



KONZEPTION

Version: 2024

Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv)

Andreas Kleiner
Leiter der Fachklinik

H. P. May
Ärztliche Leitung

Aktualisiert am 10.10.2024

Fachklinik Haus Weitenau

Rehabilitation für suchtkranke Jugendliche und junge Erwachsene

Konzeption

Inhaltsverzeichnis	Seite
0. Vorwort	3
1. Einleitung	4
2. Allgemeines	5
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	7
4. Rehabilitationskonzept	10
4.1. Theoretische Grundlagen	10
4.2. Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen	19
4.3. Rehabilitationsziele	20
4.4. Rehabilitationsdauer	23
4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung	24
4.6. Rehabilitationsprogramm	25
4.7. Rehabilitationselemente	44
4.7.1. Aufnahmeverfahren	45
4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik	47
4.7.3. Medizinische Therapie	51
4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	56
4.7.5. Beruflich orientierte Rehabilitation	63
4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	74
4.7.7. Freizeitangebote	76
4.7.8. Sozialdienst	77
4.7.9. Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	79
4.7.10. Angehörigenarbeit	81
4.7.11. Rückfallmanagement	82
4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege	84
4.7.13. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	84
5. Personelle Ausstattung	86
6. Räumliche Gegebenheiten	86
7. Kooperation und Vernetzung	87
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	89
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	90
10. Notfallmanagement	93
11. Fortbildung	93
12. Supervision	94
13. Hausordnung/Therapievertrag	94
Literaturverzeichnis	96

0. Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor Ihnen liegt die aktuelle Gesamtkonzeption der Fachklinik Haus Weitenau.

Hier sind sowohl die bewährten Behandlungsstandards aus 50 Jahren Leistungserbringung zur Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene, als auch alle in der Zwischenzeit neu entwickelten Teilkonzeptionen zusammengefasst.

Über 50 Jahre Suchtrehabilitation in der Fachklinik Haus Weitenau bedeutete immer auch die Aktualisierung entlang neuer oder ausgeweiteter Behandlungsbedarfe bei den suchtkranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Damit verbunden waren stete Einbeziehung aktueller Therapiestandards, Leitlinien und Qualitätsanforderungen durch die Leistungsträger.

Seit dem Jahr 2000 setzte die Fachklinik Haus Weitenau Ihre Behandlungsschwerpunkte zunehmend auf Behandlungsangebote zur Suchtrehabilitation Jugendlicher und junger Erwachsener bis zum 20. Lebensjahr. Im Jahr 2005 wurde in Absprache mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg die Jugendlichen-abteilung in der Fachklinik Haus Weitenau eröffnet und nach dreijähriger erfolgreicher Modellphase ab dem Jahr 2008 in den Regelbetrieb überführt.

Die vielfältigen Entwicklungen und konzeptionellen Absprachen, die gerade mit Blick auf die jugendliche Klientel mit unserem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, verabredet wurden, sind in diese Gesamtkonzeption integriert.

Selbstverständlich finden Sie vielfältige Detailinformationen zu den konkreten Behandlungsangeboten sowohl in der Jugendlichenabteilung, als auch in der Erwachsenenabteilung unserer Fachklinik sowie stets aktuelle Informationen auf unserer Homepage:

www.bw-lv.de

Wir bedanken uns an dieser Stelle ganz herzlich bei unserem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, für deren Bereitschaft, die Neu- und Weiterentwicklung unserer therapeutischen Leistungsangebote intensiv zu begleiten.

Vor allem bedanken wir uns auch bei den ambulanten KollegInnen, die zum Teil schon seit Gründung der Fachklinik mit uns zusammenarbeiten. Diese intensive und hervorragende Zusammenarbeit möchten wir gerne fortsetzen und wir hoffen darauf, dass gerade unsere neuen Behandlungsangebote für die Jugendlichenbehandlung eine gute Akzeptanz sowohl bei den Hilfesuchenden, als auch bei den Zuweisern finden werden.

Für Detailfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung, dies gilt insbesondere bei allen Fragen zur Indikationsstellung und Behandlungsplanung sowie die Festlegung der möglichen Behandlungsdauer.

Wir freuen uns über Ihre Anregungen und Beiträge, die wir gerne in die Fortschreibung und Weiterentwicklung unserer bewährten Behandlungsangebote integrieren werden.

Haus Weitenau, 10.10.2024

A. Kleiner
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut (appr.)
Leiter der Fachklinik

H. P. May
Ärztliche Leitung

1. Einleitung

In der Fachklinik Haus Weitenau erbringen wir stationäre Leistungen zur Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene, für die als Leistungsträger die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzlichen Krankenkassen sowie Sozial- und Jugendhilfeträger eintreten.

Die therapeutischen Leistungen werden auf der Grundlage der für die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen geltenden Paragraphen der Sozialgesetzgebung erbracht: § 6 SGB IX, § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Absatz 2 SGB V sowie § 5 SGB IX.

Auf der Grundlage von § 9 SGB VI, § 4 Absatz 1 SGB IX sowie § 11 und § 27 SGB V werden stationäre therapeutische Leistungen erbracht, die die gesetzlichen Zielvorgaben verfolgen, indem alle therapeutischen Leistungen und Angebote darauf ausgerichtet sind, eine ggf. auch nur drohende Behinderung, Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen.

Die vorliegende Konzeption orientiert sich bei der Beschreibung der stationären therapeutischen Leistungen an der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die ICF beschreibt Dimensionen des biopsychosozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells. Entsprechend der Modellvorstellungen der ICF werden Erkrankungen und ihre Folgen als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden.

Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien Funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Konzeptfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider.

Unter den jeweiligen Gliederungspunkten der vorliegenden Gesamtkonzeption gehen wir ausführlich auf diese Grundannahmen ein und beschreiben alle diagnostischen und therapeutischen Implikationen, die sich für die Erarbeitung der Behandlungsziele und für die Behandlungsgestaltung im stationären Setting ergeben.

Neben der Bezugnahme auf die Modellvorstellungen, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wiedergegeben werden, nennen wir nachfolgend ausdrücklich die weiteren Quellen, auf die sich die Ausführungen der Gesamtkonzeption in den einzelnen Kapiteln beziehen. Im Wesentlichen geht es um Anforderungsprofile, Standards und Leitlinienvorstellungen der Leistungsträger, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie an eine Fachklinik für die Erbringung stationärer Suchtrehabilitation gestellt werden:

- Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.
- Das Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation.
- Die Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
- Die Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaption bei Abhängigkeitskranken vom 08.03.1994.
- Das Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen vom 01.10.2010.
- Die Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Absatz 2 a SGB IX der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR).
- Die Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aus der Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12.
- Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.11.2014 (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)).

Die Erstellung der Gesamtkonzeption für die Fachklinik Haus Weitenau orientiert sich auf Anregung des federführenden Leistungsträgers, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, am „Gemeinsamen Leitfaden der deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzeptionen ambulanter, ganztätig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeits-kranker“.

Mit Blick auf die beschriebenen Aspekte der Strukturqualität in der Fachklinik Haus Weitenau nehmen wir ausdrücklich Bezug auf unsere Dokumentation zur Erhebung der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Die Dokumentation des Behandlungsverlaufes und der therapeutischen Leistungen geschieht auf der Grundlage der verbindlichen Anforderungen durch die Leistungsträger der gesetzlichen Rentenversicherung:

- Ärztlicher Reha-Entlassungsbericht: Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.
- KTL: Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, herausgegeben durch die Deutsche Rentenversicherung.

Selbstverständlich beziehen wir in die konzeptionelle Behandlungsplanung und Behandlungsgestaltung die jeweils aktuellen Weiterentwicklungen der Anforderungen und Behandlungsstandards von Seiten der Leistungsträger mit ein.

Auf der Basis der genannten Grundlagen wurde für die Fachklinik Haus Weitenau ein wissenschaftlich begründetes Rehabilitationskonzept entwickelt und beschrieben. Die Schwerpunkte aller therapeutischen Angebote und Leistungen zielen auf die körperliche, geistige und seelische Gesundheit in Verbindung mit den Zielvorstellungen der Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und der Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft ab.

Selbstverständlich sind gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 SGB IX alle rehabilitationsbedürftige Folge- und Begleiterkrankungen Gegenstand sämtlicher therapeutischer Bemühungen, und damit einhergehend auch die Klärung und Einleitung entsprechender Maßnahmen mit Blick auf die nachgehenden Behandlungsbedarfe nach Abschluss der stationären medizinischen Rehabilitation.

Die aktuell vorliegende Gesamtkonzeption der Fachklinik Haus Weitenau informiert alle Kooperationspartner und Interessensparteien über die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene. Sie bildet damit eine wesentliche Entscheidungsgrundlage zur Inanspruchnahme und Belegung der Einrichtung gemäß den beschriebenen Indikationen.

Zur Kontrolle und Weiterentwicklung nimmt die Fachklinik Haus Weitenau seit Einführung am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung einschließlich Effektivitätskontrollen teil.

Seit dem Jahr 2006 unterhält die Fachklinik Haus Weitenau ein zertifiziertes Qualitätsmanagement. Die enge Verzahnung von externer Qualitätssicherung durch die Deutsche Rentenversicherung und internen Qualitätsmanagement hat die kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der Fachklinik Haus Weitenau stets unterstützt und beflügelt.

2. Allgemeines

In der Fachklinik Haus Weitenau werden stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation suchtkranker Jugendlicher und junger Erwachsener erbracht.

Die Gesamtbehandlung der Fachklinik Haus Weitenau umfasst zwei mit dem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, verabredete Behandlungsmodule:

- In der Fachklinik Haus Weitenau selbst werden Leistungen im Rahmen der klinischen Phase (Phase 1) der stationären Entwöhnungsbehandlung erbracht.
- In der Adaptionseinrichtungen Haus Maulburg werden Leistungen der stationären Adaptionphase (Phase 2) erbracht.

Die Erbringung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist aufgegliedert in zwei Abteilungen:

- Die Jugendlichenabteilung mit ihren speziellen Behandlungsangeboten für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr und junge Erwachsene bis zum 20. Lebensjahr.
- Die Erwachsenenabteilung mit ihren speziellen Angeboten für junge Erwachsene ab dem 21. bis zum 27. Lebensjahr.

Träger der Fachklinik Haus Weitenau ist der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv).

Der bwlv hat seinen Sitz in: Renchtalstr. 14, 77871 Renchen.

Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH ist im Handelsregister des Amtsgerichtes Karlsruhe, HRB 701425, St.-Nr. 1404706014, eingetragen. Der bwlv ist gemeinnützig anerkannt im Sinne der Abgabenordnung vom 16.03.1976.

Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH ist in Baden-Württemberg Träger der Suchtkrankenhilfe, der Jugendhilfe sowie von Integrationsfachdiensten für schwerbehinderte Menschen.

Der bwlv unterhält ein ausdifferenziertes ambulantes und stationäres Beratungs- und Behandlungsspektrum:

- Fachstellen Sucht
- Jugend- und Drogenberatungsstellen
- Kontaktläden
- Fachstellen für Suchtprävention und Gesundheitsförderung
- Fachkliniken für Abhängigkeitskranke
- Adaptionseinrichtungen
- Tageskliniken
- Integrationsfachdienste für schwerbehinderte Menschen
- Heim für chronisch mehrfach Beeinträchtigte
- Therapie auf dem Bauernhof
- Betreute Wohngemeinschaften
- Ambulant betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen
- Ausbildungsbetriebe und Werkstätten
- Klinikschule für Jugendliche in stationärer Suchtrehabilitation in der Fachklinik Haus Weitenau

Die Verfügbarkeit all dieser Dienste und Behandlungsangebote und die intensive Nutzung, gerade auch im Sinne nachgehender Bedarfe, versetzt die Fachklinik Haus Weitenau vorzüglich in die Lage, den Behandlungsweg, beginnend über die ambulante Therapievorbereitung, die stationäre Leistungserbringung zur Suchtrehabilitation und die nachgehenden ambulanten oder ganztägig ambulanten Leistungen indikationsgeleitet, miteinander zu verknüpfen.

Über ihren Träger, die Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, ist die Fachklinik Haus Weitenau Mitglied in den nachfolgend genannten Verbänden:

- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“ in Kassel)
- Fachverband Drogen und Rauschmittel
- Paritätischer Wohlfahrtsverband – Der Paritätische

Im Rahmen der Verbundzertifizierung des bwlv unterhält die Fachklinik Haus Weitenau ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem (BAR / Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach §37 Abs. 3 SGB IX).

Die Fachklinik Haus Weitenau, die Adaptionseinrichtung Haus Maulburg und das Betreute Wohnen Haus Maulburg werden regelmäßig nach dem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation anerkannten Qualitätsmanagementsystem Qms-bwlv zertifiziert.

In allen Fragen der Therapievorbereitung, der Rehabilitandenaufnahme und der Planung und Realisierung nachgehender Behandlungsbedarfe ist die Fachklinik Haus Weitenau eng vernetzt mit allen Kooperations- und Interessenspartnern. Davon sind in erster Linie zu nennen:

- Alle Leistungsträger der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung, vor allem der federführende Leistungsträger, die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg.
- Alle Zuweiser und Nachbehandler in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen.
- Entgiftungsstationen und Fachkliniken zur Durchführung des körperlichen Entzuges.

Der jederzeitige fachliche Austausch über aktuelle Entwicklungen im Rahmen der Behandlung suchtkranker Menschen und hinsichtlich der eigenen konzeptionellen Fortschreibungen wird gewährleistet durch die nachfolgend benannten Initiativen und Kooperationen:

- Regelmäßiger Besuch der regionalen und bundesweiten Fachtagungen der einzelnen Suchthilfeverbände und aktive Mitarbeit bei diesen.
- Die Teilnahme an Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen, die sich der vernetzten Zusammenarbeit im Rahmen der gemeinsamen ambulanten und stationären Leistungserbringung zuwenden.
- Die Mitwirkung im kommunalen Suchthilfenetzwerk Sucht des Landkreises Lörrach.
- Die Ausrichtung von Fachtagen zu Themen der Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene.

Im Zentrum unserer Bemühungen steht dabei das Qualitätsziel, auf der Basis einer gelingenden Vernetzung und Kooperation die spezifischen stationären Behandlungsangebote zur medizinischen Rehabilitation unserer Fachklinik weiter zu entwickeln und deren hohe Qualität beizubehalten. Ebenso zentrales Qualitätsziel ist, auf diesem Wege den Jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken einen zeitnahen und leichten Zugang zu den stationären Behandlungsangeboten zu ermöglichen.

Die vorliegende Konzeption wurde von der ärztlichen Leitung der Fachklinik Haus Weitenau Herr May und der Klinikleitung, Herr Andreas Kleiner, erstellt.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

13.12.1971	Kauf der ehemaligen Propstei Kloster Weitenau durch den blv
15.07.1972	Eröffnung der „Heilstätte Haus Weitenau für drogenabhängige Jugendliche“
01.01.1974	Erweiterung der Fachklinik auf 20 Plätze
01.08.1974	Aufnahmemöglichkeit für Alkoholranke
01.10.1975	Eröffnung der ersten Nachsorgeeinrichtung in Schopfheim
01.06.1977	Umzug der Nachsorgeeinrichtung nach Steinen
02.05.1979	Aufnahmemöglichkeit für weibliche Abhängige
01.01.1980	Erweiterung der Fachklinik auf 30 Plätze
03.10.1979	Erwerb des ehemaligen Meierhofes gegenüber dem Klostergebäude
01.09.1981	Erwerb der ehemaligen Klostermühle
01.01.1990	Neubau und Eröffnung der Klostermühle, Erweiterung auf 38 Plätze
15.07.1991	Umwidmung des Haus Steinen in die Adaptionseinrichtung, Erweiterung auf 48 Plätze, Umzug des Betreuten Wohnens nach Lörrach
01.10.1995	Neubau der Adaptionseinrichtung Haus Maulburg, Erweiterung auf 52 Plätze, Umzug des Betreuten Wohnens nach Haus Steinen
15.07.2005	Neubau Werkstattgebäude

01.08.2005 bis 31.07.2008	Die neu geschaffene Jugendlichenabteilung wird Modellprojekt gemäß Vereinbarung mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
01.09.2005	Einrichtung der Klinikschule als Sonderberufsfachschule im Sinne eines Berufsvorbereitungsjahres (BVJ)
ab 01.08.2008	Die Jugendlichenabteilung wird Regelangebot in der Fachklinik Haus Weitenau und verfügt über 18 Plätze in einem eigenen Haus, der sogenannten Klostermühle.
01.09.2009	Umzug des Betreuten Wohnens nach Haus Maulburg
01.09.2015	Erweiterung der Klinikschule auf 12 Plätze
01.09.2022	Zur Entwicklung der Möglichkeiten zur Medienkompetenzschulung wurden die Möglichkeiten zur virtuellen Beschulung zur Erlangung aller Schulabschlüsse geschaffen.

In der Fachklinik Haus Weitenau stehen insgesamt 52 Behandlungsplätze für Jugendliche und junge erwachsene Suchtkranke zur Verfügung. Aufgenommen werden junge Männer und junge Frauen. Ebenso Paare, die eine gemeinsame Behandlung wünschen.

In der Fachklinik selbst werden therapeutische Leistungen im Rahmen der klinischen Phase (Phase 1) erbracht. Hierfür stehen insgesamt 36 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Medizinische Leistungen zur Adaptionphase werden in der Adaptionseinrichtung Haus Maulburg erbracht. Dort stehen 16 Behandlungsplätze zur Verfügung. Auf die Dauer des Rehabilitationsangebots wird hier unten und unter Punkt 4.4. näher eingegangen.

Die fachklinischen Behandlungsangebote werden in zwei Abteilungen erbracht:

- In der Jugendlichenabteilung stehen 18 Behandlungsplätze für die Behandlung von Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr bis zum 20. Lebensjahr zur Verfügung.
- In der Erwachsenenabteilung stehen die verbleibenden 34 Plätze für die Aufnahme von jungen Erwachsenen vom 21. bis zum 27. Lebensjahr zur Verfügung.

Mit den Leistungsträgern, insbesondere mit dem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, sind die nachfolgenden Behandlungsmodule und Behandlungszeiten verabredet:

- Therapiemodul Kurzzeit: 12 Wochen
- Therapiemodul Langzeit ohne Adaption: 24-26 Wochen
- Therapiemodul Langzeit inklusive Adaption: 40-42 Wochen
- Modul Wiederholer inklusive Adaption: 24-27 Wochen

Diese Behandlungsmodule gelten für die Behandlung in der Jugendlichen- als auch in der Erwachsenenabteilung.

Für die Behandlung in der Jugendlichenabteilung wurde mit dem federführenden Leistungsträger ein besonderes Behandlungsmodul verabredet: **Kombi-Behandlung für Jugendliche.**

Dieses Behandlungsmodul richtet sich im Sinne einer stationären Frühintervention an jugendliche und junge erwachsene Suchtkranke bis zum 20. Lebensjahr, die einerseits bereits eine manifeste Abhängigkeitserkrankung ausgebildet haben, welche nicht mehr angemessen durch rein ambulante Behandlungsangebote behandelt werden kann.

Andererseits sind bei dieser Klientel noch ausreichende persönliche, familiäre, schulisch-berufliche und soziale Ressourcen vorhanden, so dass im Rahmen einer längstens 12-wöchigen stationären Behandlung die Reintegration in das persönliche Lebensumfeld mit Erfolg angestrebt werden kann. Zur Durchführung von medizinischen Leistungen zur Adaption können grundsätzlich auch RehabilitandInnen aufgenommen werden, die in einer anderen Klinik die klinische Behandlung ihrer Suchterkrankung (Phase 1) erfolgreich durchlaufen haben.

Abgerundet wird das stationäre Leistungsangebot zur medizinischen Behandlung durch die Verfügbarkeit von 5 Plätzen im Rahmen des Betreuten Wohnens. Das Betreute Wohnen steht allen

Entlass-RehabilitandInnen offen, für die aufgrund ihrer Krankheitsfolgestörungen rein ambulante Angebote im Rahmen der Nachsorge nicht oder noch nicht ausreichen.

Die Fachklinik Haus Weitenau ist gemäß den §§ 35/36 ff BtMG vom Sozialministerium Baden-Württemberg anerkannt.

Architektonische Beschreibung der Fachklinik

Die Fachklinik Haus Weitenau befindet sich in den historischen Gebäuden des ehemaligen Klosters Weitenau. Die historischen Gebäude sind den Bedürfnissen einer Fachklinik für suchtkranke Jugendliche und junge Erwachsene entsprechend saniert, aus- und umgebaut.

Die vielfältigen Maßnahmen zur Sanierung zum Ausbau und Umbau sowie zum Neubau einzelner Einrichtungsteile erstreckten sich über den gesamten Zeitraum des Bestehens, also heute über 40 Jahre und haben in der Summe dazu geführt, dass die Fachklinik Haus Weitenau über eine gute bauliche und Ausstattungsqualität zur Erbringung aller therapeutischen Leistungen im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation verfügt.

Auf dieser Basis konzentrierten sich unsere Bemühungen zur Fortschreibung der strukturellen baulichen Qualität in den letzten Jahren auf die Verbesserung der Aufenthaltsqualität und der Hotelqualität in den Rehabilitandenzimmern. Unter Punkt 6. Räumliche Gegebenheiten werden wir hierauf noch detaillierter eingehen und fassen an dieser Stelle übersichtlich zusammen:

- Das **Klosterhauptgebäude**: Durch den Bezug dieses Gebäudes wurde die Fachklinik Haus Weitenau 1972 begründet. Heute befinden sich im Klosterhauptgebäude die Rehabilitandenzimmer der Erwachsenenabteilung, die Essräume und Freizeiträume, der medizinische Bereich, Behandlungsräume des psychotherapeutischen Bereiches, eines der Dienstzimmer und weitere Versorgungsbereiche. In diesem Haus befinden sich auch die Cafeteria für die RehabilitandInnen und der Großgruppenraum.
- Die **Klostermühle** wurde nach alten Plänen und den Vorgaben des Denkmalamtes 1990 komplett neu aufgebaut und eröffnet. Heute sind in der Klostermühle die Jugendlichenabteilung untergebracht, Behandlungszimmer des Bereiches Psychotherapie, ein Dienstzimmer plus Übernachtungszimmer für diensthabende MitarbeiterInnen, die Lehrküche sowie verschiedene Freizeit- und Aufenthaltsbereiche für die Jugendlichen.
- Der ehemalige **Meierhof** bietet heute ausreichende räumliche Möglichkeiten für den gesamten Verwaltungsbereich, das Arbeitszimmer der Klinkleitung, Behandlungszimmer des Bereiches Psychotherapie sowie verschiedene Funktionsräume. In diesem Gebäude stehen zwei Gruppentherapieräume und ein Konferenzraum für interne und externe Veranstaltungen zur Verfügung. Im Untergeschoss des Gebäudes hat die Klinikschule sowie die Sauna und Freizeiträume eine feste Heimat bezogen. Ebenso ist in diesem Gebäude die Klinikschule untergebracht.
- Das **Werkstattgebäude** wurde im Jahre 2005 neu gebaut, auf dem Grundriss einer ehemaligen Scheune. Seit diesem Zeitpunkt beherbergt es die Arbeitstherapiebereiche Metall und Schreinerei. Sämtliche Arbeitszimmer der MitarbeiterInnen des Bereiches Arbeitsbezogene Medizinische Rehabilitation (Arbeitstherapie) sowie zwei Besprechungsräume. Darüber hinaus ist im Werkstattgebäude die Wäscherei der Fachklinik untergebracht.

Lage der Fachklinik Haus Weitenau

Die Fachklinik Haus Weitenau liegt im südlichen Schwarzwald im Dreiländereck zur Schweiz und zu Frankreich in einem Seitental des Wiesentals. Sie gehört zur Gemeinde Steinen, die ca. 10.000 Einwohner hat. Das Umfeld der Fachklinik Haus Weitenau verfügt über eine gute verkehrstechnische Infrastruktur. Die gute wirtschaftliche Infrastruktur wird geprägt durch vielfältige prosperierende Betriebe und Dienstleister. Dies bietet günstige Voraussetzungen bei allen therapeutischen Bemühungen, die zur schulisch-beruflichen und sozialen Reintegration und Teilhabe beitragen.

Einzugsgebiet für die zur Aufnahme kommenden RehabilitandInnen ist vor allem Baden-Württemberg. Die Aufnahmen erfolgen jedoch auch bundesweit, mit Schwerpunkt auf den

süddeutschen Raum. Die RehabilitandInnen können die Gemeinde Steinen im Rahmen ihrer Freizeitaktivitäten und Freizeitgestaltung sowie der Teilnahme an der außerklinischen beruflichen Belastungserprobung jederzeit leicht, mit von der Klinik zur Verfügung gestellten Fahrrädern, erreichen.

Sollte dies nicht möglich sein, sorgen regelmäßige Fahrdienste für die Mobilität der RehabilitandInnen.

Alle Versorgungs- und Kooperationseinrichtungen liegen im Umfeld der Gemeinde Steinen und sind nach ca. 10-minütiger Fahrzeit zu erreichen. Dies gilt für die Erreichbarkeit der Krankenhäuser, Ärzte, Beratungsstellen und der Betriebe gleichermaßen.

Barrierearmut in der Fachklinik Haus Weitenau

Trotz der baulichen Gegebenheiten in den historischen Gebäudeteilen der Fachklinik Haus Weitenau ist der barrierearme Zugang zu den Versorgungsbereichen und therapeutischen Leistungsbereichen sowie den Wohn-, Lebens- und Aufenthaltsbereichen möglich:

- Das **Werkstattgebäude** ist komplett barrierefrei zugänglich.
- Die **Klostermühle** ermöglicht den barrierefreien Zugang im Erdgeschoss mit seinen therapeutischen Bereichen, den Wohnbereichen für die RehabilitandInnen und dem Aufenthaltsbereich.
- Das **Klosterhauptgebäude** ermöglicht den barrierefreien Zugang im Erdgeschoss zu den Aufenthaltsbereichen und zur Cafeteria.
- Der **Meierhof** (Verwaltungsgebäude, Klinikschule) ermöglicht einen barrierefreien Zugang im Erdgeschoss zu Aufenthaltsbereichen, Gruppentherapieräumen und Sauna. Ebenso sind der barrierefreie Zugang zur Klinikschule sowie der barrierefreie Zugang zum Rehabilitandenkiosk möglich.

Selbstverständlich sind wir stets bemüht, die verbleibenden Bereiche im Rahmen von Aus- und Umbaumaßnahmen barrierearm zu erschließen. Bereits heute ist die Aufnahme von RehabilitandInnen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, jederzeit möglich. Sowohl die Unterbringung, als auch der Aufenthalt in den Freizeitbereichen und vor allem die Teilnahme an allen therapeutischen Leistungen der unterschiedlichen Bereiche ist jederzeit gewährleistet.

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen

Bio-psycho-soziale Modellvorstellungen der ICF

Die moderne medizinische Rehabilitation richtet sich an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgemodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus.

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) betrachtet in ihrer Modellvorstellung Erkrankungen und ihre Folgen als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren.

Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien Funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit Gesundheitsproblemen und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider. Die Modellvorstellung nimmt also eine dynamische Wechselwirkung zwischen der Person mit Gesundheitsproblemen (diagnostiziert nach ICD) und ihren Kontextfaktoren (bio-psycho-soziales Modell der ICF) als Ausgangspunkt ihrer Betrachtung.

Im Mittelpunkt stehen Aspekte der funktionalen Gesundheit, die eine Person dann als funktional gesund beschreiben, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) nachfolgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und die Körperstrukturen (Konzept der Körperfunktionen und Strukturen) entsprechen allgemein anerkannten Normen.
- Eine Person kann all das tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten).
- Die Entfaltung des Daseins in allen Lebensbereichen, die der Person wichtig sind, kann in der Art und dem Umfang erfolgen, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Das Gesundheitsproblem eines Menschen variiert nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF entsprechend dem Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren.

Bei der Übertragung dieser Modellvorstellung auf die Suchterkrankung bei jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen ergeben sich wesentliche Implikationen für die Diagnostik, die Indikationsstellung, die Behandlungsplanung entlang der individuellen Behandlungsbedarfe sowie für die Formulierung eventuell nachgehender Behandlungsbedarfe nach Abschluss der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Im Kern stellt sich das Gesundheitsproblem bei jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken als manifeste Abhängigkeitserkrankung, verbunden mit der Unfähigkeit zur Abstinenz im Lebensalltag dar.

In die gesundheitliche Situation insgesamt müssen dabei zugrunde liegende, auslösende und aufrecht erhaltende Faktoren der Suchterkrankung einerseits und Folgeerkrankungen psychischer, somatischer und dissozialer Art sowie Teilhabestörungen mit Blick auf das Leben in der Arbeitswelt und in der Gesellschaft andererseits einbezogen werden.

In der Behandlung jugendlicher und junger erwachsener Suchtkranker spielen chronische Krankheiten im Sinne einer Teilhabestörung eine untergeordnete Rolle und gerade auch das jugendliche Alter befähigt die allermeisten RehabilitandInnen im Rahmen einer erfolgreich verlaufenden medizinischen Rehabilitation dazu, ihre individuellen Teilhabestörungen und die zuvor erlebten subjektiven Krankheitsfolgen im Sinne einer Behinderung, zu überwinden.

Selbstverständlich sind in der modernen medizinischen Rehabilitation die Kontextfaktoren regelmäßig mit in die Behandlung einbezogen mit dem Ziel, Förderfaktoren zu identifizieren und Barrieren, wie sie zuvor bestanden, abzubauen.

Bei der individuellen Anamneseerhebung und Diagnosenstellung in den verschiedenen Fachbereichen der Fachklinik Haus Weitenau, spielen die Konzepte der ICF aus medizinischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Sicht eine ausschlaggebende Rolle. Ergänzt wird die diesbezügliche Diagnostik im zentralen Leistungsbereich der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation sowie als Grundlage für die Angebote der Sport-, Körper-, Freizeittherapie, mit dem Ziel der sozialen Teilhabe.

Die diagnostischen Aspekte, die regelmäßig erhoben, bewertet und dokumentiert werden, beziehen sich dabei auf die nachfolgend genannten Teilkonzeptionen der ICF:

- Das Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen mit seinen körperlichen und psychischen Aspekten der Betrachtung, im Hinblick auf die Identifikation von Schädigungen und Beeinträchtigungen.
- Das Konzept der Aktivitäten und Teilhabe mit den Aspekten auf der Leistungsfähigkeit und Leistung einer Person bezüglich einer Aufgabe und deren Bewältigungsmöglichkeit sowie die eventuellen Folgen, die sich daraus für die Teilhabe eines Menschen an seinen individuellen Lebensbereichen, insbesondere der beruflichen Welt und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ergeben.

- Das Konzept der Kontextfaktoren mit seinen Barrieren, wie sie sich zuvor während des akuten Zustandes der Suchterkrankung ergaben und der Förderfaktoren, die vor allem im Rahmen der begonnenen medizinischen Rehabilitation eine ausschlaggebende Rolle spielen.

Alle Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik Haus Weitenau zielen letztlich darauf ab, ausgehend vom Ausmaß des bestehenden individuellen Gesundheitsproblems, zur Gesundung der Körperfunktionen und Körperstrukturen beizutragen.

Dies als Basis für die optimale Ausgestaltung der Aktivitäten der jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken mit Blick auf ihre Teilhabe in ihren individuellen Lebensbereichen sowie der Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und am gesellschaftlichen Leben.

Unterstützt wird diese Entwicklung durch die Einbeziehung der individuellen Umweltfaktoren sowie der personenbezogenen Faktoren unter Ausschöpfung aller bestehenden Ressourcen sowie unter Eliminierung möglichst aller hinderlichen Barrieren.

In den folgenden Kapiteln werden die theoretischen Grundannahmen der Modellvorstellungen nach ICF aus verschiedenen Blickwinkeln aufgegriffen und ausdifferenziert.

Bei der Darstellung der grundsätzlichen, theoretisch-wissenschaftlichen Modellvorstellungen wurden die Ausführungen des ICF Praxisleitfaden II, Fassung Februar 2008, herausgegeben durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), zugrunde gelegt.

Tiefenpsychologische Persönlichkeitstheorie und Behandlungsmodelle

Die psychotherapeutische Arbeit in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie in der Fachklinik Haus Weitenau ist im Wesentlichen geprägt durch ein tiefenpsychologisches und psychodynamisches Verständnis der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen.

Unter Bezugnahme auf die Schulen der Tiefenpsychologie vertreten wir dabei die Auffassung, dass dem bewussten Erleben und Verhalten Prozesse der inneren Spannungs- und Triebregulation und der Konfliktverarbeitung zugrunde liegen, die in der Tiefe des Unbewussten ablaufen. Die wesentlichen psychischen Prozesse werden als ein Spiel von Kräften verstanden (Psychodynamik), welchem Antriebe und/oder sonstige motivationale Prozesse zugrunde liegen, die das menschliche Seelenleben mit spezifischen Energien ausstatten.

Diese psychodynamischen Prozesse sind bei gesunder Entwicklung ein zentraler und hochwirksamer Teil unseres psychischen Lebens.

Dabei drückt sich die angemessene innerseelische Bewältigung in einer gelingenden Bewältigung von außen kommender Entwicklungsaufgaben im Sinne einer adäquaten Reifung und Entwicklung der Persönlichkeit über die verschiedene Lebensplanung hinweg.

Dem reifenden und sich entwickelnden Ich helfen gelingende Abwehrmechanismen im Sinne einer positiven Ich-Leistung, innerpsychische Konflikte zu bewältigen und in der Folge adäquate Anpassungsleistungen an die äußeren Umweltanforderungen zu entwickeln. Die Entstehung der Abhängigkeitserkrankung, die sich bei unserer jugendlichen und jungen erwachsenen Klientel meist schon mit beginnender Jugendzeit in ihren verschiedenen Ausprägungen manifestiert, kann als missglückter Lösungsversuch oder Anpassungsversuch im Spannungsfeld nicht ausreichender persönlicher Ich-Funktionen und Ich-Strukturen und den allgemeinen und speziellen Lebensanforderungen, wie sie sich zu unterschiedlichen Lebenszeiten stellen, verstanden werden.

Dabei spielen körperlich biologische Strukturen und Dispositionen mit eine Rolle. Meist finden wir von Beginn an familiäre und psycho-soziale Belastungen, die der optimalen Förderung der Entwicklung des heranwachsenden Kindes entgegenstehen. Wobei vor allem auch die Entwicklung gefestigter psychischer Strukturen nur unzureichend erfolgen kann. Die heranwachsenden Kinder erleben oft ein Ausgeliefertsein, in Verbindung mit einer mangelnden elterlichen Zuwendung und Versorgung. Vor diesem defizitären Hintergrund gelingt es den heranwachsenden Kindern nicht oder nicht

angemessen, sich aus dem familiären System abzulösen und altersangemessene Schwellen dauerhaft erfolgreich zu bewältigen (Eintritt in den Kindergarten, Einschulung).

Existenzielle Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen bleiben der Erwachsenenwelt, oftmals auch der Familie verborgen oder werden nicht angemessen identifiziert und beantwortet. Tiefenpsychologisch betrachtet erfahren die heranwachsenden Kinder zu wenig dauerhafte, liebevolle, wohlwollende und unterstützende Zuwendung in ihrer Persönlichkeitsreifung.

Sie bleiben allein mit ihren Enttäuschungen, unerfüllten Wünschen und intensiven Gefühlen. In ihrem Inneren bleiben heftigste Bedürfnisse nach altersangemessener Zuwendung und Förderung durch die Elternpersonen unerfüllt.

Die wahren inneren Konfliktlagen und die sich aus diesen ergebende Psychodynamik bleiben meist bis zum Beginn der Jugendzeit unbemerkt bzw. unbeachtet. Die beginnende Jugendzeit stellt die Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor neue Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben, die vor allem auch durch die bald beginnende Pubertät mit beeinflusst werden.

Die beginnende Orientierung, weg von den familiären Strukturen, führt die Jugendlichen mehr und mehr in Begegnungen mit Altersgleichen. Dort begegnen sie auch in diesem früheren Experimentierstadium Drogen unterschiedlicher Arten. Der Konsum und die subjektiv angenehm empfundenen Wirkungen üben auf die vorbelasteten Jugendlichen eine enorme Faszination aus. Für sie beginnt schon bald eine stark progrediente Suchtentwicklung. Der Konsum von Rauschmitteln und das Eintauchen in eine neue Welt, die der jugendlichen Experimentierfreude und Unternehmungslust entspricht, stellen sich schon bald als der verzweifelte Versuch einer Selbstheilung im Sinne einer Selbstmedikation dar.

Die wenigen, eventuell noch vorhandenen Ressourcen zu einer angemessenen Lebensgestaltung und Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben gehen rasch und radikal verloren. Die zuvor schon bestehenden Problemlagen verschärfen sich und belasten nicht nur den jugendlichen Suchtkranken selbst, sondern vor allem auch seine Familie und seine nahen Unterstützungs- und Bezugspersonen.

Die ausführliche Anamnesenerhebung der biographischen Zusammenhänge unter besonderer Berücksichtigung der psycho-dynamischen und sozio-dynamischen Aspekte, setzt vor allem den Rehabilitanden, aber auch seinen Behandler in die Lage, die Gesamtentwicklung mit Schwerpunkt auf der psychischen Entwicklung neu zu bewerten. Dabei werden Belastungen und Entwicklungshemmnisse einerseits und verbliebene Ressourcen andererseits aufgegriffen und in einem intensiven psychotherapeutischen Prozess integriert, in welchem die psychotherapeutische Bezugsperson oft in Rollen mit biographischem Bezug gerät. Auf diese Weise können biographische, innerseelische Konflikte wiederbelebt und aktualisiert werden, wobei neue, passende Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten herausgearbeitet werden können.

Im Sinne einer Nachreife und Nachentwicklung durchschreiten die Psychotherapeuten in Einzel- und Gruppenpsychotherapie mit ihren RehabilitandInnen die Phasen des Lebens, wobei das Verständnis der RehabilitandInnen für die psycho-dynamischen Zusammenhänge zwischen zugrunde liegenden auslösenden und aufrecht erhaltenden Faktoren des Gesundheitsproblems, also der Suchterkrankung und für sie innere Verarbeitungs- und Abwehrmechanismen gefördert werden kann.

Im Zentrum dieser Bemühungen stehen die Entdeckung und die Förderung der individuell noch zur Verfügung stehenden Ressourcen für neue Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten anlässlich der Bewältigung von altersangemessenen Entwicklungsaufgaben sowie der Erarbeitung einer neuen persönlichen, schulisch-beruflichen und sozialen Perspektive.

Entlang eines emanzipatorischen Prinzips gelingt so die Förderung der Persönlichkeitsstärken als Basis für eine selbstbewusste und eigenverantwortliche Lebensplanung und Lebensgestaltung unter Verzicht auf die Einnahme von Rauschmitteln, die zuvor noch das einzige Ventil zur Bewältigung für die jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen waren.

Der Blick weitete sich über die individuelle psycho-dynamische und tiefenpsychologische Verständnisweise hinaus auf gruppendynamische und systemische Aspekte umgebender, eventuell krankmachender Systeme. Bei der Einbeziehung der engsten Angehörigen der jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken, meist die Eltern, Geschwister, gelegentlich sonstige Angehörige oder Partner, steht die Betrachtung der familiären Belastungen und der familiären Dynamik einschließlich der Rollenübernahme der einzelnen Familienmitglieder im Mittelpunkt der Betrachtung. Wobei auf jeden Fall auf Schuldzuweisungen und Selbstvorwürfe verzichtet werden muss.

Gegenseitige oder die eigene Schuldzuweisung sind von heftigsten psycho-dynamischen und gruppendynamischen Effekten begleitet. Die familientherapeutischen Angebote im Rahmen der Angehörigen- und Partnertherapie müssen hier steuernd und gestaltend einwirken, um allen Beteiligten eine neue Rollenübernahme und Rollengestaltung zu ermöglichen.

Die entsprechenden positiven Effekte tragen erheblich zur psychischen Stabilisierung der jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen bei und darüber hinaus natürlich zur Stabilität und zum Wohlbefinden aller Beteiligten.

Psychodrama, Soziometrie und Gruppenpsychotherapie

In der diagnostischen und psychotherapeutischen Ausgestaltung der beschriebenen psycho-dynamischen Entstehungszusammenhänge der Suchterkrankung bilden die Modelle von J. L. Moreno zur Soziometrie, Gruppenpsychotherapie und zum Psychodrama einen zentralen Schwerpunkt unserer therapeutischen Arbeit.

Mit diesen Modellen verbindet sich ein therapeutisches Vorgehen, mit dem wir den einzelnen Menschen ermöglichen wollen, seine in seinem Fluss behinderten intrapsychischen und interpersonellen Beziehungen aus ihren Fixierungen zu befreien und schöpferisch umzugestalten.

Entsprechend dem gezielten multiprofessionellen Team der Psychotherapie finden dabei tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Modelle des Verständnisses, der Entstehung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ihre Berücksichtigung und Integration.

Die erwähnten Methoden und Interventionen können sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppenpsychotherapie eingesetzt werden. Schwerpunkt für den Einsatz soziometrischer und psychodramatischer Methoden ist jedoch die Gruppenpsychotherapie.

Der Handlungsansatz und die Aufforderung zur szenischen Darstellung bieten sich besonders für die Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen an, da die Jugendzeit und die jugendliche Welt deutlich mehr von Aktivität und Handeln geprägt sind und der verbale Ausdruck allein noch eher in den Hintergrund tritt.

So eröffnen die szenische Darstellung und der Übergang zum Handeln bzw. auch die Arbeit mit Medien und Materialien, dem Jugendlichen und jungen Erwachsenen neue Zugänge, sowohl zu konflikthafter biographischer Problemstellungen, als auch zur Gegenwartsbewältigung und darüber hinaus zur Entwicklung für die eigene Zukunftsperspektive.

Die **Soziometrie** dient vor allem als Diagnosemethode, mit der zum Beispiel Familiensysteme dargestellt und Spannungsfelder und Änderungswünsche identifiziert werden können, um sie so einer späteren Bearbeitung im Sinne der Veränderungswünsche zugänglich zu machen. Soziometrische Diagnostik, aber auch die soziometrische Bearbeitung bedeutsamer Themenbereiche eröffnen neue Methoden des Rollentrainings und damit die Entdeckung neuer Bewältigungs- und Verhaltensmöglichkeiten für die aktuelle und künftige Lebensgestaltung.

Besonders anschaulich wird die soziometrische Technik, wenn es für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen darum geht, ihre Rollen im sozialen System der sie umgebenden nahen Bezugspersonen zu identifizieren. Dabei kann sowohl der Nähe- und Distanz- als auch der Beziehungsdynamik ausreichend Beachtung geschenkt werden. Dies alles kann konkret einfließen in eine neue Rollengestaltung und Verantwortungsübernahme.

Das **Psychodrama** eröffnet den Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen leichten Zugang zur Bearbeitung persönlich relevanter Themen, da es Jugendlichen und jungen Erwachsenen leichter fällt, in Aktion und Interaktion zu kommen. Dabei ist das Psychodrama Spiel, Handeln und szenische Darstellung von Ereignissen aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Es stellt die Psyche sowie ihre Probleme auf die Bühne. Die in Szene gesetzte Darstellung ist für die Beteiligten etwas Bekanntes und Vertrautes, quasi ihr eigenes Selbst. Das Psychodrama zeigt den Teilnehmern ihre eigene Identität und ihr Selbst wie in einem Spiegel.

Die psychodramatische Gruppenpsychotherapie orientiert sich dabei an den nachfolgenden Leitlinien:

- Prinzip der therapeutischen Interaktion: Ein Rehabilitand ist ein therapeutisches Agens des anderen, eine Gruppe ist ein therapeutisches Agens für die andere Gruppe.
- Prinzip der Spontaneität, der spontanen Gruppenproduktion in Verbindung mit der freien, ungehinderten Teilnahme aller Mitglieder der Gruppe.
- Prinzip der direkten unmittelbaren Interaktion in der Gruppe, die alle Eigenschaften einer Realitätsprobe hat. Der Rehabilitand wird mit wirklichen Personen konfrontiert. Nicht nur mit seinen eigenen, sondern auch mit denen anderer Menschen.

Dabei wirken unter anderem nachfolgend genannte Faktoren:

- Die Eigenbeteiligung der RehabilitandInnen als Protagonisten (als erste Handelnde) gibt den Betroffenen Eigenverantwortlichkeit.
- Gruppenmitglieder und Therapeuten können als Hilfs-Ich agieren und somit den Protagonisten unterstützen.
- Die Beteiligten erleben, dass ihre persönlich relevanten Themen, auch im Sinne eines soziodynamisch funktionierenden Beziehungssystems mit bedingt sind.
- Das Erleben und die Erkenntnis, dass sowohl Protagonist als auch die anderen Mitbeteiligten an der Entstehung und Auflösung der Probleme beteiligt sind.
- Der Protagonist erlebt seine Autonomie, indem er erlebt, dass er seine eigenen Wahrheiten schaffen kann.
- Er erlebt durch die Gruppenmitglieder, dass es andere Suchtweisen der subjektiv erlebten Wahrheit geben kann. Damit sind Korrekturen verzerrter Wahrnehmungen möglich.
- Im Rollentausch erlebt der Protagonist, dass er andere Wahrheiten gemäß seiner Wünsche und Erwartungen schaffen kann.
- Das Teilen und Mitteilen gleicher Erlebnisse untereinander relativiert das eigene Leid und schafft Solidarität und Hoffnung.

Die beschriebenen Leitlinien und Prinzipien ermöglichen den Jugendlichen und jungen Erwachsenen spontanes szenisches Spiel als therapeutisches Medium. Der Schwerpunkt liegt darauf, erst in Szene zu setzen, zu handeln, zu leben, zu fühlen und anschließend über das Erlebte zu sprechen. Die psychodramatische Methode kann jederzeit sehr leicht Bezug nehmen auf die defizitären jugendlichen Entwicklungen hinsichtlich einer angemessenen Beziehungs- und Rollengestaltung sowie auf das in der Regel eingeschränkte Rollenrepertoire und das inadäquate Rollenhandeln.

Mit Blick auf die jugendliche Suchterkrankung gelingt ein erheblicher Erfahrungs- und Kenntniserwerb hinsichtlich der Bedeutung der Rauschmittel. Sie sind häufig genug ein Ausdruck des Rückzugs aus zwischenmenschlichen Beziehungen und erfüllen darüber hinaus vielfältige Aufgaben im Sinne der Selbstheilung und Selbstmedikation. Rauschmittel unterstützen dabei den inneren Rückzug, die zunehmende Isolation und Entfremdung sowohl aus dem familiären System, als auch aus anderen gesellschaftlichen Systemen.

Die psychodramatischen Techniken können den Jugendlichen und jungen Erwachsenen tiefe Einblicke einerseits und Möglichkeiten einer neuen Rollenkompetenz und Beziehungsgestaltung im Sinne eines Selbstwirksamkeitsprinzips andererseits ermöglichen.

In der überwiegenden Mehrzahl zeigen die jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken bei ihrer Aufnahme zur fachklinischen Behandlung erhebliche Reifungs- und Entwicklungsrückstände. Sie wirken hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsentwicklung keinesfalls altersgemäß.

Vielfältige familiäre Belastungen in der Herkunftsfamilie, die zu familiären Sozialisationsdefiziten führen und darüber hinaus durchgängig auch allgemeine Sozialisationsdefizite in den Umgebungsbedingungen, haben die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, beginnend ab der Kindheit, kaum noch in die Lage versetzt, ihre alterstypischen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen.

Die früh einsetzende Suchterkrankung mit ihren Krankheitsfolgen in medizinischer, psychischer, psychosozialer, schulisch-beruflicher und sozialer Hinsicht bedeuten für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine stete Überforderung mit Blick auf die jugendlichen Entwicklungsaufgaben.

Dabei treffen die biologischen Veränderungen, mit beginnender Pubertät, auf eine insgesamt höchst labile psychische Situation bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wodurch die ungünstigen Entwicklungsverläufe zusätzlich akzeleriert werden. Die biochemischen Wirkungen, die der meist exzessive Rauschmittelgebrauch in der Jugendzeit auslöst, bedeuten für die hirnganischen Reifungsprozesse, die sich über die gesamte Jugendzeit hinziehen, eine gravierende Belastung.

Vor dem Hintergrund, gerade der Modellvorstellungen der ICF, kommt es somit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu erheblichen Einschränkungen in deren Körperstrukturen, in deren Funktionsfähigkeit sowie deren Aktivität hinsichtlich sämtlicher Teilhabeaufgaben. Diese Aspekte werden von Beginn an in der fachklinischen Behandlung mit berücksichtigt, da sich im Sinne einer Nachreife und Nachentwicklung, und dies bedeutet gleichzeitig das Nachholen wichtiger Entwicklungsaufgaben, vielfältige Implikationen für die therapeutischen Angebote zur Entwicklung einer altersangemessenen Persönlichkeit insgesamt ergeben.

Entwicklungsaufgaben, die in Kindheit und Jugend geleistet werden müssen, begleiten Menschen in ihrer persönlichen Entwicklung und Reife. Mit der angemessenen Bewältigung der Entwicklungsaufgaben schreitet die Persönlichkeitsentwicklung kontinuierlich fort.

Die Bewältigung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben wird bestimmt und geprägt durch innere und äußere Prozesse, die zum Teil zwangsläufig während des Älterwerdens ablaufen und die damit einhergehen, dass in jedem Alter bestimmte Aufgaben gelöst werden müssen. Gelingt dies erfolgreich, entwickelt sich die Persönlichkeit weiter und wird stabilisiert.

Die alterstypischen Entwicklungsaufgaben können durch unterschiedliche Einflüsse ausgelöst werden:

- Biologische Veränderungen innerhalb des Organismus, ausgelöst durch Reifungsprozesse, die insbesondere in Kindheit und Jugend deutlich beschleunigt sind.
- Entwicklungsaufgaben, die durch die gesellschaftlichen Anforderungen gestellt werden: Eintritt in den Kindergarten, Einschulung, Schul- und Berufsausbildung.
- Psychologische Einflüsse, z. B. die Entwicklung eines Wertesystems, mit den sich daraus ergebenden Idealen und Zielen.

Besonders die Jugendzeit (Adoleszenz, 13. bis 17. Lebensjahr und die auslaufende Jugendzeit, 18. bis 22. Lebensjahr) beinhaltet für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zentrale Entwicklungsaufgaben, die die Entwicklung ihrer Persönlichkeit und den individuellen Lebensweg nachhaltig prägt:

- Die Erlangung zunehmender Autonomie und altersangemessene Ablösung von den Eltern.
- Die Entwicklung einer eigenen Identität in der Geschlechtsrolle.
- Der Aufbau eines eigenen Systems von Moral und Wertvorstellungen.
- Die Entwicklung einer eigenen Zukunftsperspektive, verbunden mit den entsprechenden schulischen und beruflichen Wahlen.

Der Gesamterfolg der stationären medizinischen Suchtrehabilitation sowie die gelingende Therapiemitwirkung und Mitgestaltung, werden erheblich durch die Beachtung der beschriebenen Zusammenhänge geprägt.

Das stationäre Behandlungssetting für die Suchtrehabilitation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen muss deren innere und äußere Lebensrealität mit Blick auf die noch zu leistenden Entwicklungsaufgaben widerspiegeln. Dies betrifft sowohl die konzeptionelle Ausrichtung, als auch die strukturelle, personelle und inhaltliche Ausgestaltung des stationären Behandlungsprogramms.

Von großer Bedeutung ist für die zu leistenden entwicklungspsychologischen Prozesse das Vorhandensein der Gruppe der Gleichaltrigen, die sogenannte Peergroup, in der wesentliche Erfahrungen und Erlebnisse im Verlaufe eines Prozesses des Neu- und Umlernens gefördert werden.

Dementsprechend entwickelten wir eine speziell auf die Belange und Bedarfe ausgerichtete Jugendlichentherapie in eigener Jugendlichenabteilung im eigenen Jugendlichenhaus (Klostermühle).

Das gesamte stationäre Behandlungssetting akzentuiert die Lebensumwelt und die Erlebniswelt Jugendlicher und junger Erwachsener. Dieser klare Rahmen bedeutet für die allermeisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen erstmals oder seit langem wieder die Gelegenheit zu einer nachdrücklichen Auseinandersetzung mit der eigenen Entwicklung in altersentsprechender Peer und demzufolge altersentsprechenden Themen.

Komorbidität aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Die Suchterkrankung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen entwickelt sich meist in der früheren Jugendzeit vor dem Hintergrund zugrunde liegender und auslösender komorbider Krankheitsbilder aus auslaufender Kindheit und früher Jugend, die oftmals nicht beachtet oder aber diagnostiziert und in der Folge oft nicht behandelt wurden.

In den meisten Fällen boten die familiären Zusammenhänge keine ausreichende Basis oder Struktur für den angemessenen Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die psychische oder gar psychiatrische Auffälligkeit zeigen.

Die nachfolgend kurz zusammengefassten Erkenntnisse aus der stationären Behandlung suchtkranker Jugendlicher und junger Erwachsener mögen den Blick öffnen für die familiäre Belastung und die Belastungen der sozialen Situation insgesamt vor Beginn der Suchterkrankung:

- Migrationshintergrund in einer Vielzahl von Fällen
- Suchterkrankung bei den Eltern oder einem Elternteil
- berufliche oder soziale Entwurzelung der Eltern
- Delinquenz bzw. Inhaftierung bei Vater oder Mutter
- wechselnde Wohnsituationen
- Aufwachsen bei Adoptiveltern/Pflegeeltern/Großeltern
- Wechsel vom Elternhaus ins Heim
- Tod der Eltern oder eines Elternteils

Die allermeisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen weisen eine Mehrzahl der genannten Störungs- bzw. Belastungsmerkmale auf.

So wundert es kaum, dass die allermeisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen bereits vor Beginn ihrer Suchterkrankung psychische und/oder psychiatrische Auffälligkeiten zeigen, die schon seinerzeit einer Mitbeachtung aus kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Sicht bedurft hätten und die nun mit Eintritt in die stationäre medizinische Suchtrehabilitation unbedingt mit beachtet und mit behandelt werden müssen:

- erzieherische und emotionale Vernachlässigung
- Erziehungsprobleme

- Schulprobleme (Wiederholung, Nichtversetzung, Förderschule, Schulausschluss, Schulabbruch)
- psychische und Verhaltensauffälligkeiten in Kindergarten und Schule
- Störungen des Sozialverhaltens
- Störungen des Sozialverhaltens in Verbindung mit depressiven Entwicklungen
- Selbstverletzendes Verhalten
- depressive Entwicklungen mit Suizidalität
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)
- Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Der oftmals progrediente Verlauf der Suchterkrankung, gekennzeichnet durch exzessiven Konsum unterschiedlicher Substanzen führt zu einer Verstärkung und Verschärfung der zuvor bereits bestehenden Symptomlagen und Krankheitsbilder.

Selbstverständlich werden diese Krankheitsfolgen aus kinder- und jugendpsychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht mit beachtet und vor Ort unter Hinzuziehung eines Kinder- und Jugendpsychiaters mit behandelt. Es besteht eine intensive Zusammenarbeit in Alltag und Krise mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Lörrach, welche die notwendigen direkten positiven Implikationen im therapeutischen Alltag gegenüber vor allem den psychiatrischen Komorbiditäten in der Fachklinik Haus Weitenau vor Ort ermöglicht.

Neurobiologische Aspekte und Suchtentwicklung

Die Betrachtung der theoretisch wissenschaftlichen Grundlagen runden wir für die Gesamtkonzeption der Fachklinik Haus Weitenau ab durch die Hervorhebung neuerer neurobiologischer Erklärungsansätze für die Suchtentwicklung und die Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens.

Das menschliche Verhalten scheint den Modellen zufolge gesteuert durch ein hochkomplexes Belohnungssystem, dessen Botenstoff Dopamin ist. Das Gefühl einer Belohnung, die der Botenstoff Dopamin auslöst, erhöht beim Menschen die Lust auf Wiederholung, die Lust auf mehr.

Die neurobiologischen Erkenntnisse deuten darauf hin, dass auf den Oberflächen und im Inneren der Nervenzellen Spuren durch die psychoaktiven Substanzen hinterlassen werden. Diese richten sich einerseits auf die Wahrnehmung des nächsten Konsums und ebenso auf das Empfinden des Nicht-Konsums.

Zusätzlich entstehen mit der Zeit auch neue Zellverbindungen (Verknüpfungen der Axonen). Daraus leitet sich die Folgerung ab, dass sich das menschliche Gehirn dem Konsumverhalten biologisch anpasst.

Die Zahl der Rezeptoren, die auf die jeweilige Droge reagieren, erhöht sich. Daraus erklärt sich, dass Abhängige immer höhere Dosen ihrer Droge benötigen, bis die gewünschte Wirkung eintritt. Bleibt der Drogenkonsum aus, so wirkt sich dies negativ auf die Stimulation des Belohnungssystems aus. In der Folge kann es unter anderem zu schlechter Laune, Gereiztheit und Depressionen kommen.

Gemäß den Modellvorstellungen der neurobiologischen Wirkmechanismen sind vier zerebrale Schaltkreise betroffen:

- das mesolimbische Belohnungssystem
- die in der Orbito frontale Hirnrinde vorhandenen Strukturen von Antrieb und Motivation
- die für das Lernen und das Gedächtnis relevanten Strukturen wie Amygdala, Caudate, Putamen und Hippocampus
- die präfrontalen Strukturen, die an Entscheidungsfindung und Verhaltenskontrolle beteiligt sind

In der Summe der Wirkungen bedeutet Abhängigkeit eine Folge von wiederholt gestörten Regulationsvorgängen im Belohnungssystem mit Auswirkungen auf Motivation, Gedächtnis und Impulskontrolle. Pathologisch ist dabei die exzessive Ingangsetzung von zerebralen (an sich nicht krankhaften) Prozessen durch abhängigkeiterzeugende Stoffe (aber auch durch krankhaftes Spielen). Die hirnnorganischen Modellvorstellungen zu den Wirkmechanismen von Drogen sind zugegebenermaßen komplex und nicht immer ohne fundiertes Fachwissen nachvollziehbar.

In den therapeutischen Überlegungen im Rahmen der Leistungserbringung zur stationären medizinischen Suchtrehabilitation müssen diese Modellvorstellungen gleichwohl Einzug halten. Letztlich muss in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Frage beantwortet werden, auf welche Weise positive Erlebnis- und Gefühlszustände auch in den hirnnorganischen Strukturen Raum greifen, ohne dass wie zuvor Rauschmittel konsumiert werden müssen.

Im Kern geht es um die erstmalige Entdeckung oder Wiederentdeckung von in den Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst schlummernden diesbezüglichen Ressourcen mit ihren vermuteten positiven Auswirkungen auf motivationale Geschehnisse insgesamt und selbstverständlich auch auf eine gelingende Impulskontrolle.

Die intensiven Wirkungszusammenhänge psychotroper Substanzen müssen ersetzt werden durch, vereinfacht gesprochen, neue Aktivitäten der persönlichen Alltagsgestaltung, die Begeisterung und Faszination hervorrufen und dementsprechend Einzug ins Gedächtnis finden. Wo Suchtgedächtnis war, muss ein neues Gedächtnis Raum greifen, in dem Gefühle, Ereignisse und Erlebnisse abgespeichert sind, die bei suchtkranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen Antrieb und Motivation bewirken können, auf die Einnahme von Rauschmitteln zu verzichten.

Die neurobiologischen Erkenntnisse haben insgesamt auch eine hohe Relevanz im Rahmen aller therapeutischen Bemühungen zur Rückfallprophylaxe. Im Rahmen der psychoedukativen Angebote und im Sinne einer angemessenen Krankheitsbewältigung und Gesundheitsvorsorge erfahren die jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen, dass sie auslösende Reize konsequent meiden müssen, um nicht alte Mechanismen des Suchtgedächtnisses wieder zu beleben.

Der Gesundheitsaufklärung im Rahmen der psychoedukativen Angebote kommt somit eine zentrale Bedeutung zu. Die Umorientierung, weg von alten Verhaltensweisen und das Neulernen angemessener Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten zum eigenen Gesundheitsschutz, stellt an die Jugendlichen und jungen Erwachsenen neue Herausforderungen im Zusammenleben mit der Peergroup.

Selbstverständlich ergeben sich aus den neurobiologischen Modellvorstellungen auch Implikationen für weitere stationäre Behandlungssettings. Kurz benennen wir die erlebnisorientierten Behandlungsangebote im Rahmen der Sport-, Körper- und Freizeittherapie mit ihren äußerst positiven und an den tatsächlichen Behandlungserfolgen ablesbaren Wirkungen auf Jugendliche und junge Erwachsene.

4.2. Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

In Anlehnung zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 kommt die Aufnahme zur stationären Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene in die Fachklinik Haus Weitenau immer dann in Betracht, wenn eines oder mehrere der nachfolgenden Kriterien erfüllt sind:

- Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem und/oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiver Partnerbeziehung) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion.
- Die Abhängigkeitskranken sind beruflich nicht oder nicht mehr integriert und bedürfen infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.

- Die Abhängigkeitskranken sind nicht bereit oder nicht in der Lage, auf sich selbst gestellt abstinenz zu leben.
- Ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann, insbesondere vor dem Hintergrund der genannten Kriterien, eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Vor dem Hintergrund dieser Rahmenbedingungen einer möglichen Indikation werden in der Fachklinik Haus Weitenau die nachfolgend beschriebenen Klientengruppen aufgenommen:

- Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr bis zum 20. Lebensjahr in die Jugendlichenabteilung der Fachklinik Haus Weitenau
- Junge Erwachsene ab dem 21. Lebensjahr bis zum 27. Lebensjahr in die Erwachsenenabteilung der Fachklinik Haus Weitenau

Für beide Klientengruppen stellt sich die grundsätzliche Indikation:

- Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol und/oder allen legalen und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beiderlei Geschlechts
- Spielsucht (z. B. Automaten Spielsucht und Medienabhängigkeit)

Begleitende beziehungsweise ergänzende Aspekte einer möglichen Indikationsstellung im Sinne einer komorbiden Symptomatik sind:

- kinder- und jugendpsychiatrische bzw. allgemeinpsychiatrische Krankheitsvorbelastungen und Krankheitsfolgen
- schulisch-berufliche Entwurzelung
- soziale Entwurzelung, Dissozialität und Kriminalisierung

Kontraindikationen, die gegen eine Aufnahme zur Suchtrehabilitation sprechen sind:

- schwere und akut behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen
- schwere hirnorganische Störungen
- akute Psychosen
- Pflegebedürftigkeit
- Schwangerschaft (Ausnahmen sind möglich mit Blick auf den zu erwartenden Geburtstermin)

Weitere Aspekte eines komorbiden Erkrankungsbildes können durch spezielle indikative Behandlungsangebote im Rahmen der fachklinischen Suchtrehabilitation behandelt werden. Zu nennen sind beispielsweise:

- Probleme und Konflikte in der Herkunftsfamilie bzw. Partnerschaft
- traumatisierende Lebenserfahrungen (sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen und andere)
- Depressivität
- Ernährungsstörungen
- Selbstverletzung
- Angsterkrankungen
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)
- Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Die unter späteren Gliederungspunkten beschriebenen diagnostischen, differentialdiagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Leistungsspektrum der Fachklinik Haus Weitenau machen deutlich, dass die Suchterkrankung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, gerade auch hinsichtlich der Komorbidität (Komplexerkrankung) angemessen und umfänglich behandelt werden kann.

4.3. Rehabilitationsziele

Die grundsätzlichen Zielvorgaben der medizinischen Rehabilitation für jugendliche und junge erwachsene Suchtkranke in der Fachklinik Haus Weitenau sind darauf ausgerichtet, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gesellschaft, wie sie in der Folge der fortschreitenden Suchterkrankung entstanden sind, durch geeignete therapeutische Leistungen und Angebote der unterschiedlichen therapeutischen Leistungsbereiche zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten bzw. ihre Folgen zu

mildern. Die besondere Profilbildung der Fachklinik Haus Weitenau erfordert aufgrund der Altersstruktur und der daraus zu unterstützenden Bewältigung der Entwicklungsaufgaben die Entsprechung gemäß den Vereinbarungen zur medizinisch beruflichen Rehabilitation und zur medizinisch schulischen Rehabilitation.

Nach Abschluss der stationären Suchtrehabilitation sollen unsere jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen befähigt sein, eine Erwerbstätigkeit und Aktivitäten des täglichen Lebens in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für Menschen ihres Alters als normal, also für den jeweiligen persönlichen Lebenskontext als typisch erachtet werden. Diese grundsätzlichen Rehabilitationsziele entspringen den gesetzlichen Vorgaben der einschlägigen Sozialgesetzgebung ebenso wie den Leitlinien und Standards der Leistungsträger der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Sie sind zudem operationalisiert in den Modellvorstellungen der ICF. Daraus abgeleitet ergeben sich zunächst basale operationalisierte Ziele, die mit der konkreten Überwindung des akuten Zustandes der Suchterkrankung im Verlauf der stationären medizinischen Rehabilitation einhergehen:

- Die Erreichung und Erhaltung einer stabilen Abstinenzmotivation und Abstinenzfähigkeit
- Die körperliche, geistige und seelische Gesundheit im Rahmen der medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsangebote mit Blick auf die Linderung, Verbesserung oder Überwindung von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Körperfunktionen
- Auf der Basis der genannten Entwicklungen richtet sich ein zentrales Ziel auf die Integration in eine feste schulische, Ausbildungs- oder Berufsperspektive sowie die Integration in die Gesellschaft

Alle anamnestischen und diagnostischen Erkundungen in den einzelnen Therapiebereichen der stationären Suchtrehabilitation orientieren sich an den diesbezüglichen, individuell bestehenden Defiziten und Ressourcen, aus denen sich konkrete Rehabilitationsziele für die RehabilitandInnen ergeben. Diese Rehabilitationsziele werden ausdrücklich mit den RehabilitandInnen besprochen und vereinbart. Sie werden dann im Sinne einer individualisierten und flexibilisierten Behandlungsführung indikationsgeleitet in den einzelnen Therapiebereichen weiter verfolgt.

Auf die konkrete Benennung, Umsetzung und Weiterverfolgung der individuellen Rehabilitationsziele wird unter dem späteren Gliederungspunkt 4.7. Rehabilitationselemente noch näher eingegangen. In der Darstellung der dort beschriebenen Therapiebereiche der stationären Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene können die konkrete operationalisierte Therapiezielformulierung und die Weiterverfolgung im Behandlungsverlauf anschaulich wiedergegeben werden.

Nachfolgend nennen wir die grundsätzlichen konkreten Rehabilitationsziele, die sich mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung im Grunde regelmäßig für die Behandlungsführung und Behandlungsgestaltung der stationären Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene ergeben. Dabei sind die relevanten Rehabilitationsziele gemäß verschiedener Zieldimensionen aufgliedert.

Zieldimension auf psycho-sozialer Ebene:

- Psychische Stabilisierung mit den Aspekten der psychischen Erholung und der Verbesserung der psychischen Belastbarkeit
- Reduktion der spezifischen komorbiden Symptomatik unter Hinzuziehung der in Frage kommenden medizinischen und psychotherapeutischen Fachbereiche
- Bearbeitung und Veränderung emotionaler Aspekte mit Schwerpunkt auf der emotionalen Entlastung und Stabilisierung, der Verbesserung der Affektwahrnehmung und des Affektausdrucks sowie der Affekttoleranz in Verbindung mit der Verbesserung der Impulskontrolle
- Bearbeitung kognitiver Aspekte und hier vor allem die Verbesserung des Problemlöseverhaltens, der Fremdwahrnehmung und Realitätseinschätzung sowie der Konzentrationsfähigkeit
- Verbesserung der Krankheitsbewältigungskompetenzen mit den besonderen Aspekten der Verbesserung der Angstbewältigungskompetenz und der Depressionsbewältigungs-

kompetenz, der Verbesserung der Kompetenzen zur Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von rückfallauslösenden Situationen

- Förderung der sozialen Kompetenz im Sinne der Verbesserung des Kommunikations- und Beziehungsverhaltens
- Bearbeitung von intrapsychischen Aspekten zum Erlernen bzw. Neulernen von Konfliktbewältigungskompetenzen bei inneren Spannungszuständen, die Verbesserung der Konflikttoleranz und der Konfliktwahrnehmung
- Veränderungen in der Selbstentwicklung mit den Zielen der Entwicklung eines realistischen Selbstbildes, der Steigerung der Selbstwirksamkeit, des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls in Verbindung mit der Verbesserung der Introspektionsfähigkeit und Selbstwahrnehmung, ergänzt durch die Aspekte der Steigerung der Selbstverantwortung, Eigenmotivation und letztlich der Stärkung und Förderung der oft nur rudimentär vorhandenen Ich-Funktionen
- Förderung der Akzeptanz der Realität, verbunden mit dem Wahrnehmen und Erkennen von Belastungsgrenzen, der Verbesserung der Frustrationstoleranz in Verbindung mit einer realistischen Selbsteinschätzung vor dem Hintergrund der Erarbeitung einer tiefgreifenden Krankheitseinsicht
- Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse und Zusammenhänge unter besonderer Bezugnahme auf die Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse (sexuelle Übergriffe, Gewalt-erlebnisse, Trennungs- und Verlustereignisse) sowie die Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie und zur Ressourcenerschließung, gemeinsam mit den persönlich relevanten Bezugspersonen mit Blick auf die Zukunftsperspektive
- Aufbau und Erhaltung der Krankheitseinsicht sowie stetiger Motivationsaufbau zur Änderungsbereitschaft und Weiterarbeit, auch nach Erreichung von Teilzielen. Motivierung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozess und zur aktiven Mitgestaltung und Mitbeteiligung mit den Aspekten der Motivation für die Inanspruchnahme dringend notwendiger Nachsorgemaßnahmen, bzw. Angebote hinsichtlich der nachgehenden Bedarfe

Zieldimension aus somatischer/ärztlich-medizinischer Sicht:

- Die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit im Sinne einer körperlichen Stabilisierung und körperlichen Kräftigung, ergänzt durch die Steigerung der körperlichen Ausdauer/Beweglichkeit/Muskelkoordination sowie der Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Linderung vegetativer Beschwerden und Linderung von Schmerzen
- Reduzierung von Risikoverhalten und Risikofaktoren mit Blick auf die Verbesserung des Ernährungszustandes, die Reduzierung/Abstinenz von Suchtmitteln allgemein (Nikotinreduktion/Nikotinabstinenz) sowie die Verbesserung der Stoffwechselformparameter (Kontrolle/Verbesserung der Leberwerte)
- Optimierung notwendiger Medikationen unter Einbezug der medizinischen Fachdisziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Psychiatrie/Neurologie
- Regelmäßige diagnostische Abklärung des somatischen Zustandsbildes, einschließlich der kontinuierlichen Mitbehandlung individueller Beschwerden und Symptomlagen

Zieldimension aus psychoedukativer Sicht:

- Vermittlung von Informationen über die Krankheit, das Krankheitsverständnis und die Krankheitsbewältigung
- Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten zum Abbau von Risikoverhalten und insbesondere zur Rückfallprävention
- Vermittlung von Wissen und Verhaltensmöglichkeiten zur Förderung des Gesundheitsverhaltens unter Einbezug beteiligter Therapiebereiche
- Verbesserung der Stressbewältigung, durch z. B. die Förderung der Entspannungsfähigkeit mittels Erlernen eines Entspannungsverfahrens

Zieldimension auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation:

- Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit/Arbeitsfähigkeit und der Schulfähigkeit sowie die Erlangung eines Schulabschlusses, in Verbindung mit der Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der konkreten Wiedereingliederung in das Arbeits-/Schulleben (Schule, Ausbildung, Arbeit), ggf. die Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung, die regelmäßige Durchführung einer internen oder externen Arbeitsbelastungs-erprobung mit dem Ziel der Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Verbesserung von Problemen im interpersonellen/sozialen Bereich mit besonderem Schwerpunkt auf dem Aufbau neuer sozialer Beziehungen, der Bearbeitung und Auflösung von interpersonellen Problemen im beruflichen, familiären und partnerschaftlichen Bereich
- Erarbeitung von konkreten Zukunftsperspektiven persönlicher, schulisch-beruflicher und sozialer Natur
- Verbesserung der Alltagsbewältigung und der sozialen Absicherung mit den besonderen Aspekten der Klärung der wirtschaftlichen Situation, ggf. unter Einbezug der Schuldenregulierung
- Verbesserung der Freizeitgestaltung im Sinne der gesellschaftlichen Teilhabe mit dem Ziel des Ausgleichs biographischer Defizite
- Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung als abschließende Dokumentation im Rahmen der Erstellung des ärztlichen Reha-Entlassungsberichts

Mitunter lassen sich die Ziele einzelner Zieldimensionen nicht eindeutig nur einem Therapiebereich zur Weiterverfolgung zuordnen, die Abstimmung über die individuelle Weiterverfolgung von Rehabilitationszielen geschieht regelmäßig in Indikationskonferenzen und indikativen Besprechungen, die den Behandlungsverlauf begleiten.

4.4. Rehabilitationsdauer

Die Festlegung der Rehabilitationsdauer und der Behandlungsinhalte ergibt sich aus der individuellen Indikationsstellung bereits vor oder spätestens ab Aufnahme der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in die Fachklinik. Bereits in der Phase der Therapievorbereitung versuchen wir, ausreichende Befunde und diagnostische Erkenntnisse zu erlangen, die uns Hinweise und Aufschluss geben, welches Behandlungsprogramm bzw. welches Behandlungsmodul in Anspruch genommen werden muss. In dieser Phase sind die anfragenden RehabilitandInnen aktiv mit einbezogen und natürlich ebenso die ambulanten Bezugspersonen aus den Fachstellen. Entscheidend für die Festlegung sind die Befunde und diagnostischen Erkenntnisse des Sozialberichts, auf dessen Grundlage die Antragstellung beim zuständigen Leistungsträger erfolgt.

Ab Aufnahme in die Fachklinik führen die anamnestischen Erhebungen und diagnostischen Erkundungen sowie die medizinischen Befunde insgesamt zu einem differenzierten Bild, durch das die vorherigen indikativen Festlegungen bestätigt oder aber neu definiert werden. Im Verlaufe der Behandlung erfolgt die Feinjustierung des inhaltlichen und zeitlichen Rehabilitationsplanes durch intensiven Erfahrungsaustausch aller beteiligten Therapiebereiche in den Indikationskonferenzen und Indikationsbesprechungen.

Letztlich richtet sich die Rehabilitationsdauer an den individuell vorhandenen Ressourcen aus, aus denen sich eventuell auch andere Vorschläge zur Indikation ergeben können.

Grundsätzlich beachten wir in der zeitlichen Behandlungsplanung, die durch die Behandlungsmodule vorgegebenen Behandlungszeiten als Richtgröße. Die Behandlungsplanung erfolgt in Absprache mit den RehabilitandInnen, individualisiert und flexibilisiert gemäß deren Behandlungsbedarfe. Konkret bedeutet dies, dass mit Blick auf die individuell vorhandenen Ressourcen und die sich ergebenden nachgehenden Bedarfe, z.B. folgende Behandlungswege in Betracht gezogen werden können:

- Die **Klinische Phase** (Regelbehandlungszeit 24/26 Wochen) ist als Standardbehandlungsprogramm anzusehen mit der Intention, die grundsätzlichen Rehabilitationsziele (siehe Punkt 4.3. Rehabilitationsziele) anzustreben und zu erreichen.
- Die **Adaptionsphase** (Regelbehandlungszeit 16 Wochen) ist immer dann angezeigt, wenn die Teilhabe der Rehabilitanden an Arbeit und Beruf (Arbeitslosigkeit) sowie Gesellschaft

(Wohnungslosigkeit, soziale Desintegration, Lebensmittelpunktwechsel) nicht gegeben ist. Das Ziel der Wiedereingliederung wird innerhalb der Komplexbehandlung über die Entwicklung einer beruflichen Perspektive, der sozialen Integrationsfähigkeiten (Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten, Erarbeitung erfüllender Freizeitgestaltung und Aufbau tragfähiger sozialer Kontakte) verfolgt. Voraussetzung für die Adaptionsphase ist die reguläre Beendigung der klinischen Phase der Behandlung.

- Weiterführende Maßnahmen und Leistungen werden regelmäßig nach Abschluss der stationären medizinischen Rehabilitation (inklusive und/oder exklusive Adaptionsphase) empfohlen und die RehabilitandInnen hierzu entsprechend motiviert. Die Organisation einer indikationsspezifischen Nachsorge erfolgt vor allem in Richtung Adaptionsbehandlung in ganztägig ambulanter Form, ambulante medizinische Rehabilitation Sucht, Ambulante Nachsorge, Ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen, stationäres Betreutes Wohnen, Psychotherapie, Maßnahmen zur schulischen/beruflichen (Re-)Integration, und tagesklinische Nachsorge. Der Übergang kann bei Wegfallen der Indikationskriterien für die Adaptionsphase selbstverständlich auch nach Abschluss der klinischen Phase erfolgen.
- Im Einzelfall ist jederzeit der Übergang aus der stationären Behandlung im Sinne einer tagesklinischen Beendigung in **ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation** möglich.
- In den Fällen, in denen RehabilitandInnen zu einer Wiederholungsbehandlung in unsere Fachklinik kommen (nach regulär beendeter stationärer Entwöhnungsbehandlung, aber auch nach zuvor irregulär zu Ende gegangener stationärer Entwöhnungsbehandlung) steht ein besonderes Behandlungsmodul mit einer Regelbehandlungszeit je nach Leistungsträger von 20 bis 24 Wochen einschließlich Adaption zur Verfügung. Die Indikation für die Teilnahme an diesem Behandlungsmodul stellt sich meist schon eindeutig in der Phase der Therapievorbereitung.

In alle Entscheidungen ist der Rehabilitand grundsätzlich aktiv mit einbezogen. Für alle anzustrebenden Angebote und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bedarf es seiner Motivation und Mitwirkung. Grundsätzlich werden bei allen Entscheidungen Behandlungsbedarfe, gerade auch im Sinne nachgehender Bedarfe, explizit berücksichtigt.

Der Einbezug der RehabilitandInnen erfolgt bereits in der Therapievorbereitung über telefonische Information durch die Mitarbeiterin des Aufnahmebüros und/oder der psychotherapeutischen Leitung. Im Idealfall, den wir stets anstreben, über ein Informationsgespräch durch einen Mitarbeiter der Psychotherapie in der Fachklinik Haus Weitenau.

Im Behandlungsprozess sind, über die stete Begleitung durch einen BezugstherapeutIn Psychotherapie hinaus, sogenannte Indikationskonferenzen/Therapieplanungsgespräche standardisiert.

- 1. Aufnahmegespräche** am Aufnahmetag und in der ersten Woche der Behandlung.
- 2. Aufnahmeindikation:** Therapieplanungsgespräch nach der Aufnahmephase 4.-6. Therapiewoche mit BezugstherapeutIn Psychotherapie, BezugstherapeutIn Arbeitstherapie und medizinischer Leitung.
- 3. Hauptindikation:** Therapieplanungsgespräch 8.-10. Therapiewoche mit BezugstherapeutIn Psychotherapie, BezugstherapeutIn Arbeitstherapie, Schulleiter, Sport- und FreizeittherapeutIn, medizinischer Leitung, Leitung Psychotherapie.
- 4. Adaptionsindikation:** Therapieplanungsgespräch 20.-24. Therapiewoche mit medizinischer Leitung, BezugstherapeutIn Psychotherapie, BezugstherapeutIn Arbeitstherapie, Sport- und FreizeittherapeutIn und Schulleitung.

Durch die individualisierte und flexibilisierte inhaltliche und zeitliche Behandlungsgestaltung erfüllt unsere Fachklinik regelmäßig die Vorgabe der Einhaltung der zur Verfügung gestellten Budgets.

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Die individuelle zeitliche und inhaltliche Rehabilitationsplanung unter aktiver Einbeziehung der RehabilitandInnen ist im zuvor beschriebenen Sinne jederzeit sichergestellt. Dieser Prozess beginnt bereits in der Phase der Therapievorbereitung, in erster Linie gemeinsam mit den RehabilitandInnen,

vor allem aber auch unter Einbeziehung der ambulanten Berater und sonstigen Bezugspersonen mit ihren jeweiligen Erwartungen an die Inhalte und Ziele der stationären medizinischen Suchtrehabilitation.

In den allermeisten Fällen ist gewährleistet, dass ab Aufnahme zur stationären Suchtrehabilitation der individuelle Rehabilitationsplan unter Einbeziehung aller angezeigten Behandlungsmodule und Bausteine für die RehabilitandInnen anschaulich vorliegt.

Das Basisprogramm und alle dazugehörigen stationären therapeutischen Leistungen der klinischen Phase bilden dabei den zentralen Baustein, welchem indikationsgeleitet die zuvor beschriebenen stationären bzw. ambulanten Behandlungsprogramme folgen.

Klare Kriterien zur Therapiezielerreichung einer jeweiligen Phase liegen fest, Quereinstiege aus einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung einer anderen Einrichtung sowie die Wiederaufnahme nach zuvor regulär bzw. irregulär beendeter Behandlung sind klar geregelt.

Detailabsprachen erfolgen jeweils im direkten Kontakt mit Zuweisern und Leistungsträgern. Dabei orientieren wir uns an den jeweiligen Indikationsstellungen einerseits und vor allem auch an der Motivation und Mitwirkungsbereitschaft der RehabilitandInnen und deren Erwartungen und Zielvorstellungen andererseits.

Die Nahtlosigkeit aufeinanderfolgender stationärer und/oder ambulanter Leistungen zur medizinischen Suchtrehabilitation ist durch die frühzeitige Festlegung weiterer Behandlungsbedarfe, die frühzeitige Absprache mit den nachfolgenden Behandlern und Behandlungseinrichtungen sowie die frühzeitige Beantragung und Bewilligung der benötigten Kostenzusage durch die Leistungsträger jederzeit sichergestellt.

Auch im fortlaufenden Prozess bleiben die RehabilitandInnen aktiv mit einbezogen, ihre Wünsche, Erwartungen und Behandlungsbedarfe stehen jederzeit im Mittelpunkt der indikativen Gespräche. Diese finden unter anderem in regelmäßigen wöchentlichen Fallkonferenzen, bereichsbezogen oder bereichsübergreifend statt, so dass die frühzeitige Einleitung entsprechender therapeutischer Interventionen und organisatorischer Abläufe gewährleistet bleibt.

Zentrale Gelenke der Therapieplanung und Steuerung sind die standardisierten o.g. Indikationskonferenzen. Hier werden die aktuellen Ziele und Leistungen reflektiert und diskutiert, bei Bedarf zusätzliche Leistungen geplant, sowie Ziele verändert oder neu formuliert. Dementsprechend wird die Erreichung der phasenspezifischen Ziele kontrolliert, um kompetent die Weichen für weitere Phasen zu stellen. Dies selbstverständlich stets im Austausch mit den RehabilitandInnen.

4.6. Rehabilitationsprogramm

Nach über 40 Jahren Leistungserbringung im Rahmen der Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung spiegelt sich die Expertise der Fachklinik Weitenau in den mit dem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg verabredeten Rehabilitationsprogrammen.

Dabei bildet sich das gesamte Spektrum in Frage kommender Rehabilitationsprogramme in der Fachklinik Haus Weitenau ab. Die Verabredung der Rehabilitationsprogramme und deren grundsätzliche Anerkennung durch alle Leistungsträger der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Krankenversicherung bezieht sich einerseits auf die basalen Behandlungsangebote im Rahmen der klinischen Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung und der Adaptionsphase sowie andererseits auf die Verabredung spezieller Behandlungsprogramme für die Behandlung Jugendlicher bis zum 20. Lebensjahr in der Jugendlichenabteilung und vom 21. bis zum 27. Lebensjahr in der Erwachsenenabteilung.

Die mit Unterstützung des federführenden Leistungsträgers entwickelten Behandlungsprogramme werden nachfolgend in einer Zusammenschau dargestellt. Die Ausführungen zur klinischen Phase

und zur Adaptionphase gelten dabei sowohl für die Behandlung in der Erwachsenenabteilung, als auch in der Jugendlichenabteilung.

Klinische Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung (Phase 1)

Die klinische Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung ist das basale Rehabilitationsprogramm, im Verlaufe dessen die zuvor beschriebenen Rehabilitationsziele operationalisiert sind. Hier bilden sich die individuell angezeigten und verabredeten Rehabilitationsziele leitend für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab. Je nach Indikation werden die Leistungen der klinischen Phase entsprechend unterschiedlicher verabreiteter Behandlungsmodule erbracht.

In der Regel liegt diesem basalen Rehabilitationsprogramm das Behandlungsmodul über 24-26 Wochen (Leistungserbringung Deutsche Rentenversicherung) zugrunde. Dieses Behandlungsmodul gilt für RehabilitandInnen, die zuvor noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchlaufen haben.

Bei RehabilitandInnen, die zuvor bereits eine oder mehrere stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen bzw. abgeschlossen haben und bei denen es sich eher um eine Auffang- bzw. Wiederholungsbehandlung handelt, werden verkürzte Behandlungsmodul zugrunde gelegt. Der zeitliche Rahmen umfasst dabei einen Zeitraum von 12 bis 16 Behandlungswochen.

Das Rehabilitationsprogramm der klinischen Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung ist ein Rehabilitationsansatz, der geprägt ist von interdisziplinärer Zusammenarbeit der nachfolgend aufgeführten therapeutischen Bereiche. Dabei sind die Mitarbeiter der genannten Berufsgruppen fachlich qualifiziert, sofern gefordert haben sie zusätzliche berufliche Qualifikationen gemäß den Verabredungen mit den Leistungsträgern durchlaufen. Selbstverständlich werden alle durch die Leistungsträger vorgegebenen Rehabilitationsstandards erfüllt, dies lässt sich in den Beschreibungen unter dem Gliederungspunkt 4.7. Rehabilitationselemente erkennen.

Die nachfolgend aufgelisteten therapeutischen Bereiche und Berufsgruppen sind regelmäßig am Rehabilitationsprogramm der klinischen Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung beteiligt:

- Der medizinische Bereich im Sinne der federführenden ärztlichen Gesamtverantwortung mit Schwerpunkt auf der allgemeinmedizinischen Diagnostik und Behandlung.
- Der fachärztliche Bereich Psychiatrie/Neurologie nach Indikation.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie zur Aufnahme- und Differentialdiagnostik und somit zur Mitbehandlung sowie Einleitung und Überwachung der notwendigen Medikationen in der Behandlung Jugendlicher.
- Der psychotherapeutische Bereich in Verbindung mit den soziotherapeutischen Angeboten zur Erbringung von Leistungen der Einzel- und Gruppenpsychotherapie, der Familien-, Angehörigen- und Partnertherapie sowie im Rahmen der Indikationsgruppen und geschlechtsspezifischen Angebote für Frauen und Männer.
- Der Bereich Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation (Arbeitstherapie) mit den regelmäßigen Aufgabenstellungen der Anamneseerhebung und Diagnostik bezüglich der schulisch-beruflichen Entwicklungen, der Indikationsstellung für und die Durchführung der arbeitstherapeutischen Programme sowie die Festlegung, Einleitung und Begleitung aller Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe im Sinne der Empfehlungen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). Entsprechend den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere am aktuellen und angestrebten Arbeitsplatz sind die spezifischen Behandlungsstrategien ausgerichtet, um vor allem RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.
- Speziell für RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen beteiligt sich die Fachklinik Haus Weitenau am Förderprogramm „Beruflich orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen“ (BoSS). Dies ist ein Förderprogramm, integriert in die klinische Phase und die Adaptionphase und umfasst begleitende Maßnahmen über Feststellung der erwerbsbezogenen Problemlagen, mehrtägigen Assessments zur beruflichen Potentialerkennung, Erarbeitung von Fähigkeiten- und Interessensprofilen, Erarbeitung von Entwicklungszielen und

Integration derer in die Klinische- sowie Adaptionphase der Entwöhnungsbehandlung. Im weiteren Verlauf nehmen die RehabilitandInnen an 5 Modulen zur Integrationsunterstützung teil. Zudem steht am Therapieende ein Jobcoaching mit Arbeitgeberservice zur Verfügung. Das Förderprogramm BOSS wird vom Berufsförderungswerk Bad Wildbad in Kooperation mit dem bwlw mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg durchgeführt.

- Der soziotherapeutische Bereich mit seinen Schwerpunktaufgaben, der Förderung der Compliance einzelner und des Zusammenlebens in der Rehabilitandengruppe, der Unterstützung, der Mitverantwortung und Mitgestaltung der RehabilitandInnen in Verantwortungspositionen im Rahmen der Wochentherapiegestaltung, der Planung gemeinsam mit RehabilitandInnen von Festen und Anlässen im Jahreslauf.
- Die speziellen Angebote zur schulisch-beruflichen Integration und Vernetzung im Rahmen der Sozialberatung mit den erweiterten Themenschwerpunkten der Sozialberatung zur existentiellen Absicherung insgesamt und der Schuldnerberatung und der Schuldenregulierung im Einzelfall.
- Der Therapiebereich Sport-, Körper- und Freizeittherapie, ergänzt durch die konkrete Begleitung der RehabilitandInnen analog deren Neigungen und Kompetenzen in Freizeitangeboten von Vereinen und Institutionen außerhalb der Fachklinik, als wichtiger Übergang zur gesellschaftlichen Teilhabe.
- Der Bereich Kreativ- und Gestaltungstherapie zur Förderung des inneren Ausdrucks und zur Entdeckung kreativer Ressourcen als wichtiges nonverbales Medium.
- Der Bereich Heilpädagogik mit seinen besonderen Angeboten (z.B. Reittherapie in der Behandlung Jugendlicher) und ergänzende therapeutische Angebote (z.B. Atemtherapie).
- Die Klinikschule mit ihren Angeboten zur Erlangung eines Hauptschulabschlusses bzw. zu dessen Verbesserung im Rahmen eines klinikinternen Berufsvorbereitungsjahres und bei Indikation zur Vorbereitung auf die Berufsschule für angehende Auszubildende in Form von „Nach“-„Vor“-Hilfe.
- Der pädagogische Bereich, in dem Fachkräfte einerseits die Aufsichtspflicht für Minderjährige an den Abenden und am Wochenende sicherstellen und andererseits vielfältige erlebnisorientierte und erlebnispädagogische Angebote vorhalten, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Möglichkeit eines Neu- und Umlernens in ihrer Peergroup ermöglichen. Zusätzlich ist die notwendige Begleitung in der Selbstversorgung, dem Selbstmanagement und dem Freizeitmanagement gegeben.

Alle therapeutischen Leistungen, die regelmäßig in den beteiligten Therapiebereichen erbracht werden, sind in einem Wochentherapieplan, der für die RehabilitandInnen leicht nachvollziehbar und angemessen umsetzbar ist, zusammengefasst (siehe Anlage 1 und Anlage 1a).

Die dabei erbrachten therapeutischen Leistungen werden in den Therapiebereichen regelmäßig fortlaufend und im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht abschließend dokumentiert.

Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über die regelmäßig wöchentlich erbrachten Leistungen zur Veranschaulichung, in welcher Gewichtung zueinander die einzelnen therapeutischen Leistungen stehen.

Dieser regelmäßige Wochentherapieplan ergänzt sich durch Leistungen, die nach individueller Absprache bzw. Indikation außerhalb des Wochentherapieplanes jederzeit erbracht werden können.

Therapiebereiche	Art der Leistungen	Umfang der Leistungen (in Minuten)
Medizin	• Sprechstunde • Visite, Überwachung von Medikation • Fachärztliche Konsultationen • Gesundheitsinformation	regelmäßig individuell nach Indikation
Psychotherapie	• Einzelpsychotherapie • Sprechstunde ev. Krisenintervention • Gruppenpsychotherapie • Therapie in Bezugsgruppe • Indikationsgruppen	50 Minuten 20 Minuten 90 Minuten 75 Minuten 90 Minuten 90 Minuten

	• Motivationsgruppe • Sozialberatung	
Ernährungsberatung	• Anamneseerhebung • Kleingruppe • Einzelfallunterstützung	120 Minuten 90 Minuten
Soziotherapie	• Reflexionsgruppe • Therapiemitwirkung • Wochenabschlussreflexion • Klinikgruppe alternierend Abteilungsgruppe	75 Minuten 50 Minuten 75 Minuten

Arbeitsbezogene Medizinische Rehabilitation	• Anamneseerhebung • Therapiesteuerung • Teilnahme Arbeitstherapie nach Indikation • Projekt zur Gestaltung des persönlichen und allgemeinen Lebensbereiches	600 Minuten
Sport-, Körper- und Freizeit- therapie erlebnispädagogische Angebote, Kreativ- und Gestaltungstherapie	• Die verschiedenen Elemente des Wochenprogramms nach Indikation und / oder eigener Festlegung	300 Minuten
Summe zeitlicher Umfang pro Woche		1825 Minuten ca. 30 Stunden

Abbildung 1:
Therapeutische Leistungen im Wochentherapieplan
Klinische Phase der stationären Suchtrehabilitation

Die Dokumentation der therapeutischen Leistungen nach Abschluss der Behandlung im Mustertherapieplan gibt differenziert Aufschluss über die Art und die Häufigkeit der erbrachten Leistungen im Einzelfall.

Adaptionsphase (Phase 2)

Die Adaptionsphase ist ein regelmäßiges Rehabilitationsprogramm, das immer dann erbracht wird, wenn mindestens zwei der nachfolgend genannten Indikationskriterien vorliegen:

- Arbeitslosigkeit
- Wohnungslosigkeit
- Mangelnde soziale Einbindungen

Das Vorliegen dieser Indikationskriterien deutet auf ein erhebliches, persönlich erhöhtes Risiko zum Wiederauftreten der Suchterkrankung einschließlich aller Begleitsymptome hin.

Alle therapeutischen Leistungen, die im Rahmen der Adaptionsphase erbracht werden, richten sich zunächst auf die Festigung und ggf. auf die Fortschreibung der benannten Therapieziele, operationalisiert auf die Ebene der persönlichen Therapieziele im einzelnen Fall und natürlich auf die weitere Festigung der Fähigkeit und Bereitschaft zu einer abstinenten Lebensführung.

Auf der Basis dieser Grundstrategie orientieren sich die therapeutischen Leistungen und Angebote der Adaptionsphase gemäß ICF auf die weitere Förderung und Verfestigung im Rahmen der schulisch-beruflichen Teilhabe, der sozialen Teilhabe und der eigenständigen und eigenverantwortlichen Versorgung der persönlichen Lebensbereiche.

Nachdem in der klinischen Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung die Grundstrategien der Behandlung am Gesundheitsproblem (der Suchterkrankung) selbst, der Gesundung der Körperfunktionen und Körperstrukturen und an der Identifikation der beteiligten Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren mit ihrem Charakter einer möglichen Barriere oder einer möglichen Ressource ausgerichtet waren, steht im Verlaufe der Adaptionsphase eindeutig die Förderung der Aktivität und der Teilhabe (Partizipation) im Mittelpunkt aller therapeutischen Bemühungen,

entsprechend den Empfehlungen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA).

Alle Fortschritte im Sinne einer Nachreifung und Nachentwicklung, alle diagnostischen Erkenntnisse mit Blick auf Hindernisse und Barrieren sowie auf Förderfaktoren, werden gezielt zugrunde gelegt, um den RehabilitandInnen beim Aufbau ihrer persönlichen schulisch-beruflichen und sozialen Perspektiven angemessene Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Entsprechend einer medizinisch beruflich orientierten oder einer medizinisch schulisch orientierten Rehabilitation. Die über die Implementierung der medizinisch therapeutischen Angebotspalette entsprechend der zielgruppenorientierten Leistungen der 5 BORA-Gruppen.

Je nach Einzelfall bleiben alle zuvor genannten Therapiebereiche beteiligt, wobei der Wochentherapieplan in der Phase der Adaption neue und eigenständige Behandlungselemente und Behandlungsangebote aufweist.

Besonders hervorzuheben ist selbstverständlich die Außenorientierung, die sich natürlicherweise aus der Teilhabe der RehabilitandInnen im Verlauf der Adaptionsphase am beruflichen Leben und am Leben in der Gesellschaft ergibt.

Ebenso selbstverständlich sind die therapeutischen Angebote in ihrer Intensität und Frequenz zurückgenommen mit dem Ziel, die Entfaltung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit bei der Bewältigung der sich nun stellenden Anforderungen in den Mittelpunkt zu rücken.

Gleichwohl sind die MitarbeiterInnen der beteiligten Therapiebereiche regelmäßig in der Adaptionseinrichtung präsent. Über Betreuungskontinuität durch den Bezugstherapeuten Psychotherapie und den Bezugstherapeuten Arbeitstherapie sind die MitarbeiterInnen den RehabilitandInnen aus der Vorbehandlung während der klinischen Phase bestens vertraut. Dies ist besonders für jugendliche Rehabilitanden von hoher Bedeutung.

Die Adaptionsphase wird als regelmäßiges eigenständiges Angebot für alle RehabilitandInnen nach Indikation in einer eigenen Adaptionseinrichtung erbracht. Die Adaptionseinrichtung Haus Maulburg liegt gut erreichbar in der Nachbargemeinde Maulburg. Der gut ausgebaute und häufig verkehrende öffentliche Personennahverkehr erlaubt den RehabilitandInnen der Adaptionsphase den schnellen Zugang zu einem ausgesprochen florierenden Wirtschaftsraum mit guter Infrastruktur.

Lediglich für die jugendlichen RehabilitandInnen vor Erreichen des 18. Lebensjahres werden die adaptiven Leistungen in einer besonderen Abteilung des Jugendlichenhauses in der Fachklinik Haus Weitenau selbst erbracht. Selbstverständlich wechseln diese, sobald sie das 18. Lebensjahr erreicht haben, in die Adaptionseinrichtung Haus Maulburg zur Weiterverfolgung ihres Behandlungsplanes. Die Übergänge zwischen der klinischen Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung und der Adaptionsphase gestalten sich nahtlos. Sie beinhalten zudem einen Erprobungszeitraum, der individuell gestaltet werden kann bis zur vollständigen Übernahme und Verlegung in die Adaptionsphase.

Die Abbildung 2 veranschaulicht die regelmäßigen therapeutischen Leistungen im Wochentherapieplan der Adaptionsphase. Diese Leistungen werden ergänzt durch therapeutische Leistungen nach persönlicher Absprache und Indikation, die außerhalb des Wochentherapieplans jederzeit erbracht werden können und die sich in der Regel auf die Förderung der schulisch-beruflichen Teilhabe, der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft beziehen.

Therapiebereiche	Art der Leistungen	Umfang der Leistungen (in Minuten)
Medizin	• Sprechstunde • Visite, Überwachung von Medikation • Fachärztliche Konsultationen • Gesundheitsinformation	regelmäßig individuell nach Indikation
Psychotherapie	• Einzelpsychotherapie • Sprechstunde ev. Krisenintervention • Gruppenpsychotherapie	50 Minuten 20 Minuten 90 Minuten
Soziotherapie	• Soziotherapeutische Gruppe Wochenendblick und Wochenvorausschau • Soziotherapeutische Gruppe Wochenreflexion und Wochenendplanung • Soziotherapeutische Gruppe Tagesreflexion • Wöchentliche „Morgen“-Gruppe	75 Minuten 60 Minuten 60 Minuten 100 Minuten
Sport- Körper- und Freizeittherapie	• Themenzentrierte Gruppe zur sozialen Integration über Freizeitmanagement • Begleitung in Vereine	90 Minuten
Sozialberatung	• Einzelberatung nach Indikation	
Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation	• Projekt zur Gestaltung des persönlichen und allgemeinen Lebensbereiches • Projektangebote (z. B. Gesunde Ernährung, Kochprojekt) • Therapiezentrierte Gruppe zur beruflichen Integration	120 Minuten 60 Minuten 60 Minuten
Teilnahme am individuell abgesprochenen Programm zur internen / externen Belastungserprobung bzw. Schulbesuch intern / extern		
Summe zeitlicher Umfang pro Woche		700 Minuten ca. 11 Stunden

Abbildung 2:
Therapeutische Leistungen im Wochentherapieplan
Adaptionsphase der stationären Suchtrehabilitation

Die primären Rehabilitationsziele und Inhalte der Adaptionsphase werden nachfolgend zusammenfassend kurz benannt. (Die weitere detaillierte Beschreibung einzelner Rehabilitationselemente erfolgt unter dem Gliederungspunkt 4.7.):

- Die Vertiefung und Festigung der Fähigkeit und Bereitschaft zur abstinenten Lebensführung.
- Die selbstständige Lebensführung mit den Aspekten der Ernährung, der Versorgung persönlicher Bereiche und der Unterhaltung des persönlichen und allgemeinen Wohnbereichs.
- Die externe berufliche Belastungserprobung als erster Schritt der beruflichen Teilhabe.
- Der Aufbau eines regelmäßigen Freizeitverhaltens mit Anschluss an einen Verein oder eine Institution im Sinne der Einleitung der Teilhabe an der Gesellschaft.
- Die Anbahnung und die Aufnahme einer Schulausbildung, einer Berufsausbildung oder einer Anstellung.
- Die Schaffung einer neuen und befriedigenden Wohnsituation bzw. die Teilnahme am Betreuten Wohnen für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung aus der stationären medizinischen Rehabilitation.
- Die Planung und Initiierung eines Unterstützungssystems für die Zeit nach der Entwöhnungsbehandlung (z.B. ambulante Nachsorge, BoN PAS usw.)

Nach erfolgreicher Erreichung der im Einzelfall mit den RehabilitandInnen verabredeten Rehabilitationsziele für die Adaption, erfolgt die Entlassung in die eigenständige Lebensführung bzw. die Überleitung zur Teilnahme am Betreuten Wohnen.

In Fällen, in denen die gesetzlichen Krankassen keine Kostenzusage für die Adaptionsphase abgeben, kommt es zu einem Leistungsträgerwechsel hin zu Trägern der Sozialhilfe.

Nachfolgend beschreiben wir zentrale konzeptionelle Aspekte, Strukturmerkmale und therapeutischen Angebote der Adaptionseinrichtung Haus Maulburg.

Beschreibung der Adaptionseinrichtung Haus Maulburg

Lage der Adaptionseinrichtung und Infrastruktur

Das Rehabilitationsprogramm der Adaptionsphase wird in unserer Adaptionseinrichtung Haus Maulburg erbracht. Die Adaptionseinrichtung liegt in der Nachbargemeinde Maulburg, ca. 7 km entfernt von der Fachklinik Haus Weitenau.

Die RehabilitandInnen der Fachklinik erreichen die Adaptionseinrichtung mit den zur Verfügung gestellten Fahrrädern in ca. 25 Minuten bzw. durch den regelmäßigen Fahrdienst der Fachklinik Haus Weitenau in 10 Minuten.

Die Gemeinde Maulburg selbst verfügt über eine außerordentlich gute wirtschaftliche Infrastruktur und mittels des in hoher Taktfrequenz verkehrenden Personennahverkehrs erschließen sich die Gemeinden und Städte im Umfeld, die bei traditionell geringer Arbeitslosigkeit vielfältige, schulische und berufliche Möglichkeiten in allen gewerblichen und Dienstleistungsbereichen für unsere RehabilitandInnen bieten.

Durch die langjährig gewachsenen Kooperationsbeziehungen zu vielfältigen Schulen, Betrieben und Einrichtungen stehen für unsere RehabilitandInnen regelmäßig Plätze für die außerklinische Belastungserprobung und die externe Beschulung zur Verfügung.

Dadurch trifft die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, die naturgemäß im Zentrum der Behandlungsangebote der Adaptionsphase steht, auf günstige Voraussetzungen.

Die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wird unterstützt durch die vielfältigen Freizeitangebote der Vereine und durch die Bildungsangebote vieler Bildungsträger. Darüber hinaus steht ein reichhaltiges kulturelles Angebot für unsere RehabilitandInnen bereit. Entsprechend des geringen Entwicklungsalters unserer RehabilitandInnen, müssen sie hier, zur gesellschaftlichen Teilhabe, besonders intensiv unterstützt werden.

Ein dichtes Netz an Beratungsangeboten und Selbsthilfegruppen in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der nahen Umgebung erleichtert den RehabilitandInnen den Übergang von der stationären Maßnahme zu eventuell angezeigten Maßnahmen der ambulanten Nachsorge. Darüber hinaus stehen ausreichend Plätze in betreuten Wohnangeboten zur Verfügung. Es besteht eine besonders eng gelebte Kooperation mit der Fachstelle Sucht Lörrach, die alle unsere RehabilitandInnen bereits aus der Adaptionsphase heraus besuchen und damit mit Nachfolgeunterstützung bereits verknüpft sind.

Die Fachklinik Haus Weitenau selbst unterhält ein Angebot für Betreutes Wohnen mit insgesamt 10 Plätzen.

Räumliche Ausstattung der Adaptionseinrichtung

Unsere Adaptionseinrichtung Haus Maulburg ist in einem eigens hierfür errichteten Gebäude zentral in der Gemeinde Maulburg untergebracht. Die Adaptionseinrichtung wurde 1995 erbaut. Dabei konnten grundsätzliche bauliche und strukturelle Anforderungen erfüllt werden.

Zur detaillierten Beschreibung der räumlichen Gegebenheiten in der Adaptionseinrichtung Haus Maulburg verweisen wir an dieser Stelle auf den Anhang zum Kapitel 6 dieser Konzeption „Räumliche Gegebenheiten“. Die Adaptionseinrichtung Haus Maulburg bietet insgesamt 16 Behandlungsplätze, aufgeteilt auf 2 Wohngruppen mit jeweils 8 Behandlungsplätzen. Die Wohngruppen verfügen über großzügige Aufenthalts- und Essräume und sind darüber hinaus jeweils mit Küchen ausgestattet, die eine eigenverantwortliche, individuelle Haushaltsführung erlauben.

In den Wohngruppen erfolgt die Unterbringung in Einzelzimmern. Darüber hinaus ist jeweils ein Zweibettzimmer vorhanden, das gegebenenfalls auch als Paarzimmer genutzt werden kann.

Sämtliche Rehabilitandenzimmer sind mit einer eigenen Nasszelle ausgestattet. Im Erdgeschoss der Adaptionseinrichtung ist der therapeutische Bereich angesiedelt. Es stehen ausreichend Behandlungszimmer sowie ein Arztzimmer und ein Übernachtungszimmer, darüber hinaus 2 große Gruppenräume zur Verfügung.

Im Untergeschoss des Gebäudes sind ausreichend Räumlichkeiten für das Betreute Wohnen vorhanden.

Personelle Ausstattung der Adaptionseinrichtung

Die ärztliche Leitung in der Adaptionseinrichtung wird durch die leitende Ärztin der Fachklinik regelmäßig sichergestellt. Die psychotherapeutische Leitung hat der Leiter der Fachklinik Haus Weitenau.

Gemeinsam mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen realisiert er die Erbringung der therapeutischen Leistungen, sowie die Leitung der psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Gruppen. Für die speziellen und allgemeinen Fragen der Sozialberatung und der klinischen Sozialarbeit stehen zusätzlich Mitarbeiter des benannten Bereiches sowie der Leiter des Bereichs Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation (Arbeitstherapie) bereit.

In allen Fragen der individuellen Lebensgestaltung und der Gestaltung und Unterhaltung der persönlichen und allgemeinen Lebensbereiche in der Adaptionseinrichtung stehen zwei hauswirtschaftliche Fachkräfte zur Unterstützung der RehabilitandInnen zur Verfügung.

Grundsätzlich rekrutiert sich das Personal der Adaptionseinrichtung aus den gemeinsamen Teams der Fachklinik Haus Weitenau. Damit kann indikationsgeleitet individuell und flexibel auf die jeweiligen Behandlungsbedarfe reagiert werden.

Die vorgegebenen Personalanhaltszahlen der Leistungsträger werden ausdrücklich berücksichtigt.

Behandlungsangebote der Adaptionsphase

Unter Hinweis auf den bereits wiedergegebenen Wochentherapieplan (Anlage 1a) während der Adaptionsphase möchten wir nachfolgend nochmals alle Behandlungsangebote, die bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben wurden, zusammenfassen:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Paar-, Partner- und Angehörigengespräche
- soziotherapeutische Angebote mit wechselnden Schwerpunkten
- themenzentrierte Gruppe zur schulisch und beruflichen Integration
- themenzentrierte Gruppen zur Freizeitplanung und Freizeitgestaltung
- themenzentrierte Projekte zur Haushaltsführung und Ernährungsberatung
- Hausgruppe
- Kreativangebote zur Gestaltung des persönlichen Lebensbereiches und der Einrichtung
- außerklinische Belastungserprobung in Verbindung mit regelmäßigen Auswertungsgesprächen am Praktikumsort
- Sozialberatung und klinische Sozialarbeit zur schulisch-beruflichen Integration, Klärung der Wohnungssituation sowie zur finanziellen Grundsicherung und zur Schuldenberatung
- wöchentliche themenzentrierte „Morgen“-Gruppe, Selbstmanagement zur Sicherstellung des Einstiegs in das Therapieprogramm

Kooperation mit der Fachklinik Haus Weitenau und anderen entsendenden Fachkliniken

Die überwiegende Zahl der RehabilitandInnen, die wir zur Adaptionphase in Haus Maulburg aufnehmen, hat zuvor die klinische Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung (Phase 1) in unserer Fachklinik Haus Weitenau durchlaufen.

Alle Behandlungsangebote, insbesondere die der psycho- und soziotherapeutischen Begleitung, sowie der Begleitung im Rahmen der schulisch-beruflichen Integration sind darauf abgestimmt, den Übergang in die Adaptionphase individuell angepasst und nahtlos zu gestalten. Auf der Basis eines gelungenen Übergangs in die außerklinische Belastungserprobung sowie in die regelmäßige aktive Freizeitgestaltung, wird die Übernahme zur Adaptionphase vollzogen.

Dieser Prozess des Übergangs wird unterstützt durch die Indikationsgruppe zur Zukunftsplanung, an welcher die RehabilitandInnen der Fachklinik Haus Weitenau in den letzten 4-6 Wochen ihres Aufenthaltes in der klinischen Phase bereits teilnehmen.

Gleichermaßen hilfreich in der Phase des Übergangs ist die Indikationskonferenz Therapieplanung Adaption und das gemeinsame Übergabegespräch, an welchem Vorbehandler und Nachbehandler gemeinsam mit dem Rehabilitanden teilnehmen und in welchem ein Austausch über die Einschätzung zu Behandlungszielen und Behandlungsstrategien unter ausdrücklicher Würdigung der dem Rehabilitanden zur Verfügung stehenden Ressourcen und Bewältigungsstrategien erfolgt. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit zu einem Probewohnen, das insbesondere gerne von RehabilitandInnen, die durch andere Fachkliniken entsendet werden, wahrgenommen wird.

Zur entsendenden Fachklinik stellen wir ab dem Zeitpunkt, zu dem uns der Aufnahmewunsch bekannt wird, ein intensives Kooperationsbündnis her, um insbesondere zu gewährleisten, dass uns rechtzeitig vor der Aufnahme alle diagnostischen Erkenntnisse, die Indikationsstellungen, die Behandlungsplanung und die Behandlungsziele für die Phase der Adaption bekannt werden.

Nach regulärem Verlauf und erfolgreichem Abschluss der Adaptionphase erfolgt die Entlassung in der Regel in eigene Wohn- und Lebensverhältnisse bzw. bei entsprechender Indikation in das Betreute Wohnen.

Wir heben an dieser Stelle nochmals ausdrücklich hervor, dass alle in dieser Konzeption beschriebenen Leitlinien der Fachklinik Haus Weitenau auch ausnahmslos für die Adaptionseinrichtung Haus Maulburg gelten.

Die Jugendlichenabteilung

Die besonderen konzeptionellen Rahmenbedingungen

Nach erfolgreichem Abschluss der dreijährigen Modellphase wurden zur Umsetzung ab August 2008 mit unserem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, die nachfolgende Konzeption für ein erweitertes und spezifiziertes Behandlungsangebot für Jugendliche und junge Erwachsene vom 14. bis zum einschließlich 20. Lebensjahr verabredet.

In die konzeptionellen Absprachen floss der langjährige Erfahrungsschatz der Fachklinik Haus Weitenau in der Behandlung sehr junger erwachsener Suchtkranker ebenso ein, wie das Vorhandensein der benötigten strukturellen, räumlichen und personellen Rahmenbedingungen und Ressourcen.

Zugrunde gelegt wurde das „Gemeinsame Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 15.08.1998.

Durch pädagogisches Fachpersonal werden die Aufsichtspflicht bei Minderjährigen sowie die Erfüllung spezieller pädagogischer Erfordernisse sichergestellt.

Ebenso wird auf die erweiterten Betreuungs- und Behandlungsbedarfe der suchtkranken Jugendlichen mit dem Einsatz zusätzlichen Personals in allen Therapiebereichen eingegangen.

Für die Behandlung in der Jugendlichenabteilung wurde dementsprechend ein eigener leistungsgerechter Vergütungssatz verabredet.

Die Zielgruppe für die Behandlung in der Jugendlichenabteilung sind suchtkranke Jugendliche beiderlei Geschlechts vom 14. bis zum 20. Lebensjahr, deren Suchtentwicklung zusätzlich durch gravierende Reifungs- und Entwicklungsstörungen bzw. Traumatisierungen und gravierende Krankheitsvorbelastungen begleitet ist.

Sichergestellt ist jederzeit die Nahtlosigkeit der Behandlungsschritte Körperliche Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung, Adaptionsphase und Nachsorge.

Zur Erfüllung nachfolgender Bedarfe (unter anderem zur schulisch-beruflichen Integration, Betreutes Jugendwohnen) bestehen regional und überregional organisierte Vernetzungs- und Kooperationsbeziehungen.

Besondere Bedeutung hat der jugendspezifische Behandlungscharakter mit der Einbeziehung jugendlicher Lebens- und Erlebniswelten (z.B. peergroupbezogene Angebote, familientherapeutische Angebote).

Für die Behandlung der Jugendlichen stehen in einem eigenen Klinikgebäude 18 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Nach dem erfolgreichen Verlauf der zunächst vom 01.08.2005 bis 31.07.2008 verabredeten Modellphase, ist die Behandlung in der Jugendlichenabteilung seit dem 01.08.2008 Regelangebot in der Fachklinik Haus Weitenau.

Indikationsstellungen

Die suchtbefugten Indikationsstellungen umfassen alle legalen und illegalen Rauschmittel. Wir gehen davon aus, dass in der Regel die Suchterkrankung, beginnend mit der frühen Jugendzeit, einen stark progredienten Verlauf genommen hat.

In den allermeisten Fällen liegen zusätzlich nachfolgende Indikationen vor:

- Eine erhöhte persönliche Krankheitsvorbelastung, meist in der Kindheit beginnend (z.B. ADS, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Schulversagen, Selbstverletzung, Suizidalität).
- Eine erhöhte familiäre und soziale Belastung (z.B. durch Migration, Scheidung der Eltern, Heimaufenthalte u. ä.).
- Ein früher Einstieg in den Suchtmittelkonsum (meist vor dem 13. Lebensjahr).
- Eine frühe schulisch-berufliche Entwurzelung (z.B. fehlender Hauptschulabschluss, nie geglückte berufliche Integration).
- Eine frühe familiäre Entwurzelung und soziale Desintegration (z.B. Heimaufenthalte, Leben auf der Straße).
- Es folgt meist eine dissoziale und kriminelle Entwicklung.
- Die Suchtentwicklung ab frühester Jugend löst gravierende psychiatrische Begleit- und Folgeerkrankungen aus (z.B. Depressivität, Suizidalität, Neigung zu Selbstverletzung, massive Störung des Sozialverhaltens, Dissozialität und Kriminalisierung).
- Abgerundet wird das Störungsbild durch nicht stofflich gebundene süchtige Verhaltensweisen: Automatenpielsucht, Medienabhängigkeit, Impulskontrollstörung.

Die Ergebnisse der klinikinternen soziodemographischen Beforschung der jugendlichen Klientel sowie weitere Schwerpunkte der Jugendlichenbehandlung haben wir in diversen Evaluationen dokumentiert und allen Leistungsträgern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt.

Spezielle Behandlungsangebote

Nachfolgend geben wir einen Überblick über Behandlungsangebote in der Jugendlichenabteilung, die deutlich über die Basisangebote der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene hinausgehen:

- Die **integrierte fachärztliche kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung** gewährleistet die psychiatrische Aufnahmeuntersuchung und die jederzeitige fachgerechte Differentialdiagnostik sowie die sich daraus ergebende Behandlung der Krankheitsbelastungen aus Kindheit und Jugend sowie aller psychiatrischer Begleit- und Folgeerkrankungen einschließlich der Medikation sowie der Kontrolle der Vergabe der Medikationen.
- Die **jugendgerechte psychotherapeutische Behandlung** erfolgt durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und/oder Psychologische Psychotherapeuten sowie Suchttherapeuten und beinhaltet insbesondere eine intensiviert Diagnostik, Motivationsarbeit und Einzelpsychotherapie sowie die Familien- und Angehörigentherapie ab Aufnahmezeitpunkt in hoher Frequenz.
- **Sozialtherapeutische** und **pädagogische/erlebnispädagogische Spezialangebote** unterstützen die Lebens- und Freizeitgestaltung sowie Neuerfahrungen in der Peergroup als einen zentralen Lernort für Jugendliche.
- Die **Reittherapie** ist ein regelmäßiges heilpädagogisches Angebot und unterstützt besonders die Identitätsentwicklung der Jugendlichen.
- Durch die Schaffung des **pädagogischen Dienstes** werden die **Aufsichtspflicht** für Minderjährige und vielfältige Angebote einer altersgemäßen Interessensentwicklung und Freizeitgestaltung gewährleistet. Zusätzlich werden die Jugendlichen intensiv im Selbstmanagement und der Selbstversorgung geschult und begleitet.
- Die **Fachberatung zur schulisch-beruflichen Integration und zur externen Vernetzung** schafft erweiterte Angebote zur Schul- und Berufsklärung, zur Stärkung der Medienkompetenz, zu Bewerbungstrainings, zur konkreten Platzierung in Ausbildungs- und Arbeitsstellen und darüber hinaus zur Integration in Angebote externer Dienstleister. Damit wird vor dem Hintergrund eklatanter Defizite den jugendlichen Bedarfen besonders Rechnung getragen.
- Das **erweiterte Angebot der Sozialberatung und der klinischen Sozialarbeit** ermöglicht besondere Angebote zur Therapievorbereitung, die sich bei Jugendlichen vielfach schwieriger gestaltet und zur Erfüllung nachgehender therapeutischer und betreuerischer Bedarfe. Diese Angebote beinhalten z.B. Indikationsgespräche zur Aufnahmevorbereitung sowie Kontaktaufnahme und Kooperationsgestaltung mit Blick auf nachgehende Jugendhilfebedarfe (Wohnen, Schule, Beruf, soziale Teilhabe).

Traumatherapie in der Jugendlichenbehandlung

Eine bedeutsame Anzahl von suchtkranken Jugendlichen ist von traumatisierenden Lebensereignissen (sexueller Missbrauch, Gewalt, dramatische familiäre Ereignisse, Suchterkrankung bei den Eltern, u.a.) betroffen und/oder leidet unter Traumafolgestörungen (posttraumatische Belastungsstörung).

Posttraumatische Belastungsstörungen wirken suchtauslösend bzw. -aufrechterhaltend und bedürfen einer grundsätzlichen Behandlung als Basis für die Erreichung des Gesamtbehandlungserfolges. Für diese jugendlichen RehabilitandInnen steht ein besonderes Behandlungsangebot zur Verfügung, das sich in seiner Umsetzung unter anderem an nachfolgenden Symptomen orientiert:

- wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen
- repetitive Verhaltensweisen
- traumaspezifische Ängste
- im negativen Sinne veränderte Einstellungen zum Leben und zur Zukunft
- Veränderung in der Affektregulation
- Veränderung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins
- Dissoziationen
- neurobiologische Veränderungen
- Somatisierungen

- chronische Persönlichkeitsveränderungen

Traumatische Ereignisse und Erlebnisse und die damit einhergehende posttraumatische Belastungsstörung stehen mit ihrem auslösenden Charakter in engem Zusammenhang mit der Suchterkrankung im Verlaufe der Jugendzeit.

Die Traumatisierung eines jungen Menschen löst selbstverständlich Irritationen in dessen Entwicklung aus, wobei nicht sämtliche Bereiche in gleichem Ausmaß betroffen sein müssen, vielfach jedoch gehen diese Entwicklungen in einen späteren Substanzmissbrauch über.

Abhängiges Verhalten im Jugendalter stellt den Ausdruck einer schweren „Pubertätsadoleszenzkrise“ dar. Das süchtige Verhalten wird somit auch als pathologische Form einer Bewältigungsstrategie angesehen und dient dem Abbau von als unerträglich erlebten inneren Spannungen und zur Behandlung von psychopathologischen Symptomen.

Die Behandlung von traumatisierten Jugendlichen stellt gleichermaßen eine klinische, wie eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Hier begegnet nicht der ausgereifte gefestigte Mensch einem singulären widrigen Lebensereignis, sondern die gesamte abhängige und hilflose Persönlichkeit wird wiederholt von extremen lebensbedrohlichen Erfahrungen geprägt.

Im klinischen Kontext ist es daher absolut notwendig, ein Verfahren zu nutzen, das an die Bedürfnisse von Jugendlichen adaptiert ist und die hohen Kompetenzen langjähriger therapeutischer Mitarbeiter integriert. Die therapeutischen Interventionen bedienen sich dabei der bereits geschilderten psychodramatischen Methode unter Einbeziehung der Soziometrie und Gruppenpsychotherapie.

Zur Ergänzung der bisherigen Beschreibung soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass insbesondere zwei Aspekte der psychodramatischen Interventionen für die Traumabehandlung von herausragender Bedeutung sind.

- **Sicherer Ort:** Es geht um die Erarbeitung und Ausgestaltung des sicheren Ortes mit dem Ziel, einen sicheren Ort über psychodramatisches Vorgehen zu schaffen, an den sich die RehabilitandInnen später innerlich zurückziehen können, wenn das innere Geschehen, sei es im Therapieprozess oder im Alltag, zu bedrohlich wird. Der sichere Ort soll dabei helfen, die durch das Trauma verlorengegangenen Sicherheitsgefühle wiederherzustellen. Der sichere Ort schafft szenisch räumliche Orientierung, die dabei hilft, Konfusionen zu überwinden.
- **Innerer Helfer:** Neben dem sicheren Ort spielen die inneren Helfer in der Traumatherapie eine große Rolle. Bei traumatisierten Menschen ist diese innere Seite verschüttet und/oder beschädigt und damit im Kontext des Traumas nicht zugänglich. Es scheint notwendig und unumgänglich, diese Instanz des inneren Helfers szenisch neu einzuführen. Die inneren Helfer fördern Sicherheit und erlauben den RehabilitandInnen bis zu einem gewissen Punkt die Regression, verbunden mit dem Ziel, zu stabilisieren und Halt zu geben.

Ergänzt werden die psychodramatischen Techniken durch die narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET). Die Methode KIDNET ist ein äußerst hilfreiches psychotherapeutisches Verfahren, das aufbauend aus den Erkenntnissen aus der Gedächtnisforschung sowie angepasst an die Bedürfnisse von mehrfach traumatisierten Kindern und Jugendlichen, zu neuen Ausdrucksmöglichkeiten hinsichtlich ihrer traumatisierenden Erfahrungen verhelfen kann.

Im Fokus der zugrunde liegenden Theorien stehen Annahmen über fehlgeleitete Verknüpfungen bei der inneren Verarbeitung traumatisierender Ereignisse und Erlebnisse. Diese können von den traumatisierten Jugendlichen nicht wirklich eindeutig der Vergangenheit zugeordnet werden, so dass sie auf der Ebene von Emotionen, Kognitionen, Sensorik und Perzeption in die Gegenwart hineinreichen und zu inadäquaten Bewältigungs- und Verhaltensmöglichkeiten führen.

Die therapeutischen Interventionen zielen darauf ab, diese pathologische Gedächtnisspur therapeutisch positiv zu beeinflussen.

Dabei liegt der narrativen Expositionstherapie die Annahme zugrunde, dass jedes Mal, wenn Gedächtnisinhalte erzählt oder gelesen werden, die der inneren Verarbeitung zugehörigen Zellverbände aktiviert werden, wobei sich die gegenseitigen neuronalen Erregungsstärken verändern.

Vereinfacht ausgedrückt zielen diese therapeutischen Bemühungen darauf ab, dass traumatisierende Erlebnisse und Erfahrungen eindeutig der Vergangenheit zugeordnet und dabei bewältigt und überwunden werden können, so dass Raum frei wird für neue innere und äußere Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten.

Personelle Ausstattung der Abteilungen Jugendliche und junge Erwachsene

Zur Ausgestaltung und Umsetzung der beschriebenen Behandlungsangebote bei der Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene stehen folgende MitarbeiterInnen zur Verfügung:

- Der leitende Arzt (Ärzt für Allgemeinmedizin, Suchtmedizin mit langjähriger Erfahrung in der Behandlung suchtkranker Jugendlicher und junger Erwachsener) steht mit 50 % Deputat für die allgemeinmedizinischen Aufnahmeuntersuchungen, die tägliche Kurvenvisite und die einmal wöchentlich verpflichtend stattfindende persönliche Visite zur Verfügung.
- Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (30 % Deputat) zur Erhebung des kinder- und jugendpsychiatrischen und psychodynamischen Aufnahmebefundes, der differentiellen Diagnostik, einmal wöchentlich Visite zur Erstvorstellung, laufende Wiedervorstellungen und zeitnahe Kriseninterventionen, Verordnung und Überwachung von Medikationen.
- Der Facharzt für Erwachsenenpsychiatrie (30% Deputat) zur Erhebung des erwachsenenpsychiatrischen und psychodynamischen Aufnahmebefunds, der differentiellen Diagnostik, der Erstvorstellung, laufende Wiedervorstellungen, zeitnahe Kriseninterventionen, Verordnung und Überwachung von Medikation.
- Leiter der Fachklinik und gleichzeitig therapeutischer Leiter der Gesamteinrichtung (Diplomheilpädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, anteilig 80 % Deputat) für die psychodynamische Befunderhebung, Diagnostik, Therapieplanung und Steuerung sowie als Leiter verantwortlich für die Indikationskonferenzen/Therapieplanungsgespräche und fallbezogene interne Supervision.
- Ein Sozialarbeiter, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (appr.) (100 % Deputat), Bezugstherapeut, Einzel- und Gruppentherapeut, Leiter der Jugendlichenabteilung.
- Zwei Sozialarbeiterinnen (180% Deputat) Bezugstherapeutin, Einzel- und Gruppenpsychotherapie und in Stellvertretung für die Abteilungsleitung verantwortlich für die psychodynamische Befunderhebung, Testdiagnostik und Behandlungsgestaltung. In Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ausgebildete Suchttherapeutin.
- Vier Diplom SozialarbeiterInnen / Diplom SozialpädagogInnen (Stellendeputat zusammen 300 %) als BezugstherapeutInnen im Co-System mit dem/n PsychotherapeutInnen. Davon 100 % mit abgeschlossener anerkannter Suchttherapieausbildung.
- Eine Diplomsozialarbeiterin/Sozialpädagogin (Deputat 50 %) für Soziotherapie und klinische Sozialarbeit.
- Eine Diplomheilpädagogin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (appr.) (10 % Deputat) als Reittherapeutin.
- Elf Pädagogische MitarbeiterInnen (Stellendeputat je zwischen 35 % und 80 %, Gesamtdeputat 580%) für pädagogische und erlebnispädagogische Spezialangebote und die Sicherstellung der Aufsichtspflicht am Abend, in der Nacht und an den Wochenenden.
- Aktuell vier pädagogische MitarbeiterInnen (jeweils 25 % Deputat, Gesamtdeputat 80 %) mit einer geringfügigen Beschäftigung zur Unterstützung der fest angestellten pädagogischen MitarbeiterInnen.
- Davon drei MitarbeiterInnen mit besonderer Qualifikation als Krankenschwester/Krankenpfleger/Altenpfleger mit der Zusatzaufgabe des Stellens, der Vergabe und der Überwachung der Medikationen, zusätzlich Teamleitung der genannten Sozialarbeiter und Krankenpfleger (Deputat 20 %).
- Sieben MitarbeiterInnen im Bereich Arbeitsbezogene Medizinische Rehabilitation (zusammen 340 % Deputat) mit den Aufgabenschwerpunkten der Alltags- und Lebensbegleitung und

insbesondere allen Aufgabenstellungen im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation: schulisch-berufliche Diagnostik, Festlegung der Rehabilitationsziele aus arbeitstherapeutischer Sicht, Planung und Durchführung der Arbeitstherapie, die Planung und Einleitung der schulisch bzw. beruflichen Integration, Fachberatung schulisch-berufliche Integration.

- Zwei MitarbeiterInnen im Bereich arbeitsbezogene berufliche Rehabilitation, (Deputat in der Jugendlichenabteilung 50%) zur Fachberatung schulisch-beruflicher Integration und Vernetzung, berufliches Coaching.
- Zwei MitarbeiterInnen im Therapiebereich Sport-, Körper- und Freizeittherapie (Gesamtdeputat 130 %).
- Eine MitarbeiterInnen im Therapiebereich Kreativ- und Gestaltungstherapie, Ergotherapie (Deputat 50 %).
- Eine Mitarbeiterin im Bereich Ernährungsberatung/Diätassistentin (Deputat 30%)

Einzel- und gruppentherapeutische Settingvarianten

Im Bezugstherapeutensystem behandeln die Bezugstherapeuten, bezogen auf eine Vollzeitstelle, in der Regel 6-8 jugendliche und junge erwachsene RehabilitandInnen in Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Die Einzelpsychotherapie sieht regelmäßige Gespräche von 50 Minuten Dauer einmal pro Woche vor, ergänzt durch regelmäßige Sprechstunden und alternativ notwendig werdende Kriseninterventionen. Die Gruppenpsychotherapie findet wöchentlich einmal statt bei einer Gruppengröße von bis zu 8-10 RehabilitandInnen und einer Dauer von 90 Minuten.

Ergänzt wird dieses Angebot durch täglich stattfindende weitere Gruppen:

- Gruppentherapie in Kleingruppe, Wochenendreflexionen und Wochentherapieplanung; 75 Minuten Dauer
- Reflexionsgruppe zur Therapiemitwirkung und Therapieentwicklung, soziotherapeutisches Angebot; 75 Minuten Dauer
- Klinikgruppe bzw. Abteilungsgruppe, zweimal pro Woche; Dauer 45 Minuten, Teilnahme aller RehabilitandInnen der Abteilung bzw. Klinik
- Indikationsgruppen zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen, wie z. B. Motivationsförderung, Therapiemitwirkung und -gestaltung, Gesundheitsförderung, Stressbewältigung und Rückfallprophylaxe, soziales Miteinander, Selbstmanagement, Freizeitgestaltung, Abstinenzgruppe, Soziales Miteinander, Konfliktmanagement, Raucherentwöhnung jeweils wöchentliche Angebote, Gruppengröße 8-10 RehabilitandInnen; Dauer 90 Minuten
- Indikationsgruppen bei aktuellem besonderen Bedarf (Dauer: 60 – 180 min)

Die Kombi-Behandlung in der Jugendlichenabteilung

Die Kombi-Behandlung in der Jugendlichenabteilung ist ein Angebot im Sinne der stationären Frühintervention mit dem Ziel, den in Frage kommenden suchtkranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen den Zugang zur indizierten stationären Behandlung zu erleichtern.

In Abgrenzung zum Langzeit-Entwöhnungsangebot in der Jugendlichenabteilung richtet sich dieses Angebot an Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen sich zwar eine manifeste Abhängigkeit mit Verlust zur Bereitschaft und Fähigkeit zur abstinenter Alltags- und Lebensgestaltung herausgebildet hat, die jedoch noch über ausreichende persönliche, familiäre, soziale und schulisch-berufliche Ressourcen verfügen.

Der Ausgangspunkt für die Identifikation eines solchen kurzzeitig stationären Behandlungsbedarfes bildet die bereits erfolgte stabile Anbindung an eine Jugend- und Drogenberatungsstelle, verbunden mit dem eventuellen Einbezug von Angehörigen und sonstigen Bezugs- und Unterstützungspersonen (Eltern, Geschwister, Lehrer, Jugendamt, Gericht).

Dieses besondere Behandlungsangebot ist immer dann als kurzzeitige Herausnahme aus den persönlichen Lebensverhältnissen mit dem Ziel der Wiedererlangung und Festigung der persönlichen Abstinenzfähigkeit und Abstinenzbereitschaft im Alltag angezeigt, wenn rein ambulante Angebote zur Beratung und Behandlung nicht mehr ausreichen. Die Basis für hierfür bilden die bereits geschilderten und bewährten Behandlungsbausteine der Jugendlichenabteilung.

Die konsequente Zusammenarbeit zwischen allen Netzwerk- und Kooperationspartnern sichert den reibungslosen Übergang an allen Nahtstellen der Zusammenarbeit. Sofern dies nicht bereits schon zuvor geschehen ist, werden spätestens ab der Aufnahme zur stationären Behandlungsphase alle Kooperationspartner sowie Bezugs- und Unterstützungspersonen regelmäßig in die Gestaltung des Behandlungsprozesses einbezogen, um den Übergang in die ambulante Nachbehandlungsphase einzuleiten und im Sinne eines konzertierten Zusammenwirkens abzusichern.

Wie bereits bei anderen bewährten Kombitherapiekonzeptionen erprobt, wird schon vor Aufnahme die Erlangung einer Kostenzusage für alle Phasen der ambulanten und stationären Leistungserbringung angestrebt.

Konzeptionell einbezogen ist auch die Möglichkeit zu einer wiederholten Aufnahme in das stationäre Behandlungssetting, wenn die erwartete bzw. benötigte Abstinenzhaltung und Abstinenzfähigkeit noch nicht erreicht werden konnte und der Erfolg ambulanter Behandlungsangebote fraglich oder bedroht ist.

Zielgruppe und Indikationen

Das Angebot der Kombi-Behandlung richtet sich an suchtkranke Jugendliche unter 18 Jahren und an junge Erwachsene bis zum 20. Lebensjahr beiderlei Geschlechts, für die die nachfolgenden Indikationskriterien gegeben sind:

- Es liegt eine manifeste Abhängigkeitserkrankung, verbunden mit der Unfähigkeit zu einer selbstbestimmten Abstinenzfähigkeit und einem Kontrollverlust gegenüber der Einnahme von Rauschmitteln in der alltäglichen Lebensgestaltung vor.
- Die zugrunde liegende Ausgangssituation sind bekannte individuelle, familiäre, schulisch-berufliche und soziale Vorbelastungen.
- Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise und bereits Manifestationen durch Krankheitsfolgen in den oben genannten persönlichen und sonstigen Lebensbereichen.
- Gleichwohl besteht noch eine Integration in persönliche, familiäre, schulisch-berufliche und soziale Lebenszusammenhänge.
- Es stehen neben Eltern und Familienangehörigen weitere Bezugs- und Unterstützungspersonen zur Verfügung.
- Es besteht die Notwendigkeit zu einer, zumindest kurzzeitigen Herausnahme aus belastenden Lebensbezügen, in welchen eine abstinente Lebensführung allein mit ambulanter Unterstützung nicht mehr möglich ist.
- Zur behandelnden und die stationäre Therapie vorbereitenden Jugend- und Drogenberatungsstelle besteht bereits eine feste und regelmäßige Anbindung.
- Idealerweise sollten Eltern und sonstige Angehörige bzw. Bezugs- und Unterstützungspartner (aus Schule, aus Beruf, von Seiten des Jugendamtes und andere) einbezogen sein.

Im Allgemeinen sowie im speziellen Einzelfall gelten die Indikationskriterien und die Abgrenzungskriterien zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.

Hieraus ergeben sich auch die Nahtstellen für die ambulante und stationäre Kooperation. Gemäß obigen Ausführungen ist aus unserer Sicht immer dann die Indikation für eine intermittierende stationäre Phase der Rehabilitation gegeben wenn:

- eine Herausnahme aus dem pathogenen familiären und sozialen Umfeld erforderlich ist.
- eine stabile Wohnsituation nicht mehr vorhanden ist oder erst neu organisiert werden muss.

- die Bereitschaft und die Fähigkeit zu einer verlässlichen Suchtmittelabstinenz verlorengegangen ist und erst durch stationäre Behandlungsangebote erreicht werden kann.

Ziele der Kombi-Behandlung

Aufbauend auf die bereits vorhandenen ambulanten und stationären Angeboten der Rehabilitation soll im Sinne der stationären Frühintervention für die beschriebene Klientengruppe ein stationäres Kombiangebot geschaffen werden. Dabei wird das zentrale Ziel einer raschen, kurzzeitigen Herausnahme aus Lebensumständen und Lebensbezügen verfolgt, die den Konsum von Rauschmitteln auslösen und fortdauernd aufrecht erhalten, so dass die Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine reelle Chance mehr haben, zu einer verlässlichen Abstinenzhaltung und Abstinenzfähigkeit zurückzufinden

Die stationäre „Auszeit“ schafft einen Schutzraum durch abstinenzorientierte und alltagsstrukturierende therapeutische Rahmenbedingungen, die die Jugendlichen bei dem Ziel der Rückgewinnung einer festen Abstinenzhaltung unterstützen und die Ihnen neue Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten aufzeigen.

Die Zielerreichung in diesen speziellen Fällen nimmt ausdrücklich Bezug auf die differenzierte Ausformulierung der basalen Rehabilitationsziele (siehe Punkt 4.3. Rehabilitationsziele). Diese Behandlungssettings der Kombi-Behandlung beinhalten alle Behandlungsangebote und Module der Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene.

Durch die intensive Einbeziehung aller Bezugs- und Unterstützungspersonen wird die zeitnahe Reintegration der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihre jeweiligen Lebensbezüge angestrebt und eingeleitet.

Grundsätzlich können die ambulanten Behandler in das stationäre Modul der Kombi-Kurzzeitbehandlung einbezogen werden, um den nahtlosen und reibungslosen Übergang in die Phase der ambulanten Nachsorge zu gewährleisten.

Behandlungsdauer

Die Gesamtbehandlungsdauer der Kombi-Behandlung erstreckt sich über einen individuellen Zeitraum der Kontaktnahme und Kontaktgestaltung mit der Jugend- und Drogenberatungsstelle unter eventueller Einbeziehung nahestehender Bezugs- und Unterstützungspersonen (Jugendamt, Jugendgerichtshilfe, Schule, Ausbildungsstätte, u. a.).

Sie beinhaltet in der vorgeschalteten ambulanten Phase die Kontaktnahme und Therapievorbereitung unter Inanspruchnahme eines Informationsgespräches.

Es erfolgt die konkrete Indikationsstellung für die stationäre Aufnahme, verbunden mit entsprechenden Therapievorbereitungen und der Motivierung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In diese Phase gehört die Erlangung der Kostenübernahmeerklärung durch die Leistungsträger, in die sowohl die stationäre Phase als auch die nachgehende ambulante Nachsorge einbezogen sein soll.

Im Anschluss an die körperliche Entzugsbehandlung kommt es zur Aufnahme in die stationäre Behandlung für einen Zeitraum von indikationsgeleitet längstens 12 Wochen.

Nach Abschluss der stationären Phase der Behandlung und nach Überleitung in die ambulante Phase der Kombitherapie, sollte die weitere Unterstützung mindestens 6 bis ca. 12 Monate dauern.

Internetnutzungsstörung und Glücksspiel-Suchtbehandlung; Aufbau von Medienkompetenz in der Jugendlichenbehandlung

Moderne Formen der Sucht im Sinne von Verhaltenssüchten kennzeichnen in zunehmendem Maße das klinische Erscheinungsbild jugendlicher Suchterkrankungen.

Internetnutzungsstörungen und Automaten-Spielsucht bedingen neue ambulante und stationäre Behandlungsbedarfe, die ihre Berücksichtigung in einer zeitgemäßen Konzeption finden müssen. Das stationäre Behandlungsmodul der Fachklinik Haus Weitenau zur Behandlung/Mitbehandlung von Internetnutzungsstörungen und Automaten-Spielsucht richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Internetnutzungsstörungen und/oder eine Automaten-Spielsucht/Glücksspiel-Sucht entwickelt haben und für die rein ambulante beratende und therapeutische Angebote der Behandlung nicht mehr ausreichen.

In einer zunehmenden Anzahl von Fällen bedarf es der zeitweisen Herausnahme aus den belastenden und krankheitsfördernden Lebensbedingungen. Dies gilt gleichermaßen für die angemessene stationäre Behandlung der benannten Suchtformen, ob nun als Leitsymptomatik oder komorbide Symptomatik. Die Behandlung der Automaten-Spielsucht/Glücksspiel-Sucht hat bereits Einzug in die Behandlungsangebote der stationären Suchtrehabilitation in der Fachklinik Haus Weitenau gehalten. Steigende Prävalenz im Sinne einer komorbiden Symptomatik, verbunden mit individuell variierender Dramatik, lässt die Behandlungsnotwendigkeit als unvermeidlich erscheinen.

Die Tragweite und die individuelle Belastung durch die Automaten-Spielsucht/Glücksspiel-Sucht bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden oftmals erst im stationären Verlauf der Suchtrehabilitation erkannt.

Die RehabilitandInnen selbst haben entsprechende Symptome und Beschwerden unter dem Druck ihrer stoffgebundenen Suchterkrankung zuvor wenig wahrgenommen bzw. negiert.

Die verschiedenen Erscheinungsformen der Internetnutzungsstörung, gehören als nicht stoffgebundene Süchte zu den Verhaltenssüchten und beziehen sich auf jedwede Art exzessiver unkontrollierter und zu negativen Folgen führender Teilnahme an verschiedenen internetbasierten Aktivitäten:

- Störungen durch Spielen von Computer- und Videospielen
- Störungen durch Nutzung digitaler sozialer Netzwerke
- Störungen durch Nutzung von Online-Erotikangeboten
- Störungen durch Nutzung von Online Kaufportalen
- Störungen durch Nutzung von Online Glücksspielanwendungen
- Störungen durch Nutzung von Streamingdiensten / Bingewatching

Wenngleich es sich um nicht stoffgebundene Suchtformen handelt, so weisen die Betroffenen dennoch kritische Merkmale auf, die eindeutig auf ein süchtiges Verhalten hinweisen, dessen Kontrolle sich der willentlichen Steuerung entzogen hat:

- Es kommt zu einer deutlichen Einengung des Verhaltensspielraums, in dem die Betroffenen einen Großteil ihres Tageszeitbudgets für die Internetnutzung aufwenden.
- Bei den Versuchen, den Gebrauch des Internets zu steuern, unterliegen die Betroffenen einem deutlichen Kontrollverlust hinsichtlich ihrer Impulssteuerung.
- Mit der Dauer der exzessiven Internetnutzung zeigt sich eine Toleranzentwicklung im Sinne einer Steigerung der täglichen zeitlichen Inanspruchnahme.
- Bei längerer Unterbrechung der exzessiven Internetnutzung treten Entzugserscheinungen auf, die sich in psychischen und physischen Beeinträchtigungen, z.B. Nervosität, dysphorische Stimmungszustände und Aggressivität manifestieren.
- Selbst die eindeutig negativen Konsequenzen können die exzessiven Internetnutzer nicht zu einer Verhaltensänderung bewegen. In erster Linie handelt es sich um negative soziale Konsequenzen, z.B. Konflikte im privaten, schulischen und beruflichen Umfeld, verstärkt durch einen zusätzlichen sozialen Rückzug.

Dieses klinische Bild, im Sinne der Suchtcharakteristika, lässt sich weiter ausdifferenzieren:

- Die Betroffenen ziehen sich mehr und mehr aus der Familie zurück.
- Eltern verlieren sukzessive den Kontakt zu ihren Kindern.
- Mahlzeiten werden nicht mehr gemeinsam mit der Familie, sondern alleine vor dem PC eingenommen.

- In der Bewältigung realer Aktivitäten und in der Teilhabe am realen Leben insgesamt wirken die Betroffenen desinteressiert und lustlos.
- Die Leistungen in Schule, Ausbildung oder Beruf verschlechtern sich mehr und mehr.
- Die Betroffenen vernachlässigen ihre sozialen Kontakte insgesamt.
- Am Ende stehen Abbruch der schulischen oder beruflichen Ausbildung bzw. Verlust des Arbeitsplatzes als unausweichliche Konsequenzen.

Die Online üben auf Jugendliche eine große Faszination aus. In der virtuellen Parallelwelt ergeben sich für sie vielfältige Möglichkeiten, ihren Spiel- und Entdeckerdrang sowie ihre Autonomie und Aktivität, verbunden mit dem starken Gefühl von Gestaltungsmacht zu entdecken und zu befriedigen. Die diesen Spielen innewohnenden Anforderungen an das Mitspielen lösen bei den Jugendlichen starke Gefühle der Zugehörigkeit und der Unentbehrlichkeit aus und erlauben ihnen vielfältige Rollenübernahmen, wobei sie stets auch die Möglichkeit eines Gefühls der effektiven Rollengestaltung bieten.

Darin beinhaltet sind letztlich auch vielfältige Verpflichtungen, die systemimmanent den Jugendlichen und jungen Erwachsenen lange Präsenzzeiten bei der Internetnutzung abverlangen.

Die Zugehörigkeit zu einer Gilde (Spielgemeinschaft), verbunden mit der Wahrnehmung, dass diese Gilde nur erfolgreich spielen kann, wenn alle bzw. viele regelmäßig mitspielen, stellen ein unausweichliches Diktat hinsichtlich der zeitlichen Inanspruchnahme dar.

Die lebensgeschichtliche Hintergrundproblematik und die Psychodynamik der individuellen Entstehung einer Internetnutzungsstörung deuten auf vielfältige fehlgelaufene Entwicklungen in Kindheit und Jugend hin. Es entsteht das Bild eines Jugendlichen, der sich subjektiv wenig befähigt sieht im Sinne der Entwicklungsaufgaben, die Bewältigung der realen Welt optimal zu gestalten. Im klinischen Erscheinungsbild sehen wir Jugendliche und junge Erwachsene mit einer bei Eintritt in das Jugendalter wenig angemessen entwickelten Persönlichkeit, die zudem geprägt ist von wenig Selbstvertrauen und kaum zu erwartender Selbstwirksamkeit in der Bewältigung realer Anforderungen.

In den ersten Begegnungen mit der virtuellen Welt erleben die entsprechend vorbelasteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine starke Befriedigung und Gratifikation, die sie in der Folge in dieser Welt verhaftet bleiben lässt. Sie erleben sich autonom, angemessen aktiv, verbunden mit starken Gefühlen gebraucht und wertgeschätzt zu werden. Darüber hinaus erleben sie ihre Gestaltungsmacht und insbesondere können sie auf diese Weise auch Schamgefühle vermeiden, die automatisch entstehen würden, wenn sie in der Bewältigung realer Anforderungen, die ihren altersgemäßen Entwicklungsaufgaben entsprechen, scheitern würden.

Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote bei den verschiedenen Varianten der Internetnutzungsstörung können vielen Betroffenen zu Verständnis der zugrunde liegenden Dynamik und zu entsprechenden Verhaltenskorrekturen verhelfen, in deren Folge sich die negativen Konsequenzen minimieren. In anderen Fällen erscheinen die Herausnahme aus den belastenden und krankheitsfördernden Lebensbedingungen und die Einleitung einer stationären Behandlungsmaßnahme unausweichlich.

In enger Zusammenarbeit mit den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen und insbesondere den Kompetenzzentren für Mediensucht, lässt sich in diesen Fällen der Übergang in eine stationäre Behandlung planen und einleiten und selbstverständlich die Rückkehr in ambulant nachgehende beraterische und behandlerische Angebote nach Abschluss der stationären Suchtrehabilitation organisieren.

Aus klinischer Sicht gehen wir davon aus, dass in den allermeisten Fällen das zeitlich und inhaltlich beschriebene Behandlungsangebot der Kombi-Kurzzeit-Behandlung als stationäres Behandlungsmodul ausreicht.

Die beschriebenen Rehabilitationselemente stehen voll umfänglich zur Verfügung und werden zusätzlich ergänzt durch indikative Leistungsangebote mit Schwerpunkt auf der Internetnutzungsstörung bzw. Automaten-Spielsucht/Glücksspiel-Sucht.

Als charakteristische Merkmale des klinischen Erscheinungsbildes sehen wir Krankheitsfolgestörungen im Sinne der ICF, die angemessen mit den zur Verfügung stehenden Leistungsangeboten der unterschiedlichen Therapiebereiche behandelt werden können.

Selbstverständlich erfolgen auch diese stationären Behandlungen indikationsgeleitet, individualisiert und flexibilisiert. Sie orientieren sich dabei an allen Erkenntnissen und Befunden aus Anamnese, Diagnostik, Therapieplanung und zeitlicher und inhaltlicher Therapiegestaltung.

Für die Behandlung der Internetnutzungsstörung und Automaten-Spielsucht/Glücksspiel-Sucht stehen in der Fachklinik Haus Weitenau speziell ausgebildete MitarbeiterInnen zur Verfügung.

Begleitet wird die stationäre Behandlung der Internetnutzungsstörung und der Automaten-Spielsucht/Glücksspiel-Sucht durch die Befähigung zu mehr Medienkompetenz, bei der es um die angemessene spätere Nutzung des Internets als wichtiges, modernes Medium geht.

Anders als bei einer stoffgebundenen Suchterkrankung kann das Rehabilitationsziel kaum lauten: völlige Abstinenz vom Internetgebrauch. Daraus ergeben sich besondere Behandlungsstrategien, aber auch organisatorische Strategien, die mit den betroffenen RehabilitandInnen erarbeitet und realisiert werden müssen. Dazu gehört auch das klare Einverständnis der RehabilitandInnen, z. B. ihren Account für die Teilnahme an Online-Rollenspielen abzumelden.

In der Regel gehen wir vom Rehabilitationsziel einer Rückkehr in die persönlichen Lebensverhältnisse am Heimatort aus und sehen dabei die ambulante Nachsorge als zentralen Baustein an.

Wir können uns jederzeit auch auf Fallgestaltungen einlassen, in denen das Rehabilitationsziel der Aufbau einer neuen persönlichen, schulisch-beruflichen und sozialen Perspektive ist.

Alle hierfür benötigten Behandlungsbausteine und Behandlungselemente stehen in der Fachklinik Haus Weitenau zur Verfügung.

Vernetzung stationärer mit ambulanten Angeboten der Rehabilitation

Die Therapievorbereitung und die Aufnahme zur stationären Suchtrehabilitation in unsere Fachklinik Haus Weitenau geschehen in enger Kooperation und Vernetzung sowohl mit den anfragenden RehabilitandInnen selbst, als auch mit deren zuweisenden ambulanten Behandlern. Gleichfalls einbezogen sind alle weiteren Unterstützungs- und Interessenspartner, die die Behandlung einerseits mit veranlasst haben, bzw. die Prozesse der Therapievorbereitung und Aufnahme mit gestalten.

Die Nutzung der regelmäßig angebotenen Informationsgespräche und Informationsnachmittage in unserer Fachklinik kann sowohl die Motivation und Mitwirkungsbereitschaft der anfragenden RehabilitandInnen selbst als auch die Indikationsstellungen, die persönlichen und allgemeinen Rehabilitationsziele und die Entscheidung über die Zuweisung zum jeweiligen Behandlungsmodul in Verbindung mit der voraussichtlich benötigten Behandlungsdauer erleichtern. Zur Aufnahme von Jugendlichen RehabilitandInnen sind Informationstermine vor Ort erwartet.

Im Verlauf der stationären Suchtrehabilitation stehen wir in regelmäßigem Kontakt zu allen genannten Bezugs- und Unterstützungspersonen, im insbesondere mit den ambulanten Behandlern. Gemeinsam mit den RehabilitandInnen unterrichten wir diese über die Entwicklung im Behandlungsverlauf und die damit einhergehenden Behandlungsfortschritte. Ebenso können die ambulanten Behandler und natürlich auch die persönlichen Bezugspersonen bei Therapiekrise motivierend und unterstützend auf die Behandlung einwirken.

Hierzu nutzen wir einen verbindlichen Kooperationsablauf (Trima Vista), der vor Behandlungsbeginn mit den zuweisenden Beratungsstellen abgesprochen und vereinbart wird.

Rechtzeitig vor Behandlungsende besprechen wir mit den RehabilitandInnen und in der Folge auch mit den ambulanten Behandlern die Notwendigkeit und die Perspektive weiterführender Maßnahmen und Leistungen, die sich sinnvoller Weise an die Adaptionsbehandlung anschließen (Ambulante medizinische Rehabilitation Sucht, Ambulante Nachsorge, Ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen, stationär Betreutes Wohnen, Psychotherapie, tagesklinische Nachsorge, Maßnahmen zur schulischen/beruflichen (Re-)Integration).

Ungeachtet an welchen Behandlungsmodulen der jeweilige Rehabilitand gemäß Indikation teilgenommen hat, erachten wir, zumindest die ambulante Nachsorge als unerlässlichen Baustein der Behandlungskette. Sie ermöglicht die Fortführung und Stabilisierung bezüglich aller, im Behandlungsverlauf definierten und erreichten Rehabilitationsziele, im Übergang in die persönlichen Lebensverhältnisse nach Abschluss der stationären Suchtrehabilitation

Selbstverständlich vernetzen wir gerade auch die RehabilitandInnen in ambulante Maßnahmen zur Suchtrehabilitation, die nach Abschluss der klinischen Phase, also ohne Inanspruchnahme der Adaptionsphase, in ihre persönlichen, schulisch-beruflichen und sozialen Lebensverhältnisse zurückkehren.

Ein spezielles Angebot zur Erhaltung und Ermöglichung der beruflichen Teilhabe für RehabilitandInnen mit Kostenträger DRV BW ist die beschäftigungsorientierte Nachsorge (BoN PAS). Sie wird bei uns eingeleitet, bei der DRV BW beantragt, um die wohnortnahe Unterstützung zum Erhalt oder Erwerb eines Arbeitsplatzes durch Mitarbeiter einer Fachstelle Sucht zu sichern. Derart werden Zuhause die begonnenen Schritte in der Entwöhnungsbehandlung unter professioneller Begleitung fortgeführt.

Entsprechend verfahren wir in den Einzelfällen, in denen der Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Wegfall der Leistungen zur Adaptionsphase alternativ im Rahmen einer ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation gestaltet werden soll.

Frühzeitige Beantragung der angezeigten Leistungen zur ambulanten bzw. ganztägig ambulanten Rehabilitation sichert dabei die Nahtlosigkeit im Übergang von stationären zu ambulanten/ganztägig ambulanten Leistungen.

Über diese Angebote, die im Leistungsspektrum sowohl der Deutschen Rentenversicherung als auch der Deutschen Krankenversicherung enthalten sind, erfolgen je nach Indikation auch Überleitungen in Angebote der ambulant zu erbringenden Psychotherapie bzw. in Angebote tagesklinisch psychiatrischer Versorgung.

Alle Maßnahmen einer Vernetzung und Kooperation orientieren sich an den nachgehenden Bedarfen nach Abschluss der stationären Suchtrehabilitation.

Dies kann auch Übergänge in Angebote des Betreuten Wohnens bzw. des Betreuten Jugendwohnens beinhalten.

4.7. Rehabilitationselemente

Die nachfolgend beschriebenen Rehabilitationselemente sind in unserem klinikinternen Qualitätsmanagementsystem (Verbundzertifizierung des bwlV) als zentrale Dienstleistungsprozesse in allen Aspekten und Prozessschritten sowie bezüglich der Verantwortlichkeiten detailliert beschrieben.

Ebenso sind sie abgebildet im Klinikprofil „Klassifikation der therapeutischen Leistungen“. Die Erbringung der therapeutischen Leistungen in den einzelnen Rehabilitationselementen wird regelmäßig im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert.

4.7.1. Aufnahmeverfahren

Ambulante und stationäre Therapievorbereitung

Die Therapievorbereitung und Vermittlung in stationäre Suchtrehabilitation gestaltet sich erfahrungsgemäß bei jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken langwierig und stellt komplexe Anforderungen in der Therapievorbereitungsphase.

Die allermeisten jugendlichen und jungen erwachsenen Klienten sind in ihrer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle bereits längerfristig bekannt und haben an vielfältigen ambulanten Beratungsangeboten teilgenommen.

Unsere Fachklinik Haus Weitenau wird in den Therapievorbereitungsprozess, ab Anmeldung durch die ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle bzw. mit Eingang der Bewerbung durch die anfragenden RehabilitandInnen selbst, einbezogen.

Alle nun zu ergreifenden Maßnahmen im Rahmen der Kooperation und Vernetzung verfolgen vor allem auch das Ziel eines zeitnahen Zuganges/einer zeitnahen Aufnahme in die stationäre Suchtrehabilitation gemäß Indikation. Bereits im Vorfeld der Aufnahme sind wir bestrebt, möglichst viele, den Sozialbericht ergänzende ärztliche, medizinische und/oder psychotherapeutische Befunde zu erlangen. Dadurch wird es möglich, die anfragenden RehabilitandInnen hinsichtlich der inhaltlichen und zeitlichen Behandlungsplanung einem Behandlungsmodul zuzuweisen, um gleich nach Aufnahme in die stationäre Entwöhnungsbehandlung zeitnah mit der Erbringung konkreter Leistungen zur Suchtrehabilitation beginnen zu können.

Die regelmäßige Kontakthaltung, sowohl telefonisch als auch schriftlich, mit allen beteiligten Kooperationspartnern und Interessensparteien sowie die aktive Unterstützung der Kontakthaltung auch von Seiten der anfragenden RehabilitandInnen, dienen dem Ziel einer möglichst zeitnahen Aufnahme zur stationären Suchtrehabilitation.

Traditionsgemäß unterhält unsere Fachklinik alle nötigen Kooperationen zu Zuweisern, Leistungsträgern, Mitbehandlern und vor allem zu den Entzugsstationen, die zur Durchführung der dringend notwendigen vorangehenden Entzugsbehandlungen hinzugezogen werden müssen.

Eine sehr erfahrene Fachkraft im Aufnahmesekretariat widmet sich ausschließlich diesen Anforderungen und Arbeitsaufgaben. Auf diese Weise können Anfragen und andere zur Erledigung anstehenden Aufträge jeweils noch am Tage ihres Eingangs bearbeitet werden. Insgesamt erleben wir eine hohe Kundenzufriedenheit von Seiten aller Kooperations- und Interessenspartner.

Die nachfolgend genannten Dienstleistungen gehören selbstverständlich zum Angebot unserer Fachklinik im Rahmen der Therapievorbereitung:

- **Informationsgespräche** haben sich vor allem in der Therapievorbereitung bei Jugendlichen bewährt. Die Fachklinik selbst mit ihren therapeutischen Angeboten soll vor Ort kennengelernt werden. Darüber hinaus erlangen wir wichtige anamnestische und diagnostische Kenntnisse zur Festlegung der Indikation und der inhaltlichen und zeitlichen Behandlungsplanung. Ebenso können anlässlich der Informationsgespräche Angehörige, Zuweiser und sonstige Kooperationspartner schon im Vorfeld der stationären Sucht-rehabilitation in die Behandlung konkret mit einbezogen werden. **Im Verlauf der Vorbereitung von Jugendlichen Klienten ist ein Informationsgespräch oder die Teilnahme an einem Informationsnachmittag in Begleitung des Sorgeberechtigten verbindlich.**
- Die **Vermittlung in die Entzugsbehandlung** kann, sofern gewünscht, über unser Aufnahmesekretariat erfolgen. Auf diese Weise gelingt häufig der raschere Zugang zur Entzugsbehandlung. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zur Nahtlosigkeit der aufeinander folgenden Behandlungsangebote.
- Wir beteiligen uns zusätzlich am sogenannten Nahtlosverfahren, das aktuell motivierte RehabilitandInnen aus Entgiftungen den nahtlosen Zugang zur Suchtrehabilitation ermöglichen soll.

- Die **Abholung und Verbringung zur Entwöhnungsbehandlung** kann jederzeit über die Fachklinik Haus Weitenau organisiert werden. Dies erscheint umso wichtiger, je weniger die jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen über die Begleitungsmöglichkeit durch nahe Angehörige verfügen. Das Angebot dieser Dienstleistung gleicht zudem die Lücke aus, die dadurch entsteht, dass die vorbereitenden ambulanten Berater aufgrund verknappter personeller Ressourcen die Begleitung nicht wie zuvor übernehmen können.

Durch unsere Angebote zur Kooperation und Vernetzung einerseits und durch die Angebote neuer Dienstleistungen, möchten wir von Beginn an ein starker Partner für die anfragenden RehabilitandInnen, deren Zuweiser und deren Leistungsträger sein.

Rehabilitandenaufnahme

Zur Rehabilitandenaufnahme und zum Aufnahmeverfahren existieren klar geregelte Abläufe, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten entsprechend der Prozessbeschreibung unseres Qualitätsmanagementsystems. Alle Abläufe funktionieren erfahrungsgemäß reibungslos.

Die RehabilitandInnen werden am Aufnahmetag in der Regel bis spätestens 13:30 Uhr einbestellt. Bei pünktlicher Ankunft ergeben sich die nachfolgend beschriebenen Prozesse zur Rehabilitandenaufnahme und zum Aufnahmeverfahren:

- Bei Ankunft melden sich die RehabilitandInnen im Aufnahmesekretariat. Die entsprechende Mitarbeiterin begrüßt die ankommenden RehabilitandInnen einschließlich der sie begleitenden Personen. Sie informiert alle Beteiligten über die Abläufe der Rehabilitandenaufnahme, bittet sie im Vorzimmer des Aufnahmesekretariates Platz zu nehmen und reicht auf Wunsch eine Erfrischung sowie einen Imbiss.
- Es erfolgt nun ein ausführliches Ankommensgespräch durch die Mitarbeiterin im Aufnahmesekretariat, die über das Aufnahme-prozedere informiert, Übergangsunsicherheiten aufnimmt und die bürokratische Aufnahme durchführt.
- Im nächsten Schritt überprüfen wir mittels Alkohol- und Urinkontrollen, dass die ankommenden RehabilitandInnen auch tatsächlich abstinent und nüchtern ankommen.
- Im Anschluss daran findet das therapeutische Aufnahmegespräch statt, in das auf Wunsch des Rehabilitanden und nach expliziter Verabredung mit ihm auch ambulante Berater bzw. Familien und Partner einbezogen werden können. Im Aufnahmegespräch mit dem ankommenden Rehabilitanden wird auch sein Pate vorgestellt, der ihn besonders in den ersten Tagen und Wochen der Ankunft und des Einlebens verbindlich begleitet.
- Das ärztliche Aufnahmegespräch und die ärztliche Aufnahmeuntersuchung finden regelmäßig daran anschließend statt. Wir verweisen an dieser Stelle auf unsere Ausführungen unter Punkt 4.7.3. Medizinische Therapie.
- Begleitet durch Mitarbeiter beziehen die ankommenden RehabilitandInnen ihr Zimmer. Hier werden sie unter anderem auch über die Nutzung und die Gestaltungsmöglichkeiten im persönlichen Wohn- und Lebensbereich unterrichtet.
- Der Rehabilitandenpate informiert den Rehabilitanden über wichtige Abläufe und Regeln der Fachklinik und zeigt die Räumlichkeiten der gesamten Einrichtung.
- Zum Abschluss des Tages, im Rahmen des Abendessens, werden die neu ankommenden RehabilitandInnen der Rehabilitandengruppe vorgestellt.
- Bei Aufnahmen in die Jugendlichenabteilung der Fachklinik erfolgt im Rahmen der abendlichen pädagogischen Programme eine explizite Begrüßung im Kreise der Rehabilitandengruppe der Jugendlichenabteilung. **Eine Beteiligung am abendlichen Aktivitätenprogramm wird initiiert.**

Alle Prozessschritte sind zwar einerseits orientiert an wichtigen formalen Abläufen, auch zur Dokumentation der Rehabilitandenaufnahme, sie orientieren sich andererseits vor allem aber auch daran, am Ankunftstag den ankommenden Rehabilitanden den Eintritt in die Rehabilitationseinrichtung ebenso zu erleichtern, wie das Einleben in den folgenden Tagen. **Als besonderes Ziel wird dabei verfolgt, die meist erlebte Isolation und die Schwierigkeiten beim Integrationsprozess zu minimieren und die RehabilitandInnen liebevoll zu begleiten.**

Zum Abschluss lernt der Rehabilitand über eine Laufliste alle seine für ihn wesentlichen professionellen Unterstützer kennen. Hier auch im Besonderen die Leitung der Psychotherapie, die die Therapieplanung über Indikationssitzungen mit dem Rehabilitanden bespricht. Dabei können erste diagnostische Fragen sowie Fragen zur Indikation geklärt und weitere Schritte geplant werden.

Grundsätzlich kann die Rehabilitandenaufnahme an den Tagen Montag bis Donnerstag bis 13:30 Uhr stattfinden. Hauptaufnahmetag ist der Mittwoch.

Vorzugsweise verzichten wir auf Aufnahmen an Freitagen, da erfahrungsgemäß die verbleibende Zeit oftmals nicht ausreicht, um ankommende RehabilitandInnen rechtzeitig vor dem Wochenende in ihrem Einleben zu fördern. **Isolationsdynamiken können derart verhindert werden.**

Selbstverständlich gibt es grundsätzlich Prozessabläufe, die eine verfrühte bzw. verspätete Ankunft am Ankunftstag berücksichtigen. In Einzelfällen kann es dann dazu kommen, dass wichtige Prozessschritte der Rehabilitandenaufnahme und des Aufnahmeverfahrens auf den nächsten Arbeitstag verschoben werden müssen.

4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik

Mit Blick auf das komplexe Erkrankungsbild bei suchtkranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen einerseits, und vor dem Hintergrund der Anforderungen, wie sie sich aus den Modellvorstellungen der ICF ergeben andererseits, bedarf es am Aufnahmetag und in der folgenden Aufnahmephase einer fundierten und differenzierten Anamneseerhebung und Diagnostik in allen beteiligten Therapiebereichen.

Nicht die Etikettierung der Menschen mit psychischen Diagnosen steht im Vordergrund, sondern die:

- Betonung des einmalig Individuellen
- Frage nach der Bewältigung
- Therapieschwerpunkte, die Therapieplanung und Therapiesteuerung
- Zielentwicklung
- Zusammengehörigkeit von diagnostischen Erkenntnisinteressen, handelnde Selbstexploration und selbstwirksame Veränderung
- Berufliche Rehabilitation

Es besteht die Notwendigkeit, die symptomatologisch-deskriptiv orientierte Klassifikation psychischer Störungen um die grundlegende psychodynamische Dimension und die ressourcenorientierte sowie rehabilitative Perspektive zu erweitern.

Entsprechend des strukturierten Therapieablaufs erfolgt nach der Eingangsdiagnostik und den sich daran anschließenden Therapiezielformulierungen die Ergebniskontrolle, die Weiterplanung und Neuausrichtung der Therapieziele in den Therapieplanungsgesprächen nach

- 4 Wochen – Ende der Aufnahmephase/Aufnahmeindikation
- 6-8 Wochen – Hauptindikation/Therapieplanung
- 20 Wochen – Adaptions- oder Abschlussindikation,
- 36 Wochen – Abschlussindikation.

Somatische Diagnostik

Auf der Basis der bereits zuvor im Prozess der Aufnahmevorbereitung gewonnenen anamnestischen und diagnostischen Erkenntnisse, beginnt die somatische Diagnostik aus allgemeinärztlicher und fachärztlicher Sicht mit der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung am Aufnahmetag.

Der leitende Arzt erhebt alle Befunde aus allgemeinärztlicher, fachärztlicher und psychiatrischer Sicht.

Sollte die Einbeziehung anderer medizinischer Fachdisziplinen angezeigt sein, erfolgt die zeitnahe Überweisung zu Fachärzten außerhalb der Fachklinik.

Laboruntersuchungen werden dem klinischen Erscheinungsbild entsprechend erhoben.

Krankhafte Befunde bilden die Grundlage der ärztlichen Weiterbehandlung unter der Federführung des leitenden Arztes mit dem Rehabilitationsziel der körperlichen Gesundheit als Basis der Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Alle anamnestischen und diagnostischen Befunde und Erkenntnisse werden fortlaufend in der Arztakte und nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht zusammenfassend dokumentiert.

Entsprechend der Eingangs- und Verlaufsdiagnostik wird eine Abschlussdiagnostik erhoben, die in die sozialmedizinische Epikrise mündet.

Psychische Diagnostik

An der Erhebung der psychischen und psychodynamischen Diagnostik sind neben den Bezugstherapeuten die psychologischen Psychotherapeuten, im Falle einer Aufnahme in die Jugendlichenabteilung der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und in den Fällen der Aufnahmen in die Erwachsenenabteilung der Facharzt für Psychiatrie/Neurologie einbezogen.

Alle AufnahmerekandidatInnen in die Erwachsenenabteilung werden bei Indikation innerhalb der ersten 3 Tage dem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie zur Aufnahmeuntersuchung vorgestellt.

Die jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen, die zur Aufnahme in die Jugendlichenabteilung kommen, werden regelmäßig vor Ort unserem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie vorgestellt, der nach Anamnese- und Diagnosenerhebung die differentielle Diagnostik erstellt und ggf. ab Aufnahme Medikationen anordnet und diese in der Folge und in Zusammenarbeit mit dem leitenden Arzt der Fachklinik überwacht.

Auf der Basis der bereits zuvor in der Aufnahmeprobereitung erlangten anamnestischen und diagnostischen Erkenntnisse beginnen alle Schritte zur Diagnosenerhebung am Aufnahmetag. Die Anamnesenerhebung erfolgt durch die psychotherapeutischen Bezugstherapeuten, gemeinsam mit den RehabilitandInnen. Als Erhebungsinstrument wird ein klinikeigener Anamnesebogen eingesetzt.

Aus den persönlichen Anamnesegesprächen und auf der Basis des Anamnesebogens ergeben sich die Erkenntnisse für die psychische und psychodynamische Einschätzung.

Ergänzt werden die diagnostischen Erkundungen durch den Einsatz gezielter Diagnoseinstrumente mit Blick auf erste diagnostische Vermutungen: Leistungs- und Intelligenztests, Tests zur Erhebung der Depressivität, Suizidalität und der psychischen Situation über SKID I und SKID II. Zusätzlich werden indikativ eingesetzt Anamnesebogen zur Mediennutzung, zu traumatischem Belastungserleben, zu Aggression und Konfliktverhalten, zu Delinquenz, Glücksspiel, Mediennutzung sowie Freizeit- und Selbstmanagement.

Besonders häufig zeigt sich bei unserer Klientel eine ADS-Problematik. Zur Diagnostik setzen wir ein den HASE, die Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen FBB-HKS und SBB-KHS sowie den INKA.

Ein besonderes Augenmerk richten wir auf die Befindlichkeit der RehabilitandInnen in der Aufnahmephase. Regelmäßig setzen wir den Befindlichkeitsfragebogen SCL-90-R ein. Sehr aufschlussreich ist der Abgleich mit der Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Therapiebeendigung, die regelmäßig mit dem gleichen Instrument erhoben wird.

Die Phase der Diagnosenerhebung fundiert die therapeutische Arbeitsbasis und gibt den behandelnden Bezugstherapeuten wichtige Anregungen für die optimale therapeutische Haltung und

die sich daraus ableitenden Interventionen, die zunächst auf die Stärkung der Motivation und Mitwirkungsbereitschaft zielen.

Regelhaft eingesetzt und besonders hilfreich sind die diagnostischen Leitlinien und Orientierungen des OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und die ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme).

Die erhobenen diagnostischen Befunde führen in der Folge zu den individuellen Indikationsstellungen, einschließlich der inhaltlichen und zeitlichen Behandlungsplanung sowie zur fortschreitenden Ausformulierung der individuellen Rehabilitationsziele, orientiert an den SMART-Kriterien.

In diese Prozesse ist der Rehabilitand aktiv mit einbezogen. Zum Überblick wird dem Rehabilitanden ein Therapiepass ausgehändigt. Dieser hilft ihm zum Nachvollzug des inhaltlichen Ablaufs der Psychotherapie. Er bietet Orientierung über die Möglichkeiten und Übersicht über das bereits Geleistete (siehe Anlage 3 und Anlage 3a).

Alle anamnestischen und diagnostischen Erkenntnisse, einschließlich der Indikationsstellungen, der zeitlichen und inhaltlichen Behandlungsplanung, werden regelmäßig in der therapeutischen Rehabilitandenakte dokumentiert und zusammenfassend nach Ende der stationären Rehabilitation im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert.

Diagnose, Indikationsstellung, Therapiezielformulierung und fortschreitende Behandlungsführung stellen aus unserer Sicht einen komplexen Wechselwirkungsprozess dar.

Soziale Diagnostik

Über die Anamneseerhebung hinaus nutzen wir zur Diagnostik des relevanten interpersonalen Beziehungssystems das diagnostische Mittel „Soziales Atom“ aus dem therapeutischen Psychodrama. In der Arbeit mit dem „Sozialen Atom“ können Defizite und Störungen im Beziehungsnetz des Rehabilitanden aufgedeckt und bearbeitet sowie Ressourcen gestärkt werden. Eine spezifische instrumentelle Evaluierung des therapeutischen Prozesses ist hierüber ebenso möglich.

Das diagnostische Erkenntnisinteresse, die handelnde Selbstexploration und die selbstwirksame Veränderung gehören auch hier zusammen.

Arbeitsbezogene Diagnostik

Die Diagnostik im Rahmen der Arbeitstherapie erfolgt selbstverständlich unter Einbezug der Erkenntnisse aller Fachdisziplinen an der Entwöhnungsbehandlung.

Die Anamneseerhebung erfolgt über einen spezifizierten standardisierten „Anamnesebogen Arbeitstherapie“. Dieser wird in der ersten Behandlungswoche erhoben.

Die erworbenen Kenntnisse werden direkt vom erhebenden Bezugsarbeitstherapeuten an den Bezugspsychotherapeuten übermittelt.

In der Aufnahme- und Hauptindikation werden die Ergebnisse mit den gewonnenen Erkenntnissen aus den klinischen Beobachtungen des anforderungsadaptierten MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit), des D2 (Beurteilung der Aufmerksamkeit/Konzentration), des Mini-ICF, des Mini-ICF-orientierten Selbstbeurteilungsbogens, des Würzburger Screening, der Schulanamnese, der Leistungsdiagnostik (Schultests) und des kulturellen Atoms zusammengeführt.

Hier werden maßgebliche Hinweise und Erkenntnisse zur Therapieplanung, Therapiesteuerung (z. B. Zuordnung zu einer BORA-Gruppe), Zielformulierung, Zielüberwachung sowie Zieladaptation erhoben.

Entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik

Unter Bezugnahme auf die entwicklungspsychologischen Aspekte zu Kindheit und Jugend, die wir unter dem Gliederungspunkt theoretisch wissenschaftliche Grundlagen formuliert haben, verfolgt die diagnostische Schwerpunktsetzung auf entwicklungs- und ursachenbezogene Zusammenhänge das Ziel, die Entstehung von Vorbelastungen aus Kindheit und früher Jugend einerseits und die Entstehung der Suchterkrankung einschließlich ihrer Krankheitsfolgen andererseits in lebensgeschichtliche Zusammenhänge zu setzen.

Die Ausprägung der substanzspezifischen Störung diagnostizieren wir unter den Vorgaben des ICD-10 und nutzen zur Differenzierung den Fagerström-Test zur Diagnose der Nikotinabhängigkeit sowie Kurzfragebögen zur Medikamenteneinnahme und Mediennutzung.

Diagnostische Beiträge zu dieser Schwerpunktsetzung kommen aus den Therapiebereichen Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Psychiatrie.

Die diagnostischen Zusammenhänge fördern für die behandelnden Bezugstherapeuten und die RehabilitandInnen die Einsicht in lebensgeschichtliche Zusammenhänge im Sinne zugrunde liegender, auslösender und aufrecht erhaltender Faktoren im Zusammenspiel mit dem Krankheitsgeschehen.

Speziell diese diagnostischen Erkenntnisse geben klare Hinweise für die Einbeziehung der Herkunftsfamilie und sonstiger naher Angehöriger und Unterstützungspartner sowie von Partnern und eventuell eigenen Kindern in die stationäre Entwöhnungsbehandlung, zur Aufarbeitung entsprechender lebensgeschichtlicher Zusammenhänge.

Ziel ist die Entdeckung und Stärkung der Ressourcen sowie die Aufarbeitung lebensgeschichtlicher Verletzungen, Traumata und sonstiger seelischer Belastungen, verbunden mit dem Ziel der Entwicklung neuer, angemessener Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten.

Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe an Lebensbereichen

Das frühe Scheitern schulisch-beruflicher Karrieren ist implizit mit der im frühen Jugendalter beginnenden Suchterkrankung verbunden und meist zuvor schon durch persönliche und familiäre Belastungen in der Kindheit eingeleitet worden.

An diesen diagnostischen Erkundungen sind die Psychotherapie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, die Psychiatrie sowie der Bereich Arbeitsbezogene Medizinische Rehabilitation beteiligt.

Die diagnostischen Erkenntnisse unter diesem Blickwinkel bereichern das Gesamtbild und haben vielfältige Implikationen auf die Indikationsstellung, die Formulierung von Rehabilitationszielen und die Durchführung der medizinischen Leistung, vor allem in den Bereichen der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation und der Klinikschule.

Aus Sicht der ICF fühlen wir uns ausdrücklich zu einem vertieften Erkenntnisgewinn aufgefordert, da es um die Identifikation von Barrieren einerseits und Förderfaktoren andererseits im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft insgesamt geht.

Ein besonderes Augenmerk liegt hier auf der diagnostischen Abklärung der Teilhabefähigkeiten/-ressourcen und Teilhabestörungen über die Mini-ICF und auf dem an die Mini-ICF angeglichenen Selbstbeurteilungsbögen. Hier arbeiten und kooperieren die Bereiche Medizin, Arbeitstherapie und Psychotherapie intensiv.

Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren

Bei dieser diagnostischen Detailbetrachtung nehmen wir ausdrücklich auf das Konzept der Kontextfaktoren als wichtigem Teilkonzept der ICF Bezug. Die Kontextfaktoren bilden sich zum einen in Umweltfaktoren und zum anderen in personenbezogenen Faktoren ab.

Die Umweltfaktoren stellen die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt dar, in denen die Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Personenbezogene Faktoren entspringen aus dem besonderen Lebenshintergrund und der Lebensführung einer Person und berücksichtigen dabei ihre Eigenschaften, ihre Persönlichkeit, ihre Einstellungen und ihr Verhalten.

Die anamnestischen und diagnostischen Erkundungen fokussieren auf der Identifikation von Barrieren im Zusammenhang mit der Krankheitsentwicklung und auf der Identifikation von Förderfaktoren, die im Behandlungsverlauf und in der Folge auch für die Zeit nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung eine neue und wichtige Grundlage für die RehabilitandInnen bilden.

Wir messen dieser Betrachtungsweise eine besondere Bedeutung bei, weil sich im Rahmen der Formulierung der Rehabilitationsziele und für die Behandlungsführung, insbesondere für die Planung der persönlichen, schulisch-beruflichen und sozialen Lebensperspektive der RehabilitandInnen, wichtige Implikationen ergeben.

Zur Konkretisierung möchten wir nachfolgend beispielgebend einige Aspekte hervorheben und diese für die Behandlung in unserer Fachklinik Haus Weitenau operationalisieren:

Kontextfaktoren

- Klärung einer eventuellen Medikation oder sonstiger Hilfsmittel
- Klärung von Barrieren und Fördermöglichkeiten hinsichtlich der Mobilität (Arbeitsweg, Wohnsituation)
- Klärung der Beziehungen und Unterstützung zu Familie, Angehörige, Arbeitgeber
- Klärung der Notwendigkeit der Hinzuziehung professioneller Hilfe aus dem Gesundheits- und Sozialsystem
- Klärung von Barrieren, Förderfaktoren und allgemeinen Bewältigungskompetenzen mit Blick auf die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft

Personenbezogene Faktoren

Bei der Betrachtung personenbezogener Faktoren hinsichtlich Barrieren und Förderfaktoren spielen biographische, geschlechtsspezifische und soziodemographische Aspekte eine ausschlaggebende Rolle:

- Alter und Geschlecht
- Persönlichkeit, Charakter und Lebensstil
- Fitness und Mobilität
- sozialer Hintergrund
- Erziehung, Bildung/Ausbildung
- berufliche Vorerfahrung
- allgemeine biographische Vorerfahrungen
- innerseelische Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten
- genetische Prädisposition
- Leistungsdiagnostik

Die differenzierte diagnostische Betrachtung aus dem Blickwinkel der Barrieren und Förderfaktoren hat vielfältige Implikationen bezüglich der therapeutischen Interventionen und therapeutischen Leistungen mit dem Ziel, die Aktivität des RehabilitandInnen und dessen Teilhabe zu fördern.

4.7.3. Medizinische Therapie

Die Erbringung sämtlicher therapeutischer Leistungen im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene in Haus Weitenau geschieht unter der federführenden Verantwortung des leitenden Arztes der Fachklinik.

Die allgemeinärztliche und die fachärztliche Kompetenz aus kinder- und jugendpsychiatrischer/ psychotherapeutischer Sicht ist durch die Berufsgruppe der Ärzte im Rehabilitationsteam der Fachklinik Haus Weitenau jederzeit gewährleistet.

Unterstützt wird der leitende Arzt der Fachklinik, der ein Facharzt für Allgemeinmedizin ist und über die Zusatzbezeichnung Suchtmedizin verfügt, durch einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, der in der Stadt Schopfheim (8 km entfernt) seinen Praxissitz hat.

Der Facharzt für Psychiatrie und Neurologie ist mittels Honorarvertrag verbindlich in die ärztliche Versorgung der RehabilitandInnen, sowohl der Erwachsenenabteilung als auch der Jugendlichenabteilung, einbezogen. Im Labor unseres leitenden Arztes werden indessen Praxis in der Gemeinde Steinen die Laboruntersuchungen für die Fachklinik Haus Weitenau durchgeführt.

Die Vertretung bei Abwesenheit des leitenden Arztes ist über den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychotherapie Lörrach gewährleistet.

Über den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie ist die regelmäßige tägliche Versorgung der jugendlichen RehabilitandInnen gewährleistet. Bei Nichtanwesenheit in der Fachklinik Haus Weitenau besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Sprechstunden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Lörrach. Dies erfolgt an Tagen, an denen keine Visiten bzw. Sprechstunden in der Fachklinik Haus Weitenau stattfinden. Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des St. Elisabethen-Krankenhauses liegt in der Kreisstadt Lörrach (10 km entfernt). Der Umzug der Kinder- und Jugendpsychiatrie Lörrach mit angeschlossener Entgiftung und Zentralklinikum steht unmittelbar bevor. Hierdurch entsteht eine sehr willkommene räumliche Nähe von unter 4 km.

Im Rahmen enger Kooperationsabsprachen können dort auch jugendliche RehabilitandInnen unserer Fachklinik in psychischen Krisen oder nach Rückfällen stationär zur Krisenintervention aufgenommen werden.

Alle Anforderungen und Aspekte der ärztlichen Präsenz der medizinischen Behandlung und des medizinischen Notfallmanagements sind in einem Dokument zusammengestellt, das Teil unseres Qualitätsmanagementsystems ist und die einschlägigen Prozesse verbindlich beschreibt und regelt.

Die **medizinischen Aufgabenschwerpunkte und Tätigkeitsbereiche** werden nachfolgend beschrieben:

- Aufnahmeuntersuchung am Tag der Ankunft der RehabilitandInnen in der Fachklinik
- regelmäßige tägliche Visite im Sinne einer Kurvenvisite
- regelmäßige wöchentliche Visite aller RehabilitandInnen der Jugendlichen- und Erwachsenenabteilung
- hausärztliche allgemeinmedizinische Versorgung im Rahmen der täglichen ärztlichen Sprechstunden, wobei das Aufsuchen der allgemeinärztlichen Sprechstunde für jugendliche und junge erwachsene RehabilitandInnen der Jugendlichenabteilung mit der Verpflichtung einmal die Woche verbindlich geregelt ist
- tägliche Rehabilitandenbesprechungen anlässlich der morgendlichen Dienstübergabe bei gleichzeitiger Mitteilung der RehabilitandInnen, die sich krank fühlen oder die Beschwerden äußern
- regelmäßige Teilnahme an wöchentlich stattfindenden Indikationskonferenz
- Beteiligung des leitenden Arztes an der Erstellung des beruflichen Eingliederungsvorschlages zum Zeitpunkt des Überganges in die Adaptionsphase
- regelmäßige Informations- und Schulungsveranstaltungen zu allen Fragen gesundheitlicher Risiken und der Gesundheitsförderung unter kompetenter Mithilfe des Pflegedienstes.
- Mitbeteiligung in der Phase der Therapievorbereitung, damit wichtige medizinische Gesichtspunkte im Sinne der Komorbidität schon frühzeitig geklärt und in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden können

- Erstellung der sozialmedizinischen Epikrise unter Einbeziehung der Therapiebereiche Psychotherapie und Arbeitstherapie sowie eventuell vorliegender fachärztlicher Befunde
- Einleitung und Überwachung der Teilnahme am Nikotinentwöhnungsprogramm
- Der leitende Arzt der Fachklinik überwacht die Verlaufsdiagnostik unter regelmäßiger Einbeziehung interkurrenter und mitgebrachter Erkrankungen.
- Mittels ärztlicher Zwischenuntersuchung anlässlich der Verlegung in die Adaptionsphase sowie der ärztlichen Entlassuntersuchung bei Therapiebeendigung würdigt der leitende Arzt zusammenfassend alle Befunde der Verlaufsdiagnostik unter Hinzuziehung sämtlicher fachärztlicher Befunde und verordnet gegebenenfalls die Entlassmedikation für die ersten Tage nach Behandlungsbeendigung.

Ärztliche Aufnahmeuntersuchung

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung durch den leitenden Arzt findet regelmäßig am Aufnahmetag statt. Im Aufnahmebefund werden alle medizinischen Parameter berücksichtigt, die im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht zu dokumentieren sind.

Vorbefunde liegen zu diesem Zeitpunkt bereits vor oder werden von vorbehandelnden Ärzten angefordert.

Laboruntersuchungen werden dem klinischen Erscheinungsbild entsprechend erhoben. Zur weiteren diagnostischen Abklärung können niedergelassene Fachärzte, mit denen zum Teil Kooperationsabsprachen und darüber hinaus Absprachen zur konsiliarischen Einbeziehung bestehen, einbezogen werden.

Laboruntersuchungen erfolgen im Labor der Praxis unseres leitenden Arztes und weiteren in Steinen niedergelassenen Ärzten mit denen Kooperationsverträge v. a. für Vertretungen bestehen. Krankhafte Befunde bilden die Grundlage der ärztlichen Weiterbehandlung unter der Federführung des leitenden Arztes.

Alle anamnestischen und diagnostischen Befunde und Erkenntnisse sowie der Verlauf und das Ergebnis der medizinischen Behandlung werden im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert.

Die ärztliche Sprechstunde

RehabilitandInnen, die sich krank fühlen, können jederzeit, bei Wunsch auch nach vorheriger Terminabsprache, die täglich stattfindende ärztliche Sprechstunde des leitenden Arztes aufsuchen.

Die RehabilitandInnen der Jugendlichenabteilung und der Erwachsenenabteilung sind zusätzlich aufgefordert, sich mindestens einmal die Woche nach vorheriger verbindlicher Terminvergabe in der allgemeinärztlichen Sprechstunde vorzustellen.

Arbeitsunfähigkeit, eventuell verbunden mit Einschränkungen hinsichtlich der Teilnahme an einzelnen Leistungsangeboten der Therapiebereiche sowie die Verordnung von Medikamenten wird dokumentiert und den beteiligten Mitarbeitern bekanntgegeben.

Bei psychiatrischen Krankheitsbildern und/oder Krankheitsbildern des psychosomatischen Formenkreises findet die persönliche Kontaktaufnahme, zur Absprache weiterer Schritte der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung, zwischen leitender Arzt und BezugstherapeutInnen statt.

Interkurrente und mitgebrachte Erkrankungen

Interkurrente Erkrankungen, also Erkrankungen, die während der stationären Entwöhnungsbehandlungen auftreten, sowie mitgebrachte Erkrankungen werden zunächst mit den ärztlichen Möglichkeiten in der Fachklinik Haus Weitenau behandelt bzw. weiterbehandelt.

Sofern die medizinischen Fachbereiche nicht in der Fachklinik Haus Weitenau zur Verfügung stehen, erfolgt die konsiliarische Überweisung an niedergelassene Ärzte der einzelnen Fachdisziplinen, Konsiliararztverträge für alle regelmäßig in Frage kommenden medizinischen Fachgebiete, wurden geschlossen.

Bei psychiatrisch neurologischen Krankheitsbildern erfolgt im persönlichen Gespräch zwischen leitender Arzt und Facharzt für Psychiatrie/Neurologie die Vorstellung der RehabilitandInnen mit anschließender Überweisung.

Medizinische Behandlung bei plötzlichen Erkrankungen

In diesen Fällen erfolgt nach Rücksprache mit dem leitenden Arzt der Fachklinik unverzüglich die Information des medizinischen Notdienstes, der alles Nötige zur medizinischen Notfallversorgung einleitet. Notfallruffnummern und Notfallanweisungen sind den diensthabenden Mitarbeitern bekannt und in allen Mitarbeiterbüros hinterlegt.

Die Weiterbehandlung erfolgt durch den leitenden Arzt der Fachklinik mit eventueller Einbeziehung niedergelassener Fachärzte.

Medizinische Behandlung nach Unfällen

Sofern die Transportfähigkeit der RehabilitandInnen gegeben ist, wird unverzüglich die Unfallaufnahme der Krankenhäuser in Schopfheim oder Lörrach aufgesucht, nach eventuell vorheriger Rücksprache mit unserem leitenden Arzt bzw. der psychotherapeutischen Rufbereitschaft. Sollte eine Transportfähigkeit nicht gegeben sein, der Rehabilitand nicht ansprechbar oder die Verletzung gravierend sein, so erfolgt unverzüglich die Meldung an den medizinischen Notfalldienst. Bis zu dessen Eintreffen erhält der Rehabilitand eine Erstversorgung gemäß den entsprechenden ärztlichen Unterweisungen zur Erstversorgung.

Sollte eine stationäre Einweisung in ein Akutkrankenhaus nötig werden, so informieren wir die behandelnden Ärzte und die Pflegedienstleitung über die Suchterkrankung des Rehabilitanden und sprechen eventuelle ärztliche Behandlungsmaßnahmen und Maßnahmen der Rückfallvorbeugung ab.

Die ärztliche Weiterbehandlung nach Rückkehr in die Fachklinik Haus Weitenau übernimmt auch in diesen Fällen der leitende Arzt der Fachklinik.

Ärztliche Zwischen- und Abschlussuntersuchungen

Zur Aufnahme, zur Hauptindikation/Therapieplanung, zum Zeitpunkt der Verlegung in die Adaptionsphase bzw. zum Zeitpunkt der Therapiebeendigung erfolgt jeweils eine medizinische Befunderhebung zur Beurteilung des Verlaufes und des Ergebnisses der stationären Entwöhnungsbehandlung und eventueller medizinischer Einschränkungen.

Die erhobenen medizinischen Befunde haben Einfluss auf den zu formulierenden beruflichen Eingliederungsvorschlag und bilden zusammen mit den Befunden der Abschlussuntersuchung die Grundlage für die sozialmedizinische Epikrise und für eventuelle weitere medizinische Behandlungsvorschläge nach der Entlassung.

Die entsprechende Dokumentation erfolgt fortlaufend bzw. endgültig im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht.

Kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung

Die Ausführungen dieses Gliederungspunktes ergänzen den Gliederungspunkt zur Beschreibung der Jugendlichenabteilung (Punkt 4.6.).

Im Übergang der Modellphase der Jugendlichenabteilung der Fachklinik Haus Weitenau wurde zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung aus kinder- und jugendpsychiatrischer/psycho-

therapeutischer Sicht mit der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des St. Elisabethen Krankenhauses in Lörrach ein Kooperationsvertrag geschlossen.

Im Rahmen dieses Kooperationsvertrages steht uns der leitende Oberarzt der beschriebenen Ein- und Fachrichtung mit 30% der wochenüblichen Arbeitszeit in der Fachklinik Haus Weitenau zur Verfügung.

In der regelmäßig stattfindenden kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Sprechstunde übernimmt der Facharzt alle Aufgaben der Befundung, Diagnostik, insbesondere der differentiellen Diagnostik, der Behandlung und Medikation aus kinder- und jugendpsychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht.

Die zentralen Elemente der kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Mitbehandlung sind:

- Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung aus kinder- und jugendpsychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht.
- Die differentielle Diagnostik im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungsbilder aus Kindheit und Jugend.
- Die Dokumentation der diagnostischen Befunde.
- Absprachen zum Behandlungsplan und der speziellen Behandlungsziele, gemeinsam mit der leitenden Ärztin und den mitbehandelnden Bezugstherapeuten.
- Die Verordnung von Medikationen und deren Überwachung.
- Die Dokumentation der diagnostischen Befunde sowie des Behandlungsverlaufes im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht.
- Die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für alle Mitarbeiter der Fachklinik Haus Weitenau mit Schwerpunkt auf Themen bzw. Erkrankungsbildern aus kinder- und jugendpsychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht.

Über die in der Fachklinik Haus Weitenau stattfindenden kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunden hinaus besteht bei akuten Krisen jederzeit die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Sprechstundenzeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Lörrach, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalter. Darüber hinaus kann jederzeit nach Absprache die kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz aufgesucht werden.

Bei Rückfälligkeit bzw. psychischen Krisen vor psychiatrischem Hintergrund kann in Absprache mit der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters jederzeit eine stationäre Aufnahme zur Krisenintervention erfolgen.

Als bevorzugter Partner der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ist unsere Fachklinik Haus Weitenau in das kinder- und jugendpsychiatrische Notfallsystem einbezogen.

Weitere Aspekte der Kooperation zwischen den beiden Institutionen sind die Durchführung von Entzugsbehandlungen bei jugendlichen Cannabisabhängigen und die jederzeitige Vorstellung von jugendlichen RehabilitandInnen in der Fachklinik Haus Weitenau zur Klärung der Indikation und Behandlungsmöglichkeiten. Hierdurch wird eine nahtlose Vermittlung aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in eine suchtspezifische Behandlung im regionalen Verbund für alle Jugendlichen des Landkreises Lörrach erleichtert.

Zusammenarbeit mit Pflegedienst, Physiotherapie und Diätassistentz/Ernährungsberatung

Die medizinische Behandlung in der Fachklinik Haus Weitenau beinhaltet auch die enge Zusammenarbeit zwischen dem leitenden Arzt und den Mitarbeitern des Pflegedienstes. Aufgrund seltener Bedarfe beschränken sich die Aufgaben des Pflegedienstes vor allem auf das Stellen und die Vergabe der verordneten Medikationen sowie deren Überwachung anlässlich der Einnahme der Medikamente und die Gestaltung der Visiten.

Das Stellen der Medikamente erfolgt gemeinsam mit dem leitenden Arzt der Klinik, bzw. nach Einweisung durch den leitenden Arzt auch alleine durch die medizinischen Pflegekräfte auf der Basis deren beruflichen Fachkompetenz.

Selbstverständlich erbringen die medizinischen Pflegefachkräfte auch erforderliche Leistungen zur medizinischen Pflege und Versorgung. Dies gilt im Falle von Bettlägerigkeit bei RehabilitandInnen, anlässlich der Wundversorgung und Verbandswechsel sowie hinsichtlich anderer Aufgaben, die in der Regel durch Pflegefachkräfte übernommen werden.

Darüber hinaus ist die Begleitung und Betreuung der jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen während des Therapiealltages und in der Freizeit deutlich mehr pädagogisch ausgerichtet, so dass vielfältige Aufgaben, die klassischerweise Pflegefachkräften auf den Stationen einer Klinik übertragen werden, in unserer Fachklinik durch pädagogisches Personal übernommen werden. Unter dem Gliederungspunkt 4.7.7. Freizeitangebote werden wir hierauf noch näher eingehen.

Die Verordnung von physiotherapeutischen Anwendungen kann in niedergelassenen physiotherapeutischen Praxen der Gemeinde Steinen (Entfernung 3 km) durchgeführt werden. Sollten sich spezielle Bedarfe ergeben, so ist die Durchführung physiotherapeutischer Anwendungen auch in der Fachklinik möglich.

Erfahrungsgemäß halten die physiotherapeutischen Praxen alle Hilfsmittel zur Durchführung physiotherapeutischer Anwendungen vor. Der Fahrdienst der Fachklinik Haus Weitenau stellt jederzeit die schnelle Erreichbarkeit der physiotherapeutischen Praxen sicher.

Entsprechend der steigenden Bedarfe zu den Themen Ernährungsberatung, Ernährungsgewohnheiten, Ernährungsfragen (Energiebilanzierte bzw. energiedefinierte Kost, Ernährung bei somatischen Erkrankungen) und die Begleitung und Beratung von RehabilitandInnen mit Essstörungen (Bulimia nervosa, Anorexia nervosa) ist, auch verursacht durch den steigenden Anteil von zu behandelnden weiblichen Rehabilitandinnen, die Zusammenarbeit der medizinischen Abteilung mit den Abteilungen Psychotherapie und Ernährungsberatung / Diätassistenten von stetig steigender Bedeutung. Entsprechend der medizinischen Vorgaben werden die Leistungen des Bereichs Diätassistenten / Ernährungsberatung in unserer Lehrküche durch Fachpersonal indikationsgeleitet erbracht.

4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die psychotherapeutische Behandlung auf der Grundlage wissenschaftlich abgesicherter Therapiemethoden und Grundannahmen mit Schwerpunkt auf der Einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Behandlung ist ein zentrales Kernelement der stationären Suchtrehabilitation in der Fachklinik Haus Weitenau.

Unter ärztlich-medizinischer und psychotherapeutischer Gesamtverantwortung durch den leitenden Arzt und den psychotherapeutischen Leiter der Fachklinik erbringen die Bezugstherapeuten (Diplompsychologen, Master-Psychologie, Diplomsozialarbeiter und/oder Diplomsozialpädagogen) die therapeutischen Leistungen dieses zentralen Leistungsbereichs. Dabei sind sie federführend für die Gesamtgestaltung der Behandlung unter Einbezug aller beteiligten Therapiebereiche verantwortlich.

In regelmäßigen Indikationskonferenzen, Indikationsbesprechungen und Therapieplanungsgesprächen sind die ärztliche Leitung und die psychotherapeutische Leitung der Fachklinik regelmäßig in alle Entscheidungen bezüglich Diagnose, Indikationsstellung, Vereinbarung der Rehabilitationsziele und in die Behandlungsgestaltung einbezogen.

Die grundsätzlichen Anforderungen von Seiten der Leistungsträger, wie sie in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 verabredet sind, werden regelmäßig eingehalten:

- Jeder Bezugstherapeut (gleichzeitig auch Gruppentherapeut im Co-System) betreut zwischen 6 und 10 RehabilitandInnen, entsprechend seines Deputats und Aufgabenportfolio.
- Die Leistungen der Gruppenpsychotherapie werden im Co-Therapeuten-System erbracht, wobei der leitende Therapeut ein Diplompsychologe bzw. ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder ein approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist.
- Die Sozialarbeiter / Sozialpädagogen haben oder sind in einer anerkannten Zusatzausbildung zum Suchttherapeuten
- Die jederzeitige Vertretung der Rehabilitandengruppe ist sichergestellt.
- Die Dauer der Gruppenpsychotherapie, inklusive Vor- und Nachbereitungszeit beträgt 100 Minuten.
- Die Dauer der Einzelpsychotherapiegespräche beträgt inklusive Vor- und Nachbereitung 60 Minuten.

Die in Einzel- und Gruppenpsychotherapie eingesetzten Methoden und Verfahren entspringen den bereits ausführlich beschriebenen tiefenpsychologischen, psychodynamischen und vor allem den psychodramatischen Theorien und Techniken.

Darüber hinaus sind im psychotherapeutischen Kollegium der Fachklinik Haus Weitenau gestalttherapeutische, familientherapeutische und verhaltenstherapeutische Kompetenzen vorhanden, die zusätzlich erweitert werden durch Kompetenzen zu einer motivierenden Gesprächsführung.

Alle psychotherapeutischen Interventionen in Einzel- und Gruppenpsychotherapie sind dabei von den nachfolgend zusammengefassten Rehabilitationszielen geleitet:

- Psychische Stabilisierung mit den Aspekten der psychischen Erholung und der Verbesserung der psychischen Belastbarkeit
- Reduktion der spezifischen komorbiden Symptomatik unter Hinzuziehung der infrage kommenden medizinischen und psychotherapeutischen Fachbereiche
- Bearbeitung und Veränderung emotionaler Aspekte mit Schwerpunkt auf der emotionalen Entlastung und Stabilisierung, der Verbesserung der Affektwahrnehmung und des Affektausdrucks sowie der Affekttoleranz in Verbindung mit der Verbesserung der Impulskontrolle
- Bearbeitung kognitiver Aspekte und hier vor allem die Verbesserung des Problemlöseverhaltens, der Fremdwahrnehmung und Realitätseinschätzung sowie der Konzentrationsfähigkeit
- Verbesserung der Krankheitsbewältigungskompetenzen mit den besonderen Aspekten der Verbesserung der Angstbewältigungskompetenz und der Depressionsbewältigungskompetenz, der Verbesserung der Kompetenzen zur Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von rückfallauslösenden Situationen
- Förderung der sozialen Kompetenz im Sinne der Verbesserung des Kommunikations- und Beziehungsverhaltens
- Bearbeitung von intrapsychischen Aspekten zum Erlernen bzw. Neulernen von Konfliktbewältigungskompetenzen bei inneren Spannungszuständen, die Verbesserung der Konflikttoleranz und der Konfliktwahrnehmung
- Veränderungen in der Selbstentwicklung mit den Zielen der Entwicklung eines realistischen Selbstbildes, der Steigerung der Selbstwirksamkeit, des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls in Verbindung mit der Verbesserung der Introspektionsfähigkeit und Selbstwahrnehmung, ergänzt durch die Aspekte der Steigerung der Selbstverantwortung, Eigenmotivation und letztlich der Stärkung und Förderung der oft nur rudimentär vorhandenen Ich-Funktionen
- Förderung der Akzeptanz der Realität, verbunden mit dem Wahrnehmen und Erkennen von Belastungsgrenzen, der Verbesserung der Frustrationstoleranz in Verbindung mit einer realistischen Selbsteinschätzung, vor dem Hintergrund der Erarbeitung einer tiefgreifenden Krankheitseinsicht
- Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse und Zusammenhänge unter besonderer Bezugnahme auf der Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse (sexuelle Übergriffe,

Gewalterlebnisse, Trennungs- und Verlustereignisse) sowie die Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie und zur Ressourcenerschließung, gemeinsam mit den persönlich relevanten Bezugspersonen mit Blick auf die Zukunftsperspektive

- Motivierung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozess und zur aktiven Mitgestaltung und Mitbeteiligung mit den Aspekten der Motivation für die Inanspruchnahme dringend notwendiger Nachsorgemaßnahmen, bzw. Angebote hinsichtlich der nachgehenden Bedarfe

Nachfolgend beschreiben wir die zentralen Leistungsbereiche der psychotherapeutischen Behandlung.

Alle Entwicklungen der RehabilitandInnen in den einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Angeboten werden regelmäßig in Indikationskonferenzen, Indikationsbesprechungen, Fallkonferenzen und in der fallbezogenen Supervision, die durch einen externen Supervisor erbracht wird, reflektiert.

Für die RehabilitandInnen kommt hier zur Orientierung und Reflexion der Therapiepass zum Einsatz (siehe Anlage 3 und Anlage 3a).

Einzels psychotherapie

Die Einzels psychotherapie ist zentrales Element der Behandlungsführung und Behandlungsgestaltung mit Blick auf die Gesamtbehandlung im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation in der Fachklinik Haus Weitenau. Die Bezugstherapeuten koordinieren regelmäßig alle, gemäß Indikation zu erbringenden therapeutischen Leistungen in den unterschiedlichen Therapiebereichen. Dabei sind sie eng vernetzt mit ärztlicher und psychotherapeutischer Leitung mit Blick auf deren Gesamtverantwortung für die stationäre Entwöhnungsbehandlung.

Anamnesenerhebung, Erstellung der Diagnostik, Verabredung der Rehabilitationsziele gemeinsam mit den RehabilitandInnen sowie die individualisierte und flexibilisierte Behandlungsführung und Behandlungsgestaltung sind zentrale Aspekte, die fortlaufend gemeinsam mit den RehabilitandInnen in der Einzels psychotherapie reflektiert und fortgeschrieben werden.

Die Einzels psychotherapie findet regelmäßig einmal wöchentlich 50 Minuten statt und wird ergänzt durch ein regelmäßiges Angebot zur Krisenintervention und durch Sprechstunden.

Die einzeltherapeutischen Angebote sind eng verzahnt mit gruppenpsychotherapeutischen und soziotherapeutischen Angeboten. Dies wird erleichtert durch die Zusammenarbeit im Co-Therapeuten-System, wodurch regelmäßig auch die Vertretung für, den durch Urlaub oder Krankheit abwesenden Therapeuten sichergestellt ist.

Alle psychotherapeutischen Interventionen der Einzels psychotherapie orientieren sich an den beschriebenen Rehabilitationszielen und basieren auf den beschriebenen theoretisch-wissenschaftlichen Grundannahmen.

Im Verlauf der Behandlung in der Jugendlichen- und Erwachsenenabteilung kommt es zum Zeitpunkt des Überganges in die Adaptionphase zu keinem Wechsel der Bezugstherapeuten.

Es bleibt im Bezugstherapeutensystem Kontinuität bestehen, um die jugendliche und junge Erwachsenenentwicklung nicht unnötig durch den Wechsel einer vertrauten Bezugsperson zu belasten. Ab Beginn der Adaptionphase stehen zudem andere und ergänzende Rehabilitationsziele im Zentrum, die sich vor allem an der Befähigung zur Aktivität und Teilhabe orientieren.

Gruppenpsychotherapie und Therapie in der Bezugsgruppe

Die therapeutischen Leistungen Gruppenpsychotherapie und Therapie in der Bezugsgruppe sind regelmäßige Angebote im Bereich Psychotherapie und finden jeweils einmal wöchentlich statt. Die Gruppenpsychotherapie dauert 100 Minuten, einschließlich Vor- und Nachbereitung, die Therapie in der Bezugsgruppe dauert ebenso 100 Minuten einschließlich Vor- und Nachbereitung.

Vor dem Hintergrund der benannten Rehabilitationsziele tritt in diesen Settings das Medium Gruppe für den einzelnen Rehabilitanden in den Vordergrund. Daraus ergeben sich vielfältige neue Erkenntnisse, Erfahrungs-, Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten in der Auseinandersetzung mit anderen Menschen gleichen Alters und mit gleichen persönlichen Konflikt- und Problemlagen.

Die Therapiemethoden und Interventionsstile in der Gruppenpsychotherapie basieren auf den beschriebenen tiefenpsychologisch, psychodynamisch und psychodramatischen Grundlagen und Modellvorstellungen.

Die Gruppenpsychotherapie und die Therapie in der Bezugsgruppe werden im Co-Therapeuten-System geleitet. Leitend verantwortlich für diese Gruppen sind Psychologen mit der zusätzlichen Approbation als Psychologische Psychotherapeuten bzw. als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit anerkannter suchtt therapeutischer Zusatzausbildung. Die Vertretung zu Abwesenheitszeiten ist durch das Co-Therapeuten-System jederzeit verbindlich sichergestellt.

Die zentralen thematischen Aspekte und Ziele in der **Gruppenpsychotherapie** sind die Förderung von Realitätsbezug und psychosozialer Interaktionsfähigkeit, die Differenzierung von Selbst- und Objektvorstellungen, die Stabilisierung des Selbstwertgefühls, die Ausdifferenzierung von Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Chance zu neuen Rollenübernahmen und Rollengestaltungen und das gemeinsame Lernen in der Peergroup.

Besonders kurativ sind für die RehabilitandInnen auch die neuen Erfahrungen im Hinblick auf Vertrauensbildung, des sich Anvertrauens sowie das Teilen des persönlichen Schicksals mit Menschen, die ähnliche Schicksale durchlaufen haben.

Die allermeisten unserer jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken haben sich im Laufe ihrer Suchtentwicklung deutlich aus zwischenmenschlichen Beziehungen zurückgezogen und waren meist ausschließlich mit ihrem Rauschmittelkonsum und den entsprechenden Wirkungen befasst.

Die therapeutische Arbeit in und mit der Gruppe eröffnet den RehabilitandInnen einzigartige Möglichkeiten, in zwischenmenschliche Beziehungen zurückzukehren und sich in ihrem Sozialverhalten wieder kontaktfreudiger zu entwickeln.

Das therapeutische Angebot **Therapie in der Bezugsgruppe** hat die Bearbeitung und Stärkung der Gruppendynamik im Fokus. In diese Gruppe sind alle RehabilitandInnen der Bezugsgruppe einbezogen, also auch jene, die sich noch in der Aufnahmephase befinden und erst zu einem späteren Zeitpunkt an der Gruppenpsychotherapie teilnehmen.

Die Rollen der einzelnen RehabilitandInnen, die Ausgestaltung dieser Rollen in der Beziehungs- und Gruppendynamik, die Fragen von Mitverantwortlichkeit, die Zurverfügungstellung von Stärken und Ressourcen sowie Unterstützungsangebote durch die Gruppe an RehabilitandInnen, die sich in einer schwierigen Therapiephase befinden, werden in der Therapie in der Bezugsgruppe intensiv betrachtet und bearbeitet.

Das übergeordnete Ziel der Therapie in der Bezugsgruppe ist die Stärkung der individuellen Therapiemitwirkung und gleichzeitig die Stärkung der Therapiemitwirkung der gesamten Gruppe im Hinblick auf Einbringungsmöglichkeiten, Gestaltungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten.

Psychoedukative Gruppe: Aufnahmegruppe

Die Aufnahmegruppe ist eine psychoedukative Gruppe, die die Ankunft der RehabilitandInnen in der Aufnahmephase in den ersten vier bis sechs Wochen regelmäßig einmal wöchentlich (90 Minuten inklusive Vor- und Nachbereitung) begleitet. Sie wird geleitet von einem Diplom Sozialarbeiter mit Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Inhaltlich geht es in der Aufnahmegruppe vor allem um Fragen der Motivation und der Befähigung zu einer gelingenden Bewältigung der anfänglichen Behandlung. Damit einher geht die Vertiefung der

Krankheitseinsicht in Verbindung mit Informationen zum Krankheitsverlauf. Selbstverständlich wird die Kontaktnahme zu anderen RehabilitandInnen der Aufnahmephase unterstützt, um die Integration in die Rehabilitandengemeinschaft zu fördern.

Fragen zum Therapiekonzept, zu den einzelnen Behandlungselementen und Leistungsbausteinen, zu den Klinikregeln und zu ersten Aspekten der zeitlichen und inhaltlichen Behandlungsgestaltung werden reflektiert.

Nach positivem Verlauf der anfänglichen Behandlung werden die RehabilitandInnen aus der Aufnahmegruppe in die Gruppenpsychotherapie übernommen.

Paartherapie

Gemäß den Indikationskriterien können grundsätzlich Paare zur stationären Suchtrehabilitation in die Fachklinik Haus Weitenau aufgenommen werden. Sie nehmen an allen therapeutischen Leistungen der unterschiedlichen therapeutischen Bereiche teil.

Mit Blick auf die individuellen Indikationen und Entwicklungsbedarfe werden Paare unterschiedlichen Bezugstherapeuten zugewiesen und in unterschiedliche Bezugsgruppen aufgenommen. Dadurch ist der individuelle Fokus auf die persönlichen Rehabilitationsziele und Rehabilitationsbedarfe gewährleistet.

Als ergänzendes Angebot erhalten Paare regelmäßig therapeutische Leistungen im Sinne der Paartherapie. Die Paartherapie ermöglicht beiden Partnern die differenzierte Betrachtung der Paardynamik und der jeweiligen Rollenübernahmen in der Paarbeziehung. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen hemmende bzw. fördernde Faktoren im Sinne von Ressourcen für die Paarbeziehung. Selbstverständlich können auch die gemeinsamen Lebensperspektiven des Paares ausreichend reflektiert und weiter verfolgt werden. Die Leistungen zur Paartherapie werden individuell verabredet, die einzelnen Settings der Paartherapie dauern 60 Minuten inklusive Vor- und Nachbereitung.

Frauengruppe und Männergruppe

Mit dem Angebot der Frauengruppe und der Männergruppe bieten wir psychotherapeutische Leistungen an, die geschlechterdifferenziert die Genese der Suchterkrankung, besondere lebensgeschichtliche Erfahrungen (Traumatisierung) und besondere geschlechtsspezifische Aspekte der Identitätsentwicklung bei Frauen und Männern im Zentrum der Betrachtung haben.

Die Ausgestaltung der männlichen bzw. weiblichen Rollenübernahmen und Verhaltensmuster können ausreichend reflektiert und in neue innere Bewältigungsmöglichkeiten und äußere Verhaltensmöglichkeiten übergeführt werden.

Der geschlechterdifferenzierende Schonraum, der im Rahmen dieser Gruppenangebote besteht, ermöglicht sowohl Männern als auch Frauen wichtige biographische Aspekte ihrer Identitätsfindung und ihrer Selbstbildentwicklung zu entdecken und zu reflektieren. In der Regel führen die Erfahrungen und Entwicklungen im Rahmen der Frauen- und der Männergruppe zu neuen Formen der Selbstwahrnehmung im Sinne männlicher bzw. weiblicher Selbstbilder. Die angemessene Selbstwahrnehmung des eigenen Rollenverhaltens und der typischen Gestaltungsformen bei Beziehungsaufnahmen zum eigenen wie zum anderen Geschlecht im Zusammenspiel mit neuen Rollen und Verhaltensmöglichkeiten, führen zu deutlich mehr Selbstzufriedenheit in der Gestaltung aller sozialen Beziehungen.

Insbesondere die sensiblen Themen traumatisierender Lebenserfahrungen können im Kreise gleichgeschlechtlicher Gruppenmitglieder leichter einer Ansprache und Aufarbeitung zugeführt werden.

Indikationsgruppen

Zu den regelmäßigen therapeutischen Leistungen im Bereich der Psychotherapie im Wochentherapieplan gehören die Indikationsgruppen, die mindestens einmal wöchentlich indikativ für den Rehabilitanden (90 Minuten inklusive Vor- und Nachbereitung) stattfinden und die durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und durch Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen mit anerkannter suchtttherapeutischer Zusatzausbildung durchgeführt werden.

In den Indikationsgruppen wird ausdrücklich Bezug genommen auf durchgängig vorhandene Konflikt- und Problemlagen, die in der Behandlung jugendlicher und junger Suchtkranker regelmäßig zum Ausdruck kommen.

Das Angebot an psychotherapeutischen Indikationsgruppen in der Fachklinik Haus Weitenau umfasst die nachfolgenden Themenbereiche:

- Indikationsgruppe Traumatherapie
- Indikationsgruppe Konfliktmanagement
- Indikationsgruppe Stresstoleranz
- Indikationsgruppe Motivationsstärkung
- Indikationsgruppe Krisenmanagement
- Indikationsgruppe Abstinenzstärkung und Rückfallprävention
- Indikationsgruppe Soziales Miteinander
- Indikationsgruppe Atem- und Körpertherapie
- Indikationsgruppe Nikotinentwöhnung
- Indikationsgruppe Kreativer Ausdruck
- Indikationsgruppe Selbstmanagement
- Indikationsgruppe Reittherapie
- Indikationsgruppe Medienkompetenz

Grundsätzlich verstehen wir unser Angebot an Indikationsgruppen als Akzentuierung spezieller Themen, bei denen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Regel unter vielfältigen Defizite leiden, gleichwohl aber auch über meist noch ungenutzte Ressourcen verfügen.

In den Indikationsgruppen spielen teilweise auch die Möglichkeiten eines nonverbalen Ausdrucks (Indikationsgruppe Reittherapie, Kreativer Ausdruck und Indikationsgruppe Atem- und Körpertherapie) eine bereichernde Rolle, da sie zu vielfältigen Neuentdeckungen abseits von Verbalisierungsfähigkeiten führen.

Ein anderer Schwerpunkt ist die Stärkung der RehabilitandInnen in ihrer Abstinenzfähigkeit mit Blick auf die Rückfallprävention und darüber hinaus die Ausweitung des Zieles der Abstinenz auf die Nikotinabstinenz.

In einem dritten Schwerpunkt geht es um die gezielte Förderung des sozialen Zusammenlebens in der Zeit des Aufenthaltes in der Fachklinik. Die Sozialisation der meisten RehabilitandInnen ist gekennzeichnet durch ein erhebliches Maß an Dissozialität und latenter Gewaltbereitschaft, geprägt durch die Erfahrungen aus der Drogenszene, in kriminellen Kreisen oder durch Aufenthalte in Justizvollzugsanstalten.

Die Indikationsgruppen Soziales Miteinander und Konfliktmanagement bieten die Möglichkeit einer angemessenen Reflexion nicht angepassten sozialen Verhaltens und dessen Umformung in adäquatere Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten, mit Blick auf die Erwartungen der MitrehabilitandInnen in der Klinik und ebenso mit Blick auf die allgemeinen Erwartungen im gesellschaftlichen Zusammenleben. Die Wahrnehmung und positive Steuerung sowie Kontrolle von Impulsen steht dabei im Mittelpunkt und ist besonders für RehabilitandInnen mit hohem Aggressions- und Gewaltpotential von höchster Bedeutung.

Die Indikationsgruppe Medienkompetenz sehen wir als an Bedeutung gewinnenden Baustein zur Vermittlung von basaler Medienkompetenz und zur Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit Craving.

Soziotherapeutische Gruppen

Der durch vielfältige Angebote im Wochentherapieplan gekennzeichnete soziotherapeutische Bereich verfolgt überwiegend Ziele und Inhalte, die die RehabilitandInnen während ihres Aufenthaltes in der Fachklinik zu mehr Selbstverantwortlichkeit, Mitverantwortlichkeit und Selbstgestaltung aktivieren sollen.

Sowohl der einzelne Rehabilitand als auch seine Bezugsgruppe und darüber hinaus die Gemeinschaft aller anwesenden RehabilitandInnen sind in die soziotherapeutischen Angebote einbezogen.

Entsprechend ihrer jeweiligen Therapiephase und Therapieentwicklung übertragen wir den RehabilitandInnen deutlich mehr Selbstverantwortung, Mitverantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten, wobei die Rehabilitandeninteressen ausgewogen berücksichtigt werden. Die dabei erbrachten soziotherapeutischen Leistungen werden in der Regel durch alle Bezugstherapeuten übernommen. Die einzelnen Settings im Rahmen der Soziotherapie werden nachfolgend beschrieben:

- **Soziotherapeutische Gruppe zur Therapiemitwirkung und Therapiemitgestaltung:** Diese Gruppe ist ein regelmäßiges, einmal wöchentlich stattfindendes Angebot in der Bezugsgruppe (Dauer 75 Minuten). Unter Beachtung der vorgenannten Aspekte geht es um die Stärkung der individuellen und kollektiven Mitwirkungsbereitschaft und um die Stärkung der Gruppenkohäsion in der Bezugsgruppe, auf der Basis der aktiven Einbeziehung aller Gruppenteilnehmer im Sinne eines Prinzips von Selbstverantwortlichkeit und Fremdverantwortlichkeit. In dieser soziotherapeutischen Gruppe wird regelmäßig die individuelle Therapieentwicklung im Abgleich mit den individuellen Therapiezielen im Spiegel der Bezugsgruppe reflektiert. Persönliche und kollektiv bestehende Ressourcen zur Förderung der Therapiemitwirkung und Therapiemitgestaltung werden grundsätzlich mit einbezogen.
- **Soziotherapeutische Gruppen zur Wochenreflexion:** Dieses soziotherapeutische Angebot, das im Wochentherapieplan jeweils am Montag bzw. am Freitag fest verankert ist, bietet den RehabilitandInnen einerseits die Möglichkeit den Wochenverlauf gemeinsam zu reflektieren, gerade auch mit Blick auf das Zusammenleben der Bezugsgruppe. Darüber hinaus ist eine angemessene Vorbereitung des Wochenendes mit Planung individueller und gemeinsamer Aktivitäten im Zentrum der Beschäftigung. Die Settings dauern jeweils 60 Minuten. Dieses soziotherapeutische Angebot versetzt alle RehabilitandInnen in die Lage, regelmäßig und verbindlich Anteil sowohl an individuellen Behandlungsverläufen als auch am Gruppenleben zu nehmen. Dabei können individuelle Wünsche und Erwartungen an die Gruppenmitglieder in die Alltagsgestaltung, vor allem am Abend und an den Wochenenden, einfließen.
- **Soziotherapeutische Gruppe Freizeitpädagogik:** Dieses soziotherapeutische Angebot ist ein regelmäßiges Angebot in der Behandlung der jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Jugendlichenabteilung im Sinne einer Tagesrandreflexion. Im Übergang vom Abendessen in den Freizeitbereich erhalten die jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen die Gelegenheit, ihre konkreten Freizeitwünsche zu äußern und entsprechende Verabredungen mit den pädagogischen Mitarbeitern zu treffen. Dieses Angebot hat eine besonders große Bedeutung vor dem Hintergrund, den jugendlichen und jungen Erwachsenen im Zusammenleben mit der Peergroup neue Erfahrungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Interessen und Neigungen zu eröffnen. Dieses Setting dauert 45 Minuten inklusive Vor- und Nachbereitung.
- **Abteilungsgruppe bzw. Klinikgruppe:** Abteilungs- und Klinikgruppe werden gemeinsam mit den Rehabilitandenvertretern inhaltlich und thematisch vorbereitet. Die Rehabilitandenvertreter beziehen sich dabei auf Anregungen, Wünsche und Erwartungen aus dem Kreis ihrer MitrehabilitandInnen. Diese werden mit einem Beauftragten Mitarbeiter hinsichtlich ihrer Machbarkeit reflektiert. Abteilungsgruppen und Klinikgruppe finden

alternierend statt und bieten Raum für die Information an die RehabilitandInnen bezüglich aktueller Entwicklungen und Entscheidungen, die die Gestaltung des therapeutischen Wochenprogramms bzw. das Zusammenleben der Gesamtgruppe betreffen. Zusätzlich sind hier über einen Jahresplan verschiedene Rehabilitandenschulungen und Rehabilitandenfortbildungen verortet. Die Schulungen dauern 45 Minuten, die Abteilungs- bzw. Klinikgruppe dauert 90 Minuten. Sie finden 2 x wöchentlich statt.

- **Soziotherapeutische Angebote zur Gestaltung von besonderen Ereignissen und Festen im Jahreslauf:** Ein weiteres originäres Ziel der Soziotherapie ist die Gestaltung von jahreszeitbezogenen Ereignissen (z. B. Jahresrückblick, Sommerfest und ähnliches) und von Festen und Feiertagen im Jahreslauf. Darüber hinaus organisieren die soziotherapeutischen Mitarbeiter speziell im Sommer ein ergänzendes erlebnispädagogisches und erlebnisorientiertes Sommerprogramm. In die diesbezüglichen Aktivitäten sind die RehabilitandInnen regelmäßig mit einbezogen, um deren Mitgestaltungsmöglichkeiten, gerade auch im Hinblick auf die spätere Lebensgestaltung, zu fördern. Diese Gruppen, vor allem mit den Rehabilitandenvertretern (Verantwortungsrolle) finden bei Bedarf 60 Minuten statt.

Die soziotherapeutischen Leistungen beziehen sich auch auf die Begleitung einzelner Rehabilitandengremien, die feste Verantwortlichkeiten im Rahmen der Gesamttherapiegestaltung übernommen haben. Nachfolgend möchten wir die immer wiederkehrenden Gremien benennen. Diese erhalten eine regelmäßige Begleitung im Sinne eines Coachings in allen Aspekten der Übernahme von Verantwortlichkeiten für die Rehabilitandengruppe:

- Begleitung der Rehabilitandenvertreter
- Begleitung der Rehabilitandenverantwortlichen im Freizeitbereich
- Begleitung der Rehabilitandenvertreter, die Wochenendaktivitäten mitplanen und mitgestalten
- Begleitung der Rehabilitandenvertreter im Rahmen der Ausgangs- und Freizeitplanung
- Begleitung der Rehabilitandenverantwortlichen, die in die Organisation des Alltagsgeschäftes mit Blick auf die Wahrung der Rehabilitandeninteressen einbezogen sind

Abschließend und zusammenfassend wird noch einmal hervorgehoben, dass die soziotherapeutischen Leistungen und Angebote einen erheblichen Beitrag leisten zu einem neuen Gefühl von Selbstwirksamkeit und Selbstbestätigung mit Blick auf die notwendige Aktivierung und engagierte Einbeziehung aller RehabilitandInnen während der stationären Suchtrehabilitation.

4.7.5. Beruflich orientierte Rehabilitation

Auftragsgemäß sind arbeitsbezogene therapeutische Interventionen zentraler Bestandteil der stationären Suchtrehabilitation. Die Initiierung, Förderung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist originäres Ziel der medizinischen Rehabilitation und prägt in der Fachklinik Haus Weitenau, aufbauend auf der fortschreitenden körperlichen, seelischen und geistigen Gesundung der RehabilitandInnen das Gesamtprogramm therapeutischer Leistungen.

Aus den Modellvorstellungen der ICF leiten sich die entsprechenden Handlungs- und Interventionsstrategien ab, die letztlich darauf zielen, nach angemessener Würdigung bestehender Barrieren und vorhandener Förderfaktoren, die Fähigkeit der RehabilitandInnen zu Aktivität und Teilhabe in neue Bahnen zu lenken.

Die gelingende Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben einerseits und am Leben in der Gesellschaft andererseits ist ausschlaggebend für die Bereitschaft und die Fähigkeiten der RehabilitandInnen nach der Entlassung aus der stationären Entwöhnungsbehandlung abstinent leben zu wollen bzw. zu können. Auf diese Weise minimiert die gelungene Teilhabe das krankheitsbedingte Rückfallrisiko.

Die Biographien der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die zur Suchtrehabilitation in unsere Fachklinik Haus Weitenau kommen, weisen in der Regel erhebliche Defizite hinsichtlich der schulisch-beruflichen Integration, der Schul- und Berufskarriere und des subjektiven Wohlbefindens im Arbeits- und Berufsleben auf.

Aus dem Umstand, dass ein Großteil ohne Hauptschulabschlussprüfung und die überwiegende Mehrheit ohne Berufsausbildung und ohne festen Arbeitsplatz zu uns in die Behandlung kommen, leiten sich umfangreiche Bedarfe hinsichtlich anamnestischer und diagnostischer Klärung, Therapiezielformulierung und Behandlungsführung ab.

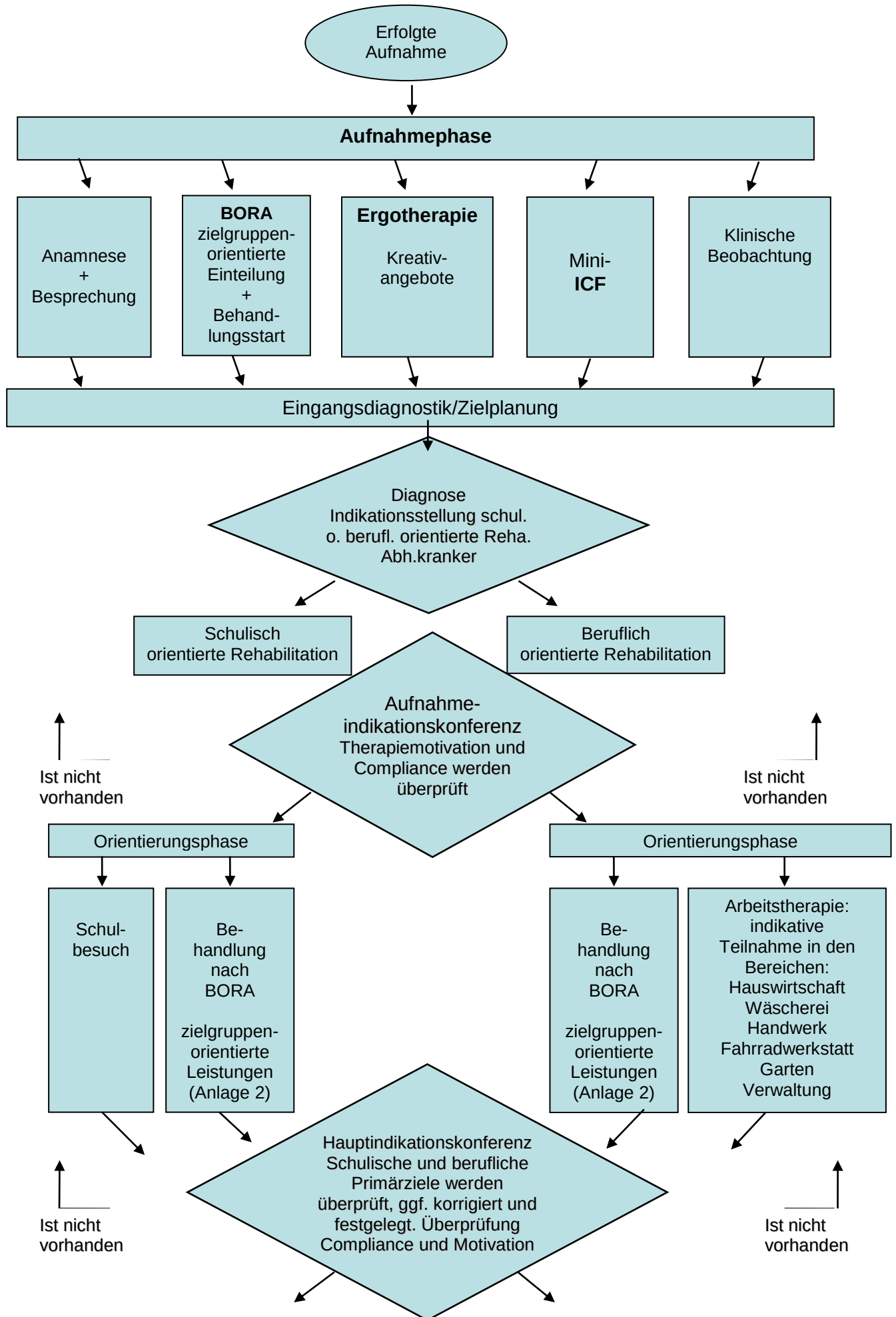
Auf diese Bedarfe reagieren wir in der Fachklinik Haus Weitenau durch ein umfängliches und komplettes Leistungsangebot im Sinne von BORA.

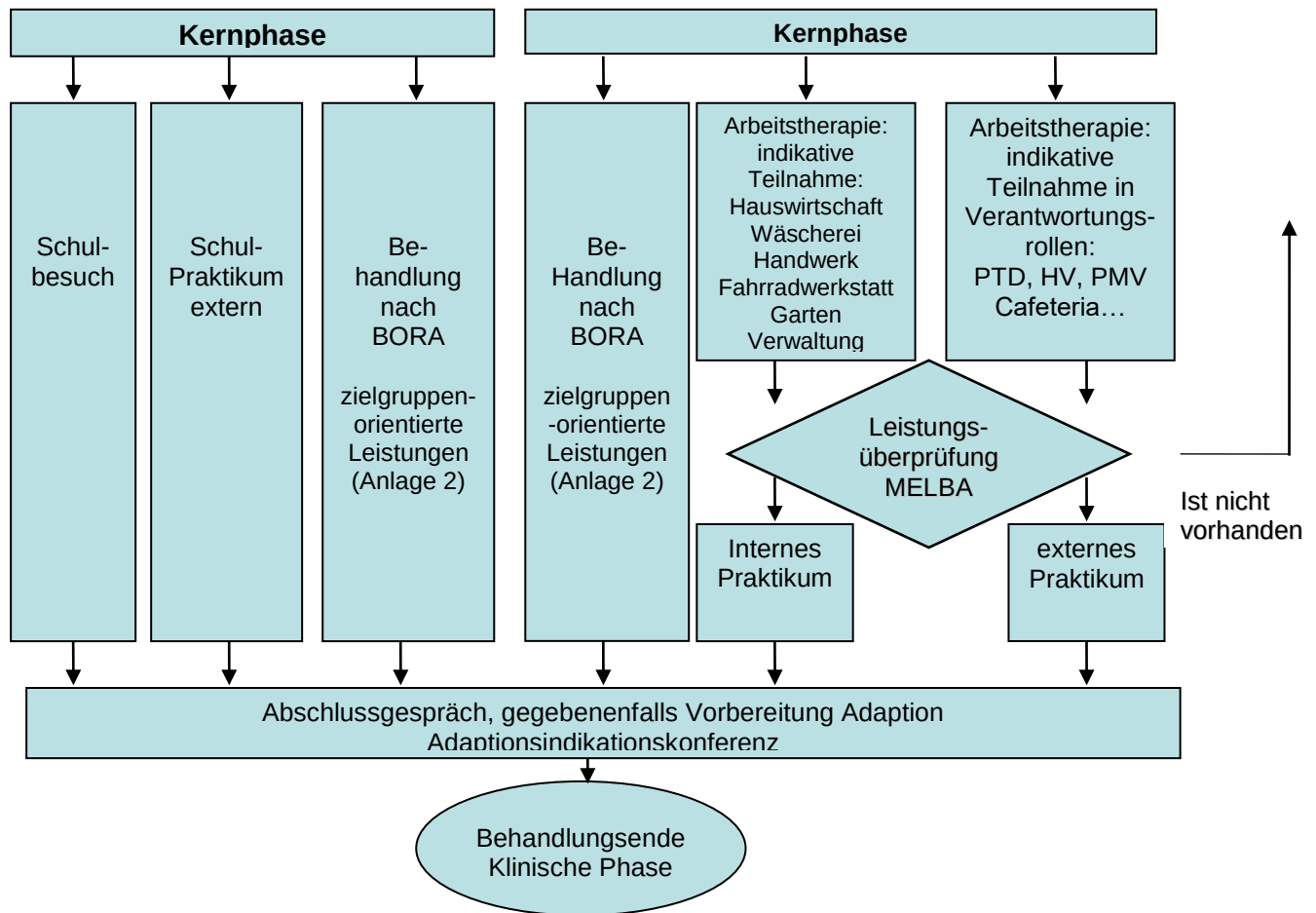
Entsprechend den Empfehlungen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) sind wir stets bestrebt, die Interventionen für RehabilitandInnen zu optimieren. Grundlegende Zielsetzung ist dabei, die medizinische Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere am aktuellen und angestrebten Arbeitsplatz auszurichten.

Auf der Basis des Würzburger Screening entwickelten wir entsprechend den besonderen Anforderungen der Fachklinik Haus Weitenau ein Instrumentarium zur Identifizierung der einzelnen BORA-Gruppen.

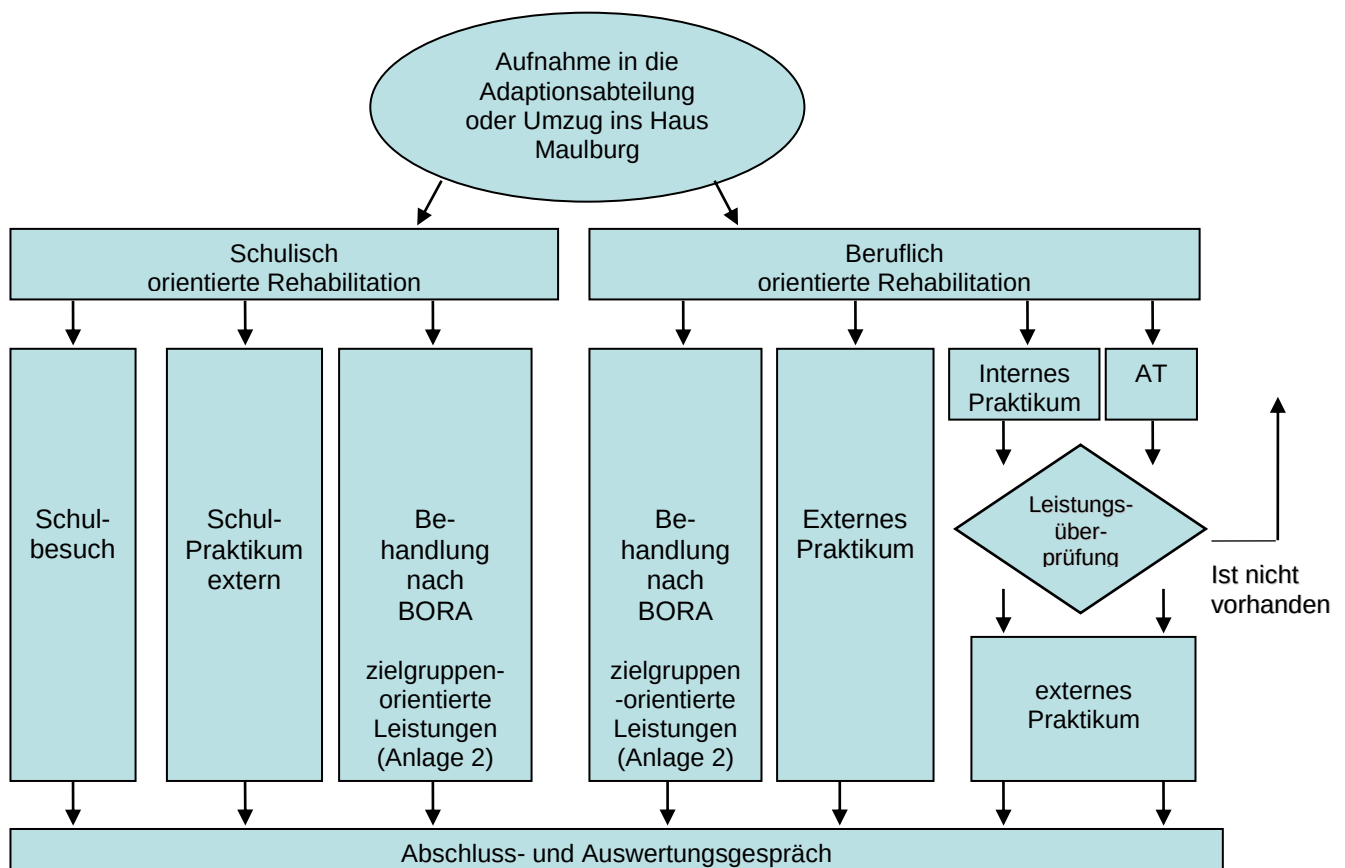
Die Zuteilung erfolgt in der Aufnahmeindikation nach 2-4 Wochen Entwöhnungsbehandlung unter der Zuhilfenahme aller Erkenntnisse aus dem Würzburger Screening, der beruflichen Anamnese, des Patientenfragebogen ICF, dem Mini-ICF, weiterer indikativ eingesetzter diagnostischer Verfahren und der Verhaltensbeobachtung. Entsprechend der BORA-Gruppen legen wir in der Hauptindikation/Therapieplanung nach 6-8 Wochen Entwöhnungsbehandlung die zielgruppenorientierten Leistungen für den Rehabilitanden fest.

Zunächst wird in der Aufnahmephase die Ausgangslage bestimmt, u. u. besondere berufliche Problemlagen festgestellt, über Assessments Potentiale erkannt, Perspektiven über Fähigkeits- und Interessensprofile erarbeitet und derart über verschiedene Module und Jobcoachings berufliche Integration angestrebt.





Prozess BORA/schulisch orientierte Rehabilitation Adaptionseinrichtung Haus Maulburg oder Adaptionsabteilung Haus Weitenau (für Rehabilitanden unter 18 Jahren)



Erhebung der Schul- und Berufsanamnese

Bevor individuelle und indikationsgeleitete Rehabilitationsziele und die sich daraus ergebenden rehabilitativen Strategien festgelegt werden, findet eine umfangreiche Anamnese der schulischen und beruflichen Entwicklung statt, bei deren Erhebung ausdrücklich Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren bzw. Förderfaktoren mit berücksichtigt werden:

- Erhebung der schulischen Entwicklung
- Erhebung der beruflichen Entwicklung
- Beschreibung des Arbeitsplatzes (sofern vorhanden)
- Mitberücksichtigung von Lebensumständen und der sozialen Situation
- aktuelle Motivation bezüglich einzuleitender beruflicher Strategien
- Erfassung von Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, seelischen und geistigen Strukturen
- Einbeziehung eventuell vorhandener Ressourcen (Partner, Schule, Arbeitgeber, Ausbildungsplatz)

Die anamnestischen Erhebungen und die sich daraus ableitenden diagnostischen Erkenntnisse führen zur Formulierung der individuellen Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem Rehabilitanden und zur Einleitung der arbeitstherapeutischen Leistungen in den verschiedenen Bereichen der klinikinternen Arbeitstherapie oder der Schulmaßnahme.

Ziele und Angebote der Arbeitstherapie

Da die allermeisten der jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen frühzeitig und langfristig schulisch und berufliche desintegriert waren, woraus sich erhebliche persönliche schul- und berufsbezogene Defizite ergeben, richten sich alle Leistungen der klinischen Arbeitstherapie darauf aus, diese Defizite und Behandlungsbedarfe adäquat auszugleichen.

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollten bereits im Verlauf der stationären Suchtrehabilitation auf der Basis ihrer körperlichen, psychischen und geistigen Gesundheit in die Lage versetzt werden, den üblichen Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Einschränkungen zu genügen.

Die Basis hierfür ist die Erarbeitung einer persönlichen, schulisch-beruflichen Perspektive mit dem Ziel, die dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben bzw. an den vorgeschalteten schulischen Bedarfen aufrecht zu erhalten.

Unterstützt durch die Erkenntnisse aus der Erhebung der Schul- und Berufsanamnese müssen in den allermeisten Fällen zur Weiterverfolgung arbeitsbezogener Interventionen und Strategien die nachfolgend genannten Aspekte mit beachtet werden:

- Die Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit.
- Die Abklärung der vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten unter Beachtung der persönlichen Belastbarkeit.
- Die Reaktivierung alter und der Erwerb neuer Fähigkeiten zur Auseinandersetzung mit den beruflichen Alltagsanforderungen und Strukturen.
- Der Aufbau und die Festigung der Grundarbeitsfähigkeiten als Basis für die spätere gelingende Teilhabe: Motivation, Selbstständigkeit, Eigeninitiative, Arbeitstempo, Aktivität, Zuverlässigkeit, Sauberkeit, Pünktlichkeit, Verantwortungsübernahme, Flexibilität, Kooperationsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit, Teamgeist, Kritikfähigkeit, Durchhaltevermögen, Konzentrationsvermögen, kognitive Fähigkeiten, psychomotorische Fähigkeiten, körperliche Belastbarkeit.
- Das Erleben und Verarbeiten von Erfolgen und Misserfolgen.
- Die Erfahrung von Selbstbestätigung und Selbstvergewisserung im Sinne der Steigerung des Gefühls der Selbstwirksamkeit.

Die Weiterverfolgung dieser basalen Ziele im Rahmen der BORA-zielgruppenorientierten Leistungen erfolgt in der klinischen Phase der Suchtrehabilitation (Phase 1) durch die indikationsgeleitete Teilnahme an der Arbeitstherapie in verschiedenen Berufsbereichen und ebenso durch die Teilnahme an therapeutischen Interventionen, die der Reflexion und der Selbst- und Fremdbewertung des Verlaufes dienen.

Für die konkrete und praktische Erprobung und dem Training der zu erwerbenden Kompetenzen stehen folgende arbeitstherapeutische Bereiche zur Verfügung:

- Metallwerkstatt
- Holzwerkstatt
- Bereich Garten- und Landschaftsgestaltung
- hauswirtschaftliche Bereich
- Klinikküche
- Bereich Bürokommunikation und Datenverarbeitung

Mit Blick auf die Reaktivierung von Neigungen unter der Berücksichtigung beruflicher Vorerfahrungen und vor allem mit Blick auf den Erwerb neuer Fähigkeiten, die den Interessenslagen der RehabilitandInnen entsprechen, durchlaufen die RehabilitandInnen indikationsgeleitet und zusätzlich wunschgemäß, möglichst viele dieser Bereiche.

Es gelingen so durchaus der Wieder- oder Neuaufbau und die Konsolidierung der Grundarbeitsfähigkeiten durch unterschiedliche Strukturvorgaben der einzelnen Arbeitstherapiebereiche. Auch haben die RehabilitandInnen ausreichend Gelegenheit, einen gut strukturierten arbeitstherapeutischen Alltag zu durchlaufen, so dass sowohl für die RehabilitandInnen selbst als auch die begleitenden Bezugsarbeitstherapeuten ein deutliches Bild der individuellen Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten entsteht.

Die dabei gemachten grundsätzlichen Erfahrungen sind unter Einbezug der Wünsche der RehabilitandInnen die Basis für den schulisch-beruflichen Eingliederungsvorschlag oder Wiedereingliederungsvorschlag.

Selbstverständlich wird jederzeit die ärztliche Leitung hinzugezogen um die Frage zu klären, ob aus medizinischer Sicht eventuelle Einschränkungen oder gar Behinderungen bestehen und damit berücksichtigt werden müssen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Therapiebereichen der stationären Suchtrehabilitation ist jederzeit sichergestellt durch Indikationskonferenzen und Indikationsbesprechungen, die sowohl bereichsbezogen als auch bereichsübergreifend die Behandlung und die Entwicklung eines jeden Rehabilitanden im Blick haben und begleiten.

Selbstverständlich sind regelmäßig die externen Angebote der Agentur für Arbeit in Form von Beratungsgesprächen in vierwöchigem Turnus in die Behandlung aus arbeitsbezogener medizinischer Sicht einbezogen. Alle RehabilitandInnen stellen sich mit ihren berufsbezogenen Wünschen dem Arbeitsberater der Agentur für Arbeit vor. Dabei erhalten sie klare Hinweise zur Orientierung hinsichtlich ihrer individuellen Berufswünsche.

Ebenso selbstverständlich ist der fortlaufende Einbezug sonstiger beraterischer Angebote von Seiten der Arbeitsverwaltung (z. B. Berufsinformationszentrum – BIZ). Der gesamte Verlauf der BORA wird durch therapeutische Leistungsangebote und Settings begleitet, die der Reflexion im Sinne einer Selbst- und Fremdbewertung dienen:

- Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung (Mini ICF)
- Feststellung erwerbsbezogener Problemlagen (EBPL, Bbpl) über das standardisierte Würzburger Screening Verfahren
- Erkennung und Reflexion berufsbezogener Stärken und Schwächen über MELBA
- Reflexion der Entwicklung im Bereich Arbeitsbezogene Medizinische Rehabilitation im Rahmen der Bezugsgruppe über Verhaltensbeobachtungen.

- Wöchentliche Indikationsbesprechungen im Bereich Arbeitstherapie zur Steuerung der Teilnahme an den unterschiedlichen arbeitstherapeutischen Bereichen
- Wöchentliche Reflexionen im jeweiligen arbeitstherapeutischen Bereich unter Einbeziehung aller teilnehmenden RehabilitandInnen
- Reflexion des Fähigkeiten- und Interessenprofils
- Entwicklung angemessener Ziele zur Ausrichtung auf angemessene Berufsfelder und damit Formulierung eines konkreten beruflich-schulischen Eingliederungs- Wiedereingliederungsvorschlags.
- Jobcoaching unter Hinzuziehung oben genannter externer Unterstützer

Die anamnestischen und diagnostischen Erkenntnisse, die Formulierung der Rehabilitationsziele sowie der Verlauf und das Ergebnis der rehabilitativen Leistungen im Bereich Arbeitstherapie werden regelmäßig und abschließend im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert. Dies gilt auch für die noch folgenden Schwerpunkte der Unterstützung aus arbeitsbezogener medizinischer Sicht im Sinne nachgehender Bedarfe und Angebote.

Die Befunde, Erkenntnisse und Entwicklungen in diesem Bereich bieten der ärztlichen Leitung der Fachklinik alle Informationen, die neben den medizinischen Erkenntnissen und den Erkenntnissen aus dem Bereich Psychotherapie zur Erstellung der sozialmedizinischen Epikrise anlässlich des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes benötigt werden.

Interne Belastungserprobung

Die interne Belastungserprobung bildet den Abschluss der klinikinternen therapeutischen Leistungen im Bereich Arbeitstherapie. Der Fokus wird dabei erneut auf die Vergewisserung der Grundarbeitsfähigkeiten insgesamt und insbesondere auf die Einhaltung der vorgegebenen Strukturen und Anforderungen im arbeitstherapeutischen Bereich, in dem die interne Belastungserprobung durchgeführt wird, gelegt.

Mit verschiedenen Erhebungsinstrument (MELBA, Mini-ICF) wird nach Abschluss der internen Belastungserprobung erhoben, inwieweit die RehabilitandInnen hinsichtlich ihrer Grundarbeitsfähigkeiten der Teilnahme an der anschließenden externen Belastungserprobung genügen.

In der Phase der internen Belastungserprobung nehmen die RehabilitandInnen an zusätzlichen therapeutischen Leistungen teil, die sie auf die bald erfolgende Teilnahme an der externen Belastungserprobung, die zentraler Bestandteil der stationären Adaptionsphase ist, vorbereiten:

- Bewerbungstraining
- Projektgruppe zur Förderung der Medienkompetenz
- Coachingangebote zur Klärung der individuellen Berufsperspektive und zur Erstellung der Bewerbungsunterlagen

Der erfolgreiche Abschluss der internen Belastungserprobung mündet in die externe Belastungserprobung an Arbeitsstätten und Bildungsinstitutionen außerhalb der Fachklinik.

Externe Belastungserprobung

Die externe Belastungserprobung wird eingeleitet durch das Bewerbungsverfahren und begleitet durch ein persönliches Vorstellungsgespräch an der Arbeitsstätte bzw. Bildungsinstitution, an welcher die externe Belastungserprobung durchgeführt werden soll.

Es kommt zum Abschluss eines Vertrages für die externe Belastungserprobung, der alle Details der Durchführung regelt.

Zwischen der Fachklinik Haus Weitenau und kleinst- sowie mittelständischen Betrieben in der Region sind derart hunderte von Kooperationen aus den unterschiedlichsten beruflichen Bereichen

entstanden. Derart gelingt es uns in der Regel allen RehabilitandInnen einen oder mehrere externe Praktika zu ermöglichen

Zusätzlich kommt es zu diesem Zeitpunkt zur intensiven Zusammenarbeit zwischen den Bezugsarbeitstherapeuten, die alle bisherigen Leistungen im Rahmen der Arbeitstherapie durchgeführt haben und der Fachkraft des Therapiebereichs Sozialberatung und klinische Sozialarbeit. Dabei ist der komplette Informationstransfer zwischen den Therapiebereichen sichergestellt.

Auf den Aspekt der beruflichen Integration als Leistungsbaustein der Sozialberatung und klinischen Sozialarbeit wird an späterer Stelle explizit eingegangen.

Nach erfolgreichem anfänglichem Verlauf der externen Belastungserprobung (in der Regel 14-28 Tage) erfolgt der Übergang in die Adaptionsphase und die Verlegung in die Adaptionseinrichtung Haus Maulburg.

Ab diesem Zeitpunkt gilt für die RehabilitandInnen der Wochentherapieplan für die Adaptionsphase, der als zentralen Baustein die externe Belastungserprobung mit einbezieht.

Die externe Belastungserprobung gliedert sich in mehrere Phasen hinsichtlich der zeitlichen Belastung. Sie beginnt in der Regel halbtags am Vormittag, wird dann an bestimmten Wochentagen auf dreiviertel bzw. ganztags ausgeweitet. Die Entscheidungen über die zeitliche Ausweitung der externen Belastungserprobung erfolgt auf der Basis der regelmäßig stattfindenden Bilanzierungsgespräche am Einsatzort gemeinsam mit den RehabilitandInnen und den dortigen Bezugspersonen.

Gemäß den Verabredungen mit unserem federführenden Leistungsträger kann die externe Belastungserprobung bei erfolgreichem Verlauf noch während der Phase der Adaption in ein Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis einmünden.

Diese Verabredung bietet für die RehabilitandInnen die Möglichkeit, nicht nur ihre grundsätzliche Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu überprüfen sondern darüber hinaus hinsichtlich ihrer persönlichen Lebensperspektive durch den Beginn eines Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses zusätzliche Sicherheit und Stabilität zu gewinnen.

Die externe Belastungserprobung endet nach erfolgreichem Verlauf mit der regulären Entlassung aus der Adaptionsphase.

Die abschließenden Erfahrungen und Erkenntnisse werden im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht ausführlich dokumentiert.

Förderung der Medienkompetenz

Mit Blick auf die gravierenden schulisch-beruflichen Defizite und auf die sich daraus ergebenden Bedarfe zur Erlangung von schulischen Bildungsabschlüssen, zur Verbesserung weitergehender schulisch-beruflicher Bildungschancen und zur Vermittlung basaler Medienkompetenz ergeben sich nachfolgende neue bzw. erweiterte Angebote:

- Erweiterung und Intensivierung der Angebote von PC-Kursen zur Schaffung bzw. Stärkung der Medienkompetenz
- darauf aufbauend die Erweiterung der Angebote zur Berufsberatung, Berufswunschklärung
- Intensivierung von Bewerbungstrainings einschließlich Erstellung von Bewerbungsmappen
- spezifische schulische Angebote zur Vorbereitung auf Anforderungen in der Berufsschule bei angestrebter Ausbildung.
- Begleitete digitale Beschulung zur Weiterführung oder Erlangung weiterführender Schulabschlüsse (Mittlere Reife, Abitur). Dies erfolgt in der Regel in enger Kooperation mit den nach der Reha weiter beschulenden Institutionen oder Schulen.

Vor allem im Hinblick auf die Vorbereitung auf die Berufsschule ist die Förderung der Medienkompetenz ein wichtiger Baustein zur Unterstützung der RehabilitandInnen, da die Erfahrung zeigt, dass vor allem die notwendigen Leistungen in der Berufsschule für unsere RehabilitandInnen eine sehr hohe Hürde bedeuten. Sehr häufig scheitern Ausbildungsversuche an dieser.

Förderung bei funktionellen Einschränkungen

Förderung bei Einschränkungen der Aktivität und Teilhabemöglichkeit

Die Angebote und Maßnahmen im Rahmen der BORA beinhalten therapeutische Leistungsbausteine der klinikinternen Arbeitstherapie für RehabilitandInnen mit funktionellen Einschränkungen und/oder Einschränkungen in ihrer Aktivität und Teilhabemöglichkeit.

Für diese RehabilitandInnen müssen selbstverständlich bereits in der klinischen Phase der stationären Suchtrehabilitation weitergehende Angebote und Interventionen zur beruflichen Orientierung geprüft und eingeleitet werden. Die Fachklinik Haus Weitenau beschreitet in diesen Fällen zwei Wege, auf denen entsprechende Leistungen erbracht werden.

Bereits in die klinische Phase der stationären Suchtrehabilitation eingebettet ist ein Leistungsbaustein, der durch eine benachbarte Fachklinik (Rehaklinik Birkenbuck in Malsburg-Marzell) erbracht und durch die Fachklinik Haus Weitenau finanziert wird. Bei der Erbringung dieses Leistungsbausteins geht es um die Feststellung der Belastungs- und Leistungsfähigkeit behinderter Menschen hinsichtlich ihrer körperlichen und geistig-seelischen Leistungsbreite. Ferner liegt der Fokus auf der Förderung und Abklärung berufsbezogener Motivation und Neigung mit Blick auf eine realistische, an den Gegebenheiten und Erfordernissen des Arbeitsmarktes ausgerichtete Zielsetzung. Damit einhergehend geht es um die Erarbeitung eines berufsbezogenen Selbstbildes unter Einbeziehung der krankheitsbedingten Einschränkungen bei einer vorrangigen Orientierung an den vorhandenen Fähigkeiten.

Die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zum Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme wird erhoben und dokumentiert und bietet die Grundlage für eine individuelle und konkrete Empfehlung zur weiteren beruflichen Wiedereingliederung (Teilhabe am Arbeitsleben).

Zur Erhebung der Leistungsfähigkeit kommen verschiedene Testverfahren zum Einsatz:

- das Testverfahren HAMET 2 (Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen)
- Arbeitsproben nach IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten)
- das Verfahren EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit)
- das Verfahren AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebnismuster)
- zur Ergänzung eine physiotherapeutische Diagnostik zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung des arbeitsbezogenen Leistungsvermögens und der Anforderungen des letzten Arbeitsplatzes (auf der Grundlage der Merkmale nach MELBA)

Die Ergebnisse bezüglich der Erbringung dieses Leistungsmoduls werden schriftlich dokumentiert und mittels eines abschließenden Auswertungsgesprächs mit den RehabilitandInnen und dem diese Maßnahme begleitenden Mitarbeiter der Sozialberatung der Fachklinik Haus Weitenau erläutert. Die Erbringung dieses Leistungsmoduls erfolgt in enger Absprache mit den Mitarbeitern der Sozialberatung der Fachklinik Haus Weitenau.

Sofern die Einschränkungen in der Funktionalität bzw. in den Teilhabemöglichkeiten der RehabilitandInnen erst im Verlaufe oder gar erst gegen Ende der Adaptionsphase bekannt werden, regen wir unverzüglich in einem schriftlichen Antrag an den Leistungsträger den nahtlosen Übergang in die Erbringung von Leistungen zur medizinisch-beruflichen Orientierung nach Abschluss der stationären Suchtrehabilitation an. In diesen Fällen wird die Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern, z.B. den Berufsförderungswerken angestrebt.

Die weitere Entscheidung über die Art der zu erbringenden Maßnahme, deren Inhalte, deren Dauer und den Ort der Durchführung liegt in den Händen der Leistungsträger.

In jedem Falle sind wir bemüht, solche nachgehenden Bedarfe frühzeitig zu identifizieren, die daraus abzuleitenden Strategien und Perspektiven gemeinsam mit den RehabilitandInnen zu reflektieren, Anträge auf Erbringung einer solchen Leistung und Vorschläge für diese Leistung frühzeitig bei den Leistungsträgern zu stellen, damit Nahtlosigkeit im Übergang jederzeit sichergestellt ist.

Entsprechend der Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker halten wir auch für diese RehabilitandInnengruppe die zielgruppenorientierten Leistungen gemäß der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) in der Fachklinik Haus Weitenau vor. Es wird das Ziel verfolgt, die individuellen Teilhabebedarfe kompetent zu erheben und zu fördern. Dies gemäß der BORA Zielgruppen 1-5 und den daraus sich ableitenden individuellen Problemlagen der RehabilitandInnen. In den oben genannten Indikationen/Therapieplanungsgesprächen werden entsprechend der BORA-Gruppe die therapeutischen Angebote und Leistungen zielgruppenorientiert festgelegt.

Dies gilt auch für die RehabilitandInnen, die die Klinikschule besuchen. Diese profitieren gleich der Anderen vom Leistungskatalog. Der Schulunterricht nimmt Absprachegemäß den Umfang der Arbeitstherapie ein und ersetzt diese.

Der überwiegend größte Teil unserer RehabilitandInnen müssen der BORA-Zielgruppe 4 und 5 zugeordnet werden. Die Auflistung der zielgruppenorientierten Leistungen in der Fachklinik Haus Weitenau werden in den Indikationskonferenzen indikativ bestimmt und damit für die weitere Entwöhnungsbehandlung festgelegt.

Ein Dokument zur Orientierung ist angehängt in der Anlage 2. Die Leistungen sind oben beschrieben.

Schulisch orientierte Rehabilitation

Die klinikinterne Ersatzschule der Fachklinik Haus Weitenau wurde als Sonderberufsfachschule im Sinne eines Berufsvorbereitungsjahres (BVJ), heute als Berufsfachschule VAB (Mühlbachschule), im September 2005 eröffnet.

Es galt, das stationäre Behandlungsangebot der Suchtrehabilitation um ein schulisches Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene zu bereichern, da erfahrungsgemäß regelmäßig ca. zwei Drittel der RehabilitandInnen über keinen Hauptschulabschluss verfügten, also ohne basalen Bildungsabschluss kaum einen realistischen Zugang zu Ausbildungsberufen finden konnten.

Die Indikation für die Inanspruchnahme der Klinikschule ergibt sich meist schon aus den Anmeldeunterlagen im Rahmen der Therapievorbereitung.

Alle RehabilitandInnen, die über keinen Hauptschulabschluss verfügen oder einen vorhandenen Hauptschulabschluss dringend verbessern müssen, werden dem Schulprogramm der Klinikschule zugewiesen. Demzufolge durchlaufen die RehabilitandInnen in der Klinikschule eine schulisch orientierte Rehabilitation.

Begleitend zur Klinikschule durchlaufen diese RehabilitandInnen gleichwohl basale Programme in der BORA, damit sie ihre Grundarbeitsfähigkeiten für eine künftige Berufsausbildung oder Arbeitstätigkeit ausbauen und stabilisieren können.

Die Leistungen im Verlauf der Klinischen- und der Adaptionphase zur Teilhabe für die RehabilitandInnen sind durch den Unterricht sowie die Prüfungen nicht beeinträchtigt. Der Unterricht nimmt in etwa den Umfang ein, der bei RehabilitandInnen mit Schulabschluss durch die Arbeitstherapie eingenommen wird (Vergleich Schaubild S.66 f).

Die Klinikschule arbeitet eng mit den Therapiebereichen der BORA und der Sozialberatung hinsichtlich der schulisch-beruflichen Integration und Vernetzung zusammen.

Um die Lernhaltung der einzelnen Schüler und die Arbeitsfähigkeit der Schulklasse insgesamt zu unterstützen, finden regelmäßige Angebote im Rahmen der klinischen Schulsozialarbeit statt.

Alle Schüler der Klinikschule durchlaufen das komplette Schulprogramm in Abstimmung mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsbudgets für die klinische Phase und die Adaptionsphase. Darüber hinaus nehmen die Schüler im Bedarfsfall am Betreuten Wohnen der Fachklinik teil, wenn die Notwendigkeit besteht die Zeitspanne bis zum Abschluss des Schuljahres und den Hauptschulprüfungen zu überbrücken.

Indikativ besteht die Möglichkeit, die Angebote der Klinikschule nur teilweise bzw. zeitweise in Anspruch zu nehmen, um anstehende Berufsschulbesuche oder externe Beschulungen vorzubereiten.

Die Leitung/Rektorin der Klinikschule begleitet die individuellen Entwicklungen der Schüler sehr intensiv und gestaltet die Übergänge zu externen Schulprogrammen.

In der Regel durchlaufen die Schüler das Schulprogramm der Klinikschule im Sinne der Berufsfachschule VAB. Die Prüfungen werden in Zusammenarbeit mit der Gewerbeschule Lörrach intern und extern durchgeführt.

Die Schule verfügt über eigenes Lehrpersonal, um den komplette Stundenplan abzudecken. Dieser beinhaltet neben den theoretischen Fächern das Fach Sport und die berufspraktischen Fächer in den Bereichen Holz, Hauswirtschaft und Metall. Für die genannten Fächer stehen in der Fachklinik selbst geeignete praktische Bereiche zur Verfügung. **Die notwendige professionelle Maschinenausstattung ist gewährleistet.**

Die Bereiche werden genutzt, um die im Lehrplan vorgesehenen praktischen Erprobungen und Trainings der zu erwerbenden Kompetenzen umzusetzen. Dies mit Blick auf die (Re-)Aktivierung der Grundarbeitsfähigkeiten. Selbstverständlich stehen den Schülern die auf S. 69/70 formulierten Angebote und Leistungen zur Verfügung und werden indikativ eingesetzt.

Im Verlauf der Schulteilnahme werden die persönlichen schulisch-beruflichen Perspektiven geklärt. Diese führen entweder nach Abschluss der Hauptschule in weiterführende Schulen oder in Ausbildungsplatzangebote.

In Einzelfällen der Jugendlichenbehandlung, bei geplanter Rückkehr in eine kooperierende Jugendhilfeeinrichtung, wird diese in die Ausgestaltung der weiteren schulisch-beruflichen Perspektive der jugendlichen RehabilitandInnen mit einbezogen.

Es zeigt sich, dass regelmäßig alle zur Prüfung zugelassenen RehabilitandInnen über die Klinikschule einen Hauptschulabschluss erreichen und somit die Eintrittskarte für eine gelingende Integration in die berufliche Welt lösen. Es verringert sich zwar über die Jahre die Zahl der RehabilitandInnen, die keinen Schulabschluss haben, gleichzeitig vergrößert sich aber die Zahl der RehabilitandInnen mit äußerst schlechten Abschlüssen und mangelhaften bis ungenügenden Kenntnissen, die einen erfolgreichen späteren Berufsschulbesuch ohne Verbesserung der schulischen Kompetenz scheitern lassen würden.

Für beide Gruppen können wir kompetente Angebote bieten, die die Chance der Integration in die Arbeitswelt signifikant erhöhen.

Unsere RehabilitandInnen zeigen sich in der Arbeitstherapie und in der Klinikschule in ihrem Leistungsvermögen deutlich divers. Es zeigt sich auf der einen Seite ein deutlicher Anstieg von RehabilitandInnen mit intellektueller Minderbegabung.

Über zusätzlich installierten Stützunterricht konnten wir auch diese zu einem Hauptschulabschluss begleiten. Die Entwicklung von weiteren speziellen schulischen Angeboten für dieses Klientel und zur

Verfügung stellen von Dokumenten, Flyern und Unterricht in einfacher Sprache ist in Arbeit. Die gezielte Vorbereitung dieser Jugendlichen auf die dualen Anforderungen einer Ausbildung sind unseres Erachtens von zentraler Bedeutung, um die späteren Erfolgschancen einer Ausbildung deutlich zu verbessern und die Haltequote in den Ausbildungen zu erhöhen.

Auf der anderen Seite zeigen sich erhöhte Bedarfe und Wünsche zur Beschulung in Richtung Mittlere Reife und Abitur. Wir sind in der Lage professionalisierte digitale Ausstattung und damit ein digitales Angebot vorzuhalten, dass den SchülerInnen über enge Begleitung die erfolgreiche Beteiligung an den Prüfungen ermöglicht. Für die Schüler, die im Verlaufe des Schuljahres an ihre Ursprungsschulen zurückkehren, wird über digitale Zusammenarbeit der Kontakt zu den Herkunftsklassen, dessen Schulleistungsniveau, gehalten und damit eine gelingende Rückkehr ermöglicht.

4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Im Rahmen der Sport-, Körper- und Freizeittherapie werden vielfältige Rehabilitationsziele verfolgt, die der Steigerung der körperlich-seelischen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit dienen. Es geht um die Wiederentdeckung bzw. Neuentdeckung vitaler Lebenskräfte, der Wieder- bzw. Neuentdeckung besonderer Neigungen, Fähigkeiten und Talente und der Neugestaltung eines angemessenen Freizeitverhaltens.

Die Sport-, Körper- und Freizeittherapie ist zusätzlich zu den gerade formulierten, vielfältigen Rehabilitationsunterstützungen auch im Besonderen in der Aufnahmephase zur Gewinnung von Motivation und Compliance von mitentscheidender Bedeutung. Die Erfahrung zeigt insbesondere in der Arbeit mit jugendlichen RehabilitandInnen die hohen Möglichkeiten über die Wiederentdeckung bzw. Neuentdeckung vitaler Lebenskräfte und positiver Zukunftshoffnungen. Hierdurch kann sehr erfolgreich Therapiemotivation, Selbstwirksamkeit und Lebenssinn entwickelt werden.

Auf ärztliche Anordnung werden unter anderem auch physiotherapeutische Leistungen (z.B. Rückentraining, Rückenschule) erbracht.

Zusätzlich halten wir sporttherapeutische Indikationsgruppen vor, welche im Schwerpunkt das körperliche und seelische Wohlbefinden (Körperschema, Körperbild, Körperimago) entwickeln und verbessern sollen. Zusätzlich halten wir Entspannungsverfahren und achtsamkeitsorientierte Indikationsgruppen vor:

- Indikationsgruppe Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
- Indikationsgruppe Bogenschiessen
- Indikationsgruppe Aikido
- Indikationsgruppe Spinning
- Indikationsgruppe Yoga

Die Leistungsangebote der Sporttherapie, die mit ihren vielfältigen Angeboten das nachmittägliche Wochentherapieprogramm durchziehen, richten sich auf die Wiederentdeckung bzw. Neuentdeckung von sportlichen Ressourcen und deren konkrete Umsetzung. Die RehabilitandInnen erfahren eine deutliche Vitalisierung und Animation hinsichtlich ihrer Neigungen, Fertigkeiten und Talente, die zuvor durch den fortschreitenden Suchtmittelkonsum verschüttet oder noch gar nie erweckt wurden.

Erfahrungsgemäß profitieren die allermeisten RehabilitandInnen von den Angeboten der Sport-, Körper- und Freizeittherapie sehr rasch, sie erfahren sehr viel Selbstbestätigung und Bestätigung ihrer Selbstwirksamkeit, da sich Trainingseffekte und Fortschritte rasch einstellen.

Diese positiven Entwicklungen durchdringen in zunehmendem Maße alle anderen Therapiebereiche mit Blick auf die Befähigung der RehabilitandInnen zu mehr Initiative, Tatkraft und Engagement einerseits und mehr hoffnungsvolle Zukunftssicht andererseits.

Im Rahmen der sport-, körper- und freizeitbezogenen Therapieangebote wird regelmäßig auch die individuelle Sport- und Freizeitanamnese erhoben. Diese bildet die Basis für den gezielten Einsatz spezieller sportlicher Leistungsangebote zur Hinführung auf eine regelmäßige und sinnstiftende

Freizeitbeschäftigung außerhalb der Fachklinik in hiesigen Vereinen, Freizeiteinrichtungen und Bildungsinstitutionen.

Schwerpunkt aller Bemühungen ist die Förderung und Unterstützung der Aktivität und Teilhabemöglichkeit am gesellschaftlichen Leben unter Beachtung eventueller Barrieren und Förderfaktoren.

Die Anbahnung und die Überleitung in Freizeitaktivitäten außerhalb der Klinik werden intensiv begleitet durch einen Freizeitcoach.

Dieser hilft den RehabilitandInnen anfängliche Barrieren und Schwellenängste abzubauen und begleitet die Freizeitaktivitäten regelmäßig, um eine gelingende Integration sicherzustellen.

Erfahrungsgemäß erleben die jungen RehabilitandInnen die Angebote der Sport-, Körper- und Freizeittherapie als eine enorme Bereicherung ihres Lebens, da speziell dieser Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe in der Regel zuvor gänzlich verloren gegangen waren.

Die Leistungen, die in diesen Therapiebereichen erbracht werden, werden fortlaufend und abschließend in der Klassifikation therapeutischer Leistungen im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert. Sie umfassen unter anderem die folgenden Angebote:

- Rekreationstherapie
- koordinative Trainings
- Geh- und Lauftraining sowie Ausdauertraining
- Sport- und Bewegungstherapie/Wirbelsäulengymnastik
- spielorientierte Sport- und Bewegungsspiele
- erlebnisorientierte Gruppenausflüge
- begleitete Wochenendaktivitäten

In Abstimmung mit dem pädagogischen Bereich werden im Jahreslauf vielfältige erlebnisorientierte Veranstaltungen durchgeführt, die vor allem ihren Schwerpunkt im Sommerprogramm haben. Diese therapeutischen Angebote haben auf die Mitwirkungs- und Durchhaltefähigkeit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfreulich positive Effekte. Sie ermöglichen ein Um- und Neulernen mit Blick auf die angemessene Freizeitgestaltung in der Peergroup.

Die erlebnispädagogischen Angebote befördern häufig eine intensive Erlebnisqualität und Begeisterungsfähigkeit. Diese Erlebnisintensitäten bilden einen wichtigen Gegenpol zu den intensiven Wirkweisen der unterschiedlichen Rauschmittel, die zuvor das Leben der Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestimmt haben.

Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie

Die Leistungsangebote der Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie ergänzen die Angebote der Sport-, Körper- und Freizeittherapie mit Blick auf die Wiederentdeckung bzw. Neuentdeckung der den RehabilitandInnen innewohnenden Ressourcen. Vor allem in der Aufnahmephase besteht hier ein Angebotsschwerpunkt, um ein schonendes Ankommen zu ermöglichen. Erste Erfahrungen eines Neubeginns werden über die gestalterischen Medien möglich. Zentral notwendig ist, hierzu ein sicherer, auf das Bewältigungsniveau reduzierter Anspruch, eine geschützte Atmosphäre und eine dosierte Angebotspalette um Überforderungen zu vermeiden.

Jegliche Formen kreativer Beschäftigungen gingen zumeist in Folge der progredienten Suchtentwicklung verloren. Die Wiederentdeckung der kreativen Neigungen und Interessen und vor allem die Wiederentdeckung der Beschäftigung mit sich selbst im Sinne der Kontemplation ist für die RehabilitandInnen eine sehr hilfreiche Erfahrung und sie bringt für die RehabilitandInnen Beruhigung und Entspannung.

Die Entdeckung der kreativen und gestalterischen Fähigkeiten bedeutet für die RehabilitandInnen Bestärkung und Selbstbestätigung und vor allen Dingen auch Bestärkung ihres Gefühls der

Selbstwirksamkeit. Mit Einsatz der zur Verfügung gestellten Medien und Materialien schaffen die RehabilitandInnen kreative Produkte als wichtigen Ausdruck innerer Befindlichkeiten.

Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein werden deutlich gestärkt, darüber hinaus erfahren die RehabilitandInnen vielfältige Anregungen für eine sinnvolle Freizeitgestaltung.

Letztlich bleibt den RehabilitandInnen die Wahl, ob in ihrer künftigen Freizeitgestaltung eher kreativ-gestalterische oder eher aktiv-sportliche Inhalte im Mittelpunkt stehen.

Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Verlauf der Beteiligung an den Angeboten der Kreativ- und Gestaltungstherapie fließen ebenso in die Indikationskonferenzen und Indikationsbesprechungen ein, wie die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Sport-, Körper- und Freizeittherapie.

Der Behandlungsverlauf und die Inanspruchnahme der therapeutischen Leistungen der Kreativ- und Gestaltungstherapie werden regelmäßig und abschließend im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert.

4.7.7. Freizeitangebote

Die Behandlung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Jugendlichenabteilung der Fachklinik Haus Weitenau wird regelmäßig durch pädagogische Angebote und Freizeit- und erlebnispädagogische Angebote begleitet. Die Leitung der Angebote erfolgt durch ErzieherInnen, Jugend- und Heimerzieher sowie Übungsleiter. Diese Begleitung findet vorzugsweise an den Abenden und am Wochenende ganztägig statt.

Die Angebote schaffen für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen pädagogisch strukturierten Rahmen nach Abschluss des Wochentherapieprogramms. Sie bieten den Jugendlichen und jungen Erwachsenen neben einer unterstützenden Struktur auch jederzeit den Raum für Gespräche und soziales Miteinander in der Peer.

Der pädagogische Dienst der Fachklinik Haus Weitenau stellt die Aufsichtspflicht für minderjährige Jugendliche jederzeit sicher.

In täglichen Gruppengesprächen im Sinne einer Tagesreflexion wird den Jugendlichen der Übergang in die Freizeitphase erleichtert. Sie werden durch die Angebote der pädagogischen Mitarbeiter unterstützt in ihren Bemühungen zu einer aktiven gemeinsamen Freizeitgestaltung.

Mit Blick auf die Defizite und fehlgelaufenen Sozialisationen in der Jugendzeit stellen sich erhebliche Bedarfe hinsichtlich einer gemeinsamen und sinnvollen Freizeitgestaltung mit Gleichaltrigen (Peergroup).

War die jugendliche Erlebniswelt zuvor meist ausschließlich nur noch durch Drogenkonsum, Gewaltbereitschaft, Destruktivität oder gar kriminelle Handlungen gekennzeichnet, so schafft die pädagogische Begleitung mit ihren erlebnispädagogischen Angeboten neue Erfahrungsmöglichkeiten und Erfahrungsräume, für die ein dringender Bedarf besteht.

Gemeinsame Gesprächsrunden, gemeinsames Spielen, gemeinsame Unternehmungen z.B. über Besuche kultureller Veranstaltungen schaffen neue Begegnungs- und Erfahrungsmöglichkeiten zur Bereicherung der jugendlichen Erlebniswelten. Sie sind damit ein wichtiger Ausgleich und tragen erheblich dazu bei, dass natürliche Lebensfreude, Begeisterungsfähigkeit und eine positive Zukunftssicht entstehen können. All das, was der stete Rauschmittelkonsum mit all seinen negativen Konsequenzen zuvor verunmöglicht hat, hat nun eine neue Chance.

Insbesondere die erlebnispädagogischen und erlebnisorientierten Angebote, die in enger Abstimmung mit den Mitarbeitern des Bereiches Sport-, Körper- und Freizeittherapie regelmäßig erbracht werden, führen zu starken positiven Wirkungen und Veränderungen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Die erlebnispädagogischen Angebote finden regelmäßig statt, sind jahreszeitbezogen und haben ihren Schwerpunkt auf dem gemeinsamen Neulernen in der Peergroup.

Sie schaffen damit auch für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die die Erfüllung des Wochentherapieplanes häufig als hoch anstrengend erleben, einen Ausgleich in dem Sinne, dass sie gewisse „Highlights“ setzen. Nachfolgend sind einige sehr beliebte und bewährte erlebnisorientierte Angebote zusammengefasst:

- Ski- und Snowboard-Ausfahrten, Schneeschuhwanderungen
- Hüttenaufenthalte
- Klettertouren
- Fahrradausflüge
- Wildwasserfahren und Bootstouren
- Teilnahme an Fußball- und Volleyballturnieren
- Beachvolleyball
- Wanderungen, Ausflüge und Schwimmbadbesuche
- Besuche kultureller Veranstaltungen

Hinzu kommt die aktive Einbeziehung der RehabilitandInnen in die Gestaltung von Festen und Feiertagen im Jahreslauf.

Alle Aktivitäten rücken neue Lebensinhalte in den Lebensmittelpunkt der RehabilitandInnen, in der Absicht diese dazu zu befähigen, diese neuen Erfahrungen in ihre künftige Lebensführung einzubeziehen.

4.7.8. Sozialdienst

Die therapeutischen Leistungen der Sozialberatung und klinischen Sozialarbeit stehen allen RehabilitandInnen der Fachklinik Haus Weitenau zur Verfügung. Sie orientieren sich an den individuellen Bedarfen. Terminabsprachen mit den Mitarbeitern dieses Therapiebereiches erfolgen bereits in der ersten Therapiewoche, um die finanzielle Situation der RehabilitandInnen abzusichern. Weitere Indikation wird in den Indikationskonferenzen besprochen und überwacht.

Wie bereits erwähnt ist die Erbringung dieser Leistungen rehabilitanden- und lösungsorientiert. Die RehabilitandInnen werden aktiv in alle Prozessschritte der jeweiligen Beratungsthemen einbezogen. Die therapeutische Zielsetzung ist die Befähigung der RehabilitandInnen, eigenverantwortlich und eigengestalterisch zu agieren.

Selbstverständlich haben sich im Laufe der fortschreitenden Suchtentwicklung bei den jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen unserer Fachklinik viele Regelungs- und Klärungsbedarfe ergeben. Diese in Angriff zu nehmen und einer nachhaltigen Lösung zuzuführen ist eine wichtige Grundbedingung für eine zufriedenstellende Lebensführung bereits während der stationären Suchtrehabilitation und insbesondere für die Zeit danach.

Schulisch-berufliche Integration und Coaching

Diese Leistungen zur Sozialberatung nehmen direkt Bezug auf die zuvor erbrachten Leistungen durch die klinikinterne Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation.

Die Sozialberatung begleitet die RehabilitandInnen ab der Vorphase der externen Belastungserprobung in allen Fragen der beruflichen Integration und Teilhabe am Arbeitsleben. Ausgehend vom jeweiligen Status der schulisch-beruflichen Integration kann sowohl die Replatzierung in ein bestehendes Schul-, Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses oder alternativ die Neuanbahnung schulisch-beruflicher Perspektiven angestrebt werden.

Im Falle der Replatzierung in ein bestehendes Schul-, Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis erfolgt die Kontaktaufnahme gemeinsam mit den RehabilitandInnen zur Erzielung genauer Absprachen über den

Zeitpunkt der Replatzierung und die bestehenden Anforderungen an Unterstützungsleistungen zur Replatzierung.

Im Falle der Einleitung neuer schulisch-beruflicher Perspektiven bilden die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der klinischen Phase der Arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation und aus dem Verlauf der externen Belastungserprobung im Rahmen der Adaptionsphase eine wichtige Grundlage zur Erarbeitung zielgerichteter Strategien.

Die regelmäßig stattfindenden Auswertungsgespräche zur Begleitung der außerklinischen Belastungserprobung gemeinsam mit den RehabilitandInnen und den Bezugspersonen dort, liefern genaue Erkenntnisse über die beruflichen Eignungen und Fähigkeiten. Bei gutem Verlauf der außerklinischen Belastungserprobung wird stets die dauerhafte Integration im Rahmen eines Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses angestrebt.

In anderen Fällen ist der vorherige Besuch einer Berufsfachschule nötige Voraussetzung zum Eintritt in ein Ausbildungsverhältnis. Alle diesbezüglichen Fragen und Strategien werden gemeinsam mit den RehabilitandInnen durch die Sozialberatung koordiniert. Sofern externe Institutionen und Dienstleister (Agentur für Arbeit, Jobcenter) hinzugezogen werden müssen, sorgt auch hier die Sozialberatung für die zeitnahe und angemessene Einbeziehung. Ein Erstkontakt ist fester Bestandteil der klinischen Phase.

Im Falle einer Replatzierung können je nach Bedarfslage die RehabilitandInnen durch die Sozialberatung in ihren Betrieb begleitet und gemeinsame Gespräche mit den Personalverantwortlichen zu Fragen der Replatzierung geführt werden.

Die Sozialberatung unterhält regelmäßig Kontakte zur Neugewinnung bzw. zur Kontaktpflege zu allen Arbeitsstätten und Bildungsinstitutionen, die für die Inanspruchnahme im Rahmen einer externen Belastungserprobung in Frage kommen. Sie ist damit wichtige Repräsentantin der Fachklinik, verbunden mit der regelmäßigen Aufgabe der Darstellung und Transparenz der zentralen therapeutischen Angebote in der stationären Suchtrehabilitation.

Existenzielle Sicherung und rechtliche Fragen

Durch die nahezu ausschließliche Fixierung auf den Rauschmittelkonsum und die mit ihm verbundenen Aktivitäten ist in den allermeisten Fällen die existentielle, materielle Absicherung der RehabilitandInnen gefährdet oder nicht mehr gegeben.

Dabei stehen die nachfolgend skizzierten Problemstellungen und Handlungsbedarfe regelmäßig im Mittelpunkt der Beschäftigung:

- Klärung von Wohnungsfragen.
- Klärung des Krankenversicherungsschutzes.
- Klärung von Unterhaltsfragen (ALG I oder ALG II).
- Klärung anderer Aspekte der wirtschaftlichen Absicherung (Kindergeldzahlung, Waisenrente und ähnliches).
- Klärung rechtlicher Fragen, vor allem bei RehabilitandInnen, die einer Betreuung unterstellt sind.
- Klärung der Kostenträgerfrage vor allem zu Beginn der Rehabilitation und für die im Einzelfall indizierte Adaptionsphase.

Die jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen sind in der Regel mit der alleinigen Klärung dieser Fragestellungen überfordert, da sie meist über keinerlei verwertbare Lebenserfahrung hierzu verfügen.

Sie bedürfen der Information, der Entscheidungshilfe und vor allem der Selbstbefähigung bei der künftigen Regelung dieser Angelegenheiten.

Auch hier gilt das Prinzip „der Hilfe zur Selbsthilfe“. Die RehabilitandInnen sind also aktiv einbezogen.

Ein Schwerpunkt der Beratung liegt auf der Erschließung von Ressourcen auf Seiten der RehabilitandInnen sowie auf der Erschließung angemessener Bewältigungsmöglichkeiten zur Erledigung der anstehenden Angelegenheiten. Die Begleitung zur Verbesserung der Frustrationstoleranz und die Kontrolle der Impulsivität sind hier mit entscheidende Elemente.

Selbstverständlich erhalten die RehabilitandInnen jederzeit Hilfe in Fragen der Antragsstellung und sonstigen Korrespondenz mit Behörden und Institutionen.

Schuldnerberatung

Die fortschreitende Suchterkrankung hat in nahezu allen Fällen den jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen Schulden eingebracht. Oftmals bestehen vielfältige Zahlungsverpflichtungen gegenüber verschiedenen Gläubigern, die dringend angesprochen und einer Lösung zugeführt werden müssen.

Die Schuldenberge, die unsere jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen regelmäßig vor sich sehen, wirken auf diese erheblich demotivierend mit Blick auf die gegenwärtige und künftige Lebensführung.

Sobald die anfängliche Behandlung im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation stabilen Charakter angenommen hat, können alle RehabilitandInnen das Angebot der Schuldnerberatung nutzen.

Hier gilt ebenso das Prinzip der Selbstbefähigung und aktiven Einbeziehung in allen Erledigungen. Die RehabilitandInnen sind zunächst aufgefordert, die angehäuften Schulden zu ordnen und sich eine Übersicht herzustellen. Alle dafür benötigten Materialien werden zur Verfügung gestellt.

Im nächsten Schritt geht es an die Erledigung der notwendigen Korrespondenz mit allen Gläubigern, die letztlich im Rahmen der Schuldenregulierung und Schuldentilgung zu einem Teilverzicht bewogen werden müssen.

Die RehabilitandInnen bleiben in die aktive Gestaltung aller notwendigen Prozessschritte und -abläufe mit einbezogen und sind stets verpflichtet, nach besten Kräften erst selbst aktiv zu werden und erst in zweiter Linie die Schuldnerberatung in Anspruch zu nehmen.

Im Rahmen der Schuldnerberatung werden die vertraglichen Vereinbarungen mit Stiftungen und Organisationen, über die die Schuldenregulierung läuft, vorbereitet und verabredet. Sollte sich die Schuldnerberatung und Schuldenregulierung über die Dauer der Suchtrehabilitation in der Fachklinik Haus Weitenau hinausziehen, so erfolgt die Überleitung an eine Schuldnerberatungsstelle in Heimatnähe der RehabilitandInnen.

4.7.9. Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Die Erbringung der therapeutischen Leistungen zu diesen Themenbereichen verfolgen vielfältige Aspekte und Rehabilitationsziele. Im Wesentlichen geht es darum, die RehabilitandInnen im Sinne eines „aufgeklärten“ Rehabilitanden zu fördern und zu stärken. Dies sehen wir als Basis einer optimalen Motivation, Mitwirkung und Mitgestaltung im gesamten Verlauf der stationären Suchtrehabilitation.

In erster Linie wird dieses Rehabilitationsziel durch unsere Leistungen zur Psychoedukation verfolgt, wobei besondere psychoedukative Aspekte, die sich aus langjähriger Suchtmittelabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ergeben, im Fokus stehen:

- Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen
- Motivierung, Verhaltensmodifikation
- Förderung des Krankheitsverständnisses und der Krankheitsbewältigung
- Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen
- Erlangung von Einsicht in den Zusammenhang zwischen Lebensstil, Erkrankung bzw. Gesundheit

- Stärkung von gesundheitsförderlichen Ressourcen
- Problematisierung von gesundheitsschädigenden Lebensgewohnheiten
- Darstellung des Rehabilitationsprogramms und dessen Bezogenheit auf die Behandlungsbedarfe

Die entsprechende psychoedukative Gruppe findet in der Aufnahmephase (4-6 Wochen) regelmäßig einmal wöchentlich statt und wird von einem Diplom-Sozialpädagogen mit zusätzlicher Approbation zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleitet.

In allen anderen Fragen der Gesundheitsbildung und insbesondere auch zu Fragen der gesunden Ernährung, sind der leitende Arzt der Fachklinik und die Diätassistentin/Ernährungsberaterin verantwortlich. Sie führen entsprechender Schulungen und Informationsveranstaltungen durch.

Zur medizinischen Behandlung in der Fachklinik Haus Weitenau gehören individuelle Beratungsgespräche, Bezug nehmend auf die individuelle Gesundheits- bzw. Krankheitssituation. Diese erlauben ein persönliches Gespräch mit den RehabilitandInnen über ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich einer gesunden Lebensführung:

- Aufklärung über die Behandlung bei Hepatitis-Infektionen
- Aufklärung zur Ansteckungsrisiken
- Information zu Fragen der gesunden Ernährung bzw. Einhaltung einer Diät
- Sexualberatung
- Ärztliche Beratung in allen anderen Fragen im Bereich Gesundheit und Ernährung, je nach Indikation

Darüber hinaus finden in regelmäßigem Turnus Rehabilitandenschulungen zu allen Gesundheitsfragen und zu allen Fragen im Umgang mit der Suchterkrankung statt. Dabei nehmen die Schulungen auch Bezug auf Ansteckungsrisiken, die vor allem in besonderen Jahreszeiten relevant sind:

- Allgemeine Information und Aufklärung zu Aspekten der Suchterkrankung
- Informationen zu Fragen der Hygiene
- Informationen zu Ansteckungsrisiken insgesamt und zu speziellen Ansteckungsrisiken (Infektion durch Zeckenbiss, Infektionsrisiken beim Baden in fließenden und stehenden Gewässern, Infektionsrisiken zu Corona...)
- Rehabilitandenschulungen zu besonderen Krankheitsrisiken (z.B. Grippeinfektionen und Infektionen, die nach Maßgabe der Gesundheitsbehörden spezielle Anforderungen auslösen)

Die Thematik der **gesunden Ernährung** wird durch zusätzliche Projektangebote regelmäßig aufgegriffen. Diese finden in der speziellen Projektküche in der Fachklinik Haus Weitenau statt. Verantwortlich zeichnen sich für diese Projektangebote der leitende Arzt und die Diätassistentin/Ernährungsberaterin. Teile des Kursangebots werden auch von dem leitenden Koch und vom pädagogischen Personal übernommen. An diesen Projektangeboten nehmen alle RehabilitandInnen der Fachklinik Haus Weitenau durch ein vierwöchiges Kursangebot teil. Zusätzlich erfolgt Unterstützung über Einzelberatung und Einzelschulung bei Indikation aufgrund z. B. Adipositas oder Anorexia nervosa.

Die Inanspruchnahme von Diätassistenten und Ernährungsberatung ist über eine staatliche anerkannte, zertifizierte Diätassistentin entsprechend den Anforderungen gewährleistet. Regelmäßige Kleingruppen und Abteilungsgruppen gewährleisten differenzierte Information und Bearbeitung relevanter Themen zum Gesundheits- und Ernährungsverhalten. Gleichzeitig ist die indikative Einzelbegleitung zu spezifischen Diät- und Ernährungsproblemlagen realisiert.

Die regelmäßig wiederkehrenden Themen und Inhalte lassen sich folgendermaßen umschreiben:

- die Beratung zu Lebensmitteln und gesunder Ernährung
- Aspekte der Küchenhygiene

- die Vermittlung grundlegender Fertigkeiten zur Zubereitung von Speisen
- die Handhabung und Benutzung von Küchengeräten
- Techniken der Speisenzubereitung: Kochen, Backen, Braten, usw.
- die Planung, der Einkauf und die Zubereitung kostengünstiger Gerichte
- die Schaffung und Erfahrung einer angenehmen Essensatmosphäre

Diese Angebote der Projektgruppe zur Ernährungsberatung und zur gesunden Ernährung tragen deutlich zum Ausgleich der bestehenden gravierenden Erfahrungsdefizite bei jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken bei.

4.7.10. Angehörigenarbeit

Die Einbeziehung der nächsten Angehörigen, in der Regel also der Eltern, der Geschwister, gelegentlich auch der Partner und Kinder unserer RehabilitandInnen, hat in der Fachklinik Haus Weitenau eine lange Tradition.

In allen Fällen, in denen jugendliche und junge erwachsene RehabilitandInnen keine familiären Bezüge mehr haben erfolgt die Einbeziehung sonstiger nahestehender Personen (Freunde, Mitarbeiter der Jugendämter, gesetzlicher Betreuer, Bewährungshelfer und sonstiger Bezugspersonen).

Das vorrangige Ziel aller diesbezüglichen Leistungen, die durch die Bezugstherapeuten der RehabilitandInnen erbracht werden, ist der Wiederaufbau eines tragfähigen persönlichen und sozialen Netzwerkes, in dem zentrale Beziehungen geklärt, wieder angebahnt und konsolidiert werden.

Damit kann der Entwurzelung, Isolation und Vereinsamung, die in den meisten Fällen mit dem progredienten Verlauf der Suchterkrankung einhergehen, entgegengewirkt werden, wobei neue Ressourcen zu einer befriedigenden persönlichen Beziehungsgestaltung erschlossen werden.

Gerade im Falle der Behandlung jugendlicher und junger erwachsener RehabilitandInnen in der Jugendlichenabteilung besteht die Notwendigkeit, mit Blick auf die nachgehenden Bedarfe, die Familie und die nahen Angehörigen frühzeitig und hoch frequentiert in den Behandlungsverlauf einzubeziehen. Sie sind tragende Säulen für eine gelingende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und für die Gestaltung der persönlichen Lebensführung nach Abschluss der stationären Suchtrehabilitation.

In der Behandlung Jugendlicher und junger Erwachsener in der Jugendlichenabteilung treten Therapiekrisen erfahrungsgemäß häufiger auf. Sie sind meist geprägt von starker Ambivalenz hinsichtlich der Behandlungsmotivation. In diesen Fällen tragen sich die Jugendlichen oft mit der spontanen Absicht, die Behandlung vorzeitig zu beenden.

In diesen Phasen hat sich die Einbeziehung der Eltern und sonstigen nahen Bezugspersonen als sehr hilfreich erwiesen. Diese können die jugendlichen RehabilitandInnen klar über ihre Erwartungen orientieren und somit illusionären Vorstellungen der Jugendlichen entgegenwirken. Diese klaren Orientierungen schaffen eine neue Basis für die Zusammenarbeit. Hierüber können haltgebende Strukturen geschaffen werden, die ausschlaggebend sind für den Motivations- und Complianceausbau.

In Therapiekrisen beziehen wir unverzüglich nahe Angehörigen bzw. andere Bezugspersonen zur Neuverabredung und Konsolidierung des therapeutischen Arbeitsbündnisses ein. Auf diese Weise lassen sich vorzeitige Therapiebeendigungen in den meisten Fällen abwenden.

In der Arbeit mit Jugendlichen zeigte sich die zwingende Notwendigkeit eines Informationsgesprächs vor der Behandlung für die Sorgeberechtigten und die Klienten. Unter anderem werden hier vor allem die Indikation, die Information über Behandlungsabläufe und die Absprache der Kontaktmöglichkeiten geklärt.

Am Anfang der Entwöhnungsbehandlung steht ein gemeinsames Gespräch zum Kennenlernen aller Beteiligten und zur Festlegung erster Zielvorgaben für die weitere Durchführung der Angehörigengespräche.

Grundsätzlich können nach diesem ersten Kennenlernen regelmäßige Besuche in der Fachklinik Haus Weitenau stattfinden. Damit fördern wir die eigengestalterische Fähigkeit der RehabilitandInnen, alle Themen der Aussprache und Wiederannäherung sowie die Themen zur Vereinbarung der künftigen Lebensperspektive weiter zu verfolgen.

Zu einem späteren Zeitpunkt der stationären Entwöhnungsbehandlung unternehmen die RehabilitandInnen Familienheimfahrten, die in der Regel das Wochenende einschließen. Diese Familienheimfahrten verfolgen die bereits skizzierten Ziele der Wiederannäherung und bieten gleichzeitig Gelegenheit, sich dem weiteren sozialen Netzwerk in der Heimatgegend zuzuwenden.

Ein besonderer Aspekt ist die realistische Erprobung der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Abstinenzbereitschaft in einer Situation, wie sie sich in vielen Fällen nach Abschluss der stationären Suchtrehabilitation darstellt. Dabei geht es insbesondere um die angemessene Abgrenzung zu Drogen konsumierenden und kriminellen Kreisen, also um die Neuorientierung in den persönlichen Kontaktaufnahmen außerhalb der Familie. Diese Neuorientierung bezieht auch die Freizeitoptionen ein.

Familienheimfahrten dienen selbstverständlich auch der Kontaktnahme zur ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle, die in der Regel die ambulanten Leistungen zur Nachsorge erbringen wird. Die Kontaktaufnahme zu den Nachbehandlern, über eine Heimfahrt durch den Rehabilitanden, ist bei uns in den letzten 6 Wochen der Behandlung standardisiert.

Die Intensität und die Häufigkeit familientherapeutischer Angebote richten sich naturgemäß nach den individuellen Bedarfen, aber auch nach den Wünschen und Vorstellungen der RehabilitandInnen. Aus therapeutischer Sicht können wir im Rahmen dieser Gespräche allenfalls Wegbegleiter sein, die sowohl die RehabilitandInnen als auch ihre Familienangehörigen unterstützen, die oftmals sehr zerrütteten familiären Verhältnisse zu überwinden, um hoffnungsvoll zu einer neuen Beziehungsgestaltung zu finden.

4.7.11. Rückfallmanagement

Vielfältige Angebote zur Rückfallprävention, gerade aus psychoedukativer Sicht, wurden bereits beschrieben. Die therapeutischen Angebote zur Förderung von Krankheitseinsicht und einem neuen Gesundheitsbewusstsein, das Verständnis für Drogenkonsum auslösende und aufrecht erhaltende Umgebungsbedingungen, die Entdeckung neuer, in den RehabilitandInnen schlummernder Ressourcen für alternative Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten ohne Rückgriff auf Rauschmittel bieten eine sichere Grundlage für die abstinente Gestaltung des gesamten Verlaufes der stationären Suchtrehabilitation.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung wird ab Aufnahme begleitet durch regelmäßige Alkohol- und Urinkontrollen.

Diese äußeren Kontrollinstanzen unterstützen in der Regel die abstinente Bewältigung der therapeutischen Anforderungen. Sie geben den einzelnen RehabilitandInnen und der Rehabilitandengruppe zusätzlichen Rückhalt und ermöglichen damit einen Schutz- und Schonraum.

Für das **Rückfallmanagement**, also die Aufarbeitung von Rückfällen und die Einleitung und Fortsetzung der stationären Behandlung bei erfolgter Rückfälligkeit, existiert in der Fachklinik Haus Weitenau ein mit allen Therapiebereichen abgesprochenes Rückfallkonzept.

Dieses Rückfallkonzept regelt einerseits die Bedingungen zur Einleitung und Aufarbeitung der Rückfälligkeit im Rahmen der Fortsetzung der stationären Entwöhnungsbehandlung und andererseits

definiert es Bedingungen, die bei Eintritt von Rückfälligkeit nur noch eine vorzeitige oder disziplinarische Entlassung zulassen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Rahmenbedingungen des Rückfallmanagements in der Fachklinik Haus Weitenau kurzgefasst zusammengestellt:

- Die Eröffnung des Rückfalles sollte aktiv durch die RehabilitandInnen aufrichtig und umfänglich erfolgen.
- Die Rahmenbedingungen im Sinne auslösender Bedingungen werden umfänglich eruiert, dabei wird auch die Veröffentlichung Mitbeteiligter sowie der Quellen zur Beschaffung des Suchtmittels erwartet.
- Die rückfälligen RehabilitandInnen bearbeiten ein ausführliches Dokument zur Rückfallreflexion, das in die therapeutische Rehabilitandenakte aufgenommen wird.
- Es erfolgt die Klärung der Absichten der rückfälligen RehabilitandInnen hinsichtlich der Therapiefortführung und der Anpassung der Rehabilitationsziele zur Neubegründung des therapeutischen Arbeitsbündnisses.
- In den Prozess der anfänglichen Rückfallaufarbeitung sind Rehabilitandenvertreter (Rehabilitandenpate, Rehabilitandenvertreter) einbezogen.
- Der bisherige Gesamtverlauf der stationären Suchtrehabilitation in allen Therapiebereichen wird detailliert bewertet. Das Ergebnis dieser Bewertung bildet eine zentrale Grundlage für die Entscheidung zur Fortsetzung der stationären Behandlung bzw. zur Einleitung der disziplinarischen Entlassung.
- Im Fokus stehen die Motivation, die Mitwirkung und das Engagement der rückfälligen RehabilitandInnen.
- Das disziplinarische Verhalten im Umgang mit den Haus- und Therapieregeln wird bewertet und ebenfalls als zentrale Grundlage für die folgende Entscheidung hinzugezogen.
- Von zentraler Bedeutung ist die aufrichtige und engagierte Mitwirkung bei allen Prozessschritten zur Rückfallaufarbeitung.

Unter Würdigung der beschriebenen Aspekte kommt nach Rückfälligkeit die Fortsetzung der stationären Entwöhnungsbehandlung im Rahmen des Rückfallmanagements in Frage, wenn die oben skizzierten Aspekte umfänglich und in wesentlichen Zügen positiv bewertet werden können:

- Therapiemotivation, Therapiemitwirkung und Engagement des Rehabilitanden waren in wesentlichen Zügen gegeben.
- Das Regelverhalten war positiv.
- Die Gesamtbehandlung bis zum Zeitpunkt der Rückfälligkeit ist im Wesentlichen störungsfrei und erfolgreich verlaufen.
- In der Aufarbeitung der Rückfallgeschehnisse inklusive aller Rückfallumstände wirkte der Rehabilitand aufrichtig und betroffen.
- Der Rehabilitand kann sich mit zu ergreifenden therapeutischen Strategien zu seinem Schutz einverstanden erklären.
- Die ausschlaggebende Bedingung ist natürlich der Wunsch und der Wille des Rehabilitanden die Behandlung fortzuführen.

Bei Nichtvorliegen der obigen Voraussetzungen kommt es zur Einleitung der disziplinarischen Entlassung in Verbindung mit der Organisation nachgehender Hilfen.

Je nach Status der Rückfälligkeit kann eine Überweisung in eine Entzugsstation erwogen werden. Die RehabilitandInnen werden regelmäßig auch darüber belehrt, dass Drogeneinnahme nach längerer Abstinenz erhebliche Gesundheitsrisiken bis hin zum Todesrisiko birgt.

Sollte es im Falle einer Rückfälligkeit zu Vereinbarungen über die Aufarbeitung der Rückfälligkeit und über die Fortsetzung der stationären Behandlung kommen, so ist dies verbunden mit intensivierten therapeutischen Interventionen zur Rückfallprävention und ebenso verbunden mit der strikten Aufforderung an die RehabilitandInnen, künftige Rückfälle zu vermeiden und in Rückfallauslösesituationen die stets zur Verfügung stehenden therapeutischen Bezugspersonen

anzusprechen, um gemeinsam mit diesen alternative Verhaltens- und Bewältigungsmuster einzusetzen.

Eine erneute Rückfälligkeit macht o. g. Maßnahmen, Aufarbeitung und Bedingungsabklärung neuerlich nötig.

4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege

Die medizinische Behandlung in der Fachklinik Haus Weitenau beinhaltet auch die enge Zusammenarbeit zwischen dem leitenden Arzt und dem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie sowie den Mitarbeitern des Pflegedienstes.

Ein Schwerpunkt der Arbeit der Gesundheits- und Krankenpflege ist das Stellen und die Vergabe der verordneten Medikationen sowie auf die Überwachung anlässlich der Einnahme der Medikamente.

Das Stellen der Medikamente erfolgt gemeinsam mit dem leitenden Arzt der Fachklinik bzw. auf Anordnung und nach Einweisung durch den leitenden Arzt auch selbstständig durch die medizinischen Pflegekräfte.

Selbstverständlich erbringen die medizinischen Pflegefachkräfte auch die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Pflege und Versorgung. Dies gilt vor allem im Falle von Bettlägerigkeit bei RehabilitandInnen, anlässlich deren Wundversorgung und Verbandswechsel sowie hinsichtlich anderer Aufgaben die ärztlicherseits angeordnet werden.

Die Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege sind darüber hinaus in die Begleitung und Betreuung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen RehabilitandInnen während des Therapiealltages einbezogen. Dabei arbeiten sie eng mit pädagogischen Fachkräften zusammen und stellen gemeinsam mit diesen vor allem auch die Aufsichtspflicht in der Behandlung jugendlicher Suchtkranker sicher.

Die diesbezüglichen Behandlungsbedarfe der jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen sowie die sich daraus ergebenden pädagogischen Angebote im Rahmen der Begleitung des Therapiealltages und der Freizeit werden unter dem Punkt 4.7.7. ausführlich beschrieben. Dies ebenso wie die konkreten Arbeitsaufgaben, die sich für die Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege und des pädagogischen Dienstes ergeben.

Darüber hinaus weisen wir an dieser Stelle auf die in Punkt 5. „Personelle Ausstattung“ beschriebene Stellenbesetzung und die beschriebenen Qualifikationen der Mitarbeiter und deren Beschäftigungsumfang hin.

4.7.13. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Nach erfolgreichem Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung, bei Erreichung der zuvor gemeinsam mit den RehabilitandInnen definierten Rehabilitationsziele, wird der Entlasstag mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Leitung sowie allen beteiligten Therapiebereichen frühzeitig abgesprochen.

Die Verabredung des Entlasstages nimmt immer auch Bezug auf die jeweils im Behandlungsbudget zur Verfügung gestellte Behandlungszeit. Verlängerungen von Behandlungen sind in der Regel nur in Einzelfällen nötig. Diese Verlängerungen sind in den individuellen Behandlungsbedarfen der RehabilitandInnen begründet.

Therapieverlängerungen werden den Leistungsträgern frühzeitig mitgeteilt, unter ausdrücklichem Hinweis darauf, dass im zur Verfügung gestellten Gesamtbudget noch Behandlungstage, die eine Verlängerung zulassen, vorhanden sind.

In den Fällen einer Therapieverlängerung wird hierauf im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht explizit eingegangen.

Im Rahmen des regulären Entlassungsprozesses erfolgt nach der frühzeitigen Festlegung des Entlassstages die Einleitung aller, mit der Rehabilitandenentlassung in Zusammenhang stehender Prozessschritte. Der Entlassungsprozess ist als zentraler Dienstleistungsprozess im Qualitätsmanagementsystem der Fachklinik Haus Weitenau verbindlich vereinbart und dokumentiert. Allen therapeutischen Mitarbeitern, die am Entlassungsprozess beteiligt sind, sind die zu erledigenden Aufgaben und zu ergreifenden Strategien bekannt.

Zentrale Aspekte eines gelingenden Entlassungsprozesses werden nachfolgend zusammengefasst:

- Die therapeutischen Leistungen in allen beteiligten Therapiebereichen konnten zielgerichtet und erfolgreich abgeschlossen werden.
- Konkrete Maßnahmen im Sinne nachgehender Bedarfe konnten geklärt, abgesprochen und eingeleitet werden.
- Im günstigsten Falle stehen für die EntlassrehabilitandInnen ein Schulplatz, ein Ausbildungsplatz oder ein Arbeitsplatz nach erfolgreichem Verlauf der externen Belastungserprobung zur Verfügung.
- Bei beabsichtigter Rückkehr in die Heimatgegend konnten die RehabilitandInnen ihre familiären Beziehungen, ihre Wohnsituation und die Teilnahme an einer ambulanten Nachsorge oder den Wechsel in eine ambulante Behandlungsform klären.
- Zur Einleitung von Maßnahmen zur ambulanten Nachsorge oder zum Wechsel in eine ambulante Behandlungsform stellt die Fachklinik Haus Weitenau frühzeitig den entsprechenden Antrag beim Leistungsträger.
- Zur Einleitung von Maßnahmen einer beschäftigungsorientierten Nachsorge, vor allem für RehabilitandInnen, die nach der stationären, medizinischen Rehabilitation über einen Arbeitsplatz verfügen, der mit Unterstützung der nachsorgenden Stelle erhalten werden soll oder RehabilitandInnen, die arbeitslos sind und ein Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung der in der medizinischen Rehabilitation erarbeiteten erwerbsbezogenen Perspektive anzunehmen ist, stellt die Fachklinik Haus Weitenau frühzeitig den entsprechenden Antrag zur beschäftigungs-orientierten Nachsorge BoN PAS beim Leistungsträger.
- Im Falle einer Neuansiedlung im Umfeld unserer Fachklinik verfügen die RehabilitandInnen über eine geklärte Wohnsituation oder haben sich für die Teilnahme am Betreuten Wohnen entschieden.
Auch in diesem Fall erfolgt der Übergang in ambulante Leistungen zur Nachsorge, in ambulante psychotherapeutische Therapie und oder die Integration in Selbsthilfegruppen.
- Zum Abschluss der Behandlung wird mit dem Befindlichkeitsfragebogen SCL-90-R die Befindlichkeit der RehabilitandInnen zu Behandlungsende und mit unserem Fragebogen zur Rehabilitandenzufriedenheit die Bewertung im Rahmen unserer Leistungserbringung erhoben.
- Die EntlassrehabilitandInnen geben ihr Rehabilitandenzimmer und alle überlassenen Gegenstände zurück.
- Die ärztliche Entlassungsuntersuchung findet in der Entlasswoche statt.
- Es ergeht eine Entlassmitteilung an die Leistungsträger und sonst festgelegte Kooperationspartner, einschließlich Staatsanwaltschaften und Gerichten im Falle, dass die Therapie nach Strafzurückstellung gemäß §§ 35 ff. BtMG durchgeführt wurde.

Neben der stets angestrebten regulären Entlassung nach erfolgreicher und zielgeleiteter Durchführung der stationären Entwöhnungsbehandlung gibt es selbstverständlich andere Entlassformen, die sich an den individuellen Gegebenheiten eines Behandlungsverlaufs orientieren.

Die nötigen Prozessschritte im Rahmen dieser Entlassungen orientieren sich an den oben beschriebenen Prozessschritten und erfahren unter Umständen eine individuelle Anpassung an die jeweilige Situation bei Therapiebeendigung.

5. Personelle Ausstattung

Für die konkrete Umsetzung unseres beschriebenen Rehabilitationskonzepts stehen in allen therapeutischen Bereichen hervorragend ausgebildete Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppen bereit.

Alle Mitarbeiter haben ihre beruflichen Qualifikationen (Approbation, Facharzturkunden, Zusatzbezeichnungen, Fachkunden, Diplome, Bachelor, Master, Fort- und Weiterbildungen, usw.) gegenüber der Fachklinik nachgewiesen und darüber hinaus ihre berufliche Praxis dokumentiert. Der Personalplan/Personalstandsplan basiert auf den nachfolgend genannten Vorgaben (Anlage 2 und 2a):

- **Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur Medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, mitgeteilt durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (Dezernat 8023, Erstellungsdatum 22.10.2010):** in diesem Anforderungsprofil sind für die Entwöhnungsrehabilitation die Berufsgruppen, Zahl und spezifische Qualifikation der einzel- und gruppentherapeutisch tätigen Mitarbeiter des Rehabilitationsteams aus Sicht der Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung orientierend festgelegt.
- **Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001:** in dieser Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und Medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker sind die Anforderungen, gerade auch in personeller Hinsicht, an die stationären Einrichtungen zur Durchführung der Suchtrehabilitation formuliert.
- Mit Blick auf die Behandlung in unserer Jugendlichenabteilung heben wir hervor, dass nach erfolgreichem Verlauf der dreijährigen Modellphase ab dem Übergang in den Regelbetrieb zum 01.08.2008 mit unserem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, ein erweiterter Personalstandsplan verbindlich verabredet wurde, der insbesondere die kinder- und jugendpsychiatrische Mitbehandlung in der Fachklinik und die durchgängige Sicherstellung der Aufsichtspflicht für Minderjährige durch pädagogisches Fachpersonal sicherstellt.

Die stete Fortschreibung unseres Stellenplans/Personalstandsplans und die konkrete Stellenbesetzung orientieren sich regelmäßig an den oben aufgeführten Standards und Leitlinien hinsichtlich der Personalanhaltszahlen.

Eine detaillierte Dokumentation der aktuellen Stellenbesetzungen (aktueller Personalstandsplan), aus der die aktuelle namentliche Stellenbesetzung, die Funktionsbereiche, die Qualifikationen, der wöchentlichen Stundenumfang insgesamt sowie der wöchentliche Stundenumfang anteilig in der Jugendlichenabteilung entnommen werden kann, wird in regelmäßigen Abständen an die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg übermittelt.

Ergänzend verweisen wir auf unsere Ausführungen in den einzelnen Kapiteln der vorliegenden Konzeption für die Fachklinik Haus Weitenau mit Blick auf die beschriebenen Behandlungsbedarfe, die hierfür entwickelten stationären Behandlungsangebote und die dafür bereitstehenden MitarbeiterInnen in den verschiedenen Therapiebereichen unserer Fachklinik.

Der aktuelle Personalbestandsplan ist in der Anlage 2 und 2a dokumentiert.

6. Räumliche Gegebenheiten

In der Fachklinik Haus Weitenau stehen, gemessen an der Zahl der Behandlungsplätze und an den räumlichen Bedarfen der verschiedenen Therapiebereiche, ausreichend Räume zur Verfügung.

Die Rehabilitandenzimmer und die allgemeinen Räumlichkeiten für die Freizeitgestaltung sind modern und gemessen am Alter unserer RehabilitandInnen möbliert.

In der Fachklinik Haus Weitenau legen wir ausgesprochen großen Wert auf die Qualität der Unterbringung (Hotelqualität) und die Aufenthaltsqualität in allen allgemeinen Räumlichkeiten.

Die beiden genannten Qualitätsaspekte finden bevorzugt Berücksichtigung bei der steten Fortschreibung der Strukturqualität in unserer Fachklinik. Wo immer sich die Möglichkeit bietet, sind wir die Rehabilitandenzimmer mit einer kompletten Nasszelle ausgestattet

Für alle therapeutischen Bereiche stehen ausreichend Funktionsräume zur Verfügung, die, gemessen an ihrer Inanspruchnahme, komplett ausgestattet sind. Wir können dabei regelmäßig eine hohe Versorgungsqualität aufrechterhalten.

Für einzelne Angebote der Sport-, Körper- und Freizeittherapie nutzen wir die zur Verfügung stehenden Sporthallen der Gemeinde Steinen. Diese Nutzung ist sichergestellt durch den Abschluss entsprechender Nutzungsverträge.

7. Kooperation und Vernetzung

Über ihren Träger, die Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv), ist die Fachklinik Haus Weitenau Mitglied in den nachfolgend genannten Verbänden:

- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“ in Kassel)
- Fachverband Drogen und Rauschmittel
- Dem paritätischen Wohlfahrtsverband – Der Paritätische

Im Rahmen der Verbundzertifizierung des bwlv unterhält und erfüllt die Fachklinik Haus Weitenau ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach §37 Abs. 3 SGB IX in den Bereichen stationäre, therapeutische und pflegerische Rehabilitandenversorgung. Die Fachklinik Haus Weitenau ist nach dem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation anerkannten Qualitätsmanagementsystem QMS-bwlv Version 1.0, Stand 03.02.2011 zertifiziert.

In allen Fragen der Therapievorbereitung, der Rehabilitandenaufnahme und der Planung und Realisierung nachgehender Behandlungsbedarfe ist die Fachklinik Haus Weitenau eng vernetzt mit allen Kooperations- und Interessenspartnern.

Davon sind in erster Linie zu nennen:

- Alle Leistungsträger der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung, vor allem mit dem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Zuweiser und Nachbehandler in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen
- Entgiftungsstationen und Fachkliniken zur Durchführung des körperlichen Entzuges

Der jederzeitige fachliche Austausch über aktuelle Entwicklungen im Rahmen der Behandlung suchtkranker Menschen und hinsichtlich der eigenen konzeptionellen Fortschreibungen wird gewährleistet durch die nachfolgend benannten Initiativen und Kooperationen:

- Regelmäßiger Besuch der regionalen und bundesweiten Fachtagungen der einzelnen Suchthilfeverbände und aktive Mitarbeit bei diesen
- Teilnahme an Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen, die sich der vernetzten Zusammenarbeit im Rahmen der gemeinsamen ambulanten und stationären Leistungserbringung zuwenden
- Mitwirkung im kommunalen Netzwerk Sucht des Landkreises Lörrach
- Ausrichtung von Fachtagen zu Themen der Suchtrehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene

Im Zentrum unserer Bemühungen steht dabei das Qualitätsziel, auf der Basis einer gelingenden Vernetzung und Kooperation die spezifischen stationären Behandlungsangebote zur medizinischen Rehabilitation unserer Fachklinik, weiter zu entwickeln und deren hohe Qualität beizubehalten sowie

auf diesem Wege den jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken einen zeitnahen und leichten Zugang zu den stationären Behandlungsangeboten zu ermöglichen.

Aus dem konkreten Behandlungsverlauf und den dabei identifizierten Behandlungsbedarfen beziehungsweise nachgehenden Behandlungsbedarfen ergeben sich weitere wichtige Kooperationen, im Rahmen derer wir entweder auf bewährte Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen einerseits zurückgreifen können, bzw. auf die Anbahnung von Kontakten zu immer wieder neuen Institutionen gemäß den Behandlungsbedarfen andererseits angewiesen sind.

Unsere steten Bemühungen zur Vernetzung und zur Aufrechterhaltung gelingender Kooperationen sind in der Regel geleitet von den nachfolgend beschriebenen Bedarfen:

- Im Rahmen der schulisch-beruflichen Integration und Teilhabe unserer RehabilitandInnen stehen wir in regelmäßigem Kontakt zu einer Vielzahl von Arbeitgebern und Institutionen, die schulisch-berufliche Bildungsangebote unterhalten sowie zu Schulen im Umfeld der Klinik. Erfahrungsgemäß bedarf es einer intensiven Kontaktgestaltung zur Anbahnung und Einleitung sowie zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch über den Verlauf der externen Belastungserprobung in den beschriebenen Institutionen.
- Im Falle der Behandlung Jugendlicher in unserer Jugendlichenabteilung und vor allem dann, wenn diese minderjährig sind und Jugendämter als Kooperationspartner mit im Spiel sind, sind unsere Bemühungen zur Vernetzung und Kooperation dadurch geprägt, dass alle Kooperations- und Interessenspartner, die an der Behandlung beteiligt sind, regelmäßig zum Erfahrungsaustausch und zur Planung der weiteren Behandlung (Jugendhilfeplankonferenz) zusammen kommen. In diesen Fällen spielt die Organisation und Einleitung konkreter nachgehender Behandlungsangebote eine zentrale Rolle. Selbstverständlich werden diese Prozesse schon früh in der stationären Behandlung eingeleitet und im intensiven Austausch mit allen Kooperationspartnern gestaltet. In diesen Fällen kommen als Kooperationspartner oftmals stationäre Jugendhilfeeinrichtungen und Institutionen, die überbetriebliche Bildungsangebote unterhalten, in Frage.
- Im Rahmen der Planung und Realisierung nachgehender Bedarfe, stehen wir natürlich in ständiger Kooperation zu den nachfolgend beispielhaft genannten Interessenspartnern und Institutionen: Ambulante Fachstellen, niedergelassene Psychotherapeuten, Einrichtungen für ganztägig ambulante Rehabilitation (psychiatrisch bzw. suchtbefugte), Einrichtungen zum Betreuten Wohnen, Jugendämtern, Staatsanwaltschaften, Gerichtsbehörden und selbstverständlich in jedem Fall die Familie bzw. nahe Angehörige und Partner der RehabilitandInnen.

Die therapeutischen Bereiche Psychotherapie, Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation und Sozialberatung sowie klinische Sozialarbeit kooperieren in diesen Fällen sehr eng und frühzeitig miteinander.

Die besonderen Behandlungsbedarfe, die Kooperationen, als auch die nachgehenden Bedarfe lassen sich in den meisten Fällen frühzeitig in der Indikationskonferenz Therapieplanung identifizieren. Ab diesem Zeitpunkt beginnen alle Initiativen im oben beschriebenen Sinne.

Sämtliche Kooperationen, die sich vor allem aus Sicht der medizinischen Behandlung ergeben, sind mit externen Facharztpraxen abgesprochen und durch Kooperationsverträge bzw. Konsiliararztverträge abgesichert.

Auf diese Weise können wir auf alle medizinischen Behandlungsbedarfe, die im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation nicht durch die Klinikärzte erbracht werden können, zeitnah und vollumfänglich reagieren.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement-System

Seit dem Jahre 2006 unterhält die Fachklinik Haus Weitenau ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System, das in allen internen und externen Audits stets hervorragende Bewertungen hinsichtlich der Systematik selbst, der gelebten Unterhaltung und Fortschreibung des Management-Systems sowie hinsichtlich der Einbeziehung aller Therapiebereiche und aller Mitarbeiter, sowie deren engagierte Mitwirkung erhalten hat.

Im Jahre 2010 ist dieses klinikinterne Qualitätsmanagement-System in die Verbundzertifizierung des bwlV eingegangen. Der Prozess der Integration des klinikinternen Management-Systems der Fachklinik Haus Weitenau in die Gesamtsystematik im Rahmen der Verbundzertifizierung des bwlV konnte im Jahr 2011 abgeschlossen werden.

Im Zuge dieser Weiterentwicklung und mit Abschluss der letzten Zertifizierungsaudits konnten zusätzlich alle Anforderungen gemäß „der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX erfüllt werden. Dies beinhaltet auch ausdrücklich die Erfüllung aller Standardanforderungen, die durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgegeben sind.

Nach dem Prinzip der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung erfolgt die stetige Fortschreibung und Ausdifferenzierung unseres Qualitätsmanagement-Systems und die regelmäßige Managementbewertung mit der Betrachtung aller zentralen Kennzahlen und Prozessergebnisse. Die alljährlich stattfindenden internen Audits stellen dabei sicher, dass unser Qualitätsmanagement-System angemessen umgesetzt und gelebt wird.

Die regelmäßig stattfindenden externen Zertifizierungsaudits ergänzen diese internen Prozessschritte und geben zusätzlich wichtige Anregungen zur Unterhaltung und Fortschreibung des Qualitätsmanagement-Systems.

Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung

Seit dessen Einführung nimmt die Fachklinik Haus Weitenau am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teil.

Die Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung beinhaltet regelmäßig die nachfolgend genannten Elemente des Qualitätssicherungsprogramms:

- Die fortlaufende Sicherstellung der Strukturanforderungen durch die Dokumentation im Rahmen der Strukturhebung
- Die Einbeziehung der jeweils geltenden Reha-Therapiestandards
- Die Teilnahme an Visitationen durch die Deutsche Rentenversicherung
- Die Teilnahme am Peer-Review-Verfahren
- Die Erfassung und Dokumentation der Laufzeiten der ärztlichen Reha-Entlassungsberichte
- Die Dokumentation im Rahmen der Klassifikation therapeutischer Leistungen
- Die Erhebungen im Rahmen der Befragung zur Rehabilitandenzufriedenheit
- Die Dokumentation der Rehabilitandenstruktur

Die Ergebnisse und Auswertungen, die uns regelmäßig durch die Deutsche Rentenversicherung zur Verfügung gestellt werden, erfahren die umgehende und vollständige Reflexion im Rahmen des klinikinternen Qualitätsmanagementsystems und sind regelmäßig Gegenstand der Betrachtung in den wöchentlich stattfindenden Leitungskonferenzen, der Managementbewertung und selbstverständlich der internen Audits.

Somit ist sichergestellt, dass alle Ergebnisse im Rahmen der Auswertung durch die Deutsche Rentenversicherung zeitnah in die Optimierung der stationären Dienstleistungsprozesse ebenso einfließen, wie in alle Maßnahmen, die der Optimierung, der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität dienen.

Der regelmäßig einmal jährlich herausgegebene Qualitätsbericht berücksichtigt in seiner Reflexion alle Kennzahlen, Entwicklungen und Ergebnisse, die sich aus der Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung ergeben.

Die enge Verzahnung von externer Qualitätssicherung durch die Deutsche Rentenversicherung und internem Qualitätsmanagement hat die kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der Fachklinik Haus Weitenau stets beflügelt. Auf diesem Wege hat sich die Fachklinik Haus Weitenau zu einem kompetenten und verlässlichen Kooperationspartner für alle Leistungsträger der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Leitung der Fachklinik Haus Weitenau liegt in den Händen des leitenden Arzt und des Gesamtleiters der Fachklinik. Diese Leitungsverantwortung bezieht sich auf die Erbringung der klinischen Phase der Suchtrehabilitation in unserer Fachklinik Haus Weitenau und ebenso auf die Erbringung der Leistungen zur Adaption in unserer Adaptionseinrichtung Haus Maulburg.

Die Erfüllung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leitungsverpflichtungen ist sichergestellt durch die Teilnahme des leitenden Arztes und des psychotherapeutischen Gesamtleiters an allen Besprechungen und Konferenzen mit ihrem jeweiligen Fokus. Dies einerseits auf der Erbringung und der Koordination der therapeutischen Leistungen im Rahmen der Suchtrehabilitation und andererseits auf der indikationsgeleiteten individualisierten und flexibilisierten Behandlungssteuerung in jedem Einzelfall.

Alle Bereichsleiter (also die Leiter der Bereiche Psychotherapie, Arbeitstherapie, Soziotherapie, Schule, Pädagogik und Verwaltung) sind Mitglieder der erweiterten Klinikleitung und unterstützen die medizinische Leitung und den Gesamtleiter in allen bereichsbezogenen Fragen der Klinikleitung und darüber hinaus in konzeptionellen Fragen bei der Fortschreibung des Qualitätsmanagementsystems und vor allem bei der regelmäßigen Realisierung der Leistungsbausteine im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation.

Die Datenschutzkoordinatorin der Fachklinik Haus Weitenau ist bestellt. Es finden jährliche Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen in den Fachteams statt, in denen die Datenschutzkoordinatorin die aktuellen Schweigepflicht- und Datenschutzbestimmungen vermittelt und die internen Prozesse hierzu aktualisiert oder erinnert. Bei Neueinstellungen ist die Information über die Prozesse und Bestimmungen zu Schweige- und Datenschutzbestimmungen fester Bestandteil der Einarbeitung. Die Datenschutzkoordinatorin der Fachklinik besucht selbst zu diesem Thema jährlich die Fortbildung der Datenschutzkoordinatoren des bwlV und steht in enger Kooperation mit diesem, zur Klärung heikler Fragen.

Die Bereichsleiter haben Personalverantwortung für die MitarbeiterInnen ihrer jeweiligen Bereiche. Sie führen die Mitarbeitergespräche im Rahmen der Personalentwicklung und individuellen Zielvereinbarung.

Der Gesamtleiter und die medizinische Leitung führen die Personalgespräche mit allen BereichsleiterInnen und verabreden mit diesen im Rahmen der Personalentwicklung die individuellen Zielvereinbarungen.

Die zentralen Therapiebereiche Psychotherapie sowie Arbeitstherapie werden durch regelmäßige externe Supervision begleitet. Wir verweisen an dieser Stelle auf unsere Ausführungen unter dem Gliederungspunkt 12. Supervision.

In jedem Behandlungsfall arbeiten klar benannte MitarbeiterInnen der verschiedenen therapeutischen Bereiche zusammen. Es entsteht dabei um jeden Rehabilitanden ein Team, dem definierte

MitarbeiterInnen der beteiligten Therapiebereiche angehören: der leitende Arzt, der psychotherapeutische Gesamtleiter, die BezugspsychotherapeutInnen, die BezugsarbeitstherapeutInnen, die Sport-, Körper- und FreizeittherapeutInnen, die Kreativ- und GestaltungstherapeutInnen sowie die Leiterin der Klinikschule, sind in diesem Team repräsentiert.

Selbstverständlich ist jederzeit sichergestellt, dass zur Therapieorganisation und zur individuellen Behandlungsplanung und Behandlungsgestaltung bereichsinterne bzw. bereichsübergreifende Besprechungen und Konferenzen regelmäßig stattfinden. Alle Besprechungsergebnisse, mit den sich daraus ergebenden Handlungsanweisungen und Handlungsstrategien zur Weiterverfolgung, werden regelmäßig dokumentiert. Diese Dokumentationen werden entweder in den Therapiebereichen oder bereichsübergreifend zentral abgelegt.

Klar geregelt sind sowohl die Teilnahme als auch die zu vermittelnden Inhalte anlässlich der Übergabebesprechungen am Morgen und zum Übergang in den Abend nach Abschluss des Therapieprogramms.

Regelmäßig eingehaltene Standards stellen sicher, dass alle zentralen, rehabilitandenbezogenen und organisationsbezogenen Informationen vollständig weitergegeben werden.

Nachfolgend geben wir einen Überblick über die regelmäßig stattfindenden Besprechungen und Konferenzen und benennen dabei sowohl den Teilnehmerkreis, als auch die regelmäßigen Themen und Inhalte dieser Besprechungen:

Tag und Uhrzeit	Teilnehmende Mitarbeiter	Inhalte und Themen
Montag (1 x die Woche)	Klinikleitung und alle im Dienst befindlichen Mitarbeiter	Teambesprechung zur Dienstübergabe nach dem Wochenende und zur rehabilitandenbezogenen und organisationsbezogenen Wochenorganisation.
Montag (1 x die Woche)	Alle Mitarbeiter der Psychotherapie	Vorbesprechung des Einstiegs in die Woche
Montag (1 x die Woche)	Alle Mitarbeiter der Arbeitstherapie	Rehabilitandenbezogene und organisationale Planung der Therapiewoche.
Montag bis Freitag (5 x die Woche)	Alle Mitarbeiter des Bereiches Psychotherapie	Rehabilitandenbezogene und organisationale Planung der Therapiewoche aus psychotherapeutischer Sicht.
Montag bis Freitag (5 x die Woche)	Mitarbeiter des Bereiches Psychotherapie und Mitarbeiter des Pädagogischen Teams	Übergabe Besprechung vom Übergang aus dem Tagesprogramm der klinischen Behandlung in den Nachtdienst bzw. in das Wochenende.
Dienstag bis Freitag (5 x die Woche)	Mitarbeiter des pädagogischen, pflegerischen, arbeitstherapeutischen- und psychotherapeutischen Bereichs.	Dienstübergabe vom Nachtdienst auf den Tagdienst.
Dienstag (1 x die Woche)	Leitung Soziotherapie, Vertreter aus den Bereichen Arbeitstherapie, Hauswirtschaft, Sporttherapie und pädagogisches Team	Bereichsbesprechung Soziotherapie.
Dienstag (1 x die Woche)	Bereichsleitung Psychotherapie, psychotherapeutische Mitarbeiter.	Erörterung spezieller Fragen zur Rehabilitandenbehandlung und Therapieorganisation.
Mittwoch (1 x die Woche)	Leitender Arzt, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie, Psychotherapeutische Leitung	Nachbesprechung der Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie.
Dienstag (1 x die Woche)	Alle Mitarbeiter der Arbeitstherapie und der Hauswirtschaft	Behandlungsorganisation und Behandlungssteuerung aus Sicht des Bereiches Arbeitstherapie.
Dienstag (1 x die Woche)	Leiter Psychotherapie	Reflexion der Gruppenpsychotherapie im Sinne einer interkollegialen Supervision.
Mittwoch (1 x die Woche)	Klinikleitung und alle im Dienst befindlichen Mitarbeiter	Vernetzungsteam im Sinne einer bereichsübergreifenden Besprechung und Reflexion der individuellen Behandlungsverläufe

Dienstag+ Donnerstag (4 Indikationen die Woche)	Leitender Arzt, Psychotherapeutischer Gesamtleiter, ein verbindlich benannter Mitarbei- ter aus allen beteiligten Therapiebereichen	Indikationskonferenzen zur Diagnostik, Behandlungsplanung und Behandlungsdurchführung Therapiezielplanung sowie zeitliche und inhaltliche Behandlungsplanung unter aktiver Einbeziehung der RehabilitandInnen.
Mittwoch (1 x die Woche)	Leitung Pädagogisches Team; alle Mitarbeiter des Pädagogischen Bereiches, Pflegefachkräfte, sonstige Nacht- und Wochenenddienste	Bereichsbesprechung im pädagogischen Bereich, Austausch zu allen aktuellen Fragen der Therapiemitarbeit und der Regeleinhaltung. Kollegial Intervention zur Aufgaben- und Rollengestaltung im pädagogischen Bereich.
Donnerstag (1 x die Woche)	Leitender Arzt, Psychotherapeutischer Gesamtleiter, Leiterin Aufnahmebüro	Wochenbesprechung zur Aufnahmeplanung, Planung von Informationsgesprächen.

Donnerstag (14-tägig)	Psychotherapeutischer Gesamtleiter, MitarbeiterInnen des Bereichs Psychotherapie	Interne Fortbildung und Praxisschulung
Donnerstag (1 x die Woche)	Qualitätsmanagementbeauftragte, Klinikleiter, Qualitätsmanagement- assistentin	Bereichskonferenz zu stetigen Fortschreibung und Ausdifferenzierung des Qualitätsmanagement- Systems.
Freitag (1 x die Woche)	Ärztliche Leitung, Psychotherapeutische Gesamtleitung, alle Bereichsleiter der Therapiebereiche sowie Klinikschnulleitung	Leitungskonferenz zu organisationalen Fragen und Entwicklungen der Fachklinik.
Freitag (1x die Woche)	Klinikleitung psychotherapeutische Gesamtleitung, Bereichsleiterin Sporttherapie	Bereichskonferenz zu allen Fragen und zur organisationalen Therapieplanung im sporttherapeutischen Bereich.
Freitag (1x die Woche)	Klinikleitung, psychotherapeutische Gesamtleitung und Klinikschnulleitung	Bereichskonferenz zu allen Fragen des Bereichs Klinikschnule, Fallbesprechung und organisatorischen Fragen der Klinikschnule
Montag (1x die Woche)	Klinikleitung, psychotherapeutische Gesamtleitung und stellvertretende Klinikleitung	Bereichskonferenz zu allen Fragen des Bereichs Psychotherapie, Fallbesprechungen und organisatorische Fragen der Psycho- und Bezugstherapie
Montag (1x die Woche)	Klinikleitung, psychotherapeutische Gesamtleitung und Bereichsleitung Arbeitstherapie	Bereichskonferenz zu allen Fragen der Arbeitstherapie, Fallbesprechungen und organisatorische Fragen der Arbeitstherapie
Montag (1x die Woche)	Klinikleitung, Verwaltungsleitung und alle Mitarbeiterinnen der Verwaltung	Bereichskonferenz zu allen Fragen des Bereichs Verwaltung sowie organisatorische Fragen.
Mittwoch (1x die Woche)	Leitung pädagogisches Team und alle Mitarbeiter des pädagogischen Teams	Bereichskonferenz zu allen Fragen des Bereichs Erziehungsdienst, Fallbesprechung und organisatorischen Frage des Erziehungsdiensts.

Der Informationstransfer ist gewährleistet durch die zeitnahe Weiterleitung von Entscheidungen und Handlungsaufträgen per Postfach, Whiteboard und E-Mail an die beteiligten Mitarbeiter.

In allen Therapiebereichen finden jährlich zwei bis vier (je nach Auftrag und Dringlichkeit) Bereichskonferenzen statt, in denen vor allem grundsätzliche konzeptionelle und strukturelle Überlegungen zur Weiterentwicklung im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

Von Seiten der Bereichsleitungen besteht jederzeit die Möglichkeit, der leitende Arzt und oder die Klinikleitung und damit die psychotherapeutische Gesamtleitung hinzuzuziehen.

10. Notfallmanagement

Auf der Basis der regelmäßigen Angebote zur medizinischen Behandlung (4.7.3. Medizinische Therapie) haben wir für unsere Fachklinik Haus Weitenau ein voll umfänglich bewährtes medizinisches Notfallmanagement eingeführt.

Orientiert an den mitgeteilten Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung beschreiben wir darin unser erklärtes Qualitätsziel, eine 24-stündige ärztliche Versorgung zu gewährleisten.

In jedem den Rehabilitanden zugänglichen Raum einschließlich Sanitäreinrichtungen ist ein Notrufklingelsystem installiert.

Im Arztzimmer im Hauptgebäude Kloster steht für Sofortmaßnahmen ein Notfallbereich (Notfallzimmer) zur Verfügung. Eine persönliche Überwachung des Rehabilitanden kann jederzeit sichergestellt werden (Tag- oder Nachtdienst). Zusätzlich steht im Arztzimmer eine Trage zur Verfügung.

Im Tag- und Nachtdienstzimmer (Klosterhauptgebäude) stehen zusätzlich ein Defibrillator, ein EKG-Gerät und ein Notfallkoffer zur Verfügung. Medizinische Geräte und Notfallkoffer werden im Rahmen der vorgeschriebenen Fristen regelmäßig gewartet.

Im Rahmen der Kooperation zur Krisenintervention mit der Entzugsstation des Zentrums für Psychiatrie in Emmendingen und der Fachklinik für Drogenentzug in Wittichen sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie des St. Elisabethen-Krankenhauses in Lörrach, stehen akut stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Fall von suchtmmedizinischen Notfällen zur Verfügung. Die ärztliche Versorgung ist hier rund um die Uhr gewährleistet.

Bei allgemeinmedizinischen Notfällen werden die Rehabilitanden über den allgemeinärztlichen Notfalldienst oder das regionale ärztliche Notfallsystem im Landkreis Lörrach versorgt.

In der Fachklinik Haus Weitenau ist rund um die Uhr pflegerisches oder pädagogisches Personal anwesend. An den Abenden, Nächten und am Wochenende sind dies mindestens zwei Mitarbeiter, die sich im Notfall vertreten können. Zusätzlich besteht eine telefonische Rufbereitschaft des Teams der Psychotherapie zur Verfügung, um in dringenden Fällen in die Klinik zu kommen.

Notfallsituationen sind zusätzlich kompetent vorbereitet über speziell ausgebildete Mitarbeiter: **zwei Sicherheitsbeauftragte, 21 betriebliche Ersthelfer, ein Brandschutzkoordinator, sieben Brandschutzhelfer sowie weitere Verantwortliche für die verschiedenen Therapiebereiche.**

Alle notwendigen Notfalloffnummern, Verbandskästen und Verbandsbücher stehen in allen Häusern, Arbeitstherapiebereichen und Mitarbeiterzimmern über Aushang zur Verfügung.

Es finden regelmäßig für alle Mitarbeiter die notwendigen Notfallschulungen, entsprechend den Vorgaben, statt.

Alle Arbeits- und Verfahrensanweisungen sind den diensttuenden Mitarbeitern bekannt. Notfälle, ob nun medizinisch, psychisch oder durch Rückfälligkeit bedingt, werden zeitnah, spätestens am darauffolgenden Arbeitstag hinsichtlich der ausgelösten Abläufe im Rahmen des Notfallmanagements reflektiert und bei Problemlagen einer sofortigen Optimierung unterzogen.

11. Fortbildung

Hinsichtlich der beruflichen Grundqualifikation für den Einsatz in den verschiedenen Therapiebereichen und darüber hinaus hinsichtlich der fachlichen Fort- und Weiterbildung, orientieren wir uns an den Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 und ebenso an den Standards, wie sie im Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur Medizinischen Rehabilitation unter dem Gliederungspunkt 5. Personelle Ausstattung, beschrieben sind.

Sich daraus ergebende Fort- und Weiterbildungsbedarfe werden frühzeitig und regelmäßig in den Mitarbeitergesprächen identifiziert und im Rahmen eines Abschlusses eines entsprechenden Fort- und Weiterbildungsvertrages weiter verfolgt. Selbstverständlich orientieren wir uns, gerade im psychotherapeutischen Bereich, an den Vorgaben zu einer fachlichen Fortbildung gemäß den Kriterien der Deutschen Rentenversicherung. Dabei handelt es sich um suchtspezifische Fortbildungen, die den Vorgaben des Verbandes der Deutschen Rentenversicherer (VdR) entsprechen.

Darüber hinaus unterhalten wir für alle Mitarbeiter der verschiedenen Therapiebereiche regelmäßige Angebote zur internen und externen Fortbildung und Praxisschulung, wobei stets besondere Aspekte der Behandlung suchtkranker Jugendlicher und junger Erwachsener im Fokus stehen. Hierzu besteht ein Jahresplan therapierelevanter Themen mit wöchentlichem Angebot.

Diese weitergehenden Fortbildungsbedarfe und Fortbildungswünsche von Seiten der Mitarbeiter werden ebenfalls in den Mitarbeitergesprächen identifiziert und anschließend als Inhouse-Schulung oder durch die Inanspruchnahme externer Fortbildungsangebote realisiert.

Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH hat ein sehr ausdifferenziertes Seminarprogramm für seine MitarbeiterInnen erstellt, in welchem sich die Fortbildungs- und Schulungsbedarfe in der Arbeit mit suchtkranken Menschen abbilden.

Die Fachklinik Haus Weitenau nimmt für ihre Mitarbeiter dieses Seminarprogramm sehr umfänglich und intensiv in Anspruch.

12. Supervision

In den zentralen Therapiebereichen Psychotherapie und Arbeitsbezogene Medizinische Rehabilitation sind die Supervisionsangebote schon lange und sehr gut eingeführt als eine regelmäßige Möglichkeit zur Reflexion der eigenen beruflichen Rolle und Funktion, als Reflexion der Rehabilitandenbehandlung im Sinne der fallbezogenen Supervision und letztlich auch als Reflexion des institutionellen Eingebundenseins mit den vielfältigen Aspekten einer gelingenden kollegialen Zusammenarbeit.

Die Supervision wird von externen Supervisoren mit Qualifikationsnachweis für die Erbringung von Supervision regelmäßig durchgeführt.

Die regelmäßige externe Supervision erfolgt in einem ca. 4-wöchigen Turnus und auf Wunsch und Absprache auch häufiger.

Ergänzt wird die regelmäßige externe Supervision durch punktuelle Angebote zur Team- und Organisationsentwicklung.

Zusätzlich wird externe Supervision ergänzt durch interne Angebote der kollegialen Supervision, die regelmäßig wöchentlich stattfindet und sowohl die Beziehungsgestaltung zu den RehabilitandInnen als auch die besonderen Aspekte der Behandlungsgestaltung mit berücksichtigt.

Diese Supervisionssitzungen werden von den jeweiligen Bereichsleitern, die ebenfalls zu Fragen der Supervision und des Coachings ausgebildet sind, geleitet.

Die bereichsübergreifenden, einmal wöchentlich stattfindenden, 60-minütigen Fallsupervisionen werden von dem leitenden Arzt der Klinik oder der psychotherapeutischen Leitung geleitet.

13. Hausordnung/Therapievertrag

Die Hausordnung der Fachklinik Haus Weitenau bildet die Grundlage für ein geordnetes und zufriedenstellendes Zusammenleben in der Rehabilitandengemeinschaft und für die aktive und regelmäßige Mitarbeit in den therapeutischen Angeboten.

Die Basis findet unsere Hausordnung in den nachfolgend hervorgehobenen Grundregeln:

- die Abstinenz gegenüber allen legalen und illegalen Rauschmitteln sowie gegenüber nicht ärztlich verordneter Medikamente
- die Bereitschaft zum Verzicht auf körperliche Gewalt sowie Gewaltandrohung bzw. Kränkungen und Herabsetzungen im Umgang mit MitrehabilitandInnen und Mitarbeitern
- die Bereitschaft, innerhalb und außerhalb der Fachklinik, keine strafrechtlich relevanten Tatbestände zu begehen (Drogenbeschaffung, Diebstähle, etc.).

Diese Hausordnung und die sich aus ihr ergebenden Vereinbarungen für das Zusammenleben in der Fachklinik, werden den anfragenden RehabilitandInnen schon in der Phase der Therapievorbereitung bekannt gegeben und spätestens mit diesen am Aufnahmetag erneuert und verbindlich verabredet. Das Einverständnis signalisieren die RehabilitandInnen durch ihre Unterschrift auf dem Therapievertrag.

Im Falle der Jugendlichenbehandlung beziehen wir regelmäßig die Erziehungsberechtigten in den Prozess des Abschlusses eines Therapievertrages auf der Basis der Hausordnung mit ein. Auch die Erziehungsberechtigten bestätigen uns ihr Einverständnis mit ihrer Unterschrift.

Ab dem Aufnahmetag erfahren die RehabilitandInnen eine zusätzliche Unterstützung durch ihren persönlichen Rehabilitandenpaten, der sie vor allem in der Aufnahmephase in die Hausregeln weiter einführt und in allen Fragen zur Seite steht.

Die zentralen Grundregeln im Sinne der Hausordnung werden regelmäßig vor allem mit den neu angekommenen RehabilitandInnen besprochen. Dies mit dem Ziel, diesen eine regelgerechte und engagierte Therapiemitwirkung und Compliance zu ermöglichen.

Selbstverständlich sind alle RehabilitandInnen unserer Fachklinik eindringlich und ausführlich darüber informiert, welche Konsequenzen durch ein regelabweichendes Verhalten, insbesondere durch Rückfälligkeit und Gewalttätigkeit ausgelöst werden.

Zur Unterstützung stellen wir ein transparentes Hinweis-, Warn- und Veränderungsraum bietendes Er- und Abmahnungssystem. Wir übermitteln den RehabilitandInnen mündlich und schriftlich in einem 4 Bereiche umfassenden System, in 4 Schritten wachsende Dringlichkeit der Beschäftigung mit den definierten, problematischen Verhaltensweisen. Als letztes Mittel wird die disziplinarische Entlassung bei schwer grenzverletzendem und damit hoch gefährdendem Verhalten eingesetzt.

Die Abfolge lautet: 1. mündliche Ermahnung, 2. schriftliche Ermahnung, 3. schriftliche Abmahnung, 4. schriftliche ultimative Abmahnung. Die einzelnen Schritte beinhalten transparente Schutzmaßnahmen, schriftliche und mündliche Struktur (z. B. Aufarbeitungsbögen) zum Umgang mit dem problematischen Verhalten und einzel- sowie gruppentherapeutische Interventionen.

Erfahrungsgemäß zeigt sich, dass das als Unterstützung konzipierte Stufensystem einen zentralen Baustein der therapeutischen und vor allem soziotherapeutischen Arbeit darstellt. Vor allem die jugendlichen und jungen erwachsenen RehabilitandInnen benötigen transparente nachvollziehbare Hilfen zur Wahrnehmung von Grenzen und problematischen Verhalten.

Aus diesem Grunde sind die RehabilitandInnen, sobald sie eine einigermaßen sichere Therapieentwicklung erzielt haben, aktiv in die Ausgestaltung des Zusammenlebens in der Rehabilitandengemeinschaft, unter besonderer Beachtung der Einhaltung der Grundregeln, in die soziotherapeutischen Prozesse mit einbezogen.

Als Weiterentwicklung der Hausordnung und des Therapievertrags der Fachklinik Haus Weitenau betrachten wir die Erstellung und Orientierung an unserem neu entwickelten (2023) Gewaltschutzkonzept gemäß §37a Neuntes Sozialbuch.

Ziel des Konzepts ist:

- Gewaltfördernde Strukturen zu erkennen und abzubauen

- Die Stärkung der MitarbeiterInnen und RehabilitandInnen, um sich selbst besser vor Gewalt schützen zu können.
- Die Sensibilisierung jedes Einzelnen für grenzverletzende Verhaltensweisen und respektvollen Umgang mit den Grenzen von anderen.
- Das Schaffen von vertrauensvollen Strukturen, um Gewalterfahrungen und Grenzüberschreitungen ansprechen zu können.

Als Orientierung dient hierfür ein Einstufungsraster ‚Grenzverletzende Verhaltensweisen‘, deren Eingruppierung von leichten bis massiven Grenzverletzungen, deren Analyse und Bewertung, die Risikosteuerung betriebsintern und extern, der Einbezug Verantwortlicher und die Maßnahmenplanung extern beinhalten.

A. Kleiner
Leiter der Fachklinik

H. P. May
Ärztliche Leitung

Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis OPD (2013): OPD-2-Modul Abhängigkeitserkrankungen, das Diagnostik-Manual. Verlag Hans Huber, Bern.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Huber, Bern.
- Baacke, Dieter (2009): Die Dreizehn bis Achtzehnjährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters. Zehnte Auflage. Belz (Belztaschenbuch Pädagogie, 106), Weinheim.
- Bachmann M, El-Akhras A. (2010): Glücksspielfrei – Ein Therapiemanual bei Spielsucht. Springer, Berlin.
- Batra A., Buchkremer, G. (2004): Tabakabhängigkeit – Ein Leitfaden für Therapeuten. Kohlhammer, Stuttgart.
- Batra, A., Bilke-Hentsch, O. (2011): Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Thieme, Stuttgart.
- Batra, A., Buchkremer, G. (2006): Nichtraucher! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten. Kohlhammer, Stuttgart. 4. Aufl. 2013.
- Bauer, Joachim (2011): Schmerzgrenze – vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. Blessing, München.
- Beck AT, Steer RA et al (2006): BDI-II. Beck-Depressionsinventar. Hogrefe, Göttingen.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; Heft 12
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): ICF Praxisleitfaden 2 in der Rehabilitation.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Frankfurt.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg) (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung Berlin; 4/2009
- Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung, Mai 2010.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5: Dt. Ausgabe (2014) Falkai P, Wittchen H-U (Hg) American Psychiatric Association (Autor). Hogrefe, Göttingen.
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (Herausgeber.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F)-klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.
- DIMDI (2013): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) 10.
- Farin, Klaus (2008): Über die Jugend und andere Krankheiten, Essays und Reden 1994 bis 2008. Archiv der Jugendkulturen, Berlin.

- Fegert J.M., Streeck-Fischer, Freyberger H.J. (Herausgeber): Adoleszenzpsychiatrien. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenen Alters. Schattauer, Stuttgart.
- Feuerlein W., Küfner H., Soyka M. (1998): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart.
- Föhres F., Kleffmann A., Sturz A., Weinmann S. (2011): Arbeiten mit MELBA. Handbuch 1-3. Kay GmbH Kreuztal.
- Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) 2014: Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. BAnz AT 02.01.2015 B2
- Gesetzliche Rentenversicherung (2004): Therapieziel-Katalog für die Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen. Aus: REHA-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE Hamburg.
- Gunkel Stefan (Hg.) (2009): Psychodrama und Soziometrie, erlebnisorientierte Aktionsmethoden in Psychotherapie und Pädagogik. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Ihrle H. (2000): Stellenwert der Diagnostik in der Medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. In: Beutel M. (Hg) Diagnose: Sucht. BUSS. Neuland, Geesthacht.
- Kern, S., Spitzer-Prochazka S (Hr.) (4/2012): Das Drama der Abhängigkeit, eine Begegnung in 16 Szenen. Springer VS, Wiesbaden.
- Koch A., Schay P., Voigt W. (2017), im Auftrag des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS) (Hg.): Die Adaptionsbehandlung, Handbuch zur zweiten Phase der stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Pabst, Lengerich.
- Krüger, Reinhard T. (1997): Kreative Interaktion, tiefenpsychologische Theorie und Methoden des klassischen Psychodramas. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Linden M., Baron S., Muschalla B. (2015): Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Hogrefe, Göttingen.
- Linehan M. (1996): Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München; 77 ff.
- Miller WR., Rollnik S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg.
- Najavits LM. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Hogrefe, Göttingen.
- Petermann, Franz und Petermann, Ulrike (2007): Training mit Jugendlichen, Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten. Hogrefe, Göttingen.
- Remschmidt H., Schmidt M., Poustka F. (Herausgeber) (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Verlag Hans Huber, Bern.
- Schauer M., Neuner F., Elbert T. (2011): Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Therm Intervention for Traumatic Stress Disorders. Hogrefe & Huber Publ. Cambridge Mass.
- Schu M., Wünsche T., Tossman P., Jonas B. (2009): Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. FOGS / delphi, Köln.
- Schuntermann M.F. (2005): Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Ecomed, Lanzberg/Lech.
- Thomasius R., Schulte-Markwort, Michael, Küstner Udo J., Riedesser, Peter, Bätzing-Lichtenthäler, Sabine, Wersich, Dietrich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch; Grundlagen und Praxis; Schattauer, Stuttgart.
- Thomasius, R., Küstner, Udo J. (Hg.) (2005): Familie und Sucht, Grundlagen-Therapiepraxis-Prävention.; Schattauer, Stuttgart.