Institution integrierten Kinderhaus aufzunehmen. Aufgenommen werden auch schwangere Patientinnen, Patienten, für die im Behandlungsverlauf eine Zusammenführung mit ihren Kindern angedacht ist, sowie Patienten, die Eltern sind und deren Elternschaft im Behandlungsverlauf einen erweiterten Raum einnimmt, z.B. wenn häufige und mehrtägige Besuche notwendig zur Beziehungssicherung sind.

Die Mitaufnahme der Kinder erfolgt als Begleitperson. Die Hauptleistung der Einrichtung ist die Betreuung und Versorgung der Kinder im einrichtungsinternen Kinderbereich, so dass die Eltern hinreichend Gelegenheit finden die therapeutischen Leistungen wirksam zu nutzen. Gleichzeitig wird über die Mitaufnahme der Kinder ermöglicht, die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern und dieses Lebensfeld in die Behandlung einzubeziehen.

Die Abteilung ist auf eine Belegung von bis zu zehn Kindern mit Elternteilen ausgelegt. Aufgenommen werden können Kinder ab Geburt bis zum Alter von zehn Jahren. Für die Aufnahme der Kinder ist eine entsprechende Kostenzusage des Leistungsträgers der Eltern nötig.

Schulpflichtige Kinder besuchen die Grundschule in Obersulm oder die in der Gemeinde bestehende Förderschule. Kinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren können vormittags einen der örtlichen Kindergärten besuchen.

In zwei für sich stehenden Gebäuden wohnen Eltern und Kinder auf insgesamt ca. 1400 m² Wohn- und Nutzfläche, die sich auf drei Etagen verteilen. Die Gebäude, zwei Atrium-Häuser, verfügen jeweils über einen ca. 100m² großen, als Spielplatz für Kleinkinder eingerichteten Innenhof. Es stehen insgesamt 25 Wohnräume plus drei Küchen sowie Ess- und Aufenthaltsräume für Kinder und Eltern zur Verfügung. Unmittelbar angrenzend liegt ein etwa 1.800 m² großer weiterer Spielplatz.

Im Erdgeschoss eines der Atriumhäuser befindet sich der einrichtungsinterne Kinderbereich. Er ist mit Spielzimmern, Ruheräumen, Hausaufgabenzimmer, Wickelzimmer, Küche,

entsprechender Einrichtung und kindgerechtem Mobiliar auf die verschiedenen Altersgruppen und die Betreuungszeiten ausgelegt.

Entscheidend für Eltern ist die Verwirklichung des Zieles, ihr Leben zur Zufriedenheit beider Seiten gestalten zu können, Beziehungen zu leben, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und zu befriedigen, den Alltag zu organisieren und auszuhalten und eine gemeinsame Zukunftsperspektive zu entwickeln. Der Erfolg der stationären Therapie und die soziale wie berufliche Integration nach der Entlassung für Eltern hängt in hohem Maße davon ab, ob und in wieweit die Patienten sich in ihrer Rolle als Eltern sicher, kompetent und frei von Schuldgefühlen erleben. Nicht originärer Auftrag, aber relevanter Effekt der Eltern-Kind-Arbeit ist Suchtprävention für die Kinder.

Häufige Ziele auf der Ebene der Eltern-Kind-Beziehung sind:

- das Einüben von Alltagsverhalten, das sich an 'Normalität' und Vereinbarkeit von Berufsausübung und Bedürfnissen des Kindes orientiert,
- die Förderung einer tragfähigen, verlässlichen Mutter-/Vaterbeziehung zum Kind,
- die Vermittlung von Grundkenntnissen über Erziehung und Hilfestellung bei Erziehungsproblemen,
- die Entwicklung von Zukunftsperspektiven von Eltern und Kind (z.B. Wohnung, Beruf, Partnerschaft, Schule),
- die Klärung/Entscheidung, ob sich der Elternteil der zukünftigen Verantwortung für das Kind auf Dauer stellen will.

Tagesablauf, besondere Angebote:

- Der interne Kinderbereich stellt unabhängig von Schulzeiten und Anwesenheit der Kinder im kommunalen Kindergarten eine Betreuungszeit durch Erzieherinnen von 36 Wochenstunden sicher. Die Eltern erhalten dadurch zeitliche Räume für Therapie, Freizeit und persönliche Angelegenheiten.
- Durch die Zusammenfassung von Eltern und Kindern in eigenen Wohngruppen wird für die Kinder die Situation überschaubarer, kann eine familienähnliche Struktur lebbar werden.
- Der Wochenplan für die Patienten im Eltern-Kind-Haus trägt den besonderen Bedürfnissen der Eltern und ihrer Kinder Rechnung. So sind arbeitstherapeutische Angebote häufig zu Gunsten von kindbezogenen Maßnahmen und Alltagstraining zurückgenommen. Dies gilt insbesondere für Elternteile, deren absehbarer Alltag nach der Behandlung vor allem in Elternrolle und Haushaltsführung bestehen wird.
- Ein Bewegungsangebot für Eltern und Kinder unter Anleitung einer Sporttherapeutin über 45 Minuten wird wöchentlich vorgehalten. Angepasst an die Bedürfnisse der Kinder werden durch Spiel und Turnen Koordination bei allen Beteiligten trainiert sowie Motorik und Gleichgewichtssinn geschult. Es wird den Familien aufgezeigt, wie Sie durch gemeinsames Sporttreiben den Familienalltag und Familienzusammenhalt positiv beeinflussen können.
- Eine Diätassistentin schult zum Thema „Ernährung bei Kinder“.
- Ein in der Klinik angebotenes Elterntraining orientiert sich an dem Programm „SHIFT: Ein Elterntraining für drogenabhängige Mütter und Väter von Kindern zwischen 0 und 8 Jahren“ (Klein, M. et al., 2019) sowie in Ergänzung an den Therapie-Tools: „Eltern- und Familienarbeit“ (Petermann, F., 2017). Ziel ist es die Elternkompetenz zu fördern die Familienresilienz zu verbessern. In 8 Sitzungen (je mindestens 60 Minuten, max. Gruppengröße 9 Patienten) wird zu folgenden Themen Wissen vermittelt bzw. finden dazu passend praktische Übungen und Aufgaben statt: Förderung eines angemessenen Umgangs mit kindlichen Bedürfnissen; Förderung eines angemessenen Umgangs mit schwierigen Erziehungssituationen; Förderung gemeinsamer optimistischer Überzeugungen innerhalb der Familie; Förderung einer

offenen und positiven Kommunikation in der Familie; Auflösung des „Tabuthemas“ Sucht in der Familie, Bearbeitung von Schuldgefühlen, Umgang mit Rückfällen, Rückfallprophylaxe; Förderung einer gegenseitig unterstützenden Partnerschaft; Förderung der Bereitschaft und Inanspruchnahme von Hilfen.

- Eine Zusammenarbeit findet statt mit Jugendämtern, heilpädagogischen und logopädischen Fachkräften, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinderärzten, Hebammen, Mitarbeitern der kommunalen Kindergärten und Schulen.

Ergänzende Leistungen sind zum Teil möglich:

- Einmal im Monat verbringen Kinder, Eltern und Erzieherinnen gemeinsam einen Freizeitnachmittag außerhalb der Einrichtung. Die Eltern erhalten Anregungen zu altersadäquater Freizeitgestaltung und erleben modellhaft die Erzieherinnen.
- Nach Indikation führen die Eltern eine bis mehrere sogenannte „Spielstunden“ wöchentlich durch. D.h. sie verbringen mit ihren Kindern gemeinsam Zeit im internen Kindergarten bei Anwesenheit der Erzieherinnen. Eltern erleben das Modell der Erzieherinnen. Gezielte Verhaltensbeobachtungen und Rückmeldungen bezüglich des Elternverhaltens und situationsbezogene Empfehlungen sind feste Bestandteile der Spielstunden.
- Die Erzieherinnen erheben mit den Eltern für jedes Kind eine kindbezogene Anamnese mit Blick auf Entwicklungsverläufe, Defizite, Potentiale und auf elterliche Kompetenz und Fragestellungen. Elternschaftsbezogene Ziele werden entwickelt.
- Erziehungsberatung durch die Erzieherinnen findet sowohl auf Nachfrage der Patienten statt, als auch in Form von gezielten Rückmeldungen im Therapieverlauf.
- Die Teilnahme an Elternsprechtagen, Schulfesten, Sommerfesten im Kindergarten, Geburtstagsfeiern etc. im Sinn einer weitest möglichen sozialen Teilhabe wird gefördert.
- Die Patienten werden bei entsprechenden Kontakten unterstützt und gegebenenfalls auch persönlich begleitet.
- Die Eltern erhalten persönliche Begleitung und Beratung bei der Alltagsbewältigung mit Kindern.

Durch die gemeinsame Elternschaft aller Patienten in der Bezugsgruppe des Eltern-Kind-Hauses erhalten Themen, die sich aus der Elternrolle heraus ergeben, in den Gesprächsgruppen einen gewichtigen Platz. Das gilt entsprechend für die Einzel- und Paargespräche.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Über das Aufnahmesekretariat findet die Aufnahmepreparierung statt: Von Seiten des Patienten wird eine Bewerbung mit Lebens- und Suchtverlauf benötigt. Über eine Beratungsstelle geht in der Regel der Sozialbericht ein. Bei fraglicher Indikation oder Kontraindikation findet Rücksprache mit der ärztlichen Leitung oder Klinikleitung statt, ein Vorstellungsgespräch zur Klärung ist möglich. Interessierte Patienten haben auch die Möglichkeit einen Termin zu vereinbaren und die Einrichtung im Vorfeld zu besichtigen.

Die Patienten werden schriftlich und mündlich über formelle Notwendigkeiten und den Ablauf des Aufnahmeverfahrens informiert, das Sekretariat steht für jegliche Rückfragen zur Verfügung. Insbesondere wird die Notwendigkeit einer vorausgehenden Kostenregelung und

abgeschlossenen Entgiftung besprochen, wird geklärt, was an persönlichen Gegenständen sinnvoll ist und wie sich die ersten Behandlungswochen gestalten werden. Elternteile werden darauf hingewiesen, dass auch für die Kinder eine Kostenübernahme notwendig ist und eine Regelung zur Sicherung des Kindeswohls zu treffen sein wird. Patienten, die Tiere mitbringen möchten, werden auf Voraussetzungen wie Versicherung, Impfschutz und Maulkorb hingewiesen. Die Anreise wird besprochen, bei einem Übergang aus einer Haftanstalt oder einer Entzugseinrichtung wird dringend empfohlen direkt am selben Tag und in Begleitung in die Einrichtung zu kommen. Eventuell wird die Abholung durch die Klinik organisiert.

Am Aufnahmetag, in Einzelfällen am Folgetag, werden eine medizinische Eingangsuntersuchung und interne Erstdiagnostik durchgeführt. Es werden ein Drogenschnelltest und eine Atemalkoholkontrolle durchgeführt (ist daraufhin keine Aufnahme möglich, werden dem Patienten Empfehlungen zum weiteren Vorgehen ausgesprochen. Gegebenenfalls wird er weiterer ärztlicher Versorgung zugeführt). Eine bestehende Medikation wird überprüft und deren Fortsetzung gegebenenfalls veranlasst. Erste therapeutische Maßnahmen werden angesetzt.

Der soziale Dienst ist eng in die Aufnahme eingebunden, alle relevanten sozialrechtlichen Daten werden erhoben und dokumentiert, der Patient wird im Gespräch über die Rahmenbedingungen seines Aufenthaltes informiert und erhält ausführliche Unterlagen zur weiteren Orientierung (Wochenplan, Ansprechpartner, Hausordnung, Datenschutz, Umgang mit persönlichem Eigentum). Ein Patient seiner Bezugsgruppe wird ihm als Pate zur Seite gestellt, im Laufe des Tages findet ein Erstgespräch mit dem zuständigen Bezugstherapeuten statt.

Bei Elternteilen mit Begleitkindern ist - sofern nicht im Vorfeld bereits abschließend geregelt - umgehend zu klären und zu dokumentieren, welches Jugendamt zuständig ist, und mit diesem ist festzulegen, wie im Falle einer unplanmäßigen Behandlungsbeendigung im Sinne des Kindeswohls mit den Kindern zu verfahren ist.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Grundlegend für die Gestaltung der Behandlung, für eine Überprüfung der angemessenen Zuweisung in die Klinik und für die zielgerichtete Einleitung weiterführender Maßnahmen nach Behandlungsende ist eine durchlaufende Rehabilitationsdiagnostik.

In der ersten Behandlungsphase bis zur Zielvereinbarung umfasst die Diagnostik:

- eine körperliche Untersuchung mit neurologischem Status und psychischer Befindlichkeit,
- eine ärztliche Anamnese unter besonderer Betonung suchtspezifischer Aspekte sowie psychischer Auffälligkeiten (auch in der Herkunftsfamilie),
- eine psychiatrische Untersuchung und eine psychische Befunderhebung,
- Laboruntersuchungen der relevanten klinischen Parameter (insbesondere Leberwerte und Blutbild) sowie Überprüfung der Infektionslage (insbesondere Hepatitis-Serologie, HIV- und Lues-Serologie) in Zusammenarbeit mit einer Laborgemeinschaft in Heilbronn,
- ein Basis-EKG, die Messung des Lungenvolumens
- bei Bedarf zielgerichtete Untersuchungen bei weiteren Fachärzten,
- ein Heranziehen von Vorbefunden und Vorberichten,
- eine ausführliche Suchtanamnese, einschließlich Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft, der positiven und negativen Konsequenzen des

Suchtmittelkonsums, sowie interner und externer auslösender Bedingungen des Konsums,

- eine Familien- und Sozialanamnese inklusive rechtlichem und finanziellen Status,
- eine berufliche/schulische Anamnese inklusive beruflichem Status, sozialmedizinischen Aspekten, Beurteilung und Einstufung nach BORA,
- eine Leistungsbeobachtung und eine Beurteilung nach MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit)
- eine Bestandsaufnahme von Interessen und Vorerfahrungen im Bereich Sport und Freizeit,
- Verhaltensbeobachtungen im stationären Setting,
- Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-S) als standardmäßige psychologische Testung

Im Verlauf wird die Diagnostik ergänzt, wenn sich weitergehendere Fragestellungen ergeben, weitere somatische oder psychische Beschwerdebilder bekannt werden:

- über interne allgemeinmedizinische, internistische und psychiatrische Befundung,
- über die Einbeziehung externen Fachärzte,
- über interne psychologische und testpsychologische Befundung. Indikativ stehen dafür zur Verfügung der Berufs-Interessen-Test (BIT-II), das Beck-Depressionsinventar (BDI-II), der Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV), das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I und -II), das Diagnostische Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Mini-Dips), die Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE), das Intelligenz-Struktur-Test Screening (IST-Screening), die Demenz-Detektion-Skalen (DemTect), der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK), der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA), die Glücksspielskalen für Screening und Verlauf, der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST), der Aufmerksamkeits- und Konzentrationstests (d2), der Münchner Alkoholismus-Test (MALT), das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), das Beziehungs- und Bindungs-Persönlichkeitsinventar (BPI), das Essener Trauma-Inventar (ETI), das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP), der Benton-Test, die Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (SKN) u.a.
- über das mehrtägige berufsbezogene Assessment BORA-Potentialanalyse.

Die Abschlussdiagnostik umfasst

- eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit
- eine Bewertung der Veränderung der Hauptdiagnosen
- die Erfassung von Abschlusskörpergewicht und Nikotinkonsum
- die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-S)
- ggf. die Erhebung von Messwerten (Blutdruck, Labor), sofern relevante Diagnosen vorliegen
- ggf. den abschließenden Befund interkurrenter Erkrankungen
- Selbsteinschätzung zur Therapiezielerreichung
- ein strukturiertes therapeutisches Abschlussgespräch.

Besondere Bedeutung im diagnostischen Prozess hat die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2005) als umfassendes Instrument zur Erfassung der Einschränkungen und der Ressourcen sowohl des Patienten als auch seines persönlichen Umfeldes. Individuelle Problembereiche des einzelnen können detailliert erfasst und in ihrer Bedeutung für die berufliche und soziale Integration wahrgenommen werden.

Die Diagnosestellung erfolgt nach ICD-10-GM.

4.7.3 Medizinische Therapie

Grundlegend ist zu sehen, dass die stationäre Behandlung einem übergreifenden medizinischen Rehabilitationskonzept folgt. Der ärztliche Dienst ist auf der Basis des Konzeptes verantwortlich für den gesamten Behandlungsrahmen.

Über Prioritätensetzung und Teilnahme am Programm entscheidet der Arzt im Dialog mit den zuständigen Mitarbeitern. Die Fallverantwortung für nichtärztliche Bereiche ist in der Regel an den zuständigen Bezugstherapeuten delegiert. Die Ausgestaltung der Leistungen der einzelnen Fachbereiche wie Arbeitstherapie oder Psychotherapie wird von diesen übernommen.

Gemeinsame tägliche Übergaben, Supervision, Intervision, Fall- und Teambesprechungen sind wesentliche Schnittstellen um die medizinische Gesamtorientierung kontinuierlich sicher zu stellen.

Eine erhebliche Rolle spielen Folgeschäden durch Drogenkonsum. Es handelt sich vor allem um akute und chronische Hepatitiden, HIV-Infektion, Abszesse, Phlebitiden, Verschleppung bzw. nicht ausreichende Behandlung von Verletzungen und anderen körperlichen und seelischen Erkrankungen. Oft bestehen drogeninduzierte Schlafstörungen.

Durch die speziellen Lebensumstände kommt es durch alltägliche Stressbedingungen (Geldmangel, Obdachlosigkeit, Szene bzw. Haft), Fehlernährung und mangelhafte Hygiene häufig zu einer Schädigung des Allgemeinzustands, reduzierten Abwehrkräften und mangelhaftem Zahnstatus. Zusätzlich bestehen oft psychische Erkrankungen, die teilweise drogeninduziert, oft drogenassoziiert sind und teilweise schon vor der Drogenabhängigkeit bestanden.

Im Rahmen der multiprofessionellen Rehabilitationsbehandlung nimmt der ärztliche Dienst folgende Aufgaben wahr:

- eine medizinische Eingangsuntersuchung einschließlich der diagnostischen Einschätzung bezüglich der Suchterkrankung,
- die Untersuchung durch einen Facharzt für Psychiatrie zur Diagnostik und zur medikamentösen Behandlung bei vorbekannten bzw. neu diagnostizierten komorbiden psychischen Störungen, eine bereits bestehende psychiatrisch-medikamentöse Behandlung wird überprüft und ggf. angepasst,
- bei psychiatrischen Diagnosen weitere kontinuierliche Betreuung durch den Facharzt für Psychiatrie,
- allgemeinmedizinische Basisversorgung der Patienten inklusive der Therapie leichter Allgemeinerkrankungen, falls sich Hinweise auf eine körperliche Erkrankung ergeben, die die Versorgungsmöglichkeiten innerhalb der Rehabilitationseinrichtung übersteigt, erfolgt eine Vorstellung bei einem Facharzt,

- die Koordination der medikamentösen, physiotherapeutischen und physikalischen Behandlungen, die bezüglich der körperlichen Suchtfolgeerkrankungen, interkurrenten körperlichen Erkrankungen bzw. sonstigen rehabilitationsrelevanten Erkrankungen notwendig sind,
- die Veranlassung einer frauenärztlichen Vorstellung unserer Patientinnen zur Vorsorgeuntersuchung, Beratung zur Schwangerschaftsverhütung sowie, sofern notwendig, regelmäßige frauenärztliche und Hebammenbegleitung unserer schwangeren Patientinnen bis zur Geburt in der gynäkologischen Abteilung des Klinikums am Gesundbrunnen mit Angliederung an die Kinderklinik in Heilbronn sowie die nachgeburtliche Betreuung von Mutter und Kind durch o. g. Fachdienste,
- die Veranlassung einer Vorstellung beim Zahnarzt zur Untersuchung und Behandlung,
- eine enge Zusammenarbeit mit Fachärzten der indizierten Disziplinen sowie bei interkurrenten Verlegungen mit den Akut- und Fachkliniken in der Region. Bei gegebenem Bedarf erfolgt eine Vorstellung in entfernteren Fachkliniken bzw. -abteilungen und Spezialambulanzen (Würzburg, Heidelberg, Stuttgart),
- die Abstimmung der medizinischen Behandlung mit psychologischen Bezugs-, Arbeits- und Sporttherapeuten sowie dem Sozialdienst,
- die Beurteilung der medizinisch begründeten Teilnahmefähigkeit an sport- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen und Aktivitäten,
- Schulungen bezüglich Infektionskrankheiten,
- psychoedukativ-motivationale Interventionen zur Anregung gesundheitsförderlichen Verhaltens im Rahmen der Sprechstunden hinsichtlich Tabakentwöhnung, Ernährungsverhalten, sportlichen Aktivitäten, Medikamenteneinnahme, fortführenden Maßnahmen nach Behandlungsende,
- psychoedukative Kleingruppen bei Bedarf zu psychischen Störungen (Depression, Borderline Persönlichkeit, posttraumatische Belastungsstörung),
- eine abschließende sozialmedizinische Einschätzung der beruflichen Reintegrationsfähigkeit, diese berücksichtigt insbesondere die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit. Gegebenenfalls werden Umschulungsmaßnahmen, Weiterbehandlungen und berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen empfohlen bzw. eingeleitet.

Der Zugang zur Behandlung durch den ärztlichen Dienst erfolgt einerseits über Sprechstunden, die täglich montags bis freitags stattfinden und zu denen sich der Patient bei Bedarf anmeldet. Andererseits gibt der ärztliche Dienst verpflichtende Termine vor (Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen) oder zuständige Mitarbeiter beraumen einen Termin an zur Klärung medizinischer Fragestellungen (präpsychotische Anzeichen, Teilnahmeeinschränkungen bei fraglichen körperlichen Problemen).

Durch den ärztlichen Dienst findet wöchentlich eine Visite statt, jeder Patient nimmt im Turnus von drei Wochen teil.

Außerhalb der Anwesenheitszeiten des ärztlichen Dienstes im Hause erfolgt in dringenden Fällen eine unmittelbare medizinische Versorgung über einen niedergelassenen Internisten bzw. in den entsprechenden Ambulanzen der Krankenhäuser, abends und an den Wochenenden über den zuständigen Bereitschaftsdienst bzw. Notarzt (s. a. 10 Notfallmanagement).

Bei Unfällen während des Therapiesports, bzw. der Arbeitstherapie erfolgt grundsätzlich eine Vorstellung bei einem Durchgangs-Arzt.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenangebote und andere Gruppenangebote

Psychotherapie im Einzelsetting

Durchgängig findet Einzeltherapie, sowohl psychotherapeutisch als auch beratend-begleitend ausgerichtet, in der Regel einmal wöchentlich mit einer Sitzungsdauer von 50 Minuten statt. Bei manchen Störungsbildern und in labilen Phasen sind häufigere und kürzere Interventionen angezeigt. Die Durchführung obliegt den Psychologischen Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen mit suchttherapeutischer Zusatzqualifikation und Pädagogen mit therapeutischer Zusatzausbildung.

Beziehungsaufbau, Motivationsentwicklung, Stärkung der Gruppenfähigkeit, Vertiefung suchtspezifischer Themen, Stabilisierung in Krisen, Bearbeitung biographischer bedeutsamer Ereignisse, Bewältigung komorbider Erkrankungen, Begleitung der Angehörigen- oder Paararbeit sind wesentliche Inhalte.

Psychotherapie im Gruppensetting

Mit der Aufnahme wird jeder Patient einer Gruppe zugeordnet, der er bis zur Entlassung angehört. Diese Bezugsgruppe lebt gemeinsam als Wohngruppe und sie wird psychotherapeutisch und sozialpädagogisch konstant von zwei zuständigen Bezugstherapeuten betreut. Die unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten bei der Nutzung der Wirkfaktoren von Gruppentherapie ergeben ein breites Spektrum von Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten im emotionalen, kognitiven und sozialen Bereich.

Gruppentherapeutische Sitzungen finden dreimal wöchentlich mit einer Dauer von 60 Minuten mit bis zu acht Teilnehmern statt. Wesentliche Ziele sind die gemeinsame Auseinandersetzung mit abhängigkeitsrelevanten Kernthemen, die Erfahrung von Solidarität und eigener Wertigkeit, die Förderung sozialer Kompetenzen und die Bearbeitung von interpersonellen und intrapsychischen Konflikten, die im Leben in der Wohn- und Therapiengemeinschaft aktualisiert wurden.

Psychotherapie im Paarsetting

Die partnerschaftliche Beziehung ist sowohl eine wesentliche Ebene persönlicher Zufriedenheit und Lebensgestaltung als auch ein Feld, in dem sich bei Drogenabhängigkeit vielfältige Beziehungsstörungen abbilden. Paaren werden Paargespräche angeboten, um Beziehungskonflikte bearbeiten zu können und neue Perspektiven zu entwickeln. Fortschritte in diesem emotional häufig hoch bedeutsamen Bereich sind unmittelbar verstärkend, zudem sind im Sinne des CRA hier vermehrt Möglichkeiten gezielte gegenseitige Verstärkungen der Partner aufzubauen. Kontinuierliche therapeutische Paargespräche sind für gemeinsam in Behandlung befindliche Paare möglich. Paargespräche mit externen Partnern sind vor allem beratend/informierend.

Rehaziele-Gruppen

Aufbauend auf die in der Indikationskonferenz benannten Therapieziele des Einzelnen finden vierzehntägig Zielegruppen statt. Zum einen sollen die vereinbarten konkreten Ziele erreicht werden, zum anderen wird grundsätzlich zielorientiertes Arbeiten mit mittelfristigen Zielen trainiert. Dies steht im Gegensatz zu kurzfristigen Bedürfnisbefriedigungen und Problemlösungen im süchtigen Lebensstil. Für jedes Behandlungsziel wird ein konkreter, überprüfbarer, innerhalb der nächsten vierzehn Tage umsetzbarer Zwischenschritt nach der SMART Regel entwickelt (Ziele werden spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert formuliert). In der Folgesitzung werden die Umsetzung ausgewertet, gegebenenfalls Korrekturen der Vorgehensweise besprochen, die Ziele in ihrer weiteren Adäquatheit abgeglichen und der nächste Umsetzungsschritt vereinbart.

Die Arbeit findet in Kleingruppen mit bis zu fünf Patienten statt. Es nehmen Patienten der Bezugsgruppe und ein Bezugstherapeut teil. Gesamtziel, Zwischenschritte und erfolgte

Umsetzung dokumentiert jeder Patient für sich in einer Mappe. Diese Form gewährleistet kontinuierliches systematisches Arbeiten an zentralen Behandlungszielen. Rückmeldungen aus der Gruppe korrigieren gegebenenfalls die Selbsteinschätzung. Zudem enthält die Mappe Ratingskalen nach dem CRA, anhand derer der Patient seine aktuelle Zufriedenheit in den Bereichen Suchtbewältigung, Lebensstil, Arbeitsverhalten, sozialer Kontakt und Gesamtsituation bewertet. Die bewusste Wahrnehmung zentraler Entwicklungsfelder soll angestoßen und die Eigenverantwortung des Patienten gefördert werden.

Psychoedukative Gruppe

Psychoedukation als multimediale Gruppenmethode hilft, wesentliche Voraussetzungen zur Realisierung von persönlichen Zielen der Suchttherapie zu schaffen. Ziele dieser Methode sind insbesondere: Umfassende Aufklärung über sucht- und komorbiditätsrelevante Themenfelder, Förderung der Compliance, Reduktion von Ängsten, Verbesserung von Coping-Strategien, Erkennen und Fördern von Ressourcen. Psychoedukative Elemente und Einheiten finden in allen Angeboten Anwendung.

Grundsätzlich nehmen alle Patienten im ersten Behandlungsabschnitt an einer Psychoedukation in fünf Einheiten teil, die von einem Mitarbeiter mit suchttherapeutischer Zusatzqualifikation durchgeführt wird. Inhalte sind die Bedeutung des Suchtgedächtnisses, Vor- und Nachteile eines abstinenten bzw. von Konsum begleiteten Lebens, Rückfallprophylaxe und Bedeutung der Lebensstiländerung.

Stressbewältigungstraining

Eine hinreichend gelingende Stressbewältigung ist Grundlage eines gesunden und zufriedenstellenden Lebensstils. Stressbewältigung ist für viele Patienten eine zentrale Funktion ihres Drogenkonsums. Das angebotene Stressbewältigungstraining orientiert sich an den Programmen „Stressbewältigung“ (Kaluza, G., 2018) und „Optimistisch den Stress meistern“ (Reschke, K. & Schröder, H., 2000). Ziel ist die Entwicklung und Förderung eines angemessenen Umgangs mit Stress. Es finden 4 Sitzungen mit max. 9 Patienten über mindestens 50 Minuten statt. Inhalte sind zunächst die Vermittlung von Wissen um Stress, dessen Entstehung, dazugehörige Erklärungsmodelle und typische Symptome sowie die Bedeutung und Wirkung von Entspannung. Im Weiteren geht es um den Umgang mit stressförderlichen Gedanken und mit Emotionen (insbesondere Ärger) sowie um die Entwicklung hilfreicher Denkweisen und Strategien zur Emotionsregulierung. Abschließend werden Genussregeln vermittelt und praktische Genussübungen durchgeführt, Bilanz gezogen und mögliche Stressbewältigungsstrategien für jeden einzelnen zusammenfassend gesammelt. Neben der theoretischen Vermittlung finden auch immer wieder Entspannungsübungen, praktische Übungen und Aufgaben statt.

Indikativgruppe Pathologisches Glücksspiel

Die Gruppe findet wöchentlich à 60 Minuten statt. Die Teilnahme erfolgt ab Behandlungsbeginn nach vorliegender Indikation. In dieser halboffenen Gruppe kommen bis zu 12 pathologische Spieler unterschiedlicher Bezugsgruppen und Therapiephasen zusammen, um sich mit speziellen Problemen ihres Glücksspielverhaltens auseinander zu setzen. Die Durchführung der Gruppe erfolgt durch eine in der Behandlung pathologischer Spieler ausgebildete Suchttherapeutin.

Anwendung findet u. a. das von Bachmann und El-Akhras entwickelte Therapiemanual „Glücksspielfrei“ (Bachmann, M. & El-Akhras 2010) sowie die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen entwickelten Arbeitshilfen zur Glücksspielsucht. Im Sinne einer integrativen Verhaltenstherapie werden kognitiv-emotionale Restrukturierungen mit motivierenden, gruppenspezifischen, psychoedukativen, erlebnisaktivierenden und verhaltensbezogenen Methoden (Schmitz et al., 2001) verbunden.

In der Indikativgruppe werden die individuelle Entwicklung des Spielverhaltens, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen, Spielmotive, Spielerfahrungen und die Auswirkungen des Spielens um Geld auf die Persönlichkeit des Spielers und sein soziales Umfeld (finanzielle Situation, Beschaffungskriminalität, Beeinträchtigungen des Arbeitsverhaltens, Interessenvernachlässigung, Suizidalität, familiäre und partnerschaftliche Konflikte) besprochen.

In der Auseinandersetzung mit diesen Themen versuchen die Spieler dieser Gruppe zu erkennen, welche Funktion das Spielen in ihrem Leben hatte und welche Verhaltens- und Einstellungsänderungen erforderlich sind, um künftig spielabstinent zu leben. Dabei geht es um die Vermeidung und Bewältigung von Risikosituationen, den Abbau spielbezogener kognitiver Verzerrungen („magisches/abergläubisches Denken“), die Erarbeitung befriedigender Verhaltensalternativen (Freizeit, Beruf, Partnerschaft, Familie) und um eine sinnvolle Lebensperspektive unter mittelfristig oft eingeschränkten finanziellen Bedingungen.

Folgende Themenblöcke erfahren besondere Bedeutung innerhalb der Spielergruppe und stellen als Module zentrale, sich wiederholende Inhalte dar: Spielverhalten als Abhängigkeitserkrankung, Geld als Suchtmittel, Finanzmanagement, magisches/abergläubisches Denken, Rückfallvorbeugung, Vorbereitung der nachstationären Zeit, Alternativen zum Spielverhalten, Beziehungen, soziale Kompetenzen, Emotionsregulierung, Kriminalität, Wechselwirkungen mit anderen Süchten.

Sozialtherapie

Sozialtherapie integriert Sozialarbeit, Gruppentherapie und trainierende Elemente. Der Rahmen einer stationären Einrichtung mit mehrmonatigen Behandlungszeiträumen, alltagsnahen Strukturen und vielfältigen zwischenmenschlichen Begegnungsmöglichkeiten bietet Impulse und Möglichkeiten soziale und alltagspraktische Kompetenzen zu erfahren, zu reflektieren, gezielt zu erproben und zu erweitern - letztlich immer mit dem Ziel die Teilhabefähigkeit des einzelnen zu erweitern. Wesentliche Strukturen sind:

- Die Bereiche der Arbeitstherapie in *Küche, Hausdienst und Geländepflege* haben je nach Schwerpunktsetzung des einzelnen Patienten auch wesentliche Bedeutung als Trainingsfeld zum Gewinnen notwendiger alltagspraktischer Grundfähigkeiten und zur Etablierung eines strukturierten Alltages. Zunehmende Anforderungen zur Selbstorganisation in diesem Bereich sollen dann das diesbezügliche Selbstmanagement entwickeln helfen.
- Patienten bekommen zudem besondere *Verantwortungsbereiche* in der gemeinsamen Selbstversorgung übertragen (Kiosk, Vivarium, Aquarium, Saunaeinteilung, Gruppensprecher...). Tägliche Besprechungen begleiten diese Erprobung bei der Übernahme sozialer Verantwortung.
- Tägliche morgendliche *Hausversammlungen* von Montag bis Freitag dienen zur Organisation des Tagesablaufes, Vorstellung von neuen Mitpatienten und Mitarbeitern, Verabschiedung von Mitpatienten, Weitergabe von Informationen, Rückmeldungen, Benennung von Störungen und Belobigungen.
- Im *Freizeitteam* wird der Freizeitplan mit den unregelmäßigen Aktivitäten für die gemeinsame strukturierte Freizeit vereinbart.
- Die großen *Jahresfeste* werden gemeinsam geplant und vorbereitet (Weihnachten, Ostern, Pfingsten, Sylvester, Bayram).
- Mit der Aufnahme wird jedem Patienten ein *Pate* zugewiesen, mit der Aufgabe, ihm die Integration zu erleichtern.
- Außerordentliche *Vollversammlungen* oder *Kleingruppen* unterschiedlichster Zusammensetzung aus aktuellem Anlass und zur Klärung bezugsgruppenübergreifender Konflikte und Prozesse sind weitere Elemente.
- *Ausgänge* werden gemeinsam vorbesprochen und geplant, gegenseitige Unterstützungen vereinbart.

Mitarbeiter aller Professionen sind in diese Abläufe eingebunden. Wesentlich ist das Aufgreifen von Erfahrungen und Beobachtungen in diesem Feld und das kurzfristige und unmittelbare Rückmelden und soziale Verstärken von erwünschtem Verhalten.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Die zentrale Bedeutung arbeitsbezogener Interventionen ergibt sich zum einen unmittelbar aus dem Rehabilitationsauftrag der Deutschen Rentenversicherung, wie sie auch in den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs der Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) konkretisiert wird. Zum anderen ist im Hinblick auf die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung eine individuell umsetzbare konkrete berufliche Perspektive bzw. die bereits stattgefundenene erste Integration im Behandlungsverlauf in eine Beschäftigung oft eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Krankheitsbewältigung. Arbeit und Beschäftigung sind zudem wesentlicher Inhalt gelingender, „gesunder“ Teilhabe - zur Existenzsicherung, zur Selbstwertschöpfung und zur sozialen Integration.

In den ersten Wochen stehen diagnostische Prozesse im Vordergrund: Eine Schul-, Berufs- und Arbeitsanamnese werden erhoben, körperliche und psychische Einschränkungen werden erfasst, ein Screening-Fragebogen erfasst die Zielgruppe nach BORA, bei Bedarf werden testdiagnostische Befunde erhoben (insbesondere Konzentrationsfähigkeit, Intelligenz). Der Fokus der arbeitstherapeutischen Maßnahmen liegt zunächst auf der Feststellung beruflicher Kompetenzen und Einschränkungen. Auf der Basis von MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit, Miro GmbH, Lich) wird eine Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit erstellt und soziale Kompetenzen werden im Hinblick auf die berufliche Lage des Patienten bewertet. Orientiert an der BORA-Zielgruppenzuordnung und den individuellen Voraussetzungen findet eine Planung der beruflichen Zielsetzungen und Maßnahmen statt.

Patienten der BORA-Zielgruppen 1 und 2 haben einen bestehenden Arbeitsplatz, bei der Zielgruppe 2 sind dabei besondere berufliche Problemlagen ersichtlich, die eine Gefährdung des Arbeitsplatzes darstellen können oder eine berufliche Veränderung nahelegen. Beschäftigungsorientierte Schwerpunkte der Behandlung liegen hier häufig auf rückfallprophylaktischen Maßnahmen (Stressmanagement, soziale Kompetenz, Umgang mit der Abhängigkeit am Arbeitsplatz). Gegebenenfalls ist die Durchführung eines beruflichen Wiedereingliederungsmanagements, eines Rückkehrgespräches mit dem Arbeitgeber oder eine stufenweise Wiedereingliederung zu bedenken und das entsprechende Vorgehen mit dem Arbeitgeber, dem zuständigen Rehabilitationsträger und weiterbetreuenden Ärzten wird eingeleitet. Für Patienten der Zielgruppe 2 ist die individuelle Problemlage zu berücksichtigen, wie z.B. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, Überforderungsgefühle auf die mit vermeintlich leistungssteigernden Drogen reagiert wurde, somatische oder psychische Beschwerden, die mit Drogen gedämpft wurden, fehlender Ausgleich zur Entspannung, eine fehlende langfristige Perspektive am bestehenden Arbeitsplatz, mangelnde Selbstbehauptungsfähigkeit am Arbeitsplatz.

Patienten der BORA-Zielgruppen 3 und 4 sind kürzer oder länger in Arbeitslosigkeit und bilden die deutlich größte Gruppe der Patienten im Hause. Schwerpunkte sind hier häufig eine Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit, die Reaktivierung bestehender fachlicher Kompetenzen, das Training grundlegender beruflicher Kompetenzen wie Sorgfalt, Durchhaltefähigkeit, Konzentration oder Absprachefähigkeit, das Wieder-Einfinden in eine am Berufsalltag orientierte Tagesstruktur, ein Bewerbungstraining, ein grundlegender Motivationsaufbau sowie die Entwicklung einer realistischen beruflichen Perspektive in Hinblick auf eigene Fähigkeiten, berufliche Anforderungen und die Arbeitsmarktlage.

Patienten der BORA-Zielgruppe 5 sind Nicht-Erwerbspersonen und finden sich insbesondere unter den Elternteilen in der Eltern-Kind-Abteilung und in der Abteilung der jungen

Erwachsenen. Im Vordergrund stehen hier häufig Motivationsentwicklung, das Wahrnehmen eigener Interessen und Kompetenzen, das Training grundlegender berufsbezogener Fähigkeiten und die Entwicklung einer konkreten beruflichen Perspektive einschließlich Ausbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten. Bei Elternteilen ist die Abstimmung mit elterlichen Aufgaben besonders zu berücksichtigen.

Folgende Maßnahmen werden angeboten:

Arbeitstherapie wird in den Bereichen „Gemüse­gärtnerei und Landschaftsbau“, „Küche“, „Hauswirtschaft“ und „Holzwerkstatt“ angeboten und von Arbeitserziehern bzw. in der Ausbildung erfahrenen Fachkräften durchgeführt. Zudem stehen PC-Arbeitsplätze zur Verfügung zum Training von EDV-Techniken und Erproben von Büro­tätigkeiten. Die Anforderungsprofile der Tätigkeiten werden hinsichtlich Schwierigkeit, Selbstständigkeit, Komplexität, sozialer Situation, dem Leistungsstand und den Zielsetzungen des Patienten angepasst.

Die **BORA-Potentialanalyse** ist ein ausführliches zweitägiges Assessment zur beruflichen Kompetenz- und Interessenfindung, das in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad möglich ist. Darauf aufbauend erfolgt eine Auswertung der beruflichen Lage mit individuellen Empfehlungen. In einem gemeinsamen Auswertungsgespräch werden die Ergebnisse rückgemeldet und berufsspezifische Behandlungsziele abgeleitet und vereinbart.

Ein **berufsvorbereitender Kurs** (START-Kurs) wird als sich wiederholender sechstägiger Kurs angeboten. Inhalte sind: Grundtechniken am PC, Erstellen einer Bewerbungsmappe, Training von Vorstellungsgesprächen, Sichtung des Arbeitsmarktes, Information über Qualifizierungs-, Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten, Hilfe bei der Einleitung und Beantragung.

Ein **Reha-Fachberater** der DRV Baden-Württemberg wird bei Bedarf hinzugezogen, die Beratung findet in der Klinik oder in den Räumlichkeiten der DRV in Heilbronn statt.

Berufliche Rehabilitation als übergeordnetes Ziel beinhaltet, dass alle angebotenen Teilmaßnahmen im Gesamtbehandlungsverlauf im Hinblick auf die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung zu gestalten sind. So sind insbesondere die Motivationsentwicklung für einen beruflichen (Wieder-) Einstieg und die Erweiterung sozialer, für das Arbeitsfeld relevanter Kompetenzen Inhalte, die im Rahmen der einzel-, gruppen- und soziotherapeutischen Angebote aufgegriffen werden. Die Bereiche Sport, Freizeit, Entspannung sind bezüglich Stressbewältigung und Selbstfürsorge im Hinblick auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit bedeutsam sowie bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Somatische-gesundheitliche Hemmnisse und Einschränkungen finden im Rahmen der medizinischen Behandlung Berücksichtigung.

Weiterführende Maßnahmen zur Unterstützung und Begleitung der beruflichen Integration werden eingeleitet. Häufig ist die Durchführung einer Adaption­phase mit Praktika, mit der Beratung bei Bewerbungsverfahren und insbesondere mit Hilfe bei der Bewältigung erster konkreter beruflicher Erfahrungen ein wesentliches Element. Im Rahmen der Nachsorge der Fachklinik Friedrichshof werden zusätzlich zu suchtbezogenen Angeboten auch beschäftigungsorientierte Leistungen vorgehalten. Für die Umsetzung der „Rahmenkonzeption BoN PAS Beschäftigungsorientierte Nachsorge des PARITÄTISCHEN vom 01.12.2015“, ist die Fachklinik Friedrichshof von der DRV Baden-Württemberg anerkannt. Träger anderer Nachsorgeangebote halten vergleichbare Programme wie *B/SS* (Berufliche Integrationsbegleitung nach stationärer Suchtbehandlung), *BaroN* (Berufs- und arbeitsorientierte Nachsorge) oder *Su+Ber* (Sucht und Beruf) vor.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Im Rahmen des Sport- und Freizeitprogramms nehmen die Patienten an verschiedenen Sportangeboten teil. Gesundheitliche Ziele sind den Körper zu kräftigen, die körperbezogene Selbstaufmerksamkeit zu entwickeln, die Kondition aufzubauen und Entspannungstechniken zu erlernen und somit belastbarer und leistungsfähiger im Berufsleben und Alltag zu werden. Die Angebote sollen ferner helfen, eine auf Dauer sinnvolle und befriedigende Freizeitgestaltung zu entwickeln.

Mannschaftssportarten können nicht nur Freude bereiten, sondern fördern Teamfähigkeit und Frustrationstoleranz. Gemeinsame positive Erlebnisse in der Gruppe, Werte wie Respekt, Toleranz und Fairplay sind grundlegende Aspekte sozialer Kompetenz und gelingender Teilhabe.

Zu Beginn der Therapie wird Wert darauf gelegt, die sportlichen Aktivitäten durch Fachkräfte anzuleiten und zu betreuen. Sie stellen sicher, dass die Regeln für alle bekannt sind, leiten körperliche Aktivitäten an, achten auf eine maßvolle Umsetzung und begleiten individuelle Zielsetzungen der Patienten, so dass die Patienten im Laufe der Behandlung das nötige Wissen und die Erfahrung gewinnen, um in Eigenregie den Sport auch in der Freizeit selbstständig fortzuführen.

Die Fachklinik verfügt über eine umfangreiche Infrastruktur mit internem Fitnessstudio (Fahrradergometer, Laufband, Rudergerät, Seilzug und diverse Geräte zur Steigerung der Leistungsfähigkeit), Fußballplatz, Volleyballfeld, Raum mit Boulderwand, kleiner Turnhalle (z. B. für Badminton oder Volleyball) und Gymnastikraum. Unmittelbar an die Einrichtung grenzen Felder und ein Waldgebiet.

Wöchentliche, sporttherapeutisch angeleitete und begleitete Angebote sind:

- Kraft- und Konditionstraining im internen Fitnessstudio. Die Patienten werden an den Kraftgeräten durch Fachpersonal angeleitet, um eine korrekte Ausführung der Übungen zu gewährleisten. Zielsetzungen der Patienten werden individuell berücksichtigt, um Trainingserfolge zu erreichen.
- „Aufbausport“ dient Patienten, deren physische Fitness zunächst noch nicht vollständig nutzbar ist. Im Hintergrund stehen häufig Entzugerscheinungen, Verletzungen des Bewegungsapparates oder große Defizite bzw. Unsicherheiten nach langer Passivität.
- Klettergruppe in externer Halle in Heilbronn.
- Schwimmgruppe im Schwimmbad Neckarsulm oder Öhringen.
- Mannschaftssport (Fußball, Volleyball) inklusive Teilnahme an Turnieren in der Region.
- Joggen/Waldlauf inklusive Teilnahmen an regionalen Läufen.

In der Freizeit ist eigenverantwortlich auf dem Gelände möglich:

- Tischtennis,
- Volleyball,
- Fußball,
- Badminton,
- Boulderwand,
- Fitness (nach erfolgter Einweisung).

In der Freizeit ist unmittelbar angrenzend an das Klinikgelände möglich:

- Inlinern, Radfahren, Joggen.

Die Teilnahme an externen Sportmöglichkeiten (Verein, Fitnessstudio) ist im Rahmen der Ausgänge möglich.

Viele Patienten leben in einem Zustand chronischer Anspannung, Möglichkeiten sich bewusst zu entspannen sind nicht bekannt bzw. werden nicht genutzt. In der Vorgeschichte konnten viele Patienten Entspannung nur durch den Gebrauch von Drogen oder ein Sich-Verlieren-im-Spiel spüren. Die beständige Anspannung ist nicht nur emotional belastend, sie bindet auch gedankliche Energien und sorgt für einen dauernd erhöhten Muskeltonus. Für eine ausgeglichene Lebensweise ist es entscheidend, die Fähigkeit zu besitzen, sich gezielt nach Anspannung entspannen zu können.

- Jede Woche findet ein Entspannungstraining statt, das von einer ausgebildeten Fachkraft vermittelt wird. Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen verhilft durch Auflösung muskulärer Spannungszustände zu geistiger und körperlicher Ruhe. Dieses Verfahren ist leicht zu erlernen, bedarf keiner Hilfsmittel und kann später ohne Aufwand weiter eigenständig angewendet werden. Der Kurs ist zunächst für alle Patienten Pflicht. Nach Interesse und Bedarf kann weiterhin teilgenommen werden.
- Wöchentlich findet eine Anleitung in Qi-Gong durch eine Qi-Gong-Kursleiterin statt. Die Entwicklung von Achtsamkeit, aktiver Entspannung, Impulskontrolle, Gleichgewicht und Koordination wird gefördert.

4.7.7 Freizeitpädagogik

Viele Patienten verfügen nicht über ein etabliertes Freizeitverhalten, das sie als sinnvoll, abwechslungsreich oder erholsam erleben. Drogenbeschaffung und -konsum bzw. Spielverhalten waren meist die vorrangige Beschäftigung in der Freizeit oder bei Arbeitslosigkeit sogar im gesamten Tagesablauf. Langeweile und eine nicht ausgefüllte Freizeit, die keine wirkliche Entspannung und Erholung bietet, wird oft als Grund für einen Wiedereinstieg in Drogenkonsum angegeben. Ein Teil der Patienten verfügt aber wiederum durchaus über positive Erfahrungen mit Aktivitäten (Fußball, Schwimmverein, Zeichnen etc.) - meist aus der Zeit vor Beginn der Abhängigkeit -, an die es sich lohnt anzuknüpfen.

In den ersten Behandlungswochen findet mit dem Sporttherapeuten eine standardisierte Bestandsaufnahme von Vorerfahrungen, Interessen und Einschränkungen bezüglich der Freizeitgestaltung und sportlichen Aktivitäten statt. Vor dem Hintergrund der in der Klinik zur Verfügung stehenden Möglichkeiten werden Ziele formuliert, die in die Indikationskonferenz einfließen.

Die Fachklinik Friedrichshof bietet diverse freizeitpädagogische Möglichkeiten an. Durch eine zunächst verpflichtende Teilnahme sollen verschiedene Möglichkeiten kennengelernt und bei Gefallen beibehalten werden. Generell werden Freizeitaktivitäten zunächst durch Mitarbeiter organisiert und angeleitet, später werden die Patienten ermuntert und angeleitet, Aktivitäten auch während der Ausgänge in eigener Verantwortung fortzuführen und auszubauen.

Die angebotenen Freizeitaktivitäten sollen so gestaltet sein, dass sie

- später auch selbstständig durchgeführt und selbst finanziert werden können,
- eine lebendige Beziehungsgestaltung erleichtern,
- helfen, persönliche Fähigkeiten und Interessen zu entdecken und zu entwickeln,
- neue Kontakte ermöglichen.

Pädagogisch angeleitete oder begleitete Angebote sind:

- kreatives Gestalten: Töpfern und Tönen, bei Interesse auch Seidenmalerei, Malen oder Specksteinbearbeiten,
- Holzarbeiten: Erstellen von persönlichen Werkstücken in der Schreinerei,
- Theatergruppe: Improvisationstheater,
- unregelmäßige Kursangebote: Bogenschießen, Trommeln, Stockkampf, Tanzen ...,
- Ausflüge: Kino, Theater, Angeln, Bowling, Museum, Badensee ...,
- ganz- oder mehrtägige Ausflüge: Rad-, Wander- und Kanutouren, Skifahren,
- Jahresfeste: Nikolaus, Weihnachten, Silvester, Fasching, Ostern, Halloween, Sommerfeste ...,
- Wochenendaktivitäten wie Grillfeste, Geländespiele, Turniere ...

Zur Verfügung stehen:

- Sauna,
- Freizeitkeller mit Dartscheibe, Billardtisch, Tischkicker und Kaffeetheke,
- Brettspiele, Bücher und PCs mit Internetverbindung.
- Diverse Sportmöglichkeiten (s.o.).

Die Teilnahme an externen Freizeit- und Kulturangeboten (VHS, Albverein, Freibad, Badensee ...) ist im Rahmen der Ausgänge möglich.

Es besteht ein Freizeitteam der Patienten, in dem wöchentlich in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern Aktivitäten geplant und vergangene ausgewertet werden.

4.7.8 Sozialdienst

Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst umfasst die Information über sämtliche Behandlungsvoraussetzungen wie z. B. Therapiehaupt- und Nebenkosten auch der mit aufgenommenen Kinder, den Krankenversicherungsschutz, die Überprüfung der Ausweisdokumente und die Beantragung von Leistungen zum Lebensunterhalt. Diese Hilfen werden sowohl im Vorfeld der Behandlung als auch während der stationären Maßnahme geleistet und umfassen auch die Beantragung von Nachsorgeleistungen, die Beschaffung von Arbeitspapieren und Zeugnissen, die Beantragung von Qualifizierungsmaßnahmen.

Oft ist die Information über rechtliche Grundlagen sowie über Verfahrens- und Entscheidungsprozesse von hoher Bedeutung für den Therapieprozess und die sich anschließende Zeit. Diese Informationen sind relevant vor allem in folgenden Lebensfeldern: Klärung der strafrechtlichen Lage, Gerichtsverfahren, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem vergangenen Drogenkonsum standen, Scheidungen und Entscheidungen um das Sorgerecht eines Kindes, Erwirken einer Aufenthaltsgenehmigung, Vermittlung eines Fachanwaltes bei drohender Abschiebung oder Verhaftung, Unterstützung bei der Wahrnehmung von Gerichtsterminen als Zeuge oder Angeklagter.

Viele Patienten kommen hoch verschuldet in die Rehabilitation, nicht selten ist die Höhe der finanziellen Verpflichtungen unbekannt. Der Soziale Dienst hilft, die Geldsituation hinsichtlich Verpflichtungen und Ressourcen zu sichten und zu ordnen, so weit möglich werden Sanierungskonzepte entwickelt und erste Maßnahmen eingeleitet. Es findet eine Vermittlung an eine Schuldnerberatung am zukünftigen Wohnort statt.

Leistungen des Sozialen Dienstes bestehen zum einen aus zwei Standardterminen zu Behandlungsbeginn zur Klärung der finanziellen Lage bzw. des versicherungsrechtlichen

Status. Zum anderen können wöchentlich Einzeltermine zu Sprechstundenzeiten vereinbart werden. Sie werden angeboten durch eine Diplomsozialpädagogin und eine Verwaltungsfachkraft.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Ernährungsberatung und -information

Beratung und Information zu gesunder Ernährung finden durch eine staatlich anerkannte Diätassistentin und Ernährungsberaterin teil. Jeder Patient erhält im Behandlungsverlauf über vier Vorträge („Basiswissen“, „Gewichtsmanagement“, „Ernährung bei Erkrankungen“, „Ernährung bei Muskelaufbau und Sport“) Grundlagen vermittelt. Elternteile nehmen zudem an der Einheit „Ernährung für Kinder“ teil.

Zudem ist eine einmalige Einzelberatung mit Reflektion des eigenen Ernährungsverhaltens obligatorisch, weiterführende Termine sind möglich.

Schulung Infektionskrankheiten

Jeder Patient nimmt im Behandlungsverlauf mindestens einmalig am Angebot Schulung zu Infektionskrankheiten, durchgeführt von einem Mediziner, teil. Inhalte sind virale und bakterielle Infektionen, drogenassoziierte Infektionskrankheiten mit Informationen zu Ansteckung, Verlauf, Therapie und Prophylaxe.

Lehrküche/Küche

Im Behandlungsverlauf nimmt jeder Patient einmalig am Angebot Lehrküche, durchgeführt von einer Diätassistentin, teil. Inhalte sind ausgewogene Ernährung, Einkauf und Lagerhaltung sowie die Zubereitung einfacher Speisen. Vertieft werden die Inhalte im Arbeitsbereich Küche.

Der Speiseplan wird nach Kriterien gesunder, vollwertiger Ernährung erstellt – im Dialog mit den Patienten um eine entsprechende Ernährungsweise zu fördern.

Nichtrauchertraining

Nichtrauchertraining wird mehrmals jährlich als Gruppenkurs nach dem Münchner Tabakentwöhnungsprogramm „RauchfreiWerden“ von einer darin geschulten Fachkraft angeboten.

Rückentraining

Im Rahmen des Rückentrainings lernen die Patienten unter Anleitung einer geschulten Sporttherapeutin rückengerechte Übungen für Alltag und Arbeit durchzuführen. Ziel ist es die relevanten Muskelgruppen zu stärken und so die Wirbelsäule zu entlasten.

Hygiene

Die Privatbereiche werden von den Patienten selbstständig gepflegt. Regelmäßige Rückmeldungen der für die Wohngruppe zuständigen Therapeuten fördern und erweitern Kompetenzen.

Im Arbeitsbereich Hauswirtschaft werden unter Anleitung einer Hauswirtschaftsmeisterin grundlegende Techniken hygienischer Hausreinigung trainiert.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Angehörigengespräche

Familienangehörige aus der Herkunftsfamilie haben Bedeutung unter einem systemisch-suchtgenerierenden Aspekt, als Ressource der Rehabilitation und Reintegration oder als Menschen, mit denen ungelöste, belastende Konflikte bestehen.

Wir bieten therapeutisch begleitete Angehörigengespräche und -beratungen an. In ein- oder mehrmaligen Sitzungen steht häufig eine Aussprache und eine Klärung der zukünftigen Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt. Angehörige erhalten grundlegende Informationen über Abhängigkeit und Selbsthilfe, abstinenzstützende Strategien werden vereinbart.

Kontaktpflege und Begegnung mit Angehörigen und auch Bekannten ist an Besuchstagen, in Ausgängen und insbesondere im Verlauf der Adaptionsphase über Heimfahrten möglich.

Paargespräche

Die partnerschaftliche Beziehung ist sowohl eine wesentliche Ebene persönlicher Zufriedenheit und Lebensgestaltung als auch ein Feld, in dem sich bei Drogenabhängigkeit vielfältige Beziehungsstörungen abbilden. Paaren werden Paargespräche angeboten, um Beziehungskonflikte bearbeiten zu können und neue Perspektiven zu entwickeln. Fortschritte in diesem emotional häufig hoch bedeutsamen Bereich sind unmittelbar verstärkend. Zudem sind hier vermehrt Möglichkeiten, gezielt gegenseitige Unterstützung und verhaltenstherapeutische Verstärkung untereinander aufzubauen.

Die Unterbringung von festen Paaren erfolgt in einem Paarzimmer. Paare haben nach Beratung durch die Mitarbeiter die Möglichkeit, eine gemeinsame Bezugsgruppe oder getrennte Bezugsgruppen zu wählen.

Besuche von externen Partnern in der Einrichtung sind möglich - bei Bezahlung der Selbstkosten auch mit Übernachtung in Gästezimmern.

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfälle in einen erneuten Drogenkonsum oder erneutes Spielverhalten sind in der Regel Begleiter des Jahre dauernden Ausstiegsprozesses aus der Sucht - auch im stationären Setting. Ob nach einem Rückfall im Verlauf einer stationären abstinenzorientierten Behandlung eine unmittelbare Fortführung der Therapie Erfolg versprechend und vertretbar ist, hängt wesentlich von der Haltung des Patienten dazu ab, insbesondere von seiner Compliance und Behandlungsbereitschaft.

Bei einem Rückfall im Behandlungsverlauf erhält der Patient einen Übergangstatus. Bei einem Drogenkonsum ist zudem zunächst eine Absicherung der gesundheitlichen Lage gegebenenfalls über eine stationäre Aufnahme in eine Entgiftung oder ein Akutkrankenhaus vorrangig. Es findet in Folge eine Klärung des Rückfallverlaufes und der persönlichen Umstände statt. Eine multidisziplinäre Fallkonferenz entscheidet abschließend. Für eine Weiterbehandlung sprechen bisherige Therapiefortschritte, eine glaubwürdige Veränderungsbereitschaft, eine aktive und umfassende Offenlegung des Rückfallgeschehens, eine unerwartete Konfrontation mit Rückfall provozierenden Triggern. Gegen eine Behandlungsfortführung sprechen das Hereinbringen von Drogen oder Spielmitteln in die Einrichtung, der vorbereitete und geplante Konsum, das aktive Miteinbeziehen weiterer Patienten, wiederholte Rückfälligkeit, eine Verleugnung des Rückfalles. Die Wirkung einer vorzeitigen Entlassung bzw. Fortführung der Therapie auf die übrigen Patienten ist mit zu bedenken. Für die Einrichtung gilt es auch kritisch zu überprüfen, ob die bisherige Behandlung dem Patienten angemessen war.

Zur Rückfallerkennung dienen neben der Selbstanzeige des Patienten:

- Atem-Alkoholkontrollen, standardmäßig nach jedem Ausgang
- Atem-Alkoholkontrollen und Drogenscreenings
 - standardmäßig nach jeder Heimfahrt/nach jedem Expositionstraining
 - routinemäßig und unregelmäßig, ohne Verdachtsmomente ca. zweimal monatlich

- bei Verhaltensauffälligkeiten sowie Intoxikationsverdacht
- nach glaubhaften Hinweisen von Mitpatienten bezüglich eines möglichen Rückfalls
- in der gesamten Patientenschaft zur Aufdecken ggf. weiterer mitbeteiligter Patienten nach Bekanntwerden eines Rückfalls
- Die Häufung von nicht anderweitig erklärbaren medizinischen oder Verhaltensauffälligkeiten (plötzliche Unzuverlässigkeit, Impulsivität und Aggressivität, Konzentrations- und Sprachstörungen etc.)
- Bei Patienten mit zusätzlichem pathologischem Glücksspiel dienen zur Rückfallerkennung vor allem Gespräche, die aufgrund von Verhaltensänderungen sowie auffälligen Geldausgaben indiziert erscheinen.

Durchgeführt werden Kontrollen auf Alkoholkonsum mit einem digitalen Alkoholtester am Atem, sowie über den Nachweis von Etg mittels Teststreifen für Urin. Screenings auf den Konsum illegaler Drogen und unverordneter Medikamente finden über Teststreifen für Urin statt, im Einzelfall wird zudem eine laborchemische Auswertung veranlasst.

Im Falle einer Weiterbehandlung sind Kernpunkte der weiteren therapeutischen Arbeit eine Rückfallanalyse mit standardisierten Elementen im Einzel- und Gruppenkontext mit daraus resultierenden praktischen Übungen, insbesondere Rollenspielen. Häufig stößt ein Rückfall auch eine Korrektur umfassenderer Ziele an, führt zu einer Entscheidung für einen Wohnort- oder Arbeitsplatzwechsel, zu einer kritischeren Haltung in Bezug auf Alkoholkonsum oder weitergehenden Thematisierungen familiärer Konflikte. Zum Schutze des meist labilen Patienten, der seine Rückfälligkeit als massive Erschütterung seiner Selbstkontrollerwartung und Zuversicht erlebt, ist mit einer Rückfallbearbeitung in der Regel eine Einschränkung der Ausgänge und Risikosituationen verbunden.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Mit pflegerischen Aufgaben sind examinierte Pflegefachkräfte oder hilfsweise anderweitig geschultes Personal beschäftigt. Neben der Durchführung ärztlicher Anordnungen (Medikamentenausgabe, -stellung, Verbandswechsel, Kontrolle von Blutdruck, Lungenfunktion, EKG etc.) sind die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit, die Koordination des Klinikablaufes einschließlich der Organisation externer Arzt- und sonstiger Behandlungstermine, Außenbegleitung, Gestaltung des therapeutischen Milieus und Nachtdienste im Sinne einer anwesenden pflegerischen Bereitschaft wesentliche Aufgaben.

4.7.13 Weitere Leistungen

Im Anschluss an die intensivtherapeutische Phase bzw. eine stationäre Rehabilitation sind weiterführende Maßnahmen, betreuende Angebote, berufsorientierte Leistungen etc. häufig entscheidend, um erreichte Fortschritte langfristig zu stabilisieren und die Prognose zu verbessern.

Zentrale Maßnahmen werden im Folgenden genannt. Z.T. werden sie von der Klinik angeboten. In jedem Falle werden alle Patienten im Behandlungsverlauf über Ziele, Formen und konkrete Anbieter dieser Maßnahmen informiert, sie erhalten individuelle Empfehlungen, ggf. findet Motivationsarbeit statt. Die Patienten werden bei der Kontaktaufnahme mit dem entsprechenden Anbieter begleitet, Vorstellungsgespräche werden ermöglicht, die Beantragung der Leistungen wird unterstützt. Ggf. findet ein Übergabegespräch statt.

Adaptionsphase

Im Anschluss an die intensivtherapeutische Phase ist häufig die Durchführung einer Adaptionsphase indiziert. Als zweite Phase der stationären Rehabilitation stellt sie eine Phase der Öffnung nach außen dar, gestaltet einen Übergang zwischen der intensivtherapeutischen Phase und der zukünftig selbstständigen Lebensführung.

Schwerpunkt ist zum einen, die Verhaltensweisen, die zuvor zur Sicherung der Abstinenz erarbeitet wurden, nun in einem zunehmend auf selbstständige und eigenverantwortliche Umsetzung ausgerichteten Rahmen zu erproben und gegebenenfalls zu korrigieren bzw. zu erweitern. Dies betrifft sowohl Lebensbereiche wie Freizeitgestaltung, Tagesorganisation, Alltagsbewältigung, Kontaktpflege etc., die für den einzelnen als abstinenztragend zu sehen sind, als auch die unmittelbare Bewältigung von Konfrontationen mit Suchtstoffen, Spielmitteln oder triggernden Situationen und Personen. Zum anderen finden Maßnahmen zur konkreten beruflichen und sozialen Integration statt. Diese Maßnahmen sind in diesem Kontext auch als notwendige Grundlagen einer gelingenden Krankheits- bzw. Suchtbewältigung zu verstehen. Frühzeitig im Behandlungsverlauf des Einzelnen wird die Notwendigkeit einer Adaptionsphase erörtert und die diesbezügliche Motivation gefördert, die formell erforderlichen Schritte wie Bewerbung und Beantragung werden eingeleitet.

Die Fachklinik Friedrichshof bietet eine interne Adaptionsphase in Nähe zur intensivtherapeutischen Phase an, die sowohl von Patienten des Hauses als auch von Patienten anderer Kliniken genutzt werden kann. Ein gesondertes Konzept für diese Fachabteilung liegt vor.

Vor allem abhängig von der Abstinenzsicherheit des Patienten und seiner Zielvorstellung, in welcher Region er mittelfristig leben möchte, kann auch eine Adaptionseinrichtung an einem anderen Standort zu bevorzugen sein.

Teilstationäre Rehabilitation

In Einzelfällen ist anstatt einer Adaptionsphase eine teilstationäre Maßnahme in Form als Tages- oder Nachtklinik indiziert und bei entsprechenden Angeboten in der Zielregion möglich. So ist bei einer ganztägigen Berufstätigkeit die Durchführung als Nachtklinik denkbar, bei festem Wohnsitz eine tagesklinische Maßnahme. Grundlegend ist in jedem Fall eine sorgfältige Klärung der Gesamtumstände und der Abstinenzsicherheit.

Ambulante Rehabilitation

Im Fall einer Kombinationstherapie findet der zweite Teil der Gesamtrehabilitation in ambulanter Form – in der Regel am Heimatort bei der zuvor betreuenden Beratungsstelle - statt. Eine langfristige Gesamtzielplanung, eine enge Abstimmung und abschließende Übergabe an die Weiterbehandler sind zentrale Aufgaben der Klinik.

Nachsorge Sucht

Nach Abschluss der stationären Rehabilitationsbehandlung ist Nachsorge ein wesentliches Angebot um einen langfristigen Transfer und eine hinreichende Generalisierung erreichter Verhaltensänderungen zu unterstützen. Krisenbewältigung, die anhaltende sozialdienstliche Begleitung und Abstinenzstabilisierung sind zentrale Elemente. Nachsorge wird in ambulanter Form oder als Betreutes Wohnen angeboten.

Die Fachklinik Friedrichshof bietet Nachsorgeplätze im Rahmen von Betreuten Wohnen in drei Häusern im Stadt- bzw. Landkreis Heilbronn an. Die Nachsorgeplätze stehen sowohl Patienten, die ihre Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik Friedrichshof absolviert haben als auch externen Bewerbern zur Verfügung. Auch Klienten, die ausschließlich alkoholabhängig sind, finden Aufnahme. Ein gesondertes Konzept für diese Abteilung liegt vor.

Eine Nachsorge in ambulanter Form bieten Drogenberatungsstellen des bwlV oder anderer Träger an. Regelmäßige Einzel- und Gruppengespräche sind die tragenden Maßnahmen. Kehrt ein Patient an seinen Heimatort zurück, wird in der Regel die vermittelnde Beratungsstelle dafür gewählt, um eine Beziehungskonstanz zu gewährleisten.

Beschäftigungsorientierte Nachsorge

Es besteht die Möglichkeit, während der Zeit der Nachsorge Sucht zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, die in besonderem Maße zur Förderung der beruflichen Integration dienen (siehe auch 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen). Von einem entsprechenden Bedarf ist bei der Mehrheit der aus der stationären Behandlung entlassenen Patienten auszugehen.

Selbsthilfe

Die Anbindung und Integration in eine Selbsthilfegruppe hat sich auch bei Abhängigkeitserkrankungen als ausgesprochen wirksame Unterstützung der Bewältigung herausgestellt. Dies gilt in besonderem Maße für die langfristige Stabilisierung nach Behandlungsabschluss.

Im Betreuungsverlauf wird die Bedeutung von Selbsthilfe thematisiert und versucht Teilnahmemotivation zu erzeugen. Patienten erhalten Informationen über die Selbsthilfeangebote der Region und haben die Möglichkeit zur Teilnahme im Rahmen von Ausgängen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

In Abhängigkeit vom beruflichen Gesamtvermögen können weitere Maßnahmen unterschiedlicher Träger zur beruflichen Bildung, zur Qualifizierung oder zur Integrationsbegleitung bzw. -förderung angezeigt sein. Patienten erhalten Informationen über entsprechende Hilfsmöglichkeiten und Zugangswege, eine Erstbeantragung wird unterstützt.

Stufenweise Wiedereingliederung

Bei bestehendem Arbeitsplatz kann eine stufenweise Wiedereingliederung angemessen sein, um bei Rückkehr in das Arbeitsleben eine Überforderung oder Krise nach langer Krankheit und Reha zu verhindern. In Abstimmung mit dem Arbeitgeber wird dann die Wochenarbeitszeit schrittweise erhöht. Patienten erhalten diesbezügliche Beratung, Begleitung beim Kontakt mit dem Arbeitgeber, die Erstbeantragung über den med. Dienst der Klinik ist möglich.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Entlassung aus dem stationären Setting nach oft mehrmonatiger Behandlung ist eine sensible Übergangssituation, die einer verlässlichen Strukturierung bedarf.

Das in den letzten Behandlungswochen stattfindende Entlassmanagement für die reguläre Entlassung umfasst

- die Klärung des zukünftigen Unterhalts, sofern nicht durch eine bereits bestehende Anstellung Einkommen besteht,
- eine weitest mögliche Konkretisierung nächster beruflicher Schritte,
- die Klärung der Unterkunft, des Wohnortes,

- die abschließende Übergabe zu eingeleiteten weiterführenden fachlichen Hilfen (Adaptionsbehandlung, ambulante Rehabilitation, ärztliche Betreuung, Psychotherapie, suchtspezifische Nachsorge, berufsorientierte Nachsorge, Betreutes Wohnen, Selbsthilfe, Schuldnerberatung, sozialpädagogische Familienhilfe),
- ein Abschlussgespräch und eine Zielebilanzierung mit Bezugstherapeuten,
- die medizinische Abschlussuntersuchung am dritten bis ersten Tag vor Entlasstag, inklusive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, ggf. das Einleiten weiterer Maßnahmen,
- Aufklärung über die erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Drogen,
- ggf. Information der Staatsanwaltschaft über die Behandlungsbeendigung.

Im Falle von irregulären und oder sehr kurzfristigen Entlassungen sind die Abläufe nur bedingt planbar. Häufig steht ein Krisenmanagement im Vordergrund:

- Überprüfung der Entlassfähigkeit hinsichtlich gesundheitlicher Folgen
- Bei der irregulären Entlassung von Elternteilen ist zur Sicherung des Wohles des/der Begleitkinder die jeweils getroffene Vereinbarung mit dem zuständigen Jugendamt umzusetzen.
- Angebot der Absprache mit dem Patienten zu seinen Plänen. Welche Unterstützung besteht bzw. lässt sich vor Verlassen der Klinik organisieren? Ggf. Information über Notunterkünfte in der Region.
- Ausgabe von deponierten Papieren, Geld, Wertgegenständen und Medikamenten
- Gegebenenfalls Vorleistung einer Fahrkarte zum Heimatort
- Information über den Verbleib nicht mitgenommenen privaten Eigentums
- Benachrichtigung relevanter Stellen unter Berücksichtigung des Datenschutzes (Betreuer, Staatsanwaltschaft, Beratungsstelle, Hausarzt)

Bei Bedarf wird sowohl bei regulärer als auch irregulärer Entlassung ein Kurzbrief für den weiterbehandelnden Arzt erstellt und mitgegeben.

Unmittelbar nach Entlassung wird der Entlassbericht über die medizinische Rehabilitation nach den Vorgaben der DRV erstellt und versandt.

Maßgeblich für die Form der Beendigung sind die Vorgaben der DRV. Eine reguläre Beendigung liegt vor,

- wenn die Dauer der erteilten Kostenzusage ggf. inclusive angezeigter Verlängerungen ausgeschöpft wurde oder wenn die bewilligte Dauer nicht vollständig benötigt wurde, weil das Reha-Ziel - im Wesentlichen eine hinreichend belastbare Abstinenzfähigkeit - früher erreicht werden konnte (*reguläre Entlassung* i.e.S),
- wenn eine Belastbarkeit für rehabilitative Maßnahmen nicht oder nicht mehr besteht, eine spezielle Diagnostik oder Therapie zu Lasten der Krankenkasse am Heimatort vorrangig erforderlich oder eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht erfolgversprechend ist, wie beispielsweise bei wiederholter Rückfälligkeit, unzureichender Behandlungs-, Veränderungsbereitschaft oder Kooperation (*vorzeitige Entlassung aus medizinischen Gründen auf ärztliche Veranlassung*),
- wenn der Patient aus dringenden nachvollziehbaren persönlichen Gründen die Behandlungsbeendigung wünscht (*vorzeitige Entlassung mit ärztlichem Einverständnis*).
- Auch die abschließende Verlegung in eine andere Reha-Einrichtung oder in ein Krankenhaus stellt einen regulären Abschluss der Maßnahme im Hause dar (*Entlassform Verlegung*).
- Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist nicht in Gänze abgeschlossen, sondern wird in anderer Form, z.B. als Adaptionsbehandlung oder andernorts ganztägig ambulant fortgesetzt (*Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Rehabilitation*).

Eine irreguläre Beendigung liegt vor,

- wenn der Patient die Leistung eigenmächtig abgebrochen hat (*vorzeitige Entlassung ohne ärztliches Einverständnis*),
- wenn sein Verhalten einen ordnungsgemäßen Reha-Verlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn er während der Rehabilitation berechnete Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigt (*disziplinarische Entlassung*)
-

Auch eine vorzeitige Entlassung auf ärztliche Veranlassung, z.B. bei mangelnder Kooperation muss zum Schutz der Mitpatient ggf. sehr kurzfristig stattfinden, so dass auch hier das o.g. Krisenmanagement beim Entlass Procedere greift.

5. Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung richtet sich nach den aktuellen Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung (Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung vom Juli 2014).

Der Personalstandsplan wird jährlich mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg als dem federführenden Leistungsträger abgestimmt. Alle Mitarbeiter im medizinisch-therapeutischen Bereich, ihre Funktion im Haus und ihre Betriebszugehörigkeit sind gelistet. Qualifikationsnachweise werden geführt und vorgelegt.

Für die 47 Betten der intensivtherapeutischen Phase gestaltete sich der Personalstand im Februar 2022 wie folgt:

Ärztlicher Bereich

Die ärztliche Leitung liegt bei einer Ärztin mit langjähriger Erfahrung im Bereich stationärer Suchtrehabilitation und abgeschlossener Absolvierung des Curriculums Sozialmedizin. Tätig sind zudem ein Arzt für Innere Medizin und ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Anstellung, sowie weitere Fachärzte in Kooperation.

Bereich klinische Psychologie/Psychotherapie/Suchttherapie

Beschäftigt sind zwei Diplom-Psychologen jeweils mit Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten, ein Dipl.-Soz.arb./Soz.päd. mit vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger anerkannter suchttherapeutischer Zusatzausbildung, ein B.Sc. Soziale Arbeit und eine Diplom-Sozialpädagogin beide in anerkannter suchttherapeutischer Zusatzausbildung, sowie zwei Jugend- und Heimerzieher mit langjähriger Erfahrung im stationären Suchtbereich und therapeutischen Zusatzqualifikationen.

Bereich Pflege

Fachkräfte in Teilzeit aus dem pflegerischen Bereich (Krankenschwester, Gesundheits- und Krankenpfleger, Arzthelfer) decken Tag- und Nachtdienste ab. Weitere einfache pflegerische Aufgaben (Terminabsprachen mit externen Ärzten, Zimmerpflege) werden von eingearbeiteten sonstigen Mitarbeitern übernommen.

Bereich klinische Sozialarbeit

Beschäftigt sind zwei Mitarbeiterinnen mit abgeschlossener anerkannter Qualifikation als Suchttherapeutin bzw. Suchtberaterin.

Bereich Sport- und Freizeitpädagogik

Zwei Sporttherapeuten, sowie Erzieher (z.T. mit besonderer Zusatzqualifikation, Qi-Gong oder unter Anleitung) halten Sport- und Freizeitangebote vor. Honorarkräfte betreuen Zusatzangebote (Theatergruppe, Freizeit Tönen).

Bereich Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Zwei Arbeitserzieher, eine Hauswirtschaftsmeisterin und eine Hauswirtschafterin betreuen die Arbeitstherapie. Der berufsvorbereitende Kurs START wird über eine Honorarkraft angeboten. Das mehrtägige berufliche Assessment BORA Potentialanalyse wird über Fachkräfte des Berufsförderungswerkes Bad Wildbad geleistet.

Bereich Diät-Assistenz

Ernährungsberatung wird durch eine Diätassistentin und Ärzte der Klinik erbracht.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik Friedrichshof liegt ca. 20 km östlich von Heilbronn am Rande der Löwensteiner Berge oberhalb des Ortsteils Obersulm-Eichelberg. Etwa 350 m über dem Meeresspiegel erstreckt sich das Gelände in waldreicher Umgebung über eine Fläche von fast 9 Hektar. In dem ehemaligen Gutshof stehen insgesamt 17 Gebäude mit ca. 7275 m² Nutzfläche zur Verfügung (einschl. landwirtschaftlich und versorgungstechnisch genutzter Räume).

Die Patienten leben in Wohngruppen, die jeweils als abgeschlossene Einheiten gestaltet sind. Jede der fünf Wohngruppen umfasst möblierte Patientenzimmer, die einzeln oder zu zweit belegt werden. Sanitäranlagen finden sich in der Regel auf den Stockwerken, einzelne Zimmer haben ein angeschlossenes Bad. Zu den Wohngruppen gehören ein Aufenthaltsraum mit TV, eine Küche oder Teeküche, Waschmaschinen und Trockner sowie Büros der Bezugstherapeuten. Im Bereich des Eltern-Kind-Hauses sind zusätzliche Zimmer als Kinderzimmer ausgelegt und eingerichtet.

In einem weiteren Gebäude befinden sich Gästezimmer, die für Angehörigenbesuche oder Rückzugssituationen zur Verfügung stehen.

Funktionsräume Sport/Freizeit: ein Fitnessraum mit 83 m², ein Gymnastikraum mit 89 m², eine Turnhalle mit 140 m², eine Sauna, ein Freizeitraum für gestalterisches Arbeiten (inklusive Brennofen), ein Freizeitkeller mit 180 m² (Billard, Kaffeetheke, Darts, Tischkicker, Leinwand/Beamer, Sitzgruppen).

Funktionsräume Arbeit: eine Holzwerkstatt mit Schreinereimaschinen, eine Wäscherei, eine Großküche, eine Lehrküche, eine Geländewerkstatt, ein Ergotherapieaum, drei Gewächshäuser, ein Gemüselager, ein Schulungsraum mit acht PC-Arbeitsplätzen, ein Patientenbüro mit 3 PC-Arbeitsplätzen und kleiner Bibliothek.

Funktionsräume Therapie:

Unterteilbarer Mehrzweckraum für Gruppensitzungen und Hausversammlungen, zwei Gruppentherapieräume, 6 Bezugstherapeutenbüros für Einzelgespräche.

Darüber hinaus gibt es sieben Büros für den sozialen Dienst und die Sport- und Arbeitstherapeuten, ein Besprechungszimmer, ein Nachtdienstzimmer, eine Hausmeisterei, ein Dienstzimmer, einen Pausenraum, ein Gebäude mit mehreren Verwaltungsbüros, diverse Lagerräume, Garagen und Technikräume. Unmittelbar an die Küche grenzen zwei Essräume, einer davon ist für die Elternteile mit ihren Kindern vorbehalten.

Funktionsräume des Kinderbereiches siehe unter 4.6.3 Integriertes Konzept Eltern-Kind-Haus.

Funktionsräume des medizinischen Dienstes sind ein Untersuchungsraum mit Überwachungsliege, ein Sprechzimmer mit med. Liege zur EKG-Durchführung, ein Medikamentenausgaberaum und ein Raum zur Durchführung von Drogenscreenings.

Die Einrichtung ist nicht barrierefrei und nicht rollstuhlgeeignet und nur für Patienten bis maximal 130 kg Körpergewicht eingerichtet. Ein Zimmer mit höhenverstellbarem Bett für besondere Umstände steht zur Verfügung.

Außenanlagen: Obstplantage, Gemüseanbaufläche, drei Hundezwinger und umzäunte Freilaufflächen, ein Volleyballfeld, ein Hartplatz mit Toren mit 80 m², ein Fußballfeld mit 3600 m² qm, zwei Grillstellen, diverse Sitzgelegenheiten und Grünflächen, ein Spielplatz mit 1400 qm, zwei Innenhofspielplätze.

Unmittelbar an das Gelände schließt sich die Waldlandschaft der Löwensteiner Berge an, mit Gelegenheiten zum Spazieren, Joggen, Inlinern und Radfahren. Das beliebte Naherholungsgebiet Breitenauer See befindet sich in 3 km Entfernung.

7. Kooperation und Vernetzung

Als Einrichtung des bwlV besteht eine durch den Träger vorgehaltene Vernetzung zu anderen stationären Einrichtungen der Drogen- und Alkoholrehabilitation, zu Einrichtungen der Tagesrehabilitation und zu einer Vielzahl von Suchtberatungsstellen, die ambulante Rehabilitation, Nachsorge und berufsorientierte Nachsorge anbieten. Es finden regelmäßige trägerinterne Konferenzen und Qualitätszirkel statt. Die gemeinsame Trägerschaft ermöglicht in besonderem Maße kurzfristige und enge Kooperation hinsichtlich Anschlussmaßnahmen, Verlegungen und Kombinationsbehandlungen in weiten Teilen Baden-Württembergs.

Ebenfalls über den Träger besteht Kontakt und Informationszugang zu den Angeboten betriebliche Suchtprävention, Glücksspiel, Integrationsfachdienste, Angeboten der Jugendhilfe.

Die Klinik ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und gestaltet die Fachgruppe Drogen des baden-württembergischen Landesverbandes mit.

Die Fachklinik Friedrichshof ist im kommunalen Suchthilfenetzwerk des Stadt- und Landkreises Heilbronn eingebunden und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Träger der kommunal finanzierten Suchtkrankenhilfe in Stadt- und Landkreis Heilbronn und entsprechend in den regelmäßig stattfindenden Stellenleiter- und Geschäftsführungstreffen vertreten. Damit verbunden ist eine enge Verzahnung mit den regionalen Beratungsstellen anderer Träger, nicht zuletzt auch zur fallbezogenen Kooperation bei Kombi-Behandlungen und Nachsorgeangeboten.

Die Fachklinik ist vertreten im Arbeitskreis Psychiatrie und im Arbeitskreis Doppeldiagnosen in Stadt- und Landkreis Heilbronn sowie regelmäßig präsent im kommunalen Suchthilfenetzwerk des Nachbarkreises Hohenlohe.

Die Klinik ist Praxispartner der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und als Ausbildungsstätte im Studiengang Soziale Arbeit zugelassen.

Zum Zwecke der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 2 Abs. 2 Ziff. 2 PsychTh-APrV bestehen Kooperationsvereinbarungen mit dem Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie e.V., Bad Dürkheim, dem Institut für Verhaltenstherapie-Kurpfalz gGmbH, Mannheim, dem Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg und dem Tiefenpsychologischen Institut Baden e.V., Ettlingen.

Mitarbeiter der Fachklinik bieten regelmäßig eine Motivations- bzw. Informationsgruppe in den Justizvollzugsanstalten Adelsheim und Heilbronn an, sowie in der Drogenentgiftungs- und Motivationsstation DEMOS im Klinikum Stuttgart.

Eine langjährig etablierte Kooperation besteht mit dem Klinikum am Weissenhof in Weinsberg und ermöglicht insbesondere die kurzfristige Nutzung der qualifizierten Entgiftung, stationärer psychiatrischer Behandlung und der Institutsambulanz. Die Fachklinik wiederum ist regelmäßig zur Durchführung einer Informationsgruppe in der Entgiftungsstation und übernimmt Patienten des Klinikums nach § 64 StGB in die Adaptionsphase der Fachklinik als extramurale Belastungserprobung.

Extramurale Belastungserprobung in der Adaptionsphase wird zudem in Kooperation mit dem Zentrum für Psychiatrie Calw, dem Klinikum Nordschwarzwald und dem Bezirksklinikum Mainkofen durchgeführt.

Die Gemüsegärtnerei ist Mitglied im „bioland“-Verband.

Eine z.T. über Jahrzehnte bewährte und eingespielte Zusammenarbeit besteht mit den örtlichen niedergelassenen Fachärzten, Physiotherapeuten, Hebammen und Logopäden, sowie mit den zuständigen Schulen, Kindergärten und dem Jugendamt bzw. auf der beruflichen Ebene mit Betrieben der Region.

Bei bestehendem Bedarf zur Reha-Beratung ermöglicht das Regionalzentrum Heilbronn der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg kurzfristig Termine auch innerhalb der Klinik an.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Fachklinik Friedrichshof nimmt am externen Qualitätssicherungsprogramm der DRV teil und führt ein internes Qualitätsmanagement durch. Einmal jährlich erfolgen interne Audits durch den Träger, dazu im Rahmen der Verbundzertifizierung des bwlV externe Audits. Die Fachklinik ist zertifiziert nach BAR-MANUAL für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX.

Eine Stabstelle Qualitätsbeauftragter ist im bwlV eingerichtet und der Geschäftsführung unterstellt. Der zentrale Qualitätsmanagementbeauftragte schult die internen Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtungen. Der Qualitätsmanagementbeauftragte der Fachklinik wirkt als Co-Auditor bei internen Audits anderer bwlV-Einrichtungen mit.

Die Fachklinik ist an allen Programmen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung beteiligt (Rehabilitandenstruktur, sozialmedizinischer Verlauf, Rehabilitandenbefragung, therapeutische Versorgung, Reha-Strukturerhebung, Peer Review). Die Ergebnisse werden ausgewertet und fließen in die Organisationsentwicklung ein.

Ein klinikinternes Monitoring erfasst monatlich wesentliche Kennzahlen hinsichtlich Qualitätskriterien, Wirtschaftlichkeit und Risikofaktoren.

Statistische Daten (Basisdokumentation) werden kontinuierlich erhoben und zur bundesweiten Auswertung durch das Institut für Therapieforchung München zur Verfügung gestellt.

Katamnestiche Daten werden ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Maßnahme erfragt. Die Auswertung dieser Daten erfolgt über den Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Kassel.

Die interne Qualitätssicherung umfasst Zufriedenheitsfragebögen von Patienten und Mitarbeitern, sowie die Evaluation einzelner Maßnahmen und Therapiebereiche bei entsprechenden Fragestellungen.

Jahresbericht und Managementbewertung werden zu Beginn jedes Jahres erstellt.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Ein verlässlicher und kurzfristiger Informationsfluss und ein Professionen übergreifendes abgestimmtes Vorgehen sind eine unerlässliche Voraussetzung wirksamer stationärer Suchtbehandlung.

Folgende Teamsitzungen finden wöchentlich statt:

- Team intensivtherapeutische Phase (Bezugstherapeuten, medizinische Leitung, Bereichsleitung, bei Bedarf Klinikleitung, Arbeitstherapeuten, sozialer Dienst) für Patientenvorstellungen und Fallbesprechungen, Intervention, Darstellung arbeitstherapeutischer Entwicklungen, Wochenplanung, Bewertung von krisenhaften Verläufen, Supervisionsplanung, Organisatorisches,
- Teamsitzung der Bezugsgruppen (Zuständige Bezugs- und Sozialtherapeuten; bei Bedarf Arbeitstherapeuten, ärztliche Leitung, Bereichsleitung) für Fallbesprechungen, Besprechung der Gruppenlage, Abstimmung indikativer Maßnahmen, Stufungen, Anträge der Patienten,
- Teamsitzung Eltern-Kind-Bereich (Zuständige Bezugs- und Sozialtherapeuten, Erzieherinnen, bei Bedarf ärztliche Leitung, Klinikleitung) für Fallbesprechungen Kinder inklusive Lage Kindeswohl und Lage Familiensystem, Absprache von kind- und familienbezogenen Interventionen,
- Teamsitzung Arbeitstherapie (Arbeitstherapeuten, Bereichsleitung) zur Zuordnung der Patienten zu Arbeitstherapiebereichen und Zuständigkeit Arbeitstherapeut, Austausch Entwicklungsstand, Organisatorisches,

Folgende Teamsitzungen finden ca. halbjährlich statt:

- Leitungsteam (Bereichsleitungen intensivtherapeutische Phase und Adaptionphase, Verwaltungsleitung, Klinikleitung, medizinische Leitung) zu strategischen Zielen, wirtschaftlicher Situation, neuen Projekten, Zusammenwirken der Fachbereiche, Personalentwicklung, Datenauswertung, Qualitätssicherung.
Ergänzend findet vierzehntägig ein Austausch medizinische Leitung - Klinikleitung statt zu konzeptuellen Fragestellungen, grundlegenden Organisationsstrukturen, fachlichen Entwicklungen und Bedarfen.
- Team Freizeit (alle im Bereich Sport und Freizeit beschäftigten Mitarbeiter, Bereichsleitung) zur Anpassung der Angebote, Halbjahresplanung ganz- und mehrtägiger Angebote, Organisatorisches.

Für alle oben genannten Teamsitzungen bestehen vorgegebene Tagesordnungspunkte und werden Ergebnisprotokolle erstellt, die im internen Netz zur Verfügung gestellt werden und von abwesenden Mitarbeitern nachzuvollziehen sind.

Täglich finden Übergaben statt:

- morgendliche bzw. abendliche Übergaben zwischen Tag- und Nachtdienst,
- mittägliche Übergabe inklusive Absprachen und Entscheidungsprozessen mit Anwesenheit aller im Dienst befindlichen psycho- und arbeitstherapeutischen Mitarbeiter sowie Bereichsleitung, ärztl. Dienst, ggf. Klinikleitung.

Ergänzend zu den mündlichen Übergaben werden alle relevanten Informationen in einem Übergabebuch dokumentiert um weitgehende Handlungssicherheit herzustellen.

Wöchentlich findet eine Visite zur Abstimmung und Reflektion der individuellen somatischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Gesamtrehabilitation sowie der Planung von weiterführenden Maßnahmen statt, an der der Patient, der Mediziner und der fallverantwortlicher Bezugstherapeut teilnehmen.

Alle Mitarbeiter der Klinik unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 35 SGB I und §§ 67 ff. SGB X sowie den gültigen Datenschutzbestimmungen. Dazu erfolgt eine Einweisung in gesetzliche und rechtliche Grundlagen, das bwlv-Konzept Datenschutz und Datensicherheit sowie Information zur Erhebung und Verarbeitung von Daten. Jährlich findet eine Schulung statt. Besonders sensible Bereiche sind die Gesprächsführung in Anwesenheit Dritter, Telefonate bzw. Auskünfte an Angehörige oder Behörden, Zugang zu Akten, Dokumenten und Computern, die Aufbewahrung und fristgerechte Vernichtung von Daten.

Auskünfte über Patienten an Dritte (Beratungsstellen, Hausärzte, Angehörige) werden ausschließlich erteilt, wenn eine spezifische Schweigepflichtentbindung vorliegt.

10. Notfallmanagement

Medizinische Notfälle

In allen patientengenutzten Schlafräumen und Sanitäreinrichtungen der Einrichtung ist ein Notrufsystem installiert, das unmittelbar den diensthabenden Mitarbeiter erreicht.

In der Einrichtung stehen eine Trage, ein Defibrillator, ein EKG-Gerät und ein Notfallkoffer zur Verfügung.

Das Arztzimmer mit Behandlungsbereich und Liege steht für Sofortmaßnahmen zur Verfügung. Eine persönliche Überwachung des Patienten kann jederzeit sichergestellt werden.

Entsprechend des § 26 DGUV 1 gibt es Mitarbeitende, die als Ersthelfer geschult werden und im zweijährigen Turnus an einem Auffrischkurs teilnehmen. Darüber hinaus gibt es Mitarbeitende aus den Berufen des Gesundheitswesens, die ihre Fortbildungen beim Hauptarbeitgeber erhalten.

Im Rahmen der Kooperation mit dem Klinikum am Weissenhof stehen akutstationäre Behandlungsmöglichkeiten im Fall von suchtmmedizinischen und psychiatrischen Notfällen zur Verfügung.

Die ärztliche Versorgung außerhalb der Dienstzeiten der Einrichtungsärzte erfolgt über den von der Bezirksärztekammer und dem Deutschen Roten Kreuz organisierten allgemeinärztlichen Notfalldienst. Zuständige Akutkliniken sind das Klinikum am Gesundbrunnen in Heilbronn und das Klinikum am Plattenwald in Bad Friedrichshall.

Krisen

In der Fachklinik ist rund um die Uhr Personal anwesend. Nachts und am Wochenende ist dies ein einzelner Mitarbeiter aus dem Pflegebereich. In diesen Zeiten ist ein zusätzlicher therapeutischer Bereitschaftsdienst organisiert, der telefonisch erreichbar ist und bei Bedarf in die Klinik kommt.

Schulungen

Alle fest angestellten Mitarbeiter werden jährlich zu folgenden Themen unterwiesen: Arbeitssicherheit, Umgang mit Gefahrstoffen, Brandschutz, Bioschutzverordnung, Notfallmanagement, Reanimationstraining, HACCP und Infektionsschutzgesetz für Küchenpersonal. Die Kenntnis der Brandschutzordnung und Hygieneordnung ist für alle Mitarbeiter verpflichtend.

11. Fortbildung

Eine systematische Fortbildungs- und Weiterbildungsplan ist für die dauerhafte Qualität einer Einrichtung unerlässlich. Von der Einrichtung gewünschte Qualifizierungen werden finanziell und über Freistellungen wirksam unterstützt.

- Jährlich wird ein Fort- und Weiterbildungsplan zur Qualifizierung einzelner Mitarbeiter in ihrem Aufgabenfeld aufgestellt, er bezieht sich auf therapeutische und strukturelle Bedarfe (z.B. Nichtrauchertraining, Traumabehandlung, Sicherheitsbeauftragter, VDR anerkannter Suchttherapeut ...)
- Anlassbezogen finden klinikintern Schulungen und Fortbildungen für einzelne Berufsgruppen statt. (z.B. zu den Themen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Neue Psychoaktive Substanzen, Klassifikation Therapeutischer Leistungen 2015, Berufliche Orientierung Abhängigkeitskranker, Community Reinforcement Approach)
- Der Träger organisiert jährlich ein umfassendes Fortbildungsangebot mit ca. 35 Veranstaltungen. Bedarf der Einrichtung kann im Vorfeld benannt werden.
- Im Frühjahr und Herbst finden zweitägige Tagungen des Trägers mit einem thematischen Schwerpunkt statt (Community Reinforcement Approach, Mitarbeitergesundheit, Jugendhilfe etc.), die jedem Mitarbeiter offen stehen.
- Die Fachklinik ist auf mehreren Kongressen mit Teilnehmern oder Referenten vertreten. Dazu gehören die Suchttherapietage in Tübingen, der Kongress des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. und der Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.

12. Supervision

Die therapeutischen Mitarbeiter erhalten regelmäßig externe Supervision. Diese wird von einem approbierten psychologischen Psychotherapeuten mit zertifizierter Supervisorenausbildung bei verhaltenstherapeutischer Grundausrichtung durchgeführt. Es finden jährlich ca. zehn Sitzungen à drei Stunden statt. Die Teilnahme ist für alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter verpflichtend und findet in der Regel in fallbezogen zusammen gesetzten Kleinteams statt.

Die Supervision ist in erster Linie als Fallsupervision angelegt. Team- oder persönliche Themen sind beteiligt, werden aber – sofern raumgreifend – an anderer Stelle aufgegriffen (Maßnahmen der Teamentwicklung, Mitarbeitergespräche, Fachteams).

Intervision durch den leitenden Arzt und psychologische Psychotherapeuten findet in einer wöchentlich stattfindenden Fallbesprechung im Rahmen der Teamsitzung statt sowie bei Bedarf.

Die Klinik bietet allen Auszubildenden, Praktikanten und Bundesfreiwilligen regelmäßige Supervision durch eine eigene erfahrene Fachkraft.

13. Hausordnung/Therapievertrag

Die Hausordnung der Fachklinik Friedrichshof stellt die grundlegende Struktur des Zusammenlebens und der Zusammenarbeit dar. Sie soll den behandlerisch wirksamen Rahmen sichern und dem Patienten Orientierung und Verhaltenssicherheit geben.

Zudem ist der angemessene Umgang mit Strukturen, verbindlichen Vorgaben und Regeln für viele Patienten an sich ein Behandlungsziel. Verstöße gegen die Hausordnung sind häufig auch deutliche Hinweise auf strukturelle Defizite, krisenhafte Entwicklungen, auf Problemlagen hinsichtlich Motivation, Compliance und Behandlungsbereitschaft oder auf Fehleinschätzungen und Behandlungsfehler.

Die Hausordnung benennt zum einen wesentliche Grundregelungen wie Drogenfreiheit, Umgang mit Glücksspiel, Mitwirkungspflicht im abstinente Rahmen, Gewaltfreiheit, Verbot sexistischen und rechtsnationalen Auftretens, Stufenregelung, Rauchfreiheit in den Häusern, Datenschutz, Mitwirkungspflicht bez. Selbstversorgung, Ausgänge, Heimfahrten, Außenkontakte, Besuche, Umgang mit Verstößen gegen die Hausordnung sowie zum anderen den Ablauf und die Tagesorganisation klärende Regeln bezüglich Fernsehzeiten, Verwahrung von Wertsachen, eigene Lebensmittel, PC-Nutzung, Taschengeld, Zimmerpflege etc.

Die Patienten erhalten bei Aufnahme die Hausordnung ausgehändigt sowie eine Vereinbarung, in der die Zustimmung zur Hausordnung bestätigt wird. Der Patient und Bezugstherapeut erläutern die zentralen Grundregeln und stehen für weitere Informationen und Klärungen zur Verfügung. Bis zum dritten Behandlungstag ist die Vereinbarung unterschrieben abzugeben.

Verstöße gegen die Hausordnung werden notiert und werktäglich betrachtet. Es erfolgen über einen pädagogischen Mitarbeiter zunächst Erklärungen, Ermahnungen, Aufgaben für die Gemeinschaft als Konsequenzen. Wiederholte Auffälligkeiten oder gravierende Verstöße werden unmittelbar an die Bezugstherapeuten zur weiteren Klärung weitergegeben.

Die Hausordnung benennt auch die Bedeutung von Verstößen als „kritische Ereignisse, die auf eine Störung der Zusammenarbeit hinweisen und die für den einzelnen Konsequenzen haben: Ermahnungen und Hinweise - therapeutische Maßnahmen (z.B. Pünktlichkeitstraining) - sogenannte „Sanktionen“ oder Lernhilfen, das sind meist Aufgaben in der und für die Hausgemeinschaft - Rückstufungen und Einschränkungen der Verantwortungsübernahme - weitere Konsequenzen bis hin zu einer disziplinarischen Entlassung oder Entlassung wegen fehlender Aussicht auf einen Behandlungserfolg - insbesondere bei eigener Rückfälligkeit, der Unterstützung von Rückfällen von Mitpatienten oder Gewaltanwendung kann auch eine Entlassung erfolgen.“

Die Hausordnung der Fachklinik Friedrichshof findet sich im Anhang.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien.html> (Stand 22.06.2021)

Bachmann, M. & El-Akhras, A. (2014) *Glücksspielfrei - Ein Therapiemanual bei Spielsucht*, 2. Aufl., Springer: Heidelberg.

- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (2009: Beck-Depressions-Inventar. Revision (2. Auflage). Deutsche Bearbeitung von M. Hautzinger, F. Keller & C. Kühner (2016), Beck-Depressions-Inventar. Revision. Frankfurt: Pearson.
- Benton, A.L. (1990). Der Benton-Test. 6., unveränderte Auflage. Bern: Huber.
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U. & Kornhuber, J. (2002). Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit. Göttingen: Beltz.
- Block, R.-T., Kolb, W., Zemlin, U. (2013) Die Behandlung von Glücksspielern mit ADHS, in: Petry, J. (Hrsg.), *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen*, 1. Aufl., Lambertus: Freiburg.
- Brand, H., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T., Braun, B. (2016) Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe: Inanspruchnahme, Klientel und Behandlungserfolg. In: *Sucht*, Jg. 62, H 1, Hogrefe: Bern
- Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L. & Liepmann, D. (2010). Test d2 – Revision. Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006), *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen* (Heft 12).
- Daumann, J., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2015) *Amphetamine, Ecstasy und Designerdrogen*, 1. Aufl., W. Kohlhammer: Stuttgart.
- Deutsche Rentenversicherung (2015), *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht, Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung*.
- Der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg e.V., *Rahmenkonzeption BON PAS Beschäftigungsorientierte Nachsorge des PARITÄTISCHEN*, Version: 1, Stand: 01.12.2015
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015) *Jahrbuch Sucht 2015*, Pabst: Lengerich.
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2016) *Jahrbuch Sucht 2016*, Pabst: Lengerich.
- Deusinger, I.M. (1986). Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2015) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 10. Aufl., Hogrefe: Bern.
- Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Smrekar, U., Janecke N., Schatz, D.S., Schotte, C., de Doncker, D. & Schüßler, G. (2007). Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(2), S. 111-128.
- Dürsteler-MacFarland, K., Wiesbeck, G.A. (2014) Therapeutische Grundprinzipien bei Doppeldiagnosen. In: Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*, 1. Aufl., W. Kohlhammer: Stuttgart.

- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). Münchner Alkoholismus-Test. 2., ergänzte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Föhres, F., Kleffmann, A., Sturtz, A. & Weinmann, S. (2011). Melba. Handbuch III. Fähigkeitsanalyse. (8., unveränderte Auflage). Lich: Miro.
- Franke, G.H. (2014). Symptom-Checklist-90-Standard. Göttingen: Hogrefe. Grawe, K., (2004) *Neuropsychotherapie*, 1. Aufl., Hogrefe: Göttingen.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Heinz, A., Batra, A., Scherbaum, N., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012) *Neurobiologie der Abhängigkeit Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen*, 1. Aufl., W. Kohlhammer: Stuttgart.
- Heinzen-Voß, D., Stöver, H. (Hrsg.) (2016) *Geschlecht und Sucht Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann*, 1. Aufl., Pabst: Lengerich.
- Hoch, E., Zimmermann, P., Henker, J., Rohrbacher, H., Noack, R., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2011) *Modulare Therapie von Cannabisstörungen. Das CANDIS-Programm*, 1. Aufl., Hogrefe: Göttingen.
- ICF (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*, MMI Medizinische Medien Informations GmbH, Neu-Isenburg.
- Irle, M. & Allehoff, W. (1988). Berufs-Interessen-Test II. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012) *Selbstmanagement Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*, 5. Aufl., Springer: Berlin.
- Kensche, M., Bromand, Z., Kienast, T. (2014) Evidenzbasierte Psychotherapie bei Patienten mit Substanzabhängigkeit und psychischer Komorbidität. In: *Psych up2date Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik*, Jg. 8, H. 1, Thieme: Stuttgart.
- Kessler, J., Calabrese, P., Kalbe, E. & Berger, F. (2000). DemTect. Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. In: *Psycho*. 2000, 6, S. 343-347.
- Klein, M., Moesgen, D. & Dyba, J. (2019). SHIFT - Ein Elterntaining für drogenabhängige Mütter und Väter von Kindern zwischen 0 und 8 Jahren. Göttingen: Hogrefe.
- KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (2014)*, 6. Aufl., Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2014.
- Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G.W., Minsel, W.-R. (2009) *ADHS bei Erwachsenen Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen*, 1. Aufl., Hogrefe: Göttingen.
- Leichsenring, F. (1997). Borderline-Persönlichkeits-Inventar. Göttingen: Hogrefe.
- Liepmann, D., Beauducel, A., Brocke, B. & Nettelstroth, W. (2012). Intelligenz-Struktur-Test. Screening. Göttingen: Hogrefe.

- Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2015). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. (1994). Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer.
- Meyers, R., Smith, J.E. (2008) *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich*, 2. Aufl., Psychiatrie-Verlag: Bonn.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2015) *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing*, 4. Aufl., Lambertus: Freiburg.
- Mühlig, S., Pester, A., Paulick, J. Schmidt, F.-P. (2016) „Legal Highs“ - Neue Psychoaktive Substanzen (NPS). In: *Sucht Aktuell*, Jg. 23, H. 1, Fachverband Sucht e.V.: Bonn.
- Müller-Spahn, F., Margraf, J. (2003) *Wenn Spielen pathologisch wird*. Karger: Basel.
- Najavits, L.M. (2009) *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“*, 1. Aufl., Hogrefe: Göttingen.
- Ohlmeier, M. (2015) Pathogenese der Komorbidität von ADHS und Substanzabhängigkeit - Klinische Implikationen für die medikamentöse Behandlung. In: *Sucht Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 61. Jg., H. 5, S. 303-309.
- Petermann, F. (2017). Therapie-Tools. Eltern- und Familienarbeit. Weinheim: Beltz.
- Petry, N. et al. (2007). Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? *Addiction*, 102, 1280-1291.
- Premper, V. (2006) *Komorbide psychische Störungen bei pathologischen Glücksspielern: Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnisse*, Pabst: Lengerich.
- Premper, V. (2012) Komorbide psychische Störungen beim pathologischen Glücksspielen. In: Wurst, F. M., Thon, N. & Mann, K. (Hrsg.): *Glücksspielsucht, Ursachen - Prävention – Therapie*. Huber: Bern.
- Premper, V., Petry, J., Peters, A., Baulig, T., Sobottka, B. & Fischer, T. (2013). Glücksspielskalen für Screening und Verlauf. Göttingen: Hogrefe.
- Raylu, N. Oei, T.P. (2002) Pathological gambling: a comprehensive review. *Clin Psychol Rev* 22, 1009-1061.
- Renn, D., Höfer, S., Schüßler, G., Rumpold, G., Smrekar, U. Janecke, N. & Doering, S. (2008). Dimensionale Diagnostik mit dem Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(3), S. 214-226.
- Reschke, K. & Schröder, H. (2000). Optimistisch den Stress meistern. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.

Rumpf, H.J. (2011) *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung*. Universitätsmedizin Greifswald, Universität Lübeck.

Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001) *Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –missbrauchs-Screening-Test*. Göttingen: Hogrefe.

Roediger, E. (2011) *Praxis der Schematherapie Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung*, 2. Aufl., Schattauer: Stuttgart.

Fachverband Sucht e.V. (2014) *Basisdokumentation 2014 Teilband II: - Fachkliniken für Drogenabhängigkeit*, in: *Basisdokumentation 2014 Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V.*, H. 22, Bonn.

Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Pabst: Lengerich.

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2006). *Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster*. (3. Auflage). Frankfurt: Harcourt.

Tagay, S. & Senf, W. (2014). *Essener Trauma-Inventar*. Göttingen: Hogrefe.

Tretter, F. (2017) *Suchtmedizin kompakt Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*, 3. Aufl., Schattauer, Stuttgart.

Von Aster, M., Neubauer, A. & Horn, R. (Hrsg.) (2006). *Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene*. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaptation des WAIS-III von David Wechsler. Frankfurt: Harcourt.

Von Georgi, R. & Beckmann, D. (2004). *Selbstkonzept-Inventar*. Bern: Huber.

Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.) (2014) *Psychische Störungen und Suchterkrankungen Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*, 1. Aufl., W. Kohlhammer: Stuttgart.

Weissing, V., Bachmeier, R., Missel, P. (2013) *Sucht und Komorbidität im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung - Eine Erhebung des Fachverbandes Sucht e.V.*, in: *Sucht Aktuell*, Jg. 20, H. 1, Fachverband Sucht e.V.: Bonn.

Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Abkürzungen

AD(H)S	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BoNPAS	Beschäftigungsorientierte Nachsorge des Paritätischen
BORA	Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker
B. Sc.	Bachelor of Science
BtMG	Betäubungsmittelgesetz

buss bwlv	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation
CRA	Community Reinforcement Approach
DEMOS	Drogenentgiftungs- und Motivationsstation
DGUV	Deutsche gesetzliche Unfallversicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EKG	Elektrokardiogramm
fdr	Fachverband Drogen- und Suchthilfe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points (Risiko-Analyse Kritischer Kontroll-Punkte im Lebensmittelbereich)“
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), Version 10
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
MELBA M. Sc.	Master of Science
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PsychTh-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QMS	Qualitätsmanagementsystem
SGB SMART StGB	Sozialgesetzbuch spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminierbar Strafgesetzbuch
VDR	Verband deutscher Rentenversicherungsträger
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Anhang 1 Hausordnung Fachklinik Friedrichshof

Fachklinik Friedrichshof

HAUSORDNUNG



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen in unserem Hause!

Vor Ihnen liegt die Hausordnung der Fachklinik Friedrichshof. Die Hausordnung strukturiert die Grundlagen der Behandlung und regelt das Miteinander von Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern.

Ihre Einhaltung ist die Basis unserer Zusammenarbeit. Bitte lesen Sie sie sorgfältig durch und wenden Sie sich bei Fragen an Ihre Bezugstherapeuten.

Dipl.-Psych. Detlef Kölling
Klinikleiter

Stand 15.06.2021

Eine absolute Drogenfreiheit jedes Einzelnen und eine drogenfreie Einrichtung sind eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche Therapie.

Der Konsum und Besitz jeglicher Drogen einschließlich Alkohol ist verboten, das umfasst auch Fatburner, Muskelaufbaupräparate, Eiweißpulver, Energy-Drinks, alle Lebensmittel mit Mohnkörnern, Deodorants in Sprayform und alle Medikamente, deren Einnahme nicht von den Ärzten der Klinik verordnet oder mit ihnen abgestimmt wurde. Die Verwendung von E-Zigaretten ist nicht möglich.

Auch das Glücksspiel und Gamen am PC ist im Hause eingeschränkt. Jegliche Spiele oder Wetten um Geld, Sachwerte oder Leistungen sind im Hause verboten. Dies gilt auch für Toto- und Lottospiele.

Der Besuch einer Spielhalle oder die Benutzung von Geldspielautomaten im Ausgang ist eine Sondersituation, die jeweils im Vorfeld zu besprechen ist.

Sollten Sie Suchtdruck / Craving / Rückfallgedanken bekommen, ist zu jeder Zeit ein Mitarbeiter im Hause, an den Sie sich wenden können.

Wir erwarten von Ihnen, dass Sie diesen abstinenten Rahmen unterstützen und aktiv daran mitarbeiten. Das bedeutet, dass Sie selbstverständlich keinerlei Drogen in die Einrichtung bringen oder bringen lassen, und dass Sie jegliche Rückfälle oder Rückfallvorbereitungen von Mitpatienten zur Aufdeckung bringen, indem Sie den Konsumenten zu den Mitarbeitern bringen, indem Sie einen Mitarbeiter informieren oder dies mit Hilfe eines Patienten tun, dem Sie vertrauen.

Nur im Schutzraum einer drogenfreien Einrichtung kann es gelingen, in die Abstinenz zu finden. Und nur gemeinsam, auch durch Ihre Mitarbeit, ist ein stabiler abstinenter Rahmen aufrecht zu erhalten!

Entwicklung ist nur möglich in angstfreier Umgebung.

Gewalt in Wort und Tat darf nicht stattfinden. Waffen in jeder Form sind verboten.

Ein gegenseitiger Respekt vor dem anderen, auch vor seinen Schwächen, ist die Grundlage gegenseitiger Hilfe.

Höflichkeit, Pünktlichkeit, Sauberkeit und Hygiene, das Unterlassen von rassistischen oder sexistischen Haltungen gehören zu einem gelingenden Miteinander. Pornographische oder rechtsnationale Schriften oder Kleidung sind im Hause verboten.

Ausgang

- Ausgang dient grundsätzlich für gezielte Aktivitäten, zur Erprobung, zum Training und für notwendige Erledigungen.
- Die Gestaltung des einzelnen Ausgangs besprechen Sie vor.
- Spaziergänge zum Joggen, Hunde Ausführen, Spazieren in der unmittelbaren Umgebung zu zweit oder mehr sind von Anbeginn an über maximal 90 Minuten möglich.
- Patienten/-innen gehen in den ersten vier Behandlungswochen darüber hinaus nur mit Begleitung durch Mitarbeiter in den Ausgang.
- Ab der fünften Behandlungswoche sind einmal wöchentlich Kurzausgänge in die nächsten Ortschaften zu dritt über max. 3 Stunden möglich, sowie einmal in die Stadt.
- Ab der neunten Behandlungswoche sind zwei Ausgänge pro Woche möglich, auch längere Ausgänge nach Heilbronn oder Öhringen.
- Ab der dreizehnten Behandlungswoche sind drei Ausgänge pro Woche möglich, auch zur Freizeitgestaltung in einem Verein, für soziale Aktivitäten oder gezieltes Expositionstraining.

Behandlungsstufen

Die Behandlung in der intensivtherapeutischen Phase, das ist die Behandlung vor der Adaption, ist in der Fachklinik Friedrichshof in vier Behandlungsstufen gegliedert. Ausgänge, Heimfahrten und Besuche sind an die Stufen geknüpft.

Einstufung und Stufenwechsel hängen von der Behandlungsdauer, von der Erreichung therapeutischer Ziele, von der Zusammenarbeit und der persönlichen Entwicklung und Stabilität des Einzelnen ab.

Besuch

- Ab der 3. Behandlungswoche kann alle zwei Wochen Besuch von nahen Verwandten, Kindern und Partnern erfolgen. Samstags und sonntags in der Zeit von 14:00 bis 17:00 Uhr.
- Ab der 5. Behandlungswoche können Kinder und Partner am Wochenende auch im Hause übernachten.
- Alle Besuche sind im Vorfeld abzusprechen.

Datenschutz

Im Laufe Ihrer Behandlung erfahren Sie viel über Ihre Mitpatienten. Bitte beachten Sie, dass jeder ein Recht darauf hat, selbst darüber zu bestimmen, welche Informationen an die Öffentlichkeit gelangen.

- Persönliche Inhalte von Gruppensitzungen müssen innerhalb der Teilnehmer der Gruppensitzung bleiben. Ein vertrauensvolles Öffnen ist sonst nicht möglich.
- Informationen an Dritte, auch an (angebliche) Verwandte und Bekannte, sei es telefonisch, schriftlich oder persönlich, unterliegen dem Datenschutz. Das betrifft nicht nur Persönliches, sondern auch Umstände wie: ob jemand in Behandlung ist oder nicht mehr, ob es Rückfälle gab etc. Im Zweifelsfall halten Sie sich zurück und verweisen an die Mitarbeiter.

Dienste

Reinigungsdienste und Küchendienste sind im Sinne der Selbstversorgung und des Alltagstrainings für jeden Patienten verpflichtend.

Fernsehen

in den Gemeinschaftsräumen ist zu folgenden Zeiten möglich:

Montag bis Freitag	ab 19:00 Uhr bis zur Nachtruhe
Samstag, Sonntag, Feiertage	ab 13:00 Uhr bis zur Nachtruhe

Geld

Für Sie wird in der Klinik ein Depotkonto angelegt, über das Sie Ihre Zahlungen, Überweisungen, aber auch Leistungseingänge wie ALG II oder Übergangsgeld für die Therapiezeit abwickeln können. Sie können so Ihr Geld verwalten und Bankgeschäfte erledigen, z.B. zur Schuldenregulierung. Barauszahlungen finden nur nach Rücksprache mit Ihrem Bezugstherapeuten statt, auch um Sie bei der Kontrolle über Ihre Ausgaben zu begleiten.

Heimfahrten

finden in der Regel ab der 13. Behandlungswoche statt und sind monatlich einmal möglich.

Laptop- / PC-Nutzung

Wenn Sie Ihren Laptop während der Therapie nutzen möchten, können Sie das ab der fünften Behandlungswoche tun. Sie erhalten Ihr Gerät dann ausgehändigt. Für Patienten mit Spielsucht kann es hilfreich oder notwendig sein, die Nutzung zu begrenzen. Dann werden mit den Bezugstherapeuten besondere Nutzungsbedingungen abgesprochen, die auch die Benutzung der öffentlichen Computer und mitgebrachter Smartphones umfassen.

In der Klinik stehen zudem zwei PCs mit Internetanschluss für private Nutzung zur Verfügung.

Lebensmittel

Die Patienten werden über die Küche voll verpflegt. Der Zukauf und die Aufbewahrung von weiteren Lebensmitteln, die über Süßigkeiten, Snacks und Obst hinausgehen, sind aus hygienischen Gründen nicht möglich. Insbesondere Tiefkühlprodukte können nicht mitgebracht werden.

In den Wohngruppen stehen in den Teeküchen Toaster, Wasserkocher und Mikrowellen zur Verfügung. Weitere Geräte wie Kaffeemaschinen, Waffeleisen etc. dürfen Sie nicht mitbringen.

Medikamente

- Jegliche Medikamente werden nur nach Absprache mit dem Einrichtungsarzt angesetzt und abgesetzt. Sie werden von Mitarbeitern zu festen Zeiten ausgegeben.
- Rezepte von externen Fachärzten werden über die Mitarbeiter eingelöst.
- Der private Zukauf jeglicher rezeptpflichtiger oder rezeptfreier Medikamente ist verboten.

Post

Die eingehende Post wird von der Verwaltung ausgegeben. Die Post wird von den Verwaltungsmitarbeitern geöffnet und nach Geld und Drogen besehen. Ein- und ausgehende Post wird in keiner Phase gelesen.

Rauchen

- In allen Gebäuden der Einrichtung und auf dem gesamten Gelände besteht mit Ausnahme ausgewiesener Raucherbereiche Rauchverbot.
- Die Verwendung von E-Zigaretten ist grundsätzlich nicht gestattet.

Musik

- Die Benutzung von einem eigenen Musikgerät ist auf dem Zimmer vor dem Frühstück, und montags bis freitags ab dem Kaffee außerhalb von Veranstaltungen möglich, am Wochenende ab 13:00 Uhr. Die Geräte sind in Zimmerlautstärke zu betreiben und mit Rücksicht auf Mitbewohner.
- Die Benutzung von Kopfhörern ist auf dem Zimmer, im Fitnessraum und bei Ausgang ab dem Verlassen des Geländes möglich.

Nachtruhe

In der Einrichtung besteht Nachtruhe, in der Sie sich auf Ihrem Zimmer aufhalten. Die Zeiten sind ausgehängt. Für Notfälle gibt es einen Notruf auf jedem Zimmer. Zu jeder Tages- und Nachtzeit ist ein Mitarbeiter im Hause.

Tätowierungen/Piercings

Aus medizinischen Gründen ist das Setzen neuer Tätowierungen und Piercings während der Behandlungszeit nicht zulässig.

Telefonieren

Ihr Handy oder Smartphone schalten Sie während jeglicher Therapiezeiten aus.

Umgangssprache

Im Arbeitsbereich und bei allen offiziellen, heißt „Pflicht-Veranstaltungen“ wird Deutsch gesprochen. Während der freien Freizeit soll selbstverständlich dann Deutsch gesprochen werden, wenn jemand in der Runde ist, der die Fremdsprache nicht versteht.

Verstöße gegen die Hausordnung

sind kritische Ereignisse, die auf eine Störung der Zusammenarbeit hinweisen und die für den einzelnen Konsequenzen haben:

- Ermahnungen und Hinweise
- therapeutische Maßnahmen (z.B. Pünktlichkeitstraining)
- sogenannte „Sanktionen“ oder Lernhilfen, das sind meist Aufgaben in der und für die Hausgemeinschaft, kann auch die Benutzungseinschränkung von Handy oder Laptop bedeuten.
- Rückstufungen und Einschränkungen der Verantwortungsübernahme
- weitere Konsequenzen bis hin zu einer disziplinarischen Entlassung oder Entlassung wegen fehlender Aussicht auf einen Behandlungserfolg
- insbesondere bei eigener Rückfälligkeit, der Unterstützung von Rückfällen von Mitpatienten oder Gewaltanwendung kann auch eine Entlassung erfolgen.

Verstöße gegen die HO sind auch schädlich für das vertrauensvolle und konstruktive Miteinander in der Hausgemeinschaft. Jeder Patient ist aufgefordert Regelverstöße zu benennen. Auch die Unterstützung und das Dulden von Regelverstößen können Konsequenzen nach sich ziehen.

Wertsachen

- In den Schränken der meisten Zimmer sind Schließfächer, für 25 € Pfand erhalten Sie einen Schlüssel dafür in der Verwaltung.
- Im Erdgeschoss des Haupthauses befinden sich Fächer, die mit einem Vorhängeschloss versehen werden können.
- Für diese Fächer/Schließfächer kann keine Haftung übernommen werden.
- Größere Geldbeträge und Wertsachen können zur Verwahrung abgegeben werden.

Wohngruppen

Die Patienten der Fachklinik Friedrichshof leben in Wohngruppen in unterschiedlichen Häusern. Um Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten zu sichern, sind gegenseitige Besuche und das Betreten anderer Wohngruppen nur nach bestimmten Regeln möglich.

- Bitte beachten Sie die aktuellen Regelungen Ihrer Wohngruppe.

Zimmer

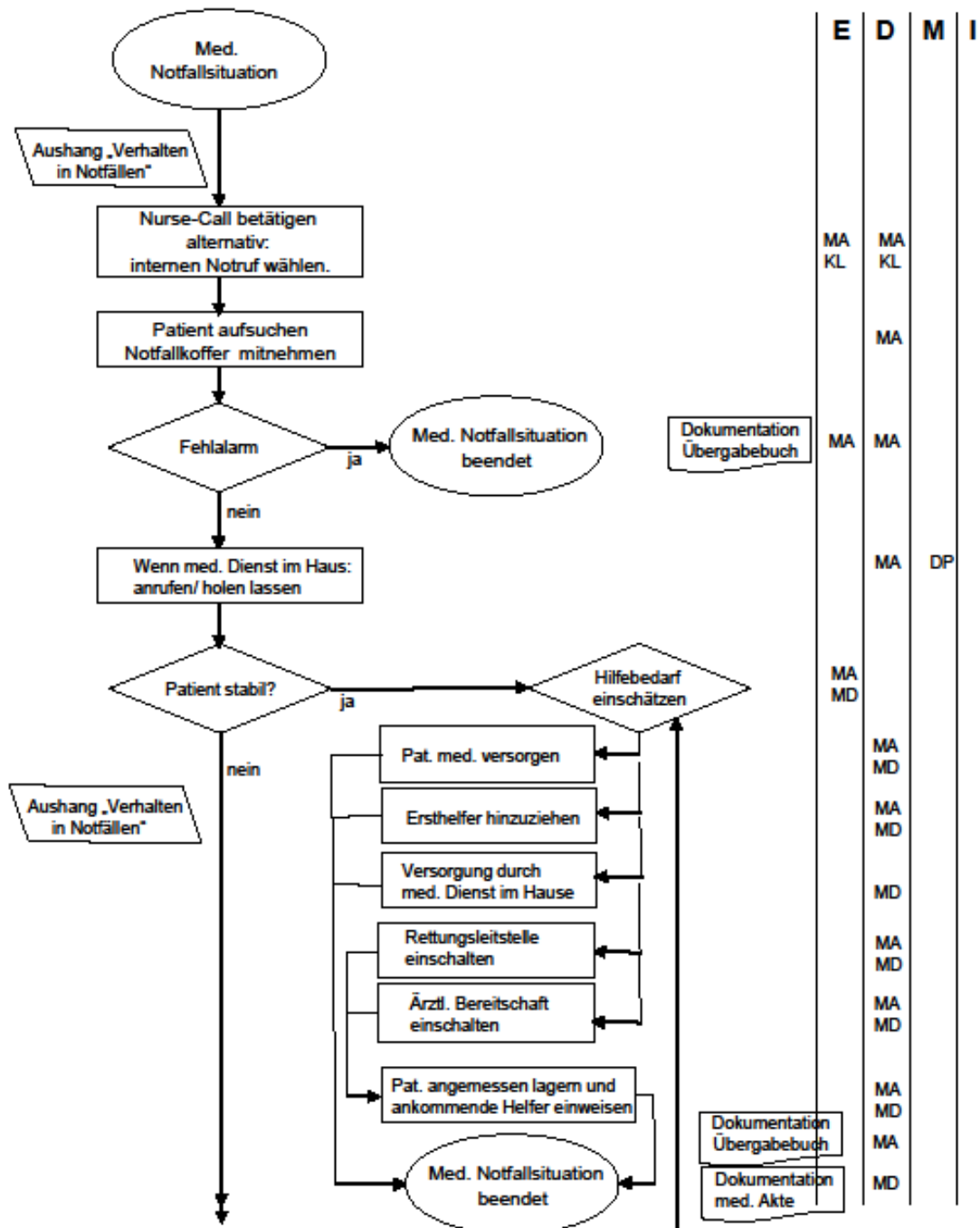
- Die Zimmerausstattung ist pfleglich zu behandeln.
- Das Verrücken von Bett, Schrank oder Nachtwangenschrank ist nicht erlaubt.
- Spezielle Möbelanforderungen, z.B. bei Kindern, melden Sie bitte den Bezugstherapeuten, die die Abstimmung mit der Hauswirtschaft vornehmen.
- Für Beschädigungen am Mobiliar haftet der Bewohner.

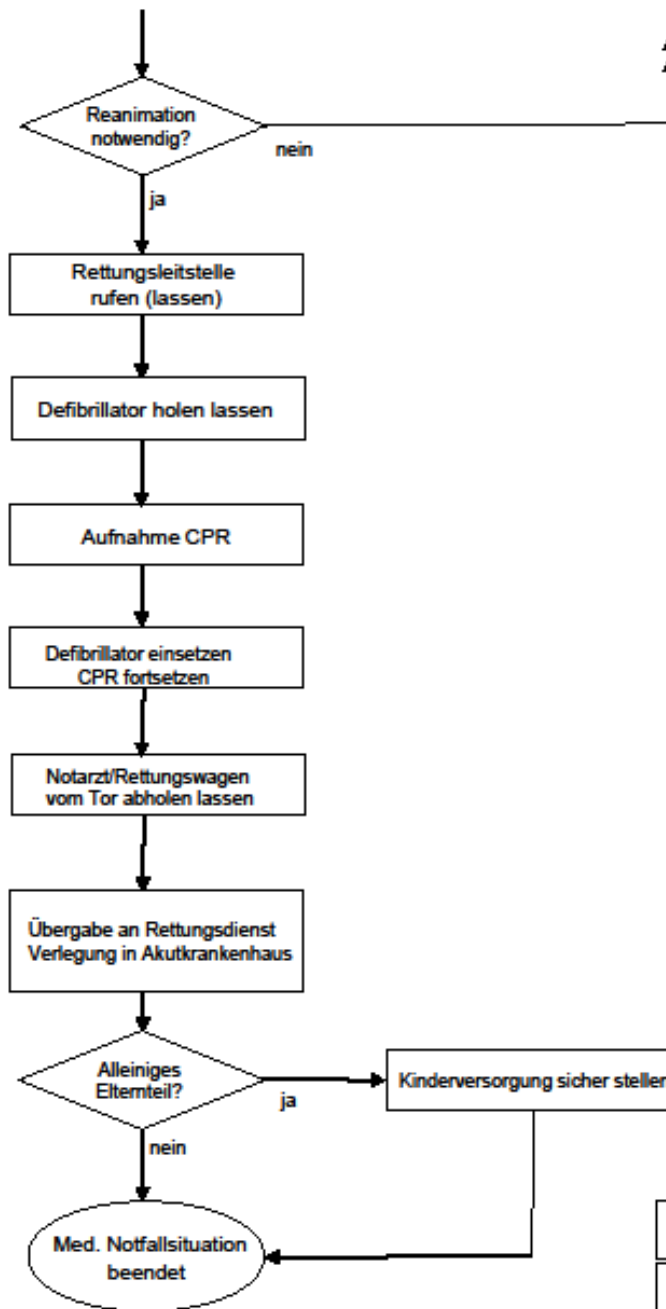
Anhang 3 Muster-Wochenplan 15. Behandlungswoche

Montag
07:00 - 07:15 Frühstück
08:00 - 08:15 Hausversammlung
08:15 - 09:15 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
09:30 - 10:30 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
10:45 - 11:45 Termin beim Sozialen Dienst
12:00 - 12:15 Mittagessen
12:45 - 13:45 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
13:45 - 14:00 Ausgangsbesprechung
14:00 - 14:30 Wohngruppensitzung
14:30 - 15:00 Haus- und Zimmerputz
15:00 - 16:00 Gruppentherapie
16:15 - 16:30 Kaffeepause
18:30 - 18:45 Abendessen
Dienstag
07:00 - 07:15 Frühstück
08:00 - 08:15 Hausversammlung
08:15 - 09:15 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
09:30 - 10:30 Lehrküche
10:45 - 11:45 Lehrküche
12:00 - 12:15 Mittagessen
12:45 - 14:15 Einzelgespräch
14:30 - 15:30 Zieleguppe
16:15 - 16:30 Kaffeepause
17:00 - 18:00 Qigong
18:30 - 18:45 Abendessen
19:00 - 21:00 Klettergruppe
Mittwoch
07:00 - 07:15 Frühstück
08:00 - 08:15 Hausversammlung
08:15 - 09:15 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
09:30 - 10:30 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
10:45 - 11:45 Paargespräch
12:00 - 12:15 Mittagessen
12:45 - 13:45 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
14:00 - 15:00 Psychoedukation
15:00 - 16:00 Gruppentherapie
16:15 - 16:30 Kaffeepause
18:30 - 18:45 Abendessen

Donnerstag
07:00 - 07:15 Frühstück
08:00 - 08:15 Hausversammlung
08:15 - 09:15 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
09:30 - 10:30 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
10:45 - 11:45 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
12:00 - 12:15 Mittagessen
12:45 - 13:45 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
14:00 - 15:00 Spielergruppe
15:15 - 15:30 Ausgangsbesprechung
15:45 - 16:00 Kaffeepause
16:30 - 18:00 Schwimmen
18:30 - 18:45 Abendessen
Freitag
07:00 - 07:15 Frühstück
08:00 - 08:15 Hausversammlung
08:15 - 09:15 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
09:30 - 10:30 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
10:45 - 11:45 Visite
12:00 - 12:15 Mittagessen
12:45 - 13:45 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
14:00 - 15:00 Wochenbericht
15:00 - 16:00 Gruppentherapie
16:15 - 16:30 Kaffeepause
17:00 - 18:00 Basis-Sport
18:30 - 18:45 Abendessen
Samstag
09:00 - 09:15 Frühstück
10:00 - 17:00 externes Turnier
18:30 - 18:45 Abendessen
Sonntag
09:00 - 09:15 Frühstück
09:30 - 10:00 Haus- und Zimmerputz
10:15 - 11:45 Basis-Sport
12:00 - 12:15 Mittagessen
15:00 - 15:15 Kaffeepause
15:30 - 16:15 Selbstgestalteter Sport
18:30 - 18:45 Abendessen

Anhang 4 Notfallablaufplan





E	D	M	I
MA MD			
	MA	DP	
	MA MD	DP	
	MA MD		
	MA MD		
	MA MD	DP	
	MA MD		
	MA		
	MA MD		

bwlv-efg/med/OMH7, Unterstützungsprozess03, Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz,
 Notfallmanagement/Einrichtungen/Fachklinik Friedrichshof/Mitgelende Unterlagen/Flowchart med.
 Notfallsituation 2022-06-25.