

Tübingen, im Juni 2015

bwlv Fachklinik Tübingen

Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen

Konzeption



Erstellt von Dipl.Psych. Johannes Schönthal (Leiter Fachklinik Tübingen) in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Anil Batra (Leitender Arzt und Leiter Sektion für Suchtmedizin und Suchtforschung am Universitätsklinikum Tübingen)

1	Einleitung	3
2	Allgemeines	3
3	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	5
3.1	Trägerschaft und Organisationsstruktur	5
3.2	Zielgruppen	5
3.3	Behandlungsplätze	7
3.4	Regelbehandlungsdauer	7
3.5	Lage der Einrichtung	7
4	Rehabilitationskonzept	9
4.1	Theoretische Grundlagen	9
4.2	Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen	13
4.3	Rehabilitationsziele	14
4.4	Rehabilitationsdauer	15
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	15
4.6	Rehabilitationsprogramm	16
4.7	Rehabilitationselemente	23
4.7.1	Aufnahmeverfahren	23
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	23
4.7.3	Medizinische Therapie	25
4.7.4	Psychotherapie	26
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	31
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie	34
4.7.7	Freizeitangebote	36
4.7.8	Sozialdienst	36
4.7.9	Gesundheitsbildung	37
4.7.10	Angehörigenarbeit	38
4.7.11	Paartherapie	38
4.7.12	Rückfallmanagement	39
4.7.13	Gesundheits- und Krankenpflege	39
4.7.14	Weitere Leistungen	40
4.7.15	Beendigung	40
5	Personelle Ausstattung	42
6	Räumliche Gegebenheiten	43
6.1	Herrenhaus	43
6.2	Stallgebäude	44
6.3	Scheune	44
6.4	Neubau	44
6.5	Außenanlagen	44
7	Kooperation und Vernetzung	44
8	Maßnahmen der Qualitätssicherung	45
9	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	46
10	Notfallmanagement	47
11	Fortbildung	48
12	Supervision	49
13	Hausordnung / Therapievertrag	50
	Literaturhinweise	52

1 Einleitung

Die Konzeption der Fachklinik Tübingen beruht auf den Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Diese sind:

- Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.
- Das gemeinsame Rahmenkonzept der DRV und der GKV zur ambulanten und ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.
- Die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12).

Dem Konzept liegen die AWMF-Leitlinien zu substanzbezogenen Störungen zu Grunde. Die Erkrankung wird als multifaktoriell begriffen (bio-psycho-soziales Gesundheitsmodell) und die Behandlung ist dementsprechend mehrdimensional und multidisziplinär aufgebaut. Die rehabilitativen Zielsetzungen orientieren sich an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) und werden mit jedem Patienten individuell erstellt. Zentral sind dabei neben der Förderung der Teilhabe an Beruf und Gesellschaft Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Im Sinne von Effizienz und Optimierung der individuellen Angebote kooperiert die Fachklinik mit einer Reihe von medizinischen, berufsbezogenen und sozialen Institutionen. Dabei ist auch der Zugang in die Einrichtung im Fokus, um im Bedarfsfall möglichst unmittelbar mit der Behandlung beginnen zu können. Im Vergleich zur vorherigen Konzeption wird eine neue Klientel (Teilgruppen der Substituierten, Alkoholabhängigen, psychiatrische Komorbidität einschließlich Psychose) integriert und neue Zugangswege formuliert (Liaisondienst).

2 Allgemeines

Die vorliegende Konzeption wurde mit Gültigkeit ab 2015 gemeinsam erstellt durch Dipl.-Psych. Johannes Schönthal, Leitung, und Prof. Dr. Anil Batra, ärztliche Leitung.

Die Konzeption entstand in Abstimmung mit den Leistungsträgern, den Behandlungsteams der Einrichtung und der Geschäftsführung des bwlv, Herrn Christian Heise.

Die Fachklinik Tübingen behandelt Frauen und Männer und beschäftigt Frauen und Männer. Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit wurde in dieser Konzeption in der Regel die männliche Sprachform verwendet.

Im Folgenden ein Überblick über den Träger und maßgebliche Institutionen:

Rechtsträger

Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv) gGmbH
AG Freiburg i. Br. HRB 701425

Steuer Nr. 1404706014

Geschäftsführer: Christian Heise

Mitglied im DPWV Baden-Württemberg

Mitglied im Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR)

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

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

Fachklinik Tübingen
Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen

Leitung

Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. Anil Batra

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinikleitung: Dipl.-Psych. Johannes Schönthal

Psychologischer Psychotherapeut

Anschrift

bwlv Fachklinik Tübingen

Bläsiberg 1

72072 Tübingen

Tel.: 07071 / 9266-0

Fax: 07071 / 9266-66

E-Mail: Fachklinik-tuebingen@bw-lv.de

Aufnahme: 07071 / 926622

Leitung: 07071 / 926611, johannes.schoenthal@bw-lv.de

Verwaltung

Renchtalstr. 14

77871 Renchen

Tel.: 07843 / 949-141

Fax: 07843 / 949-168

3 Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1 Trägerschaft und Organisationsstruktur

Der bwlV mit Sitz in Renchen unterhält zahlreiche Suchtberatungsstellen, mehrere Fachkliniken für Alkohol- und Drogenabhängige sowie einige Integrationsfachdienste. Er ist seit 2006 Träger der Einrichtungen unter vormaliger Trägerschaft der Drogenhilfe Tübingen e.V. Die Drogenhilfe Tübingen wurde 1972 als „Elternkreis drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher in Tübingen“ gegründet und 1973 in „Drogenhilfe Tübingen e.V.“ umbenannt. Seit 1975 residiert die Drogenhilfe im Bebenhäuser Klosterhof in Tübingen-Lustnau; 1989 wurde der stationäre Teil mit der Dependence Bläsiberg um 20 Plätze erweitert. Nach Sanierung und zusätzlichen Neubauten zieht die gesamte Fachklinik 2015 auf den Bläsiberg.

Die in den 70er Jahren noch unklare Zuständigkeit der Kostenträger für Drogentherapie (zuständig war i.d.R. der Landeswohlfahrtsverband) wurde 1978 mit der Empfehlungsvereinbarung Sucht zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern klar geregelt. Federführend zuständig war seit diesem Zeitpunkt die LVA Württemberg, seit 2002 die LVA Baden-Württemberg, seit 2005 die DRV Baden-Württemberg. Die Tübinger Klinik wird von allen Rentenversicherungsträgern, inkl. der DRV Bund, sowie den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Im Zuge von Neuorganisationen wurden die Tübinger Therapieeinrichtungen zwischenzeitlich in „Therapieverbund Bläsiberg“, später in „Fachklinik Drogenhilfe Tübingen“ und nun in „bwlV Fachklinik Tübingen, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen“ umbenannt.

Zur Fachklinik gehört auch eine Metallwerkstatt mit Möglichkeiten zur Ausbildung und Umschulung (AZAV-zertifiziert). Für die Nachbetreuung nach Therapie stehen mehrere Nachsorgewohngruppen mit 20 Plätzen zur Verfügung.

Der Träger unterhält eine tagesklinische Suchtrehabilitationseinrichtung in der Nachbarstadt Reutlingen. Kombinationsbehandlungen im regionalen Verbund sind gewünscht.

3.2 Zielgruppen

Volljährige Frauen und Männer sowie Paare mit mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der Abhängigkeitsdiagnosen F11 – F16 sowie F18 und F19 (ICD-10, Abhängigkeit von illegalen Drogen). Bei bestimmten Indikationen (s.u.) können auch primär alkoholabhängige Patienten behandelt werden. Weitere Diagnosen außerhalb dieser Kategorien sind i.d.R. kein Ausschlussgrund (s. Kapitel zu Komorbidität). Insbesondere für Patienten mit den Zusatzdiagnosen affektive Störung, Psychose, AD(H)S, Impulskontrollstörung und mit Persönlichkeitsstörungen werden differenzierte Zusatzangebote vorgehalten. Die Einrichtung wird von allen Leistungsträgern belegt.

Wir bieten Erst- und Auffangbehandlungen in den Formen Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie sowie Kombinationsbehandlungen stationär-ambulant an. Ab 2005 wurde ein tagesklinisches Programm eingeführt. Mit Eröffnung der Tagesrehabilitationsklinik Reutlingen 2012 sollten ganztägig ambulante Maßnahmen nach Möglichkeit dort durchgeführt werden. In dieser arbeiten Mitarbeiter der Fachklinik mit. Damit ist auch die Kombination stationär-ganztägig ambulant komplikationslos und mit teilweiser Personalkontinuität möglich. Auch eine tagklinische Entlassphase ist in diesem Rahmen möglich. Diese Kombi-Behandlungen sollen weiter ausgebaut werden, ein regionales Netzwerk zur verbindlichen Zusammenarbeit zwischen (Tages-)Rehaklinik, Beratungsstellen, ambulanter Reha und Uniklinik besteht. Die Beteiligten werden dazu eine gesonderte Verfahrensbeschreibung ausarbeiten. Diese wird dem vorliegenden Konzept nach Fertigstellung als Anlage beigelegt.

Durch den Kooperationsvertrag mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UKPP) besteht die Möglichkeit, Patienten mit entsprechenden psychischen Begleiterkrankungen aufzunehmen und mit zu behandeln. Der Kooperationsvertrag regelt die personelle und fachliche Ausstattung der Fachklinik im medizinisch/psychiatrischen Bereich und erleichtert den Zugang für Rehabilitanden zu den Angeboten der UKPP.

Seit 2011 werden im Rahmen des Projektes „SURE“ auch substituierte Patienten in die Behandlung aufgenommen.

Es besteht langjährige Erfahrung in der Integration von Migranten und Spätaussiedlern mit ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen. Die Aufnahme nach §§ 35, 36 BtmG ist möglich.

Ältere Abhängige (40 Jahre plus) sind willkommen und finden durch die Profilbildung (SURE, Alkohol, Abwesenheit expliziter Angebote für Jugendliche) häufiger Gleichaltrige als in anderen Drogentherapien vor.

Neben der Behandlung von entgifteten Drogenabhängigen und Substituierten werden in der Fachklinik auch alkoholabhängige Patienten behandelt. Die Indikation besteht

A) bei Patienten, die:

- Bei früherer Drogenabhängigkeit nunmehr ausschließlich oder in erster Linie Alkohol konsumieren.
- Mischkonsum verschiedener Substanzen betreiben / betrieben haben und die Kriterien einer Abhängigkeit bei Alkohol erfüllen.
- In besonderer Weise eine Nähe zu einem Milieu ähnlich der Drogenszene pflegen und sich eher dort zugehörig fühlen als im klassisch bürgerlichen Milieu oder einer reinen „Trinker-szene“.

Außerdem richtet sich das Angebot auch Alkoholabhängige mit einer komorbiden Störung, für die eine Behandlung in der Tübinger Fachklinik in besonderer Weise geeignet ist (ADHS, Psychose, affektive Störung).

Wir sehen die so beschriebenen Patienten in der Fachklinik gut platziert und denken, dass sie von unserem Konzept gut profitieren können, da

- Ergo- und Arbeitstherapie einen vergleichsweise hohen Stellenwert hat, da die meisten unserer Patienten keine feste Arbeit haben.
- Besonders viel in Aktivierung und Freizeitangebote investiert wird, um Interessen, Selbstwirksamkeit und künftige Teilhabe zu fördern.
- Sozialverhalten und Beziehungsgestaltung bei diesen Subgruppen i.d.R. beeinträchtigt sind, dies in besonderem Maße beachtet wird und spezielle Angebote vorgehalten werden (Erlebnispädagogik, Wohngruppenarbeit, stufenweise Verantwortungsübernahme).
- Ein Nachlernen alltagsrelevanter und auf die Selbstversorgung zielender Fertigkeiten in der Drogenentwöhnung programmatisch verankert ist.

B) bei Patienten, die aus klinischen Bezügen der Universitätskliniken zugeführt werden, nachdem bei bestehender Suchtproblematik der primäre Kontakt durch akute somatische oder psychiatrische Problemlagen erfolgt ist. Es besteht dann neben der Abhängigkeit eine klare weitere Diagnose, welche für die Behandlungsplanung relevant ist (etwa gesicherte Leberzirrhose mit geplanter Transplantation oder psychotische Entgleisung als Aufnahmegrund in die Uniklinik im Vorfeld der Behandlung auf dem Bläsiweg).

Im Wege des Liaisondienstes wird ein ärztlicher Mitarbeiter der Sektion Suchtmedizin an der UKPP von der jeweiligen Abteilung des Universitätsklinikums kontaktiert, welcher mit Mitteln

der Beratung, Psychoedukation und motivierenden Gesprächsführung die für den Patienten bestehenden Möglichkeiten einschließlich der Suchtrehabilitation prüft und gegebenenfalls einleitet („Therapie direkt“). Erfahrungsgemäß sind Patienten zu diesem Zeitpunkt sensibler für den Beginn suchtbbezogener Behandlungsschritte als in einigermaßen stabilen Phasen, weshalb oft der vorgeschlagene Weg zum Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle und gegebenenfalls Therapievorbereitung nicht gegangen wird. Insofern findet bei diesen Patienten häufig kein Kontakt mit dem Suchthilfesystem statt oder erst nach weiterer Chronifizierung. Sofern eine stationäre Rehabilitation angezeigt ist und der Patient dafür gewonnen werden kann, stehen alle weiteren Angebote der Suchthilfe einschließlich der Nachsorge an einer Beratungsstelle zur Verfügung. Insbesondere Kombinationsbehandlungen sollen aufgrund der guten regionalen Vernetztheit von Uni- und Suchtklinik, der Tagesrehabilitation Reutlingen und den Beratungsstellen vor Ort (Tübingen, Reutlingen) genutzt werden.

Mit Gültigkeit der vorliegenden Konzeption soll in einem gemeinsamen Termin das Zusammenwirken der genannten Institutionen mit Blick auf diese Patientengruppe verabredet werden.

Falls notwendig, ist die Weiterbehandlung somatischer Erkrankungen aufgrund der räumlichen Nähe von Bläsiberg und Uniklinikum ebenfalls möglich.

Eine Weitervermittlung kann auch in eine andere Suchteinrichtung erfolgen.

3.3 Behandlungsplätze

Die Fachklinik Tübingen verfügt über insgesamt 68 stationäre Behandlungsplätze. Diese verteilen sich auf die Intensivtherapie (50) und die Adaption (18). Eine exakte Zuweisung von Behandlungsplätzen zu Substanz oder Komorbidität ist nicht geplant, wohl aber in getrennte, substanzgebundene Behandlungsgruppen. In gedachten Gruppeneinheiten ist eine gleichzeitige Behandlung von jeweils sechs Alkoholpatienten der beiden oben genannten Untergruppen sowie acht bis zehn Drogenpatienten mit psychiatrischer Zusatzdiagnose vorgesehen. Bei Mitbehandlung von etwa 12 Substituierten (SURE-Patienten), verbleiben knapp 20 Plätze für Drogenabhängige ohne weitere Besonderheiten (Adaption nicht gerechnet). Mit Blick auf die Zusammensetzung der Patientenschaft der letzten Jahre und die Nachfrage für die Fachklinik wie auch im Bundesland Baden-Württemberg ist dies angemessen.

3.4 Regelbehandlungsdauer

Die komplette Langzeittherapie für drogenabhängige Patienten besteht aus 24 Wochen Intensivtherapie plus gegebenenfalls 16 Wochen Adaption. Kurzzeittherapien dauern 12, Mittelzeittherapien 16-24 Wochen. Auffangbehandlungen werden mit 16 Wochen Intensivtherapie und 12 Wochen Adaption veranschlagt. Kombinationstherapien sind i.d.R. mit 12 Wochen stationär und max. 1 Jahr ambulant bzw. 12 Wochen ganztägig ambulant geplant.

Die Behandlungszeiten für Alkoholpatienten sind entsprechend den Vorgaben der Reha Alkohol übernommen und betragen 12-16 Wochen. Im Einzelfall kann je nach Ausgangsbasis eine angepasste Dauer der Maßnahme geprüft werden. Eine Verlängerung bis 20 Wochen ist möglich.

3.5 Lage der Einrichtung

Die Fachklinik Tübingen besteht aus der Haupteinrichtung auf dem Bläsiberg, einem Adaptionshaus, einer externen Ausbildungswerkstatt (Industriemechaniker), mehreren Nachsorgewohnungen in Tübingen und Reutlingen sowie dem kollegialen Angebot ambulanter Rehabilitation in zwei Drogenberatungsstellen (Tübingen und Reutlingen).

Der Bläsiberg besteht aus fünf Häusern, drei davon sind alter, denkmalgeschützter Bestand, zwei wurden 2014 neu errichtet. Im zentralen Altbau befinden sich 22 Betten in Zweibettzimmern mit jeweils eigenen sanitären Anlagen, dazu Aufenthalts-, Funktions- und Gruppenräume. Im Erdgeschoss stehen den Patienten ein Kraftraum, ein Billardtisch und eine Sauna zur Verfügung. Ein Altbau dient für Gruppenraum, Aufnahme, medizinischer Bereich, Büros der Mitarbeiter, die alte Scheune ist restauriert und zentraler Bau für die Arbeitstherapie / Schreinerei. Ein Neubau enthält 20 Betten in Einzelzimmern sowie Aufenthaltsräume, der andere die Küche und den Essbereich, darüber weitere vier Patientenzimmer. Alle Zimmer sind mit eigenen sanitären Anlagen ausgestattet. Ein komplett behindertengerechtes Zimmer ist in Neubau 1 vorhanden. Grundsätzlich können alle Angebote barrierefrei genutzt werden.

Das Anwesen ist einen Kilometer außerhalb der Stadtgrenze Tübingens Richtung Süden gelegen. Es liegt auf einem Hügel, daran angrenzend ein großes Obstgut und Wälder, 10 Minuten Fußweg zur nächsten Bushaltestelle. Haupthaus und Nebengebäude bilden ein U um einen Hof. Hinter dem Haupthaus befindet sich ein großer Garten mit Grill- und Feuerstelle, Boule-Bahn und Beach-Volleyballfeld. Durch die Hügellage besteht ein schöner Blick auf ein Flusstal und die Schwäbische Alb. Durch die Verbindung von großzügigem Gelände und Anschluss an die Natur mit einer gewissen Distanz zu den Ausläufern Tübingens ist der Standort ideal für die Phase der Intensivtherapie, in der Außenkontakte eine geringere, Schutz eine große Rolle spielen. Die Distanz zwischen Bläsiberg und Stadtmitte beträgt 4 km oder 10 Fahrminuten, so dass die kommerziellen und kulturellen Möglichkeiten der Stadt Tübingen gut genutzt werden können. Insbesondere die exzellente (fach-)medizinische Versorgung der Universitätsstadt ist ein wertvoller Standortvorteil für die Suchtrehabilitation.

Die Stadt Tübingen hat 85.000 Einwohner und bietet durch die studentische Prägung eine Vielzahl von Möglichkeiten bzgl. Freizeit und Kultur. Die Beschäftigungsangebote sind vielfältig und gut.

Das Adaptionshaus befindet sich in der Stadtmitte Tübingen. Darin sind vier Wohnungen durch die Fachklinik angemietet. Die Lage ist durch die Nähe zur Altstadt und eine optimale Verkehrsanbindung für die Zielsetzungen der Adaption ideal. Sowohl in Tübingen als auch in Reutlingen sind zahlreiche Betriebe für mögliche Praktika und auch Einstellungen nach der Rehabilitation angesiedelt. Die Stadt Reutlingen hat 112.000 Einwohner und ist Standort für eine ganze Reihe von industriellen Betrieben und solchen in den Sparten Handwerk, Textil und Dienstleistungen. Reutlingen ist mit dem Zug ab Bahnhof Tübingen in zehn Minuten zu erreichen. Es bestehen zu einer Vielzahl von Unternehmen in beiden Städten und ihren Teilorten gute Kontakte, gepflegt durch Mitarbeiter der Adaption und Nachsorge.

Die Metallwerkstatt ist in zehn (Auto) bzw. 20 (Fahrrad) Fahrminuten zu erreichen. Sie bietet gut betreute Praktika für Patienten der Adaption und, bei kürzerer Therapiezeit, im Einzelfall auch Patienten der Intensivtherapie an. In Zusammenarbeit mit den Jobcentern Tübingen und Reutlingen sind Qualifizierungsmaßnahmen möglich (Produktionshelfer, Maschinenbediener und Umschulung zum Maschinen- und Anlagenführer).

Die Drogenberatungsstellen sind jeweils in der Innenstadt Tübingen bzw. Reutlingen. Diese stehen für ambulante Rehabilitation, ambulante Nachsorge und zur Krisenintervention zur Verfügung.

4 Rehabilitationskonzept

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung hat zum Ziel, bei substanzabhängigen Personen die Erwerbsfähigkeit zu sichern und dauerhaft zu stabilisieren, komorbide psychische und körperliche Erkrankungen sowie somatische, psychische und psychosoziale Folgen der Abhängigkeit zu behandeln und eine psychosoziale und berufliche Reintegration (Teilhabe-relevante Variablen der International Classification of Functioning (ICF)) zu ermöglichen. Dauerhafte Suchtmittelabstinenz ist ein weiteres wesentliches Behandlungsziel, auch wenn es nicht für alle Patienten bzw. nicht immer unmittelbar erreicht werden kann (Substitution).

4.1 Theoretische Grundlagen

„Voraussetzung für eine optimale Patientenbetreuung ist eine stete Anpassung psychotherapeutischer Interventionen an das aktuelle empirische Wissen und die Integration oder Evaluierung neuer Methoden, wenn sich diese bereits evidenzbasiert bewährt haben oder wenn diese noch zu überprüfen sind. Entsprechend den Kriterien der Evidenzbasierung sollten Informationen über empirisch gestützte psychotherapeutische Interventionen definiert, identifiziert und schließlich verbreitet werden“ (Küfner & Johann, 2004, S.54).

In der zeitgenössischen Forschung zu Sucht/Suchttherapie haben sich im wesentlichen zwei Strömungen zunehmend ausdifferenziert: a) neuro- bzw. hirnhysiologische Untersuchungen, die sich v.a. mit sucht- und belohnungsrelevanten Hirnarealen und physiologischen, strukturellen Entsprechungen von Lern-, Gewohnheits- und Gedächtnisprozessen befassen („Suchtgedächtnis“, Belohnungssystem), b) strukturierte, manualisierte Programme der Einzel- und Gruppentherapie (zumeist verhaltenstherapeutischer Richtung) oder Psychoedukation. Auf die Implikationen beider Strömungen für die medizinische Rehabilitation Substanzabhängiger soll kurz eingegangen werden.

Ad a) Unmittelbar anschaulich ist die Bedeutung von Forschungserkenntnissen über neuronale Bahnungen im Zusammenhang mit Belohnungsprozessen und dem „Suchtgedächtnis“. Je deutlicher strukturelle und/oder funktionelle Veränderungen im Gehirn bzgl. der Verarbeitung von „Suchtstimuli“ und Konsummustern nachweisbar sind, desto eher wird man seinen Patienten lebenslange Enthaltensamkeit vorgeben. Und zwar nicht als sichere und einfache Strategie, sondern als medizinische Notwendigkeit. Es gibt zunehmend mehr Evidenz für substanzunabhängige physiologische Parameter der Sucht (Nestler 2001, Heinz et al. 2012), so dass der Transfer eines Alkoholabstinenzgebotes auch für den Drogenabhängigen an Plausibilität gewinnt. Ohnehin wird dies psychotherapeutisch oft vollzogen (Konzepte der „Suchtverlagerung“, Vulnerabilität). Dem gegenüber stehen die ebenfalls zunehmend besser untersuchten Phänomene des begrenzten Rückfalls oder „kontrollierten Trinkens“ bzw. „reduzierten Trinkens“, das jetzt in der Begrifflichkeit des „reduzierten Trinkens“ eine Renaissance erfahren hat (Körkel et al. 1995, Muckle et al. 2012).

Ad b) In der evidenzbasierten Behandlung Abhängiger kommen bewährte, insbesondere verhaltenstherapeutische Verfahren und Konzepte zum Einsatz. Techniken zum Aufbau einer Veränderungsmotivation wie das Motivational Interviewing nach Miller & Rollnick auf der Basis des transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente, die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie nach Beck, die Rückfallprävention nach der Rückfalltheorie von Marlatt und Gordon und an psychischen Komorbiditäten orientierte „störungsspezifische“ adaptierte Psychotherapien wie die dialektisch-behaviorale Therapie von Linehan (vgl. Küfner & Johann, S. 57) werden erfolgreich angewendet. Diese können nicht nur als Interventionen in substanzspezifischer Behandlung dienen, sondern auch für zielgruppenspezifischen Behandlungsansätze, die Programme nach vorliegenden komorbiden Störungen oder anderen Persönlichkeitscharakteristika individualisieren können.

Diese Programme schlagen eine wertvolle Brücke zwischen reiner Informationsvermittlung einerseits und jeweils individualisiertem oder gruppenspezifisch orientiertem Vorgehen andererseits. Rückfallpräventionsprogramme, psychoedukative Einheiten und soziale Trainings erweisen sich als ideale Ergänzung von individueller medizinisch-psychotherapeutischer Behandlung und pädagogischer Arbeit. Methodisch erleichtern sie eine Orientierung an individuell geeigneten Verhaltensalternativen und zielgerichtetem Handeln, verbunden mit unmittelbarem sozialen Feedback, was wesentliche Qualitätsmerkmale psychotherapeutischer Interventionen im rehabilitativen Bereich darstellt. Sinnvoll eingesetzt, liefern solche Programme zudem viele und valide diagnostische und indikative Hinweise, die für die weitere Behandlungsplanung verwendet werden können (Persönlichkeitsstil, Komorbidität, Krankheitsverständnis).

Die heute gültigen theoretischen Erklärungsmodelle der Sucht berücksichtigen alle die Beteiligung physiologischer, psychischer und umweltbezogener Faktoren (Batra et al. 2012; Heigl-Evers et al. 2002; Myers, R., Smith, J.E. 2007). Einflüsse aus diesen drei Dimensionen sind in jeweils spezifischer Form bei Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit beteiligt. Da keine weiteren Spezifikationen des Zusammenwirkens im Sinne einer Typologie wissenschaftlich begründet abgeleitet sind, ist die Gewichtung einzelner Faktoren aus diesen drei Bereichen individuell zur Erstellung eines plausiblen ätiologischen Modells zu erarbeiten. Dies gilt in gleichem Maße für eine auf Diagnostik aufbauende Therapieplanung: Die in den gängigen diagnostischen Klassifizierungsleitlinien nach ICD-10 und DSM-IV herangezogenen Kriterien reichen zur Ableitung individueller therapeutischer Maßnahmen nicht aus. Hier ist die Orientierung an den Kriterien des ICF für die Behandlungsplanung zentral geworden. Damit besteht ein guter Teil der klinisch-rehabilitativen Leistung darin, auf dem Hintergrund einer vorab diagnostizierten Abhängigkeit und dem vorhandenen Wissen möglicher beteiligter Faktoren und Interaktionen ein für das Individuum plausibles und hilfreiches Vorgehen zu entwickeln.

Die Fachklinik bezieht seit 2008 den CRA in die Therapieplanung und die tägliche Arbeit mit den Patienten ein. Der CRA (Community Reinforcement Approach) ist ein empirisch gut belegter Behandlungsansatz im Feld der Abhängigkeitsstörungen aus den USA.

Der Community Reinforcement Approach (CRA) ist ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung substanzbezogener Probleme. Die Therapieelemente wurden Anfang der 70er Jahre von Nathan Azrin und George Hunt und später von Robert Meyers und Jane Ellen Smith konzeptionell und störungsspezifisch zum CRA zusammengefasst. Für CRA liegt seit 2007 ein standardisiertes Therapiemanual in deutscher Übersetzung vor (CRA- Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, *erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich* von Robert Meyers und Jane Ellen Smith, Psychiatrie Verlag).

Das grundlegende Behandlungsprinzip besteht darin, dass bei Suchtmittelabhängigen die positiven Verstärker für den Gebrauch der psychotropen Substanz entfernt und die positive Verstärkung für Abstinenz unter Einsatz von Verstärkern aus dem sozialen Bereich systematisch erhöht wird. Durch die explizite Berücksichtigung sozialer und beruflicher Teilhabemöglichkeiten und deren Förderung kann der CRA-Ansatz als teilhabe-orientiertes verhaltenstherapeutisches Programm aufgefasst werden.

Da es sich um ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm handelt, spielen Techniken, die sich des Lernens am Modell und des Rollenspiels bedienen, eine große Rolle. Im Komplexprogramm des CRA sind als Behandlungsstrategien enthalten:

- Verhaltensanalysen
- Förderung der Motivation zur Änderung des Konsumverhaltens
- Behandlungsplan mit „Zufriedenheitsskala“ und Behandlungszielen
- verhaltenstherapeutisches Skills-Training (Kommunikations-, Problemlöse- und Ablehnungstraining)
- Arbeitsberatung
- Beratung und Verstärkung im sozialen und Freizeitbereich
- Paartherapie
- Rückfallprävention

Das Vorgehen nach CRA fokussiert auf positiv formulierte Erwartungen und konkrete Schritte. Angst vor Scheitern, rationale Einsicht in Suchtzusammenhänge und negative Konsequenzen erneuten Konsums sind zumeist vorhandene, stark wirksame Faktoren zu Beginn einer Behandlung. Sie reichen aber in aller Regel nicht für langfristig stabile Veränderungen, wenn nicht eindeutig positive, erlebensnahe Motivationen mit positiven Konsequenzen im beruflichen und sozialen Bereich dazukommen. CRA ermöglicht es, bereits vorhandene Verstärker systematisch für die Veränderungswünsche des Patienten einzusetzen. Außerdem gibt es im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung eine Vielfalt von Möglichkeiten, positive Erlebnisse, Kompetenzzuwachs und damit verbunden Erfolge zu generieren.

Eine Stärke des CRA ist die erwähnte Einbindung sozialer Ressourcen in den Veränderungsprozess. Voraussetzung ist die Erfassung der Ressourcen und Belastungen zu Anfang der Behandlung. Eine systematische Erhebung möglicher freizeitbezogener und beruflicher Integrationsangebote in der Region und ein aktives Zugehen auf mögliche Sozialpartner, denen das Konzept des CRA nahe gebracht wird, gehören zur Umsetzung des Projektes. Im Sport- und Freizeitbereich sind hier in Tübingen schon erfreuliche Erfolge zu verzeichnen. Es wurden Vereine und der Hochschulsport als Kooperationspartner gewonnen. Entsprechende gemeindenahe („community“) Kooperationen sind im Rahmen des Projekts auch für die berufliche Integration vorgesehen.

Der Ansatz umfasst alle in der Fachklinik therapeutisch arbeitenden Professionen und unterstützt deren Zielsetzungen und Aktivitäten in der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern (Beratungsstellen, Uniklinik, Jobcenter) und externen Dritten (wichtige Bezugspersonen, Praktikumsgeber, Vereine).

Das in hohem Maße individualisierte Vorgehen, die entlang der Zielsetzungen weiter entwickelten persönlichen Fertigkeiten und das systematische Einbeziehen der sozial bedeutsamen Lebenswelt („Community“) des Patienten sind in hervorragender Weise geeignet, das ICF-basierte Gesamtkonzept der Einrichtung zu unterstützen. Die Einrichtung dient dem Träger als Modell zur Überprüfung des Verfahrens, welches auch trägerweit regelmäßig als Fortbildung angeboten wird.

Persönlichkeits- und Störungskonzept

Ob sich aus dem „normalen“ Suchtmittelkonsum ein problematischer Konsum und später sogar eine Abhängigkeit entwickeln, ist wesentlich von den in der Person und ihrem sozialen Umfeld liegenden Faktoren abhängig. Neben genetischen, neurobiologischen und neurochemischen Faktoren spielen auch soziale, psychologische, neuropsychologische und kognitive Einflussfaktoren eine wesentliche Rolle. Kognitive Faktoren bestimmen, wie ein Suchtmittel erlebt wird, also ob dessen erwartete und reale Wirkungen erwünscht oder unerwünscht sind. Neben diesen suchtmittelspezifischen Aspekten sind auch überdauernde bzw. dispositionelle Faktoren wie z.B. dependente Persönlichkeitsstrukturen, niedrige Impulskontrolle, Extraversion, Neugier, Sensationslust oder geringe Ängstlichkeit bedeutsam.

Möglichkeiten der Überwindung einer Abhängigkeit können daher in diesen verschiedenen Dimensionen liegen (Pharmaka, soziale Unterstützung, Beschäftigungsmöglichkeit, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Glaubensgemeinschaften). Wird eine medizinische Rehabilitation eingeleitet, bringt der Patient einen auf diesen Dimensionen zu beschreibenden Entwicklungsbedarf mit. In der Regel bestehen deutliche Verhaltensdefizite und/oder geringe Selbsteffizienz in Bezug auf stabil abstinenten Lebensführung. Gleichzeitig sind vor und während der Abhängigkeit Kompetenzen, persönliche und soziale Ressourcen entstanden, die für den zu planenden Therapieprozess genutzt werden können. Die Erklärung für die individuellen Ursachen der Suchtentstehung, die Gründe für deren Aufrechterhaltung bis zur Gegenwart und der daraus gefertigte Entwurf eines geeigneten Krankheits- und Gesundheitskonzeptes in für den Patienten und die Behandelnden schlüssiger Weise sind zentrale Bestandteile des professionellen Wirkens. Einen wesentlichen Beitrag dazu leisten die Maßnahmen der Psychoedukation und Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie.

Es gibt durchaus plausible Modelle, nach denen bestimmte Ursachen eine bestimmte Vorgehensweise nahelegen (Bsp.: Drogenkonsum als Selbstmedikation einer Störung mit Krankheitswert erfordert therapeutische Behandlung dieser Störung). Die ursprünglichen Bedingungen können sich aber längst verändert haben, ohne dass die Abhängigkeit verschwunden ist (Bsp.: posttraumatische Belastungsreaktion ist seit Jahren abgeklungen, über Drogenmilieu, Haft, Hepatitis und verpasste Chancen ist aber ein Gefühl der Perspektivlosigkeit mit depressiven Episoden entstanden, eine Reihe notwendiger Kompetenzen wurden nicht gelernt). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze integrieren die verschiedenen Aspekte und sehen Substanzabhängigkeit als Ergebnis von Lern- und Entwicklungsprozessen. Klassisches und operantes Konditionieren können Aspekte der Abhängigkeit erklären. Suchtmittelkonsum führt zu positiver (z.B. Anerkennung, positive Stimmung) bzw. negativer Verstärkung (z.B. Minderung von Anspannung und Hemmungen). Künftiger Konsum wird durch den Aufbau positiver Erwartungen begünstigt. Aufgrund einer Toleranzentwicklung wird die Dosis bis in toxische Bereiche erhöht, um die gleichen Effekte zu erzielen. Neben den kurzfristigen erwünschten positiven treten nun auch negative Effekte hinzu, wie z.B. Stimmungstief, Entzugssymptome, Vernachlässigung positiver Aktivitäten, Attributionsmuster oder Einengung auf die Droge. Diese wiederum fungieren als Auslöser für Verlangen, kognitive Ausrichtung der Aufmerksamkeit, der Erwartungshaltung und erneuten Konsum. Ein sich selbst verstärkender Kreislauf kommt in Gang.

Bei der Verstärkung bzw. Aufrechterhaltung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit spielen bewusste und weniger bewusste oder automatisierte kognitive Muster eine wichtige Rolle, was dafür spricht, dass in jeder Phase der Behandlung kognitive Interventionen zur Anwendung kommen. Entwöhnung und Abstinenzhaltung erfordern über lange Zeit „nicht-automatisierte“, handlungssteuernde Prozesse, um die aktivierten Gedächtnisspuren („memory activation“) und die unverändert aktiven automatisierten Handlungspläne der Abhängigkeit zu hemmen (Tiffany, 1990; Sayette, 1999).

4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

Behandlungsindikation: Volljährige Frauen und Männer sowie Paare mit mindestens einer ICD-10 Diagnose aus dem Bereich F11 – F16 sowie F18, F19, bei besonderer Indikation (s. 3.2.) auch F10. Es werden Erst- und Auffangbehandlungen sowie Kombinationsbehandlungen angeboten, die Aufnahme nach §§ 35, 36 BtmG ist möglich.

Der Schwerpunkt liegt traditionell auf der Behandlung Drogenabhängiger. Eine Ausdifferenzierung über verschiedene Störungsbilder im psychischen, psychiatrischen und somatischen Bereich hat über die langjährige Kooperation mit der UKPP Tübingen stattgefunden.

Die Drogenpatienten weisen zunehmend Alkohol als wesentlich am Suchtgeschehen beteiligte, z.T. am meisten problematische Substanz auf. Die Mitbehandlung von Alkoholabhängigen ist auf diesem Erfahrungshintergrund sowohl klinisch wie organisatorisch (Mitbehandlung von Drogenabhängigen zur 12-Wochen-Kurzzeittherapie findet bereits statt) gut integrierbar. Zielgruppen sind primär Alkoholabhängige, die sozialisationsbedingt eine Nähe zum Drogenmilieu und entsprechende Auffälligkeiten aufweisen und Alkoholabhängige, die eine der unten genannten komorbiden Diagnosen aufweisen. Dazu auch Patienten, die über die Universitätsklinik für die Rehabilitation motiviert werden konnten und dort perspektivisch angebunden bleiben sollen.

Eine Besonderheit ist die Aufnahme (noch) substituierter Opiatabhängiger (Projekt SURE), welche nach Prüfung einer Reihe von Kriterien möglich ist. Es besteht eine eigene, mit der DRV Baden-Württemberg abgestimmte Teilkonzeption für diese Behandlungsgruppe (s. 4.6).

Weitere Diagnosen außerhalb der Suchtkategorien sind in der Regel kein Ausschlussgrund (s. Komorbidität). Diesen wird mit störungsspezifischen Maßnahmen Rechnung getragen. Dies gilt insbesondere für Psychosen, ADHS, affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen.

Die Einrichtung wird von allen Leistungsträgern belegt.

Voraussetzung für eine Aufnahme sind die Erfüllung der Kriterien gemäß Anlage 3, Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, eine abgeschlossene Entzugsbehandlung (soweit notwendig) und das Vorliegen einer Kostenzusage.

Kontraindikationen. Eine Aufnahme ist nicht möglich bei

- akuten behandlungspflichtigen somatischen Erkrankungen
- akuter Psychose
- akuter Suizidalität
- schwerer Intelligenzminderung.

Eine Aufnahme Jugendlicher unter 18 Jahren ist nur in begründeten Einzelfällen möglich. Ebenso können in der Regel keine Kinder als Begleitperson aufgenommen werden.

4.3 Rehabilitationsziele

Die Bereiche Gesundheit, Soziales, Arbeit und Freizeit für sich und im Gesamtbild werden in der Therapieumsetzung bei allen Patienten durchgängig erfasst, in jedem dieser Bereiche werden individuelle Ziele, Maßnahmen und Anforderungen definiert und sind laufende Feedbackschleifen eingerichtet. Mit Blick auf den Anspruch einer erfolgreichen Rehabilitation werden vorhandene Ressourcen und aufzubauende Kompetenzen diagnostiziert und in den Behandlungsplan aufgenommen. Eine durchgängige Mitwirkung der Patienten am Erreichen der vereinbarten Ziele ist Grundlage des Behandlungsvertrages. In diesen Kontext werden dann die individuell notwendigen psychotherapeutischen und medizinischen Behandlungen integriert.

Es bedarf für jede Behandlung einer auf die Gegenwart bezogenen Diagnostik und einer daraus abgeleiteten, mit dem Patienten zu erarbeitenden Zielsetzung. Diese ist im Verlauf regelmäßig auf Plausibilität und Erreichbarkeit zu prüfen und ggf. veränderten Bedingungen anzupassen. Die erreichten Teilziele sind darauf zu überprüfen, ob die von Patient und Behandler erwarteten Effekte auch im Erleben des Patienten auftreten (ob z.B. regelmäßige, aktive Freizeitgestaltung Gefühle innerer Leere verringern oder eine Aufarbeitung früherer Beziehungen die positive Gestaltung aktueller erleichtert). Es ist eine genuine Stärke stationärer Therapie, vielfältigste soziale, arbeits- und aufgabenbezogenen Kontexte generieren, beobachten und auswerten zu können. Damit verhilft sie den Patienten dazu, sich und ihre Möglichkeiten in verschiedenen Umwelten kennenzulernen und eine zunehmend realistische Vorstellung vom erklärten Ziel - der vollständigen Teilhabe an allen wesentlichen Gesellschaftsbereichen - zu entwickeln.

Behandlungsziele der stationären Rehabilitation sind neben der Stabilisierung der Abstinenzmotivation die Vermittlung von Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, die Beseitigung rückfallgefährlicher Bedingungen, die Wiederherstellung bzw. Verbesserung des durch die Abhängigkeit beeinträchtigten psychosozialen Funktionsniveaus sowie die soziale und berufliche Wiedereingliederung. Zu letzterem gehören die Teilnahme an beruflich integrierenden Maßnahmen, die Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen und die erfolgreiche Reintegration in den Beruf als Teilhabe-relevante Variablen der International Classification of Functioning (ICF). Neben der Sucht bestehende körperliche oder psychische Einschränkungen sollen mit erfasst und nach Möglichkeit im Rahmen der Behandlung minimiert werden.

Die Ausarbeitung der Ziele folgt den diagnostischen Befunden und geschieht auf der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick 2009). Diese berücksichtigt das individuelle Krankheitsverständnis und kann es gleichzeitig vertiefen. Über den CRA (siehe 4.1.) ist eine persönliche Gewichtung des Patienten gewährleistet, über den Behandlungsauftrag sind Abstinenz, Umgang mit Rückfällen, Themen der gesunden, aktiven Lebensführung und der Selbstmanagementkompetenzen in vielen Behandlungsmaßnahmen fest verankert. Die Behandlungsziele werden mit dem Rehabilitanden individuell vereinbart und operationalisiert. Eine regelmäßige Erfolgskontrolle findet statt.

Primäres Ziel der Ergo- bzw. Arbeitstherapie wie der gesamten medizinischen Rehabilitation ist die Erhaltung, Wiederherstellung oder nachhaltige Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Dieses Ziel erhält eine besondere Bedeutung durch Erkenntnisse, dass regelmäßige Arbeit, die den persönlichen Fähigkeiten des Patienten entspricht, sich stabilisierend auf die Abstinenz und die soziale Integration auswirkt. Als Teilziele lassen sich eine positive Einstellung gegenüber Arbeit und Beruf formulieren, ebenso wie Strategien zur Verbesserung der persönlichen Arbeitszufriedenheit, Reduktion exzessiven und gesundheitsschädigenden Arbeitsverhaltens, individuelle Bewältigungs- und Anpassungsstrategien wie Kompromisse schließen oder Konflikte mit Kollegen lösen und das Entwickeln verschiedener für die Arbeit notwendiger Basisfertigkeiten wie etwa Zuverlässigkeit, Konzentration und Ausdauer. Arbeit wird zielgerichtet in den Behand-

lungsplan eingefügt, es liegt eine für alle am Therapieprozess Beteiligten klar erkennbare arbeits-therapeutische Zielsetzung vor.

Diese Zielsetzung wird seit 2014 unterstützt durch das Angebot „BOSS“ (Beruflich orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen). Die Leistungen erfolgen in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad und beginnen nahezu zeitgleich mit der Aufnahme in die Fachklinik. Ziel ist, bei Bedarf (kein Arbeitsplatz vorhanden) die beruflichen Kompetenzen festzustellen, zu fördern, die Patienten umfassend über geeignete Berufsbilder und Stellenangebote zu informieren, ihnen den Zugang ins Berufsleben zu bahnen und Sie im Erfolgsfall während der Probezeit zu unterstützen. BOSS ist zunächst für fünf Jahre vereinbart und wird vom Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm wissenschaftlich evaluiert.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer orientiert sich an den für das jeweilige Modul vereinbarten Zeiten (siehe 3.4). Die stationäre Behandlung kann bei wohnortnah versorgten Patienten durch eine teilstationäre Behandlung verkürzt werden.

Daran anschließend sind jeweils Nachsorgemaßnahmen angezeigt, entweder in Form des betreuten Wohnens (6-12 Monate) oder der ambulanten Nachsorge an einer Fachstelle. Bei Vorliegen einer weiteren psychiatrischen oder somatischen Diagnose kann die Suchtambulanz der UKPP für die Nachsorge genutzt werden.

Die individuelle Therapiedauer ist regelhaft Gegenstand der ersten Therapiekonferenz. Hier wird die Rahmenplanung (in der Regel durch den Leistungsträger vorgegebenes Modul) geprüft und, sofern keine erheblichen Einwände seitens der Behandler oder des Patienten bestehen, als Orientierung übernommen. Gesondert zu prüfen sind dann:

- Verkürzung oder Verlängerung der Behandlung oder einzelner Phasen, da die Zielerreichung bereits abgeschlossen ist oder aber durch Zeitmangel gefährdet scheint.
- Beantragung einer Adaptionphase.
- Prüfung einer tagesklinischen Entlassphase, falls geeignetes soziales Umfeld vorhanden.
- Vorzeitige Beendigung bei Stillstand oder mangelnder Mitwirkung des Patienten.

Der Rehabilitand wird in diese Überlegungen einbezogen. Insbesondere drogenabhängige Patienten im Modul Langzeittherapie hadern oft mit den vermeintlich langen Zeitvorgaben und wollen auf die Adaption verzichten. Hier wird im Therapieverlauf motivational darauf hingearbeitet, dass der Patient die Adaptionphase wahrnimmt.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Aus dem CRA ergibt sich von Beginn an eine individuelle Zielbestimmung und erste Behandlungsplanung. Diese wird ergänzt durch die im Sinne einer vollumfänglichen Teilhabe gemäß ICF bestehenden Anforderungen. Dazu werden diagnostische Daten erhoben sowie ein Assessment der berufsbezogenen Fertigkeiten, gefolgt von einer berufsorientierten, mit der suchtbbezogenen Rehabilitation verzahnten Behandlungsplanung im Sinne von BORA (Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker). Die konkrete Umsetzung geschieht im Rahmen von BOSS (Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen) in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad.

Die Berücksichtigung der Schwere einer komorbiden Störung kann durch eine Verknüpfung rehabilitativer Angebote mit Angeboten der akutpsychiatrischen Versorgung oder anderweitiger fachärztlicher Leistungen sichergestellt werden.

Im Rahmen von Therapiekonferenzen werden die Schwerpunkte sowie die inhaltlichen und zeitlichen Abläufe mit dem Rehabilitanden und maßgeblichen Therapeuten vereinbart.

Die Behandlung verläuft in mehreren unterscheidbaren Phasen: Die Eingangsphase dient dem Assessment, der Diagnostik und dem Kennenlernen der Behandlungsmöglichkeiten. An deren Ende (nach vier Wochen) steht eine erste Schwerpunktsetzung. Indikationen werden gestellt, ein Arbeitstherapie-Bereich vereinbart, Sport- und Freizeitmaßnahmen verbindlich geplant. Dies bestimmt den Wochenplan der zweiten Phase. Eine dritte Phase dient der Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung und enthält v.a. bei Patienten ohne Arbeitsplatz einen klaren arbeitstherapeutischen Anteil (Bewerbertraining, Belastungserprobung, Praktikum). Bei Patienten mit Arbeitsplatz wird spätestens in dieser Phase der Kontakt zum Betrieb aufgenommen, um den Wiedereintritt in die Arbeit festzulegen bzw. ausreichend Zeit für evtl. Vorklärunge zu haben.

Die Phasendauer richtet sich u.a. nach der geplanten Behandlungsdauer. Dieser Ablauf ist unterlegt durch eine Statusabfolge, die die Rehabilitanden durchlaufen. Dabei nehmen die persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten und Freiräume im Sinne des Selbstmanagements zu. Übergänge in den nächsthöheren Status sind sowohl an die Aufenthaltsdauer gebunden, aber auch Ergebnis bestimmter inhaltlicher Fortschritte und Leistungen. In Krisen oder nach Rückfällen kann der erreichte Status bis zur Restabilisierung entzogen werden.

Unabhängig davon sind Sonderabsprachen bzgl. Programm oder Aktivitäten möglich (Bsp. Wahrnehmung eines persönlich wichtigen externen Termins, Sprachkurs o.ä.).

Im Falle von Quer- oder Wiederaufnahmen wird der bisherige Verlauf berücksichtigt. Bei Querverlegungen gilt das Prinzip der Nahtlosigkeit. Es wird so gearbeitet als wäre die Zeit bei uns verbracht worden, evtl. mit einer kurzen Kennlernphase und „Sonderstatus“ versehen. Mit Wiederaufnahmen wird bzgl. Phasenabläufen entsprechend des geplanten Moduls vorgegangen. Evtl. wird aber der Anteil Kerntherapie zur Stabilisierung kurz gehalten, um einen schnellen Wechsel in die Adaption zu ermöglichen, wenn dies als die kritische und wichtigere Phase verstanden wird.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Programm besteht aus medizinischen, psychotherapeutischen, edukativen, arbeitstherapeutischen, erlebnispädagogischen, alltagspädagogischen, gesundheits- und freizeitbezogenen Maßnahmen. Es stellt vielfältige Ansprache und Aktivitäten der Patienten sicher. Alle Patienten erhalten ein Teilprogramm aus diesen Bereichen, dazu werden Schwerpunkte nach Indikation und auch Wunsch der Patienten gebildet. Die einzelnen Maßnahmen werden nach Belastbarkeit, notwendigen Skills und Komorbidität zusammen gestellt. Dabei gibt es einen Grundstock für alle Patienten aus

- Einzelgespräch (Dipl.-Psychologen, Sozialpädagogen mit therapeutischer Weiterbildung)
- (Bezugs-)gruppentherapie (s.o.)
- Suchtbezogenen Maßnahmen (Psychoedukation, Rückfallprävention, s.o.; Tabakentwöhnung)
- Medizinischen und gesundheitsbezogenen Maßnahmen (Arzt, Pflege, ggf. Sportpädagoge)
- Entspannungstraining (in progressiver Muskelrelaxation, ausgebildete Kräfte)
- Fitnessprogramm (Sportpädagogen)
- Erlebnispädagogik
- Arbeitstherapie (Ergotherapeuten, Arbeitserzieher)
- Selbsthilfeorientierten Elementen (Patenschaften, Wohngruppensitzungen)

Indikative Angebote werden i.d.R. zu Zeitpunkten angeboten, die mit den obigen Maßnahmen nicht konkurrieren. Im Zweifelsfall kommt es zu einer seriellen Planung (erst Psychoedukation, dann Indikation Impulskontrolle).

Die Arbeitstherapie zielt sukzessive auf die (Wieder-)eingliederung in berufliche Tätigkeit. An das Assessment schließt sich der Aufbau von Schlüsselkompetenzen an, gefolgt von einem Skill- und Bewerbungstraining und anschließender interner, in Adaption externer Belastungsprüfung. In diesem Bereich sind Ergotherapeuten und Arbeitserzieher mit handwerklichem Grundberuf eingesetzt. Im Sinne der BORA wurde 2014 im Rahmen des Projektes „BOSS“ eine verbindliche Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad begonnen.

Die Angebote im Bereich Sport und Freizeit sind vielfältig. Sie verstehen sich ebenfalls primär als therapeutisch und durchaus indikationsgeleitet (etwa Lauftraining bei Depression, Stockkampfkunst bei ADHS). In jedem Falle sollen Fertigkeiten vermittelt werden, die das Weiterführen nach der Therapie im sozialen Umfeld ermöglichen. Dazu werden diese Maßnahmen von qualifizierten Sportpädagogen geplant, durchgeführt und ausgewertet. Die Entscheidungen über das arbeitstherapeutische und freizeitbezogene Programm werden mit den Klinikärzten und dem fallverantwortlichen Bezugstherapeuten abgestimmt. Im Rahmen der Psychotherapie werden Einzelgespräche genutzt, um den individuellen Transfer von Gruppeninhalten zu gestalten. Ziele sind Reflexion, Aktivierung, Übung, Erfolgserlebnisse. Im Falle eines weitergehenden psycho-therapeutischen Bedarfs (Angststörungen, Persönlichkeitsstörung u.a.) kann dies von einer qualifizierten Kraft angeboten werden.

Ein Beispiel-Wochenplan findet sich im Anhang.

Das Behandlungsprogramm für Alkoholabhängige folgt zusätzlich den Vorgaben zur Ausgestaltung der Therapie in der Leitlinie für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (DRV 2010). In dieser Leitlinie sind die evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) sowie Empfehlungen zu deren zeitlichen Verteilung innerhalb des Therapieprogramms beschrieben.

Der Behandlungsprozess wird auf der Basis der durch die Leitlinie der DRV vorgegebenen Qualitätsindikatoren zusammengestellt. Innerhalb der Gestaltungsmöglichkeiten dieser Leitlinie wurden Schwerpunkte des Angebots in der wohnortnahen Versorgung mit dem Anspruch der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sowie der Berücksichtigung der Belange körperlich erkrankter Patienten mit einer Aussicht auf Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt gewählt. In diesem Zusammenhang spielen die psychosoziale Sicherung durch den Sozialdienst, Kontakte zu Selbsthilfegruppen, die Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung bei wohnortnaher Versorgung bzw. die Berufs-vorbereitung durch arbeitstherapeutische Angebote eine entscheidende Rolle.

Elemente zur Stabilisierung der Abstinenzmotivation, zur Förderung der sozialen Kompetenz, Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und die Berücksichtigung der individuellen funktionalen Bedeutung des Alkoholkonsums werden in die allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit (ETM 1) sowie in gesonderte psychotherapeutische Gruppenangebote eingebettet. Sämtliche genannten Maßnahmen werden von geeignetem Fachpersonal durchgeführt.

Die Fachklinik bietet einige explizit benannte Sonderleistungen an:

ADHS

Epidemiologische Daten belegen unzweifelhaft eine Assoziation im Vorkommen von Suchterkrankungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Die meist überwiegend psychopharmakologisch orientierte Behandlung einer ADHS mit Methylphenidat und anderen Substanzen ist aus suchtmmedizinischer Sicht nicht unkritisch und birgt insbesondere im Erwachsenenalter eigenständige suchtmmedizinische Risiken. Ein mehrfach in der Fachliteratur beschriebener günstiger Effekt einer Stimulationsbehandlung im Kindesalter auf Suchterkrankungen relativiert sich im Erwachsenenalter stark und ist deshalb wissenschaftlich umstritten. Andererseits gefährdet das Vorliegen einer unbehandelten ADHS den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung nachhaltig und birgt ihrerseits ein erhöhtes Risiko für erneuten Substanzgebrauch. ADHS gilt jedoch als eine sowohl psychotherapeutisch wie psychopharmakologisch suffizient behandelbare Erkrankung. Die Erfolgsrate von Entwöhnungsbehandlungen bei Suchtkranken dürfte daher bei adäquater Behandlung einer komorbiden ADHS ansteigen.

Eine solche Behandlung kann jedoch schwierig sein und bedarf daher eines gesondert angepassten Therapiekonzeptes. Schon die Differentialdiagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist beim Vorliegen einer Suchterkrankung oft nicht einfach, da sich das klinische Bild beider Erkrankungen überlappt und viele Symptombereiche bei beiden Störungsbildern vorkommen. Eine "unreflektiert" durchgeführte ADHS-Diagnostik bei Suchtpatienten (etwa im Sinne einer unreflektierten „Checklisten-Diagnostik“) birgt deshalb die Gefahr einer falsch-positiven Fehldiagnose. Andererseits belegen zahlreiche wissenschaftliche Studien, dass das tatsächliche Vorliegen eines ADHS im Erwachsenenalter bei Suchtpatienten häufig übersehen wird. Eine adäquate Diagnosestellung dürfte bei vielen Entwöhnungsbehandlungen erst im Verlauf möglich sein. Das Krankheitskonzept einer ADHS-Störung ist Patienten mit Drogenabhängigkeit zwar in vielen Fällen recht gut vermittelbar, es besteht jedoch gleichzeitig die Gefahr, dass im Laufe einer Behandlung Symptome der Suchterkrankung im Sinne eines Abwehrmechanismus auf die ADHS fehlattribuiert werden. Es erscheint daher notwendig und sinnvoll, Patienten mit Suchterkrankung und komorbider ADHS in ein speziell abgestimmtes Entwöhnungsprogramm zu integrieren. Das vorgestellte Therapiekonzept in der Fachklinik Tübingen versucht diesen Besonderheiten in Diagnostik und Intervention gerecht zu werden.

Therapiekonzept

Patienten mit komorbider ADHS sind in das Gesamtbehandlungskonzept der Fachklinik integriert. Es wird davon ausgegangen, dass das Vorhandensein einer ADHS Teilnahme und Mitwirkung bzgl. der Gesamtheit der angebotenen Maßnahmen nicht per se ausschließt. ADHS bedingt durch eine verkürzte und leicht störbare Aufmerksamkeitsspanne Einschränkungen bei langfristigen oder komplexen selbstgesteuerten Handlungssträngen. Deshalb bedarf es in der Therapie in besonderem Maße kleinschrittiger Arbeit mit vielen konkreten Ablaufbeschreibungen, Erinnerungen, Redundanzen, wenn nicht nur der Alltag erfolgreich bewältigt sondern auch sukzessive neue Fertigkeiten erworben werden sollen. Dieses Vorgehen ist in der Suchttherapie ohnehin angezeigt, da Ambivalenz, Drogenverlangen, geringe Stress- und Frustrationstoleranz, Brüche im Kontakt- und Beziehungsverhalten und eher kurzfristige Verstärkersuche auch ohne die Symptomatik einer ADHS das süchtige Erleben kennzeichnen.

Es werden ergänzend zum bestehenden Programm gesonderte Therapieangebote für die genannte Patientengruppe angeboten. Diese sind:

- Indikative Gruppe speziell für Patienten mit komorbider ADHS. Elemente: Psychoedukation, Gefühlsregulation, ADHS und Sucht, Medikamente bei ADHS, Achtsamkeit, Verhaltensanalyse, Übungen (D'Amelio et al, 2009)
- Einzelgesprächstermine mit psychotherapeutisch erfahrenen Ärzten der Drogenhilfe. Inhalte: Evaluation, Diagnostik, kritische (auch fachärztliche) Sichtung von Vorbefunden im Zusammenhang mit dem klinischen Bild unter beschützenden abstinenten Bedingungen, Erstellen eines Behandlungsplanes für die komorbide Störung, Depressionsdiagnostik, psychotherapeutische Therapieelemente
- Ggf. manualisierte ADHS-Diagnostik, auch in Zusammenarbeit mit der Spezialsprechstunde ADHS der Hochschulambulanz der UKPP
- In schweren Fällen Möglichkeit zur psychopharmakologischen Behandlung.

Zahlreiche andere sinnvolle Behandlungselemente sind bereits vorhanden und werden indikativ zugewiesen, etwa Entspannungstraining oder Bewegungstherapie.

Die Fachklinik kann auf bewährte Methoden zurückgreifen, die der Zielgruppe Rechnung tragen: Arbeit entlang klar vereinbarter Zielsetzungen mit kleinen, konkreten Teilschritten in den verschiedenen Bereichen, konstantem Monitoring, häufigem Feedback und erfolgsgeleiteter Gestaltung des Behandlungssettings. Insofern ist die gezielte Mitbehandlung einer ADHS an vielen Stellen eine Bündelung und systematischer Einsatz von Interventionen, die in der Suchtrehabilitation und v.a. der Fachklinik Tübingen einen festen Platz haben (s. hierzu Ausführungen über den Einsatz des Community Reinforcement Approach, CRA).

SURE - Substitutionsgestützte Rehabilitation

Die Fachklinik Tübingen nimmt seit 2011 auch opiatsubstituierte Patienten auf (Schönthal et al., 2013). Voraussetzung ist eine gründliche Vorbereitung und die Erfüllung einer Reihe von mit der DRV Baden-Württemberg abgestimmter Kriterien. In der Regel erfolgt ein persönliches Vorgespräch, an dem auch ein Klinikarzt teilnimmt. SURE hat einen Projektstatus und wird von einer eigenen Lenkungsgruppe der Anbieter und der DRV begleitet.

Das Angebot richtet sich an Substituierte, die sich eine abstinente Lebensweise zum Ziel gesetzt haben, die dazu einer stationären Rehabilitation bedürfen und für die ein Beenden der Substitution vor Beginn der Maßnahme nicht möglich oder indiziert ist. Gründe hierfür sind:

- Zu erwartender prolongierter Entzug, dessen Dauer das Setting einer Entgiftungsbehandlung erheblich überschreitet.
- Mehrfache Abbrüche von Entgiftungsbehandlungen aus Angst vor der anstehenden Veränderung.
- Andere nachvollziehbare Faktoren, die gegen einen Aufenthalt oder ein komplettes Ausschleichen des Substituts auf einer Entgiftungsstation sprechen.

Der Abdosierungsplan und dessen Umsetzung werden durch den Arzt gestaltet. Dieser ist auch Hauptansprechpartner für alle mit dem Entzug verbundenen Fragen.

Die Rehabilitation beginnt vollumfänglich am Tag der Aufnahme und nicht nach einem quasi prolongierten Entzug. Etwaige Einschränkungen und Änderungen im Programm aufgrund entzugsbedingter Belastungen werden vom Arzt festgestellt und kommuniziert. Damit sollen andere Kollegen etwa in der Arbeitstherapie oder bei der Durchführung von Freizeitmaßnahmen davon entbunden werden, sich mit dem Substituierten auf Verhandlungen über Teilnahme oder Entlastungen einzulassen.

Die jeweilige Reha-Eingangsdosis soll so gewählt sein, dass keine Entzugserscheinungen bzw. innere Unruhe auftreten, und Rehabilitationsfähigkeit durchgängig gegeben ist. Das bedeutet im Einzelnen:

- Die Patienten können die Belastung eines strukturierten Tagesprogramms ebenso gut verkraften wie nicht Substituierte Neuaufnahmen auch.
- Sie haben keine oder geringe durch das Substitut bedingten Einschränkungen bzgl. Wachheit, Konzentrationsfähigkeit und körperlicher Aktivität.
- Sie wirken vom Aspekt und Verhalten her unauffällig und nicht unter Drogen stehend.
- Die Besonderheit des noch nicht beendeten Entzuges schränkt die Auseinandersetzung mit den jeweiligen teilhabebezogenen oder psychotherapeutischen Inhalten nicht ein.

Da die individuelle Wirkung der in Frage kommenden Substanzen recht unterschiedlich ist, wird auf quantitativ genau festgelegte Eingangsdosen verzichtet. Als Maximum gilt ein Grenzwert von 6 ml Methadonlösung oder 8 mg Buprenorphin.

Neben den üblichen Maßnahmen wird bei der betreffenden Zielgruppe folgenden Punkten eine wesentliche Bedeutung beigemessen:

- Bedeutung des Substituts in der Lebensbewältigung
- Frühere Abstinenzversuche und Rückfälle
- Kompetenz und Bereitschaft zur aktiven Lebensbewältigung mit und ohne Substitut
- Veränderungsbereitschaft und persönliche Zielsetzung
- Unterstützung durch die Umwelt des Patienten für abstinente Lebensführung.

Während der stationären Behandlung werden so wenig Unterschiede zum Vorgehen bei nicht Substituierten gemacht wie möglich. Das Substitut wird nicht anders betrachtet als etwa die indizierte Vergabe eines Antidepressivums: Auch hier werden gewünschte Wirkung, Nebenwirkungen und die Möglichkeit der Abdosierung nach Erreichen von Stabilität kontinuierlich bewertet. Substituierte werden daher weder räumlich noch bzgl. des therapeutischen Angebotes gesondert behandelt. Eine Ausnahme bildet die tägliche Fahrt zur Vergabe, welche nicht in der Einrichtung selbst stattfindet.

Im April 2015 wurde die Indikation für SURE erweitert. Es besteht das anerkannte Teilkonzept „SURE plus“ (s.Anhang). Es können auch Patienten aufgenommen werden, die während der Maßnahme noch nicht abdosiert werden können oder wollen. Auch hierfür sind Kriterien formuliert, zudem ist eine verbindliche Vereinbarung der Rehaziele vor Aufnahme Voraussetzung. Das Ziel der Abstinenz wird nicht aufgegeben, sondern ist Gegenstand der Behandlung. Der Zeitpunkt ist allerdings nach hinten verschoben und die Wahrscheinlichkeit, dass vollständige Abstinenz erreicht werden kann, soll durch das Erreichen der anderen Rehabilitationsziele erhöht werden.

Alkoholabhängige Patienten mit und ohne psychische Komorbidität

Wie bei Rehabilitationsindikationen (siehe 4.2) geschildert, werden auch alkoholabhängige Patienten ab 2015 in die Behandlung integriert. Dies ergibt sich aus einer Vermischung der Szenen und Konsummuster einerseits (viele Drogenabhängige trinken regelmäßig Alkohol, etliche, gerade jüngere Alkoholiker haben Kontakt zum Drogenmilieu; der typische Altersunterschied verwischt durch die wachsende Gruppe langjährig Substituierter) und einer fachlichen Entwicklung hin zu mehr störungsspezifischer als substanzorientierter Behandlung. Zusätzlich unterstützt durch die seitens der UKPP vorhandene Expertise in der Arbeit mit Alkoholabhängigen (Somatik, stationäre/ambulante Konzepte, Psychoedukation Alkohol, Angehörigenarbeit) können einerseits substanzspezifische Angebote gemacht, andererseits Zugang zu störungsspezifischen Programmen und soziotherapeutischen Maßnahmen geschaffen werden.

Die UKPP betreibt für das Gesamtklinikum Tübingen eine sogenannte „Präventionsambulanz“, in welcher Patienten der somatischen Kliniken (vorzugsweise Innere, Chirurgie, HNO- und Hautklinik) bei alkoholbezogenen Folgeerkrankungen proaktiv aufgesucht und hinsichtlich suchttherapeutischer Maßnahmen beraten werden. Ein Großteil dieser Patienten ist noch nicht im suchtbezogenen Hilfesystem angekommen. Pro Jahr finden in der Psychiatrischen Universitätsklinik ca. 600 konsiliarische Kontakte und ca. 1000 ambulante Kontakte mit suchtkranken Personen statt.

Diese Zielgruppe wird auf eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung vorbereitet werden. Im Falle der Notwendigkeit einer stationären Behandlungsmaßnahme soll die bereits begonnene Mitbehandlung durch die UKPP mittels der Aufnahme in die Fachklinik Tübingen fortgesetzt werden. Im Sinne von „Therapie direkt“ wird die Vermittlung in die Fachklinik über den Liaisonarzt des Klinikums eingeleitet. Der Kostenantrag wird vom Sozialdienst der UKPP erstellt.

Die UKPP bietet zudem seit 1975 ein sechswöchiges stationäres Behandlungskonzept für alkoholabhängige Patienten in Verbindung mit einer psychiatrischen Komorbidität (Affektive Störungen, Angsterkrankungen, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung) an. Für die Rehabilitation in der Fachklinik wird das Behandlungsprogramm an die spezifischen Erfordernisse der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten mit und ohne Doppeldiagnose adaptiert und um die im Konzept beschriebenen Maßnahmen ergänzt.

Die Umsetzung der Behandlung Alkohol- und Drogenabhängiger unter einem Dach erfolgt durch einen mehrachsigen Wochenplan: Einer Zuordnung in eine substanzbezogene Gruppe (Bezugsgruppe, Psychoedukation, Wohngruppe) mit spezifischen, daran gekoppelten Maßnahmen (Ernährungsberatung, Angehörigenschulung) und andererseits einer Zuordnung in eine störungsspezifische Gruppe (Depression; Psychose; ADHS; schwere Persönlichkeitsstörung; Störung der Impulskontrolle) mit wiederum daran gekoppelten Maßnahmen (Lauftherapie; Skill-Training; Stockkampfkunst; Entspannung). Diese Gruppen werden substanzunabhängig allen Patienten angeboten. Da das Vorhandensein einer psychiatrischen oder somatischen Zusatzdiagnose Behandlungsvoraussetzung für die aus der Uniklinik vermittelten Alkoholpatienten ist, werden diese im ersteren Fall klar einer der Gruppen zugewiesen werden können.

Zur alkoholspezifischen Psychotherapie siehe 4.7.4.

Dadurch ist eine Durchmischung der verschiedenen Patientengruppen entlang bestimmter Gemeinsamkeiten gegeben, ohne die spezifischen Themen der Alkoholabhängigkeit zu vernachlässigen.

Bezüglich der Unterbringung werden eindeutig zuzuordnende Patienten einer Wohngruppe „Alkohol“ zugewiesen. In der Praxis ist davon auszugehen, dass nicht immer alle Gruppen gleich stark belegt sind. Daher gibt es auch heterogene Wohngruppen, in denen Drogenabhängige mit Alkoholproblematik, szenenahe Alkoholabhängige und Substituierte mit problematischem Alkoholkonsum gemeinsam wohnen. Erfahrungsgemäß gibt es Patienten, die mehr oder weniger Wert auf wahrgenommene Gemeinsamkeiten legen (Alter, aus Haft oder nicht, konsumierte Substanz etc.). Aus fachlicher Sicht kann sehr gut auch mit den Unterschieden gearbeitet werden, dennoch ist Patientenwunsch ein wichtiger Faktor dabei, wie gut man sich mit der Therapie und der Einrichtung identifiziert. Insofern werden dezidierte Wünsche in Bezug auf die Zuordnung nach Möglichkeit erfüllt.

Patienten mit zusätzlicher psychiatrischer Diagnose

Unter den typischen Patienten einer stationären Drogenentwöhnung befinden sich wenige, die neben der Suchterkrankung keine weitere psychiatrische Diagnose oder wenigstens Auffälligkeit aufweisen. Depression, Angststörungen, Essstörungen, ADHS, Borderline, dissoziale, narzisstische und andere Persönlichkeitsstörungen, Zwangsgedanken, Verlust der Impulskontrolle, Suizidideen, mehr oder minder residuale psychotische Symptome mit und ohne Zusammenhang zum Drogenkonsum – bei kaum einem Patienten wären diese Schlagworte durchgängig mit „nicht vorhanden“ zu beantworten.

Diesen Patienten wird die Fachklinik i.d.R. gerecht, wenn auch teilweise mit erheblichem Aufwand. Bei manchen Patienten ist die Rehabilitationsfähigkeit nicht (durchgängig) gegeben; sie brechen ab, werden rückfällig, müssen verlegt oder zur Krisenbehandlung psychiatrisch aufgenommen werden. Patienten mit Psychose in der Vorerkrankung sind dabei nicht schwerer zu führen oder instabiler, im Gegenteil, oft ist die Erkrankung bekannt und hat der Patient selbst einige Bewältigungsmöglichkeiten schon erworben, kann sich gut einschätzen und im Krisenfall rechtzeitig auf sich aufmerksam machen.

Dennoch unterscheiden sich Menschen mit Psychose von Anderen, haben besondere Ängste, einen gesteigerten Bedarf an Ruhe und Rückzug, Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion. Insofern bedarf auch die Behandlung der Suchterkrankung in diesem Fall einiger besonderer Kenntnisse und Rahmenbedingungen. Diese können im Einzelfall aktiviert und hergestellt werden, für Patienten und die Einrichtung ist es aber sinnvoller, betroffene Patienten gemeinsam zu fassen und Ihnen passende Angebote zu offerieren. Die Zusammenarbeit mit der universitären Psychiatrie ermöglicht von der Diagnostik und Expertise über Medikation, Psychoedukation und Psychotherapie bis hin zur stationären Krisenintervention eine kompetente Mitbehandlung in der Fachklinik.

Schlagworte in der Ausgestaltung sind: Medikation, Nebenwirkungen, Compliance; Stabilisierung in der Postakutphase und Rückfallprävention (bezogen auf die Psychose); Psychoedukation; Psychotherapie im Kontext von Pharmako- und Soziotherapie; besondere Belastungen von Menschen mit schizophrener Psychose; Selbst- und Fremdgefährdung; Selbstmanagement-Ansatz; Gruppentherapie und Angehörigenarbeit (Klingberg und Hesse, 2014).

Die Inhalte verteilen sich auf die behandelnden Ärzte, den Bezugstherapeuten und für diese Arbeit besonders geschulte therapeutische Mitarbeiter (Psychoedukation, Angehörigenarbeit). Wie bei anderen Patientengruppen auch gibt es im Sinne der Inklusion darüber hinaus keine spezielle Arbeits- oder Sporttherapie für Patienten mit einer schizophrenen Psychose. Sehr wohl ist aber Thema mit dem Patienten, welche der möglichen Maßnahmen am besten zu seinen Bedürfnissen passt. Dazu sind die Mitarbeiter dieser Bereiche in der Lage, spezifische Anforderungen umzusetzen (z.B. in höherem Maße Arbeitsaufgaben vorzustrukturieren, Distanz und Rückzug zu ermöglichen, Sicherheiten und viel Transparenz zu schaffen).

Weil häufig Beziehungen zu im Alltag wichtigen Personen tragfähiger sind als die zum Arzt oder Psychotherapeuten, spielt die kollegiale Zusammenarbeit bei dieser Gruppe eine größere Rolle als bei anderen. Insofern sind gesonderte Fallbesprechungen und eine gesonderte Supervision ein Bestandteil der Arbeit mit dieser Patientengruppe. Für die Bezugstherapeuten gilt, möglichst arbeitstäglich einen (kurzen) Kontakt zum Patienten sicher zu stellen. Zum einen, um Verbindlichkeit und Sicherheit herzustellen, zum anderen, um evtl. Veränderungen beim Patienten möglichst früh wahrnehmen und darauf reagieren zu können.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Mit der Aufnahme in die Einrichtung sind einige Prozesse zur Klärung der grundsätzlichen Eignung der Maßnahme bereits abgeschlossen (Beratung, Prüfung der Ausgangsmotivation, Sozialbericht, ärztliches Gutachten, Prüfung durch den Leistungsträger, Vorentscheidung über Art und Dauer der Behandlung, rechtlicher Hintergrund). Weitere notwendige Daten - etwa für die Zuweisung zum geeigneten Therapiemodul (s. 4.4) - werden ggf. durch die Aufnahmeplanung eingeholt. Soweit Ziele bereits mit dem Patienten erarbeitet sind - im Rahmen einer ambulanten oder ärztlich-psychiatrischen Vorbehandlung - werden diese übernommen.

Im Falle von substituierten Patienten, bei medizinisch komplexen Sachverhalten oder auch auf Wunsch des Patienten erfolgt ein Vorgespräch, um über die Möglichkeit einer Aufnahme zu entscheiden bzw. den Behandlungsrahmen festzulegen.

Am Aufnahmetag findet die medizinische Eingangsuntersuchung und Erstdiagnostik statt. Der Arzt trifft dabei eine erste Aussage über die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten, u.a. durch Ausschluss der o.g. somatischen und psychiatrischen Kontraindikationen. Er sichtet die Zuweisungsdiagnosen und Arztbriefe / Laborbefunde. Er trifft eine Entscheidung über das Ansetzen, Beibehalten oder Absetzen von Medikation und leitet insbesondere bei Substituierten oder ADHS-Medikation die reibungslose Weiterverschreibung dieser BtmG pflichtigen Präparate ein. Am Ende steht die ärztliche Entscheidung über Aufnahme und erste Maßnahmen.

Die Aufnahme wird immer auch von einem Mitarbeiter des Sozialdienstes durchgeführt. In diesem Prozess werden sämtliche relevanten sozialrechtlichen Daten erhoben und der Patient über die Rahmenbedingungen seines Aufenthaltes in der Fachklinik informiert (Programmablauf, Örtlichkeiten, Ansprechpartner, Hausordnung, Datenschutz, Berichtspflicht). Die Aufnahme kooperiert eng mit Beratungsstellen, Jobcentern, Krankenkassen, Haftanstalten im Falle §§35,36 sowie der UKPP im Falle der von dort zugewiesenen Alkoholiker. Im Falle von Anfragen zur Wiederaufnahme ist ein gesondertes Prüfverfahren installiert.

Am Nachmittag erfolgt ein Begrüßungsgespräch mit dem zuständigen Bezugstherapeuten bzw. dessen Vertretung.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Behandlung schließt eine Routineuntersuchung (körperliche Untersuchung, Basislabor, Serologie) sowie Überweisungen zu zielgerichteten Untersuchungen (bedarfswise konsiliarische Untersuchungen zur Tumorabklärung, Abklärung und Behandlung neurologischer und anderer organmedizinischer Beeinträchtigungen) ein. Im Bedarfsfall sind internistische oder andere fachärztliche Untersuchungen unter Verwendung bildgebender, elektro- und neurophysiologischer sowie klinisch-chemischer Methoden möglich.

Die testpsychologische Diagnostik inklusive Leistungspsychologie umfasst teilhabeorientierte Instrumente, suchtspezifische Tests, Messinstrumente zur Erfassung der motivationalen Voraussetzungen, Leistungsparameter, psychischer Befindlichkeit und Persönlichkeitsfragebögen.

In den ersten Wochen wird die Zuweisungsdiagnosen ergänzende, mehrdimensionale Diagnostik durchgeführt und es werden mit dem Patienten Ausgangsbasis und mögliche Zielsetzungen geklärt.

Diese Dimensionen sind: medizinisch, psychologisch (klinische Interviews, objektive Erhebungen, strukturierte und unstrukturierte Selbstberichte, Fremdanamnese, psychologische Testverfahren), arbeits- und berufsbezogen (MELBA, Assessment im Rahmen der Arbeitstherapie, ggf. Organisation von Leistungstests). Relevant ist dabei eine Differenzierung nach folgenden Gesichtspunkten:

- Individuelle Problemlage, dabei v.a.:
 - Betroffene Lebensbereiche
 - Intensität der Symptomatik
- Frühere Abstinenzversuche und Rückfälle
- Kompetenz und Bereitschaft zur aktiven Lebensbewältigung
- Veränderungsbereitschaft und persönliche Zielsetzung
- Unterstützung durch die Umwelt des Patienten.

Die Eingangsdiagnostik schließt ein:

- eine ausführliche Suchtanamnese, einschließlich der positiven und negativen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums
- eine Familien- und Sozialanamnese, unter Berücksichtigung prädisponierender Faktoren
- interne und externe auslösende Bedingungen des Konsums
- Hypothesenbildung über die Funktionalität des Konsums / Bedingungsmodell
- Die Zufriedenheitsskala des CRA als Screeningverfahren für beeinträchtigte / funktionale Lebensbereiche und Ausgangspunkt für die Zielentwicklung.

Diagnostik und Zieldefinition werden prozesshaft verstanden, so dass neue Anhaltspunkte und Änderungen im Therapieverlauf integriert werden können. Es gibt in diesem Prozess regelmäßige Zäsuren, an denen der Status Quo gemeinsam mit dem Patienten erhoben und jeweils verbindliche Vereinbarungen über die weitere Therapiegestaltung getroffen werden. Der Patient wirkt dabei vor- und nachbereitend mit und übernimmt die Verantwortung, die vereinbarten Aufgaben und Ziele zu realisieren. An diese Zäsuren sind in der Regel Statusänderungen i.S. eines Zuwachses an persönlichen Freiräumen und Privilegien sowie Verpflichtungen und Übernahme von Verantwortung gekoppelt. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass ein Modell wachsender, selbst gesteuerter Integration angeboten wird und positive Entwicklungsschritte verstärkt werden.

Die Zufriedenheitsskala des CRA wird zu Beginn der Behandlung und am jeweiligen Therapiephasenende eingesetzt, um Veränderungen zu erfassen und ggf. neue Zielsetzungen zu vereinbaren.

Komorbidität

Ein erheblicher Anteil der Klientel stationärer Drogentherapie ist mit weiteren, über die Abhängigkeit hinausgehenden medizinischen und/oder psychischen Störungen belastet (Arch Gen Psychiatry, 2007). Relativ häufig sind dies internistische und orthopädische Krankheitsbilder, Folgeerkrankungen wie Hepatitiden, seltener HIV, oder aber psychische Störungen (F3, F4 nach ICD-10), mehr oder weniger floride psycho-affektive Störungen (F2) sowie Persönlichkeitsstörungen (F6). Mit Ausnahme medizinischer Störungen, die die Dauerpräsenz medizinischen Personals und Apparaturen erfordern, akuter Psychosen und Störungen der Affektregulation, die mit drohender Selbst- und Fremdgefährdung einhergehen, können diese Patienten in der Fachklinik behandelt werden. Dies ist nicht zuletzt durch die räumliche Nähe, die intensive vertraglich geregelte Kooperation und der teilweisen personellen Synergien des Therapieverbundes mit der UKPP Tübingen möglich.

Bei komorbid diagnostizierten Patienten ist ein komplexer Behandlungsplan zu erstellen, der die individuellen Besonderheiten berücksichtigt. Dies beginnt beim Krankheitsverständnis (besteht ein Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und weiteren Diagnosen und wenn ja, welcher Art?), geht über Information und Edukation bis zum Entwurf von Therapiebausteinen und differenzierten Zielsetzungen für die verschiedenen Bereiche (Bsp. hohe Kränkbarkeit im Rahmen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung: Symptomfreiheit vs. Kompetenzaufbau für den Umgang damit) (Beck und Freeman 1999).

4.7.3 Medizinische Therapie

Der gesamte Behandlungsrahmen einschließlich Entscheidung über Aufnahme und Entlassung wird vom medizinischen Dienst vorgegeben und verantwortet. Die Ausgestaltung der Leistungen der einzelnen Fachbereiche wird von diesen übernommen. Über Prioritätensetzung und Teilnahme am Programm entscheidet der Arzt im Dialog mit den zuständigen Mitarbeitern. Die Fallverantwortung für nichtärztliche Bereiche ist i.d.R. an den Bezugstherapeuten delegiert. Es finden regelmäßige Oberarztvisiten mit dem Patient und dem jeweiligen Bezugstherapeuten statt.

Im Rahmen der multiprofessionellen Rehabilitationsbehandlung drogen- und alkoholabhängiger Patienten nimmt der ärztliche Dienst außerdem folgende Aufgaben wahr: Die Berufsgruppe der Ärzte übernimmt die allgemeinmedizinische Basisversorgung der Rehabilitanden inkl. der Diagnostik (inkl. Veranlassung der Labordiagnostik) und Therapie leichterer Allgemeinerkrankungen (z.B. Erkältungskrankheiten, Magen-Darm-Infekte, leichte Verletzungen). Falls sich Hinweise auf eine körperliche Erkrankung ergeben, die die Versorgungsmöglichkeiten innerhalb der Rehabilitationseinrichtung übersteigt, erfolgt die umgehende Überweisung an einen Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. an einen geeigneten spezialisierten Facharzt. Bei Notfällen wird die sofortige Vorstellung in der geeigneten Ambulanz des Universitätsklinikums Tübingen veranlasst.

Neben der allgemeinmedizinischen Basisversorgung überwacht und koordiniert der ärztliche Dienst die bei interkurrenten körperlichen Erkrankungen sowie im Rahmen von körperlichen Suchtfolgeerkrankungen notwendige medikamentöse, physiotherapeutische und physikalische Behandlungen. In komplexen Fällen erfolgt dies durch Zuweisung an und in enger Zusammenarbeit mit Fachärzten der geeigneten Disziplinen (z.B. derjenige Facharzt über den die Therapie eingeleitet wurde bzw. im Falle von Suchtfolgeerkrankungen auch die Abteilungen für Gastroenterologie, Infektiologie und Angiologie der Universitätsklinik Tübingen). Des Weiteren erfolgt die psychiatrische Diagnostik und die Behandlung vorbekannter oder neu diagnostizierter komorbider psychischer Störungen (z.B. ADHS, depressive Störungen, Angsterkrankungen, Störungen aus dem psychotischen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen (hier v.a. vom emotional instabilen und impulsiven Typus)) sowohl durch medikamentöse als auch durch psychoedukative Interventionen. Bei bereits bestehender psychiatrisch-medikamentöser Behandlung wird diese überwacht und ggf. angepasst.

Der verantwortliche Arzt nimmt regelmäßig an den Fallbesprechungen im Rahmen des wöchentlichen Teams sowie an Übergaben teil.

Der Zugang zur Behandlung durch den ärztlichen Dienst erfolgt einerseits über die Sprechstunden mit werktäglicher Terminvergabe. Jeder Patient kann sich darin eintragen.

Der Arzt selber gibt seinerseits verpflichtende Termine vor (Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen).

Auch Mitglieder des multiprofessionelle Behandlungsteams können bei Auffälligkeiten einen Arzttermin zur Abklärung anberaumen (psychotische Anzeichen, Verweigerung von Maßnahmen mit Verweis auf körperliche Probleme). In diesem Falle wird der Arzt vorab über die Fragestellung informiert.

In Notfällen erfolgt der Zugang außerhalb des Sprechstundensystems und unmittelbar.

Des Weiteren übernimmt der ärztliche Dienst Funktionen in der Förderung gesundheitsförderlichen Verhaltens im Rahmen der Eingangsuntersuchung und der Sprechstunden: diese betreffen v.a. die Motivation bezüglich einer Tabakentwöhnung (inkl. der Einleitung und Überwachung einer Nikotinersatztherapie oder einer anderen geeigneten medikamentösen Behandlung bei Behandlungswunsch), psychoedukativ-motivationale Interventionen zur Behandlung einer Hepatitis C sowie ernährungs- und sportphysiologische Beratungen zur Vermeidung einer Suchtverlagerung (z.B. Kraftsport mit Anabolikamissbrauch, Übertraining, Fehlernährung im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung).

Zusätzlich übernimmt der ärztliche Dienst verpflichtende psychoedukative Schulungen zu den Themen „Hepatitis C – Prävention, Behandlungsmöglichkeiten und Hygienemaßnahmen“ sowie Psychopharmakotherapie (z.B. auch zum Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen und zu realistischen Wirksamkeitserwartungen im Sinn einer Complianceförderung).

Im Rahmen der multiprofessionellen Therapie erfolgt die medizinische Behandlung in enger Zusammenarbeit mit psychologischen Bezugs-, Arbeits- und Sporttherapeuten sowie dem Sozialdienst. Diesbezüglich übernimmt der ärztliche Dienst auch die Beurteilung der medizinisch begründeten Teilnahmefähigkeit an sport- und arbeitstherapeutischen Tätigkeiten bei vorbestehenden und interkurrenten Erkrankungen.

Fachpsychiatrische Evaluationen werden durch den Oberarzt der Einrichtung übernommen. Im Rahmen der Kooperation mit der UKPP, Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin, stehen akutstationäre Behandlungsmöglichkeiten im Fall von suchtmmedizinischen Notfällen (z.B. [drohender] Rückfall) zur Verfügung. Die ärztliche Versorgung außerhalb der regulären Dienstzeiten (Bereitschaftsdienst) erfolgt über den diensthabenden Arzt der UKPP Tübingen oder den zuständigen Bereitschaftsdienst bzw. Notarzt.

Zum Behandlungsende erfolgt eine sozialmedizinische Einschätzung der beruflichen Reintegrationsfähigkeit.

4.7.4 Psychotherapie

Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung ist die leitlinienkonforme Kognitive Verhaltenstherapie / Gruppentherapie unter Einbeziehung von Elementen des CRA und der alkoholismusspezifischen Psychotherapie (ASP, Brück & Mann 2007).

In der Behandlung von Abhängigen haben in den letzten Jahren verhaltenstherapeutische Methoden die psychodynamischen oder eklektischen Verfahrensweisen abgelöst. Insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie nach Beck sowie Verfahren der sog. dritten Welle der Verhaltenstherapie (Achtsamkeit, Schematherapie, ACT) sind Grundlage neuerer störungsspezifischer Therapieprogramme (Batra & Bilke-Hentsch 2011, Altmannsberger & Jatzlau 2004, Lindenmeyer et al. 1997). Darin werden neben der Verhaltensanalyse, Motivationsförderung nach Miller & Rollnick (2009) und psychoedukativen Maßnahmen auch die Reizkonfrontation (Cue exposure), kognitive Modifikation erlaubniserteilender Gedanken und Management rückfall-gefährlicher Situationen sowie Techniken zur Emotionsregulation und Problemlösung mit klassischen Verfahren zur sozialen Unterstützung (Angehörigengespräche, Aufbau sozialer Netzwerke) verbunden. Die Leitlinien zählen diese Methoden und Techniken, die sich zu einer störungsspezifischen Psychotherapie verbinden, zu den evidenzbasierten Verfahren (Geyer et al. 2006).

Das gewählte psychotherapeutische Vorgehen folgt diesen Erkenntnissen. Es bündelt eine suchtspezifische verhaltenstherapeutische Behandlung inkl. der Therapieelemente Kommunikationsverhalten, emotionale Regulierung, Krisenmanagement und Aufbau suchtkompatiblen Verhaltens mit dem sozial-emotionalen Training, Psychoedukation, Angehörigengruppen, Cue exposure und den Angeboten zur Förderung der beruflichen und sozialen (Re-)Integration (siehe nächster Abschnitt). Ziele sind: Stabilisierung von Veränderungsmotivation, Ausarbeitung eines individuellen Veränderungsplanes, Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten, Stabilisierung der Verhaltensänderungen und Reintegration im beruflichen Umfeld.

Die Alkoholspezifische Psychotherapie (ASP, Brueck und Mann, 2007) ist eine Adaption der bewährten Verfahren auf den deutschen Sprachraum und die deutschen Behandlungssettings. Sie ist in vier Phasen und darin verschiedene (optionale) Module gegliedert. Phase 1 dient v.a. dem Aufbau von Veränderungsmotivation (und wäre damit einer stationären Behandlung vorgeordnet), Phase 2 dem Erstellen eines individuellen Veränderungsplanes, Phase 3 dem Fertigkeitstraining und Phase 4 der Aufrechterhaltung der Verhaltensänderungen. Eine stationäre Therapie beinhaltet sinnvollerweise die Phasen 2 und 3 sowie den Beginn der Phase 4, welche dann ambulant fortzuführen wäre.

Idealerweise ist eine solche Behandlung als abgestimmtes Verfahren zwischen ambulant – stationär – ambulant durchzuführen, auch wenn sich einzelne Teile ausgliedern lassen. Der Fachklinik strebt daher eine Verbundqualität und Standards bzgl. der ASP an mit den kooperierenden Institutionen (Beratungsstellen, Ärzte, qualifizierter Entzug). Ein besonderes Gewicht kommt spätestens zum Ende der ASP den Selbsthilfegruppen zu, welche für die Aufrechterhaltung von Veränderung und Abstinenz einen nachgewiesenen bedeutsamen Faktor darstellen. Innerhalb des stationären Settings finden im Rahmen der ASP 12-20 Sitzungen, durchgeführt teilweise als Einzeltherapie, teilweise als Gruppentherapie statt. Regelmäßige Bestandteile sind: Erstellung einer funktionellen Verhaltensanalyse, Festlegung der Zielbereiche, Ressourcenanalyse, Erstellung eines individuellen Veränderungsplanes, Selbstverpflichtung.

Daran schließt sich das Fertigkeitstraining an, welches aus Standards der Rückfallprävention und individuell ausgewählten Modulen besteht und Themen wie Trinkdruck, Stimmungsmanagement, soziale und berufsbezogene Kompetenz, Kommunikation, Freizeitberatung umfasst.

Die ASP wird sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting durchgeführt. Gegen Ende der stationären Therapie wird ein Plan der Aufrechterhaltung erstellt. Dieser wird dann je nach vorhandenen Ressourcen ambulant oder im Rahmen einer Adaption oder einer tagesklinischen Phase umgesetzt.

Einzelgespräche

Mit allen Patienten werden durchgängig regelmäßige Einzelgespräche geführt. Diese finden in der Regel wöchentlich zwischen fallverantwortlichem Bezugstherapeuten und Patient statt. Im Rahmen der Einzelgespräche werden die Anamnese erhoben bzw. vervollständigt, Unterstützung bei der Zieldefinition geleistet, die verschiedenen Erfahrungen und Ergebnisse aus anderen Bereichen zusammengetragen, reflektiert und bewertet, Verlauf und Zufriedenheit erfasst. Entscheidende Ereignisse im Laufe der Therapie werden vor- und nachbereitet, z.B. Indikationskonferenzen, Programm- und Statusveränderungen.

In diesem Rahmen kommt der Bezugstherapeut seiner Aufgabe nach, sich regelmäßig zeitnah über die Entwicklung seiner Patienten aus deren Sicht zu informieren. Er hat Gelegenheit, Ergebnisse aus Übergaben und Fallbesprechungen anzusprechen. Der Patient hat seinerseits die Möglichkeit, Fragen oder Kritik in Bezug auf die Behandlung oder einzelne Angebote zu formulieren. Dadurch wird eine verbesserte Nutzung und Planung der Angebote und Interventionen erreicht. Die Dauer der Einzelgespräche variiert. Am Behandlungsbeginn sind 1-2 wöchentliche

Termine à 50 Minuten üblich, nach 2-3 Wochen wird ein wöchentliches Gespräch angeboten. Dieses kann anlass- und verlaufsbezogen 30 oder 50 Minuten dauern. Bei manchen Patienten ist es sinnvoll, öfter, in Krisenzeiten täglich, Kurzkontakte anzubieten.

Psychotherapie (Einzel)

Je nach Indikation und Auftragsklärung kann psychotherapeutische Einzeltherapie vereinbart werden. Häufig ist Komorbidität ein Anlass, über die beschriebenen Angebote hinaus in diesem Setting regelmäßig oder phasenweise zu arbeiten (Depression, Ängste, Essstörungen, Beziehungsprobleme aufgrund von Persönlichkeitsstörung u.a.).

Aus der gruppentherapeutischen Arbeit heraus werden ebenfalls Aufträge in ein einzeltherapeutisches Setting delegiert. Dies ist der Fall, wenn zeitliche oder thematische Vorgaben eine Bearbeitung in der Gruppe nicht zulassen, wenn der Patient sich in der Gruppe nicht exponieren kann oder will, wenn Methodik und Setting der Einzelsitzung besser geeignet sind.

Der frühere Grundsatz der Therapeutischen Gemeinschaft: „alles muss in die Gruppe“ gilt für psychotherapeutische Inhalte und Prozesse nicht. Der Patient hat ein Recht darauf, Ort und Ausmaß der Selbsteröffnung zu steuern und die Psychotherapeuten haben die berufrechtliche Pflicht, diese vom Patienten gesetzte Grenze zu wahren.

Der Transfer von einzeltherapeutischen Inhalten in ein Gruppensetting ist abhängig von Therapieprozess und Inhalt. Traumata und schambesetzte Themen sollten nur von sicherem Gelände aus exploriert und gehandhabt werden, um Retraumatisierungen oder zunehmende Dissoziation zu vermeiden. Die dazu notwendige Sicherheit, d.h. Steuerbarkeit durch den Patienten, ist im Einzelsetting viel eher gegeben als in der Gruppe. Anders bei Selbstunsicherheit und sozialphobischen Symptomen: Hier ist die Exposition in der Gruppe ein Etappenziel, worauf einzeltherapeutisch hingearbeitet werden sollte.

Eine einzeltherapeutische Sitzung dauert 50 Minuten. Die Frequenz ist in der Regel wöchentlich. Sofern Einzeltherapie vereinbart wurde, ersetzt diese für den betreffenden Zeitraum die o.g. Einzelgespräche. Die dazu aufgeführten Inhalte werden integriert; ggf. werden weitere Kurzkontakte vereinbart.

Bezugsgruppen (Substanzgebunden)

Bezugsgruppen sind klassischer Bestandteil stationärer Suchttherapie. Ihre Funktion ist, über die gesamte Therapiezeit einen kontinuierlichen Personenbezug - im Unterschied zu Themenbezug - zu halten, der Entwicklung und Stagnation widerspiegelt und aus dem heraus Impulse auf der Grundlage gewachsener Erfahrung und Vertrauens kommen. Insbesondere entwicklungs- und tiefenpsychologische Ansätze setzen methodisch auf die förderliche Potenz von Beziehungskontinuität. Auch Verhaltenstherapie sowie Metastudien zum Therapieerfolg betonen die Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung als zentrale unspezifische Variable (Rössler, 2004). Konstante Bezüge können zu Bezugstherapeuten realisiert werden und/oder zu anderen Mitpatienten. In der Fachklinik werden die Bezugsgruppen nach Substanzkonsum gebildet (illegale Drogen, ggf. (Dauer-)Substitution, Alkohol) und enthalten dann spezifische edukative Elemente.

Die Bezugsgruppe leistet viel für das erste, generalisierte Etappenziel „Integration in die therapeutischen Abläufe“. Vertrauen fassen, sich zeigen, positive soziale Verhaltensweisen als Grundlage des Aufenthalts und Basis spezifischer therapeutischer Veränderung ebenso wie das Unterlassen extrem störenden Sozialverhaltens sind damit gemeint. Im Gegenzug wird die Person von der Gruppe so, wie sie ist, als Gruppenmitglied akzeptiert und in ihrer persönlichen Entwicklung unterstützt. Ist die Integration gelungen, kann der Frage, welche weiteren Schritte sinnvoll

wären, um sich auch in eine nicht therapeutische Umwelt zu integrieren, in diesem oder einem anderem Setting nachgegangen werden.

Schließlich sind die Bezugsgruppen am besten geeignet, um eine therapeutische Kultur lebendig zu halten und weiterzugeben. Die Gruppe verfügt über hohe Kompetenzen in der Wahrnehmung von förderlicher oder hinderlicher Gruppen- und Arbeitsatmosphäre. Positive wie negative Verläufe sind im „Gruppendächtnis“ gespeichert und das System wird dazu tendieren, die passende Atmosphäre herzustellen und Neue dabei zu integrieren. Oft sind deshalb Rituale der Neuaufnahme und Verabschiedung eingeführt. Diese Kultur lässt sich in themenzentrierten und durch wechselnde Teilnehmer gekennzeichnete Gruppen schwer herstellen und noch schwerer erhalten (sie sollte dort, eine motivierte und zielorientierte Teilnehmerschaft vorausgesetzt, aber auch nicht so wesentlich sein).

Die Gruppe wird wöchentlich angeboten und dauert 100 Minuten. Neben den beschriebenen Prozessen und Themen werden dort regelmäßig das Monitoring von Zielerreichung, Bestandteile des Problemlöse- und Kommunikationstrainings durchgeführt sowie psychoedukative Inhalte bearbeitet.

Durch die Hinzunahme fester störungsspezifischer Gruppen (s.u.) findet die Bezugsgruppe in dieser Form nur einmal wöchentlich statt. Sie wird ergänzt durch tägliche morgendliche Besprechungen (Wohngruppe mit Therapeut), in denen Termine vereinbart sowie Fragen der Organisation und des Zusammenlebens behandelt werden.

Die Durchführung der Bezugsgruppen obliegt einem jeweils fest zugeordneten Bezugstherapeuten. Je zwei Bezugstherapeuten ist ein dritter ebenso qualifizierter Kollege zugeordnet, welcher im Abwesenheitsfalle die Vertretung übernimmt. Außerdem ist in der Regel ein Auszubildender (DH- oder Psychologiestudent) in der Gruppe anwesend. Zusätzlich sind im therapeutischen Team weitere Mitarbeiter aus dem Kreis der Ergotherapeuten und Sportpädagogen als „Tandem“-Partner benannt. Diese sind nach Möglichkeit an jeder zweiten Bezugsgruppe beteiligt. Sie übernehmen zum einen die Funktion des informierten Ansprechpartners für die betreffenden Patienten (etwa wenn der Bezugstherapeut außer Haus ist), zum anderen unterstützen sie dadurch die Verzahnung von Psychotherapie zu anderen Fachbereichen.

Die Gruppengröße liegt je nach Belegung der Klinik bei 10-12 Patienten.

Strukturierte störungsspezifische Gruppen (Komorbidität)

Die Gruppen werden substanzunabhängig entlang der komorbiden Zuweisungsdiagnose gebildet: Psychosen, ADHS, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörung. Die Inhalte liegen in Form von modularen Curricula vor, ein Einstieg ist jederzeit möglich. Zentrale Punkte sind:

- Information über die jeweilige Störung / Erkrankung und die therapeutischen Möglichkeiten
- Persönliches Assessment der häufig vorkommenden Belastungen
- Soziale Auswirkungen und Ansatzpunkte
- Skill-Training
- Selbst-Management

Die störungsspezifischen Gruppen bestehen aus acht Sitzungen à 100 Minuten und sind modular aufgebaut. Die Gruppe wird je nach Thema im Wechsel von Ärzten, Psychologen und Pädagogen durchgeführt, das Curriculum wurde gemeinsam mit den psychiatrischen Fachärzten erstellt. Der Einstieg ist mit Ausnahme der Gruppe Impulskontrollstörung / Gewalt jederzeit möglich. Dieser Aufbau ermöglicht Patienten, die mehr als eine Indikation mitbringen, die serielle Teilnahme an zwei Gruppen.

Strukturierte Psychoedukative Gruppen (Suchterkrankung, substanzunabhängig)

Behandlungselemente sind:

- Analyse der Vor- und Nachteile des Alkohol- / Drogenkonsums bzw. der Abstinenz
- Erarbeitung individueller Therapieziele
- Erarbeitung eines Modells der Abhängigkeit
- Erarbeitung der Bedeutung von Kognitionen und Affekten (emotionales Befinden) für das bisherige Suchtverhalten
- Erarbeitung von kognitiven und verhaltensnahen Alternativen

Die psychoedukativen Gruppen (PEG) finden regelmäßig im frühen Behandlungsabschnitt statt. Die PEG bestehen aus vier Sitzungen à 100 Minuten und sind modular aufgebaut. Die Gruppe wird von Sozialpädagogen durchgeführt, das Curriculum wurde gemeinsam mit den psychiatrischen Fachärzten erstellt. Die punktuelle Durchführung durch geeignete Fachpfleger ist möglich.

Folgende Ziele sollen mit den PEG erreicht werden:

- Wissensvermittlung und kognitive Neuorientierung bzgl. Wirkungen und gesundheitlichen Risiken beim Konsum von psychotropen Substanzen
- Vermittlung eines funktionalen Störungskonzeptes
- Förderung und Stabilisierung suchtmittelbezogener Veränderungs- und Abstinenzmotivation
- Rückfallprophylaxe und Krisenplanung
- Entwickeln persönlicher Zielsetzungen
- Information über die Möglichkeiten und Grenzen professioneller Hilfe.

Der Duktus der Sitzungen basiert auf der motivierenden Gesprächsführung als therapeutischer Grundhaltung. Die individuellen Erfahrungen und Ergebnisse aus diesen Gruppen gehen in die weitere Behandlungsplanung mit ein. Die vermittelten Inhalte sind sehr umfassend und orientieren sich am aktuellen wissenschaftlichen Stand.

Spezifische substanzbezogene Themen der Psychoedukation sind in den entsprechenden Bezugsgruppen integriert.

Rückfallprävention

Die Angebote zur Rückfallprävention (RFP) finden in verschiedener Form statt. Zum einen enthalten die psychoedukativen Gruppen (s.o.) Anteile einer RFP. Im Anschluss daran folgt das eigentliche RFP-Training. Dieses ist methodisch kognitiv-behavioral, enthält also Elemente der Selbstbeobachtung, Spiel- und Entscheidungstheorie, Strategienbildung, spezifisch gestaltete Rollenspiele, graduelle Exposition und Übungen/Hausaufgaben. Jeder Patient erhält vier Termine à 100 Minuten. Theoretische Grundlage bilden die Arbeit von Marlatt & Gordon und deren Erweiterungen (Marlatt & Gordon 1985; Altmannsberger & Jatzlau 2004; Lindenmeyer & Beck 1997; Körkel & Kühner 2008).

Impulskontrolltraining

Die Zahl der Patienten mit erheblichen Problemen im Bereich Impulskontrolle, Gewaltbereitschaft und Erfahrungen als Gewaltopfer ist hoch. Immer mehr spezifische Trainings werden auch im Suchtbereich angeboten. Klinische Studien über ADHS im Erwachsenenalter deuten ebenfalls in Richtung differenziertes Angebot, da die Betroffenen eine Disposition zu verminderter Impulskontrolle einerseits haben und andererseits zur Einnahme von Stimulanzien, die ebenfalls Aggressivität fördern können (Wolf et al., 2006).

Das Impulskontrolltraining besteht aus acht Sitzungen und enthält Elemente biographischer Arbeit, Information, Problemlösefähigkeit, Empathietraining und übende Verfahren. Es ist eine emotional beanspruchende Thematik, die Teilnahme ist häufig mit Widerstand und Ambivalenz verbunden. Daher ist das Curriculum bei vorliegender Indikation in einen Pflicht- und einen freiwilligen Anteil für Interessierte aufgeteilt. Die Gruppe wird von entsprechend ausgebildeten Pädagogen geleitet, dauert 100 Minuten und ist regelhaft mit zwei qualifizierten Therapeuten besetzt (einer davon ist ausgebildeter AGT -Trainer (Anti-Gewalt-Trainer)).

Soziales Kompetenztraining

Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) nach Hinsch und Pfingsten ist Teil des verhaltenstherapeutischen Angebotes, welches auch im Gesamtkonzept CRA Platz findet. Die Gruppe wird von entsprechend ausgebildeten Therapeuten geleitet (Psychologen, Sozialpädagogen) und dauert 100 Minuten. Hier werden u.a. dysfunktionale Kommunikationsmuster und Verhaltensweisen in Rollenspielen korrigiert und eingeübt. Die Szenen werden filmisch aufgenommen, was den Lerneffekt und die Selbstwahrnehmung verbessert. Es finden teilweise die Module des Manuals Anwendung, die Rollenspiele werden jedoch auf die Lebenssituation der Teilnehmer bezogen.

Behandlungselemente des Sozialen Kompetenztrainings sind u.a. auch:

- Erarbeitung von Kommunikationsregeln
- Modulation eskalierender intra-psychischer/interpersoneller Konflikte
- Ausdruck und Kommunikation der eigenen Befindlichkeit
- Training, eigene Wünsche und Forderungen zu formulieren, dem Gegenüber Rückmeldungen geben zu können und Lob zu erteilen sowie Ärger auszudrücken
- Umgang mit berechtigter und nicht berechtigter Kritik
- Aufbau von alternativen Verhaltensweisen in Risikosituationen.

Wichtiges Prinzip der Gruppe ist das Ausprobieren und Üben alternativen Verhaltens zunächst im diagnostischen, dann im therapeutischen Rollenspiel.

Genderthematik

Drogenabhängige beiderlei Geschlechts haben in der Häufung mehr negative, übergriffige, gewalttätige Beziehungen erlebt und geführt als die Normalpopulation. Dabei lassen sich eine Vielzahl frauen- bzw. männerspezifischer Anteile und Erlebnisse unterscheiden. Für beide sind ihre diesbezüglichen Erlebnisse oft ein Grund für Drogenkonsum und für die Skepsis und Angst, sich auf hoffentlich tragfähige und befriedigende Beziehungen einzulassen. Sie sind auch oft ein Grund für „schnellen Sex“ oder sprunghafte Gefühlslagen, Eifersuchtsexzesse, Instrumentalisierung des oder der Anderen. Damit ist die Indikation zur Auseinandersetzung mit der Gestaltung von Paar- und Liebesbeziehungen, Sexualität und der eigenen Rolle als Mann oder Frau so oft zu stellen, dass sie berechtigterweise zum Standardangebot einer Drogentherapie gehört.

Am deutlichsten ist ein Geschlechterunterschied in der Anzahl auszumachen: Frauen sind in stationärer Therapie deutlich in der Minderheit. Dadurch fallen sie mehr auf, werden mehr umworben. Eine wöchentliche **Frauengruppe** über die gesamte Therapiedauer bis zur Adaption wird von der Fachklinik verpflichtend angeboten, um den Frauen Raum für ihre Themen zu geben. Sie wird von einer therapeutisch qualifizierten Mitarbeiterin geleitet. Die Wohnbereiche sind getrennt, um auch physisch männerfreie Räume zu schaffen. Beide Elemente werden für wichtig und die Frauen unterstützend erachtet.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Die Bedeutung der Arbeitstherapie (AT) ergibt sich direkt aus dem Auftrag der Rentenversicherungsträger. Arbeit ist das adäquate Mittel, die Existenz zu sichern, nimmt einen großen zeitlichen Anteil des Lebens in Anspruch und ist dementsprechend auch für das psychische Wohl-

ergehen von zentraler Bedeutung. Wer nicht arbeitet, bekommt weniger Anerkennung und hat einen negativen Status auszuhalten. Drogenabhängige sind häufig keiner regelmäßigen Arbeit nachgegangen, verfügen vielfach über keine abgeschlossene Berufsausbildung, haben in ihrem beruflichen Werdegang oft den Arbeitsplatz gewechselt oder auftretende Belastungen in ihrer Arbeitswelt durch den Konsum von Drogen „bewältigt“. Nicht zuletzt sind Arbeit und Beschäftigung wesentliche sinnstiftende Elemente der Lebensgestaltung.

Eingangsstufe

- Arbeit und Beschäftigung bieten Tagesstruktur, Sicherheit, Ablenkung von Drogengedanken.
- Beziehungen zu Mitpatienten und Mitarbeitern werden über Tätigkeiten aufgenommen.
- Kennenlernen eigener Ressourcen, Defizite und Möglichkeiten im Umgang mit Arbeit. Dies schließt Verhaltensbeobachtung, Leistungseinschätzung, Fremd- und Selbsteinschätzungsbögen mit ein.
- Zu Beginn der Behandlung findet ein Assessment in drei standardisierten Teilprojekten statt. Bei der Befundung kommt das Instrumentarium des MELBA-Verfahrens zur Anwendung. Die Ergebnisse sind Grundlage für die Behandlungsplanung.

Trainingsphase

- Gestellte Aufgaben sind den Fertigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten angepasst (keine personenunabhängigen Qualitätsstandards). Bestehende relevante Defizite werden nach Möglichkeit verringert (z.B. durch leittextgestütztes Lernen, EDV-Schulung).
- Arbeitszufriedenheit, Selbstwert und Verantwortungsübernahme sollen gefördert werden. Dazu sollen die Produkte der Arbeit klar erkennbar und sinnvoll sein. Sie sollen mit in der Arbeitswelt üblichen Methoden hergestellt werden.
- Arbeit wird zielgerichtet in den Behandlungsplan eingefügt, d.h. es liegt eine für alle am Therapieprozess Beteiligten klar erkennbare arbeitstherapeutische Zielsetzung vor.

Die Arbeitsbereiche im Haus eignen sich besonders gut, um abwechslungsreiche Arbeitsfelder mit unterschiedlichen Anforderungsprofilen anzubieten. Es gibt die Möglichkeit, eigenständige Aufgaben und Projekte zu entwickeln oder für bestehende Eigenverantwortung zu übernehmen und sie fortzuführen. Ziele sind, sich in abgestufter Vorgehensweise einer Arbeitshaltung anzunähern, wie sie auf dem Arbeitsmarkt gefordert wird. Dabei sollen schon bestehende Fähigkeiten trainiert, vertieft und erweitert werden. Erwartet und gefördert werden Eigenkompetenzen bezüglich so genannter Grundarbeitsfähigkeiten (Einhalten von Rahmenbedingungen, Kommunikations- und Gruppenarbeitsfähigkeiten, Ausdauer, Belastbarkeit, Flexibilität). Die Patienten sollen in der Lage sein, sich in kleineren Arbeitseinheiten zu organisieren, Projekte mitzugestalten und auch phasenweise ohne direkte Anleitung die geforderten Aufgaben zu erfüllen. In wöchentlichen Arbeitsbesprechungen werden das Arbeitsverhalten des Einzelnen und der gesamten Gruppe analysiert und Arbeitseinsätze für die Folgezeit geplant, organisiert und koordiniert.

Vorbereitung der Wiedereingliederung

- Sie soll möglichst realistisch die Bedingungen und Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes widerspiegeln.
- Die tägliche Arbeitszeit soll die der später geplanten nicht wesentlich unterschreiten.
- Die instrumentellen Anforderungen sollten jenen des gewünschten zukünftigen Arbeitsplatzes entsprechen.
- Selbständigkeit und Verantwortung sollen real praktiziert werden.
- Der Rehabilitand soll die Sicherheit gewinnen, dass er mit seinen Arbeitsfähigkeiten in der Gesellschaft bestehen kann. Dies gilt hinsichtlich der geforderten Arbeitsleistung wie auch in der Aufnahme und Fortführung sozialer Beziehungen. Viele Patienten neigen dazu, in dieser

Phase die Arbeit zu priorisieren und eine Art Ausnahmezustand anzunehmen, häusliche Pflichten und Freizeitaktivitäten zu vernachlässigen. Die Balance zwischen diesen Bereichen und Erholungszeiten als notwendige Voraussetzung dauerhafter Zufriedenheit und Gesundheit ist ein Kernthema der Rehabilitation an dieser Stelle.

Alle Betriebspraktika werden vom Arbeitstherapeuten begleitet. Gespräche mit dem externen Arbeitgeber sind dabei ein fester Bestandteil. Ein Betriebspraktikum kann auch in den Werkstätten des Therapieverbundes durchgeführt werden. Dies schließt Auffrischungs- bzw. Weiterbildungslehrgänge zur Erweiterung und Festigung des Berufsinhaltes in Theorie und Praxis mit ein (speziell für Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung und längeren Ausfallzeiten in ihrem beruflichen Werdegang).

BORA (Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker)

BORA ist als verbindliche Grundlage für die medizinische Reha Sucht seit 2014 verankert. Damit soll eine systematische, zielgruppenorientierte Unterstützung bzgl. der Erwerbsfähigkeit der Patienten erreicht werden.

Bei Patienten mit Arbeitsplatz (Zielgruppen 1 und 2) geht es v.a. um eine gute betriebliche Wiedereingliederung (s.u.), bei Zielgruppe 2 (mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen) zusätzlich um den gezielten Aufbau von Kompetenzen im Rahmen der Arbeitstherapie.

Patienten ohne feste Arbeit und ohne geeignete Ausbildung (Zielgruppen 4 und 5) werden während der Behandlung bei der Berufswahl unterstützt. Ggf. wird auch motivational gearbeitet, um überhaupt Erwerbstätigkeit anzustreben und eine realistische Selbsteinschätzung aufzubauen. Dazu gehören die ergotherapeutische Funktionseinschätzung, die Reflexion der die Berufsentscheidung beeinflussenden Faktoren ebenso wie die aktuelle individuelle Belastbarkeit und die momentane Arbeitsmarktsituation. Es werden mit den Patienten zusätzlich Verhaltensweisen erprobt, die für Bewerbungen und Vorstellungsgespräche hilfreich sind. Eine enge Zusammenarbeit mit den örtlichen Arbeitsämtern und regionalen Beschäftigungsstellen erleichtert es den Patienten, sich beruflich zu entscheiden und sich ins Erwerbsleben wieder einzugliedern. Belastungserprobungen, Praktika und eine Adaptionsphase sind ebenfalls fester Bestandteil der Rehabilitation.

Bei Zielgruppe 3 (prekäres Arbeitsverhältnis) sind alle genannten Maßnahmen zu prüfen.

Im Rahmen der BORA ist die Teilnahme an einem differenzierten Programm – BOSS (Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen) – in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad für die Zielgruppen 3, 4 und 5 zugeschaltet. Dieses Angebot wird allen gemacht, die ohne (erhaltbaren) Arbeitsplatz bzw. mit eingeschränkter Aussicht auf einen solchen sind. Voraussetzung ist allerdings, dass der jeweilige Leistungsträger sich an den Mehrkosten beteiligt. Der Bedarf wird u.a. mittels eines Screeningverfahrens erhoben.

Das Programm wird wissenschaftlich evaluiert (Rehaforschung Ulm) und ist zunächst von 2014-2019 vereinbart.

Die Möglichkeit interner und externer Praktika ist grundsätzlich gegeben. Sparte und Zeitpunkt hängen vom individuellen Bedarf und der Dauer der Maßnahme ab (etwa ob eine Adaptionsphase vorgesehen ist oder nicht).

Folgende Bereiche werden in der Arbeitstherapie vorgehalten:

- Eingangsstufe / Assessment
- Garten und Gelände
- Instandhaltung
- Küche

- EDV-Schulung
- Holzwerkstatt
- Metallwerkstatt (mit der Möglichkeit von Qualifikation und Ausbildung im Anschluss, Zertifizierung nach AZAV vorhanden).

Betriebliche Integration

Dieser Prozess basiert auf den Ergebnissen des beruflichen Assessments. Sofern ein Arbeitsverhältnis besteht, sind besondere Belastungen in der Arbeit und Probleme am Arbeitsplatz zu erfassen, und zwar im Allgemeinen wie auch im Zusammenhang mit der Suchterkrankung. Unter Berücksichtigung der krankheitsbedingten Einschränkungen oder Risikofaktoren sowie der persönlichen Erfahrungen und Ressourcen wird im nächsten Schritt gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine realistische Zielperspektive für die berufliche (Wieder-)Eingliederung erarbeitet.

Daraus ergeben sich die konkreten Teilschritte der Umsetzung, bei denen die Rehabilitanden je nach Bedarf unterstützt und begleitet werden.

Dabei sind insbesondere folgende Punkte für eine erfolgreiche betriebliche Integration wichtig:

- Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist zu klären, ob ein BEM-Verfahren vom Arbeitgeber angeboten (*bei einer länger als 6 Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit ist der AG verpflichtet das BEM anzubieten; § 84 SGB IX*) und durchgeführt wird und welche Absprachen getroffen wurden. Diese wären in die weitere Planung zu integrieren.
- Bei längerer Arbeitsunfähigkeit empfiehlt sich die Rückkehr an den Arbeitsplatz durch eine **stufenweise Wiedereingliederung** nach dem Hamburger Modell. Diese sollte möglichst im Anschluss an die Rehabilitation nahtlos beginnen. Noch während der Rehabilitation sollte die Notwendigkeit mit dem Arzt, dem Team und dem Rehabilitanden geklärt werden, um in der Folge die notwendigen Schritte einzuleiten.
- Mit dem Betrieb wird Kontakt aufgenommen und die stufenweise Wiedereingliederung besprochen. Die Erstverordnung des Arztes (**Wiedereingliederungsplan**) geht an den Betrieb. Es muss geklärt werden, welcher behandelnde Arzt die Wiedereingliederung im Anschluss betreut; im Regelfall kommen hier die Hausärzte in Betracht.
- Kontaktaufnahme zum zuständigen **Rehabilitationsträger**, um die Leistungsvoraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung sowie ggf. erforderliche andere unterstützende Leistungen und Angebote zu klären.
- Sofern eine Schwerbehinderung vorliegt: Beteiligung des **Integrationsfachdienstes** initiieren.
- Sofern sich bei den vorbereitenden Gesprächen oder bei der Kontaktaufnahme zum Betrieb herausstellt, dass – aufgrund der Erkrankung oder anderer Umstände – Belastungen im Verhältnis des Rehabilitanden zu Vorgesetzten oder Kollegen bestehen oder das Arbeitsverhältnis insgesamt bedroht ist, sind auch arbeitsrechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Der Rehabilitand wird dann durch den Sozialdienst dahingehend beraten, wie er seine Rechte als Arbeitnehmer wahren kann. Ggf. ist die Personalvertretung (Betriebsrat) einzuschalten oder eine Beratung durch einen Fachanwalt für Arbeitsrecht einzuleiten.

Die Leistungen zur betrieblichen Integration werden bei Teilnahme an „BOSS“ in diesem Rahmen definiert und sicher gestellt. Bei Patienten, die nicht am BOSS-Programm teilnehmen, erfolgen die Leistungen in geringerem Umfang durch die Arbeitstherapie (Kollegen an der Schnittstelle zu Arbeit- und Praktikumsgebern) und den Sozialdienst der Einrichtung.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie

Sport- und Freizeitpädagogik ist neben dem medizinisch-psychotherapeutischen und berufsbezogenen Bereich integraler Bestandteil der Therapie. Die Fachklinik ist hier in besonderer Weise

differenziert und mit qualifiziertem Personal ausgestattet. Mit hohen Synergieeffekten wird eine Vielzahl von Angeboten durch Festangestellte, Honorarkräfte und durch Vernetzung mit dem Sportinstitut der Universität Tübingen realisiert. Zudem besteht eine gute Vernetzung mit lokalen Vereinen. Die Vielfalt ist gewünscht, gleichzeitig wird in der Arbeit mit Patienten großen Wert auf Eignung i.S. der Behandlungsplanung, Zielsetzung und Verbindlichkeit gelegt.

Die verfolgten Behandlungsziele sind je nach Veranstaltung und Person unterschiedlich gewichtet, wobei folgende Inhalte den Rahmen für die Durchführung der sport- und freizeitpädagogischen Maßnahmen bilden:

- **Körpererfahrung und Körperbewusstsein.** Patienten bauen durch die Teilnahme an Freizeiten einen veränderten Bezug zu ihrem Körper auf und erfahren Möglichkeiten der Beeinflussung von Gemütszuständen und Körpergefühlen. Sportpädagogik wird unter Berücksichtigung gesundheitspädagogischer Ziele durchgeführt und dient der körperlichen und psychischen Aktivierung und Regeneration.
- **Selbsterfahrung, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen.** Durch Sport und Freizeit können Patienten ihre Restriktionen wahrnehmen und akzeptieren lernen, Ressourcen sollen aufgebaut und gefördert werden. Dabei kann eine über das Körperbewusstsein hinausgehende Selbsterfahrung (z.B. Leistungs-, Erlebnis- und Kommunikationsfähigkeit), besonders bei einer unter pädagogischen Gesichtspunkten erfolgten Planung, zur Stärkung des Selbstvertrauens führen.
- **Soziale Erfahrung.** Mit Hilfe der Sport- und Freizeitpädagogik können Gruppenprozesse wie z.B. gemeinsames Erledigen einer Aufgabe und Auseinandersetzung innerhalb einer Gruppe gefördert werden. Kommunikations- und Gruppenstrukturen werden transparent gemacht und soziale Lernprozesse werden initiiert.
- **Freizeitwert von Sport und Freizeit.** Ein wichtiges Ziel des sport- und freizeitpädagogischen Angebots liegt im Transfer für die Zeit nach der Therapie. Deshalb werden Sport- und Freizeitangebote vermittelt, die einen hohen Freizeitwert besitzen. Durch sportspezifische Kompetenz in Freizeitsportarten erhöhen sich die Integrationschancen für gesellschaftliche Angebote außerhalb der Drogensubkultur. Ein differenziertes Programm (MoVo-LISA) kommt bei Teilnehmern an der Adaption zum Einsatz.
- **Erweiterung des Erfahrungs- und Handlungsfeldes.** Durch die Unmittelbarkeit, Intensität und Tiefe des Erlebens, vor allem im Rahmen erlebnispädagogischer Angebote, in denen das Erleben und Bewältigen neuer, unvertrauter und teilweise auch angstauslösender Situationen im Mittelpunkt steht, wird das bisherige Erfahrungs- und Handlungsfeld Patienten erweitert. Es können individuelle Kräfte und Fähigkeiten entdeckt, Aktivierung evoziert, Hemmungen und Ängste überwunden werden.
- **Förderung von Gleichgewicht, Koordination, Kraft, Dosierung und Ausdauer.** Physische Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit, die in Folge alkoholspezifischer Einwirkungen auf das zentrale und periphere Nervensystem eingeschränkt sind, werden wiederhergestellt, physische Ressourcen und Funktionen gestärkt und nicht zuletzt auch psychische und soziale Ressourcen durch positive Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz gestärkt.

Die Sport und Bewegungstherapie findet vorwiegend in Gruppen statt, indikationsgeleitet sind Einzeltherapien möglich.

Das Angebot wird ergänzt durch Entspannungsverfahren (PMR, autogenes Training) und Massagen (Massageliege).

Erlebnispädagogik findet als fester Bestandteil in der Eingangsstufe statt (6 Einheiten). Gruppenaufgaben und Gruppenspiele dienen zur Verbesserung der Selbsterfahrung und Selbstreflexion im Gruppenkontext.

Saisonal finden je einmal ein Ski- und Sommerlager statt. Neben dem Erwerb von Freizeitkompetenzen geht es darum, Natur und Gemeinschaft in einer gemeinsamen Freizeit zu erfahren.

4.7.7 Freizeitangebote

Die freizeitpädagogischen Elemente sind mit den individuellen Zielsetzungen abgestimmt und in den Behandlungsplan integriert. Im Einzelnen werden angeboten (und qualifiziert angeleitet):

Sport:

- Joggen und Walken
- Badminton
- Bogenschießen
- Volleyball
- Stockkampfkunst
- Muskelaufbautraining
- Fitnesstraining
- Gymnastik
- Klettern
- Kajakfahren (saisonal)

Kreativ:

- Atelier
- Gitarrenkurs
- Musikgruppe
- Theatergruppe

Außerhalb der therapeutischen Angebote stehen den Patienten folgende Freizeitmöglichkeiten in der Einrichtung zur Verfügung:

- Krafraum
- Tischtennis
- Tischfußball
- Sauna
- Boule
- Beachvolleyballfeld
- Musikinstrumente

Ein multifunktionales Kleinfeld für Basketball, Fußball, Badminton und Tennis ist in Planung.

4.7.8 Sozialdienst

Dem Sozialdienst kommt im Rahmen der Rehabilitation eine Schlüsselrolle zu. Die meisten Patienten kommen mit einer Fülle ungeklärter Sachverhalte in die Einrichtung. Oft sind im Kontext der Suchterkrankung soziale Schieflagen juristischer oder finanzieller Art entstanden, die einer erfolgreichen Wiedereingliederung im Wege stehen. Sozialdienstliche Leistungen werden daher von Anfang an erbracht und als fester Bestandteil in den Behandlungsplan aufgenommen.

Dies sind im Einzelnen:

- Klärung kostenrelevanter Angelegenheiten (Grundsicherung, Übergangsgeld)
- Klärung versicherungsrechtlicher Angelegenheiten (Krankenkassen, Übernahme medizinisch notwendiger Zusatzbehandlungen)

- Klärung arbeitsrechtlicher Angelegenheiten (Arbeitsämter, Ansprüche, bisherige Arbeitgeber)
- Klärung juristischer Angelegenheiten (offene Verfahren, Bewährungsaufgaben, Ausländerrecht, drohende Ausweisung)
- Unterstützung im Kontakt mit Ämtern und Behörden
- Zusammenarbeit mit wichtigen Bezugspersonen, etwa gesetzlicher Betreuer und – falls vom Patienten gewünscht - Angehörigen
- Unterstützung bei Wohnungsfragen (Wohnungsaufösungen, Probleme mit Vermietern)
- Schuldenberatung.

Interventionen in diesem Bereich sind oft dringend und bedürfen gleichzeitig umfassender Einsicht in die Gesamtlage (Schuldenregulierung, Strafverfahren). Daher wird bereits am Aufnahme-tag eine ausführliche sozialdienstliche Erhebung mit dem Patienten durchgeführt. Unge-regelte Schulden, offene Verfahren, unklare Anspruchslage bzgl. Umschulungen am Ende einer Therapie sind prognostisch ungünstig, eine möglichst gute Regelung und hohe Transparenz der Gesamtlage werden bei jedem Patienten angestrebt. Dabei ist vorrangiges Ziel nicht, dem Patienten Belastungen abzunehmen, sondern ihn zu befähigen, seine Angelegenheiten während der Behandlung (mit Unterstützung) und danach (selbständig) zu regeln.

4.7.9 Gesundheitsbildung

Das allgemeine Curriculum zur Gesundheitsbildung wird als psychoedukative Gruppe unter Leitung eines Sozialpädagogen unter Hinzuziehung von Ernährungsberatung, ärztlichem Dienst und psychologischen Therapeuten in acht, sich vierteljährlich wiederholenden Terminen zu folgenden Themen angeboten:

- Einführung
- Schlaf
- Ernährung
- Bewegungsangebote
- Bewegungsangebote
- Medikamente und Gewicht
- Alkohol
- Tabak.

Tabakentwöhnung. Angeboten wird das evaluierte Raucherentwöhnungsprogramm „Nicht-rauchen in 6 Wochen“ auf verhaltenstherapeutischer Basis.

Das Behandlungsprogramm bedient sich der Elemente:

- Verhaltensbeobachtung
- Selbstkontrollmethoden
- Aufbau von alternativen Verhaltensweisen
- Rückfallprävention
- Gesundheitsförderung durch Ernährungsmaßnahmen
- körperliche Aktivitäten.

Die Kursdauer ist auf sechs Wochen bei einer Kursdauer von einer Doppelstunde pro Woche angelegt. Die Teilnehmerzahl liegt bei 6 - 10 Teilnehmern je Kurs. Das Programm wurde bereits im Jahre 1997 als Selbsthilfeprogramm publiziert, im Jahre 2001 ein zweites Mal aufgelegt und wird seit 2006 in neuer, überarbeiteter Form beim Kohlhammer Verlag als Selbsthilfemanual publiziert (Batra A., Buchkremer G. 2013). Das Therapeutenmanual erscheint seit 2004 beim Kohlhammer Verlag (Batra A. & Buchkremer G. 2004).

Das Programm basiert auf lerntheoretischen Annahmen zur Suchtentwicklung in Verbindung mit neurobiologischen Modellen. Es ist leitlinienkonform (es folgt den Standards der Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) und beinhaltet ein verhaltenstherapeutisches, streng evidenzbasiertes Vorgehen mit dem Ziel der Abstinenz. Das Raucherentwöhnungsprogramm ist inhaltlich vergleichbar mit dem Therapieprogramm des Institutes für Therapieforschung (IfT) München (verwendet durch die BZGA im Sinne des 10-Wochen-Programms), komprimiert allerdings die Inhalte auf insgesamt 6 Einheiten bei zwei Therapiestunden pro Woche. Informationen zur Anwendung von Nikotinersatztherapeutika oder Bupropion bzw. Vareniclin werden im Rahmen des Kurses gegeben, sind jedoch nicht integraler Bestandteil des Programms oder Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Kursprogramm.

Die Patienten werden in den ersten Wochen ihres Aufenthaltes regelmäßig durch einen Arzt der Einrichtung zu den Themen Hygiene, Infektionskrankheiten, Immunsystem geschult (Gruppenangebot, 1,5 Stunden).

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Beteiligung wichtiger Angehöriger – i.d.R. Partner, bei jungen Patienten auch die Eltern – ist ein wesentlicher Faktor einer erfolgreichen Entwöhnung. Angehörige können während der Behandlung zum Durchhalten motivieren und Unterstützung anbieten, aber auch störend eingreifen (drängeln, belastende Themen einbringen, im Extremfall die Hausordnung unterlaufen). Daher sollen sie gut über Sucht und das Behandlungsprogramm informiert und in ihren Möglichkeiten geschult werden. V.a. nach Ende der stationären Behandlung sowie auf Heimfahrten können sie wertvolle Verbündete der Aufrechterhaltung von Abstinenz und Therapieerfolg sein. Informationen und grundlegende Kompetenzen werden in regelmäßigen Angehörigenseminaren gegeben (ein Vormittag alle vier Wochen). Dabei wird Wert darauf gelegt, die Angehörigen als kompetente Ressource zu begreifen und nicht als Co-Abhängige mit eigener Problematik. Hierfür eignen sich besonders die Instrumente des CRAFT (Family Training).

Im Falle der alkoholabhängigen Patienten ist von einer Verortung im Nahraum (Umkreis 50km) auszugehen. Dadurch sollte die aktive Teilnahme für relevante Angehörige gut möglich sein.

Die drogenabhängigen Patienten der Fachklinik kommen in der Regel aus ganz Baden-Württemberg, teilweise aber auch aus anderen Bundesländern. Dennoch finden sich normalerweise Lösungen für gemeinsame Gespräche oder punktuelle Teilnahme im Rahmen eines ohnehin gewünschten Wochenendbesuches.

Allen Patienten mit festem Partner werden Paargespräche empfohlen und angeboten, Paartherapie bei qualifizierten Paar- und Familientherapeuten ist ggf. ebenfalls möglich. Auch dabei wird der CRA eingesetzt, der hervorragende Möglichkeiten zur Arbeit mit Paaren bietet (Problemlösen, Kommunikationstraining).

4.7.11 Paartherapie

Paare werden auf Wunsch gemeinsam aufgenommen und behandelt. In der Regel erfolgt die Aufnahme versetzt, um Rückzugstendenzen zu Beginn der Therapie entgegenzuwirken. Die zeitliche Abstimmung, Reihenfolge der Aufnahme und eine im Einzelfall begründete gemeinsame Aufnahme werden vorab mit dem Paar und deren Berater ausgehandelt. Vorstellungsgespräche sind sinnvoll. Während des Aufenthaltes wird zumindest in der Eingangsphase kein gemeinsames Zimmer vergeben. Auch dadurch soll übermäßiger Rückzug aus der jeweiligen Gruppe verhindert werden, v.a. den Einzelnen eine strukturell autonome Sphäre eingerichtet bleiben. Das Paar selbst entscheidet später maßgeblich (bzw. experimentiert), inwieweit es diese

Struktur nutzen will. Gemeinsame Übernachtungen werden dann nicht ohne Anlass reglementiert.

Die Partner werden in jedem Fall getrennten Bezugsgruppen zugewiesen.

4.7.12 Rückfallmanagement

Rückfälligkeit ist eines der Schlüsselthemen jeglicher Auseinandersetzungen mit Sucht und Abhängigkeit. Der Begriff Rückfall setzt voraus, dass Abstinenzwunsch und Abstinenzkonzept bestehen, von dem abgewichen wurde. Ob die vorher gültige Absicht durch den Rückfall verändert ist oder der Wunsch nach Abstinenz und diesbezüglichem Kompetenzaufbau weiterhin Bestand hat, ist die Leitfrage für Patient und Behandler, wenn es um eine Fortsetzung der Therapie gehen soll. Dies geschieht, wenn nach Rückfall ein klarer Abstinenzwunsch, ein klar formulierter Behandlungsauftrag und eine positive Einschätzung der Möglichkeiten durch die Therapeuten besteht. Fehlt einer dieser drei Faktoren nachhaltig, wird die Therapie beendet.

Zum konkreten Umgang mit Rückfall gehört zunächst eine sorgfältige Überprüfung der oben erwähnten motivationalen Bedingungen und eine positive und differenzierte Begründung seitens Patient und der Mitarbeiter, wie und mit welchen Zielen die Behandlung fortgesetzt werden soll. Dazu werden i.d.R. (außer bei „Gefahr im Verzuge“/ instabiler Gesamtlage im Haus) bis 14 Tage Zeit gegeben, in denen Gespräche mit dem Patienten geführt werden, schriftliche Ausarbeitungen des Patienten und eine Fallkonferenz erfolgen. Danach folgt eine Entscheidung über Entlassung oder Fortsetzung der Therapie, letzteres in der Regel mit veränderten bzw. erweiterten Zielsetzungen. Im Zweifel kann eine Probezeit vereinbart werden. In jedem Falle kommt es zu einem „Time Out“, einer Unterbrechung des bisherigen Ablaufes, bis Einigkeit darüber hergestellt ist, welche Situationen und Handlungsräume sicher gemeistert werden können und welche heikel oder riskant eingeschätzt werden. Davon ausgehend wird die sukzessive Erweiterung der Spielräume inhaltlich und zeitlich geplant. So kann z.B. die zeitnahe Fortsetzung des externen Praktikums oder einer konkreten externen Freizeit unbedenklich oder förderlich sein, der „Stadtgang“ oder die Familienheimfahrt noch so lange ausgesetzt werden, bis ein schlüssiges Handlungsmodell entworfen und eine spürbare Stabilisierung erfolgt ist.

Die Therapie endet, wenn Rückfälle verschleiert werden oder ein „vorsätzlicher Konsum“ geschieht und/oder der Patient seinen Alkohol- oder Drogenkonsum für sich selbst als nicht problematisch einschätzt.

Nicht aus primär therapeutischen, sondern aus institutionellen Gründen endet die Therapie auch dann, wenn Patienten Alkohol oder Drogen in die Einrichtung bringen oder sie dort konsumieren. Eine Hauptqualität stationärer Drogentherapie ist der geschützte, „saubere“ Rahmen in der Klinik. Die Patienten sind angehalten, diesen Rahmen einzuhalten und zu pflegen, was ihnen aufgrund ihrer Erkrankung und Verführbarkeit (und oft genug der Nötigung durch Mitpatienten) schwer fällt. Die Mitarbeiter der Fachklinik stehen in der professionellen und vertraglichen Pflicht, den abstinenten Rahmen zu gewährleisten und immer wieder eindeutig herzustellen.

Abstinenzkontrolle

Die Abstinenz von Drogen und Alkohol wird engmaschig kontrolliert (tägliche Stichproben, obligat nach Heimfahrten, Verdachtskontrollen). Atemalkohol wird nach Stadtgängen regelhaft kontrolliert. Auf Verdacht können Kleidung, Taschen und Zimmer durchsucht werden.

4.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege

Im Pflegedienst sind examinierte Pflegefachkräfte oder hilfsweise anderweitig geschultes Personal beschäftigt. Neben der Durchführung ärztlicher Anordnungen (Medikamente, Verbände, Kontrollen, Labor) – soweit berufsrechtlich unbedenklich – sind die Mitgestaltung

von Gesundheitstraining, Psychoedukation, Kontrolle der Suchtmittelfreiheit und die Dokumentation Schwerpunkte der pflegerischen Tätigkeit.

Weitere Aufgaben im umfangreichen Programm der Therapie sind:

- Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlassmanagement, hierbei werden pflegebezogene Bedarfe und Möglichkeiten erfasst, die Rehabilitanden über die Therapie informiert, die häuslichen Gegebenheiten gezeigt und in die Hygienestandards eingeführt.
- Mitwirkung in der Gruppe für Neuaufnahmen in Kooperation mit den Klinikärzten. Hier werden Informationen zu Erkrankung und Folgeerkrankungen kommuniziert.
- Koordination des Klinikablaufes wird durchgeführt und überprüft, gegebenenfalls angepasst (Organisation externer Arzttermine, anderweitiger unregelmäßiger Termine in und außer Haus). Informationen laufen hier zusammen, werden koordiniert und entsprechend weitergeleitet.
- Anleitung zu Körperhygiene.
- Milieugestaltung durch aktives Verfolgen des Zusammenlebens der Gruppe sowie der Gestaltung der persönlichen Umgebung der Rehabilitanden.
- Außenbegleitung, Haushaltstraining, gegebenenfalls Hausbesuch.

4.7.14 Weitere Leistungen

In der Regel – zumindest bei weitgehend abgeschlossener Therapie – wird eine suchtspezifische Nachsorge vorbereitet, ein erster Termin wird möglichst aus dem stationären Aufenthalt heraus vereinbart.

Über den Sozialdienst werden ggf. weitere zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendige Schritte eingeleitet. In der Regel geschieht dies über die Zusammenarbeit mit den örtlichen Jobcentern.

Falls kein eigener Wohnraum vorhanden ist oder eine Rückkehr in das alte Umfeld nicht gewünscht wird, kann diesbezüglich Unterstützung angeboten werden. Die Fachklinik verfügt über 20 Plätze im betreuten Wohnen in Tübingen oder Reutlingen. Kontakte zu anderen Anbietern geschützter Wohneinrichtungen sind vorhanden bzw. werden zum gewünschten Ort hergestellt.

Informationen über örtlich und inhaltlich geeignete Selbsthilfegruppen werden dem Patienten zugänglich gemacht.

4.7.15 Beendigung

Zur Beendigung der Rehabilitation und der Entlassung aus der Einrichtung gehören eine Reihe wesentlicher Prozesse, um eine gute Prognose und den Erhalt der Verbesserungen sicher zu stellen. Dazu gehören:

- In allen Fachbereichen während der letzten 2 bis 4 Behandlungswochen spezifische Entlassplanung und Entlassvorbereitung, um Zukunftspläne zu klären, Übergänge zu schaffen und möglichst konkret anzubahnen.
- Abschlussgespräch mit dem Bezugstherapeuten, Durchgehen des Entlassberichtes
- Medizinische Abschlussuntersuchung, Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, ggf. das Einleiten weiterer Maßnahmen.
- In der Regel – zumindest bei weitgehend abgeschlossener Therapie - wird eine suchtspezifische Nachsorge vorbereitet, ein erster Termin wird möglichst aus dem stationären Aufenthalt heraus vereinbart.
- Sicherstellen der ärztlichen Anbindung nach Entlassung.
- Die Themen Wohnen, Arbeit, soziale Unterstützung sollten positiv geklärt sein.
- Der Sozialdienst stellt sicher, dass alle notwendigen Abläufe mit Behörden (Jobcenter, Staatsanwaltschaft) und Gläubigern auf Stand sind.
- Der Entlassbericht wird zügig fertig gestellt und versendet.

Im Falle einer nicht regulären Beendigung sind die Abläufe und weiteren Schritte in der Regel nicht so gut planbar. Umso wichtiger sind hier ein Krisenmanagement und eine Einschätzung der wichtigsten Parameter:

- Besteht Gefahr für Leib und Leben? (Entlassfähigkeit prüfen).
- Was sind die Pläne des Patienten, welche Unterstützung besteht bzw. lässt sich vor Verlassen der Klinik organisieren?
- Welche Formalia sind dringend zu regeln: Herausgabe von Papieren, Geld, persönlichen Medikamenten (sofern dies verantwortbar ist).
- Wer muss benachrichtigt werden (Betreuer, Staatsanwaltschaft, Beratungsstelle, Hausarzt)?
- In jedem Falle wird der Patient über die Risiken erneuten Substanzkonsums informiert (Gefahr einer Überdosis).
- Für den Entlassbericht ist zu klären, ob evtl. zuständige Mitarbeiter länger abwesend und somit in der Fertigstellung zu vertreten sind.

Eine nicht reguläre Beendigung liegt vor

- wenn der Patient entgegen der vereinbarten Planung die Behandlung beendet, ohne dass ein medizinisch/therapeutisch zwingender Grund vorliegt, der einer Weiterbehandlung im Wege steht (Abbruch)
- wenn der Patient verdeckt konsumiert und überführt wird bzw. andere gravierende oder wiederholte Verstöße gegen die Hausordnung begeht (disziplinarische Entlassung)
- wenn der Patient seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt, nicht am Therapieprogramm teilnimmt, Absprachen nicht einhält (vorzeitige Beendigung auf ärztliche Veranlassung)
- wenn erhebliche und nachhaltige Zweifel bestehen, ob die wichtigsten Behandlungsziele mit der Maßnahme erreicht werden können, der Patient trotz geschützten Rahmens nicht abstinenzfähig ist, Rehafähigkeit durch den gesundheitlichen Zustand (mittelfristig) nicht gegeben ist (vorzeitige Beendigung auf ärztliche Veranlassung).

Eine reguläre Beendigung liegt vor, wenn eine reguläre Entlassplanung erfolgt ist und

- die vereinbarten Behandlungsziele vollständig erreicht sind.
- die vereinbarten Behandlungsziele überwiegend erreicht sind und das Fehlende bei Beendigung der Maßnahme keine Gefährdung des Erreichten darstellt bzw. auch ambulant erreicht werden kann.
- die Kostenzusage endet und nicht verlängert werden kann.
- zwingende Gründe im Sinne einer Schadensabwägung einer Weiterbehandlung im Wege stehen, auch wenn diese weiterhin indiziert wäre (etwa schwere Erkrankung des Ehepartners) (vorzeitige Beendigung mit ärztlichem Einverständnis).

5 Personelle Ausstattung

Die Fachklinik hält in Bezug auf Qualifikation und Umfang Personal gemäß den Vorgaben der DRV vor. Personalstandspläne und Qualifikationsnachweise der einzelnen Mitarbeiter werden regelmäßig aktualisiert und dem Rentenversicherungsträger übermittelt. Besonderheiten und Abweichungen werden im Folgenden kurz kommentiert.

Ärztlicher Bereich. Durch die Kooperation mit dem Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie (UKPP) ergeben sich einige Besonderheiten. Der leitende Arzt der Fachklinik, Herr Prof. Batra, ist gleichzeitig Leiter der Sektion Suchtforschung und Suchttherapie an der UKPP. Er ist zuständig für die fachlich-konzeptionelle Ausrichtung der Fachklinik und deren Weiterentwicklung sowie für die Bereitstellung und Anleitung geeigneter Ärzte. Ihm ist ein Oberarzt unterstellt, der die fachärztliche Weiterbildung hat und für die Behandlung der Patienten verantwortlich ist. Dieser visitiert turnusmäßig (vierzehntägig) alle Patienten und supervidiert wöchentlich und zusätzlich auf Anfrage die anderen behandelnden Ärzte. Er kann jederzeit zur Begutachtung einzelner Patienten hinzugezogen werden. Dazu nimmt er wöchentlich an der therapeutischen Teamsitzung teil.

Zwei Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt sind für Aufnahme und Behandlung der Patienten zuständig. Sie vertreten sich gegenseitig, so dass es in Urlaubs- oder Krankheitszeiten zu keinen Ausfällen für die Patienten kommt. Sie stehen im Austausch mit den therapeutischen Mitarbeitern der Klinik und externen Fachärzten sowie im Falle von SURE-Patienten mit den jeweiligen substituierenden Ärzten.

Ein weiterer ärztlicher Kollege fungiert als Liaisondienst am Universitätsklinikum. Dieser wird im Falle einer vermuteten Abhängigkeitserkrankung von der jeweiligen Station angefordert. Ihm obliegen dann Diagnose und ggf. Einleitung der Rehabilitation.

Psychotherapie. Die insgesamt neun Mitarbeiter sind entweder verhaltenstherapeutisch ausgebildet oder in verhaltenstherapeutischen Verfahren geschult (CRA). Drei Kollegen haben eine systemisch-familientherapeutische Ausbildung, zwei eine psychodramatische. Neu eingestellte Kollegen werden über die GVS zum Sozialtherapeuten/Sucht, verhaltenstherapeutisch orientiert, ausgebildet. Die primär für Alkoholabhängige bzw. bestimmte Komorbiditäten Zuständigen hatten und haben Gelegenheit, in Zusammenarbeit mit der UKPP Kompetenzen zu erweitern und fachlichen Austausch sicher zu stellen (Hospitationen, Austausch von Manualen).

Sozialdienst. Aufgrund der im Bereich der illegalen Drogen besonderen Beanspruchung (Klärung Grundsicherung, Verschuldung, juristische Problemlagen) ist dieser Bereich gegenüber den Personalvorgaben weitaus besser besetzt. Der Sozialdienst ist an jeder Aufnahme direkt beteiligt und veranlasst unmittelbar Notwendiges (Anmeldung Jobcenter, Benachrichtigung Staatsanwaltschaft u.a.). Er wird regelmäßig weiter geschult (Sozialrecht, Schuldenberatung).

Arbeits- und Ergotherapie. Die Personalvorgaben werden deutlich überschritten. Es sind zwei Ergotherapeuten (ein weiterer in der Adaption) und ein Arbeitserzieher beschäftigt. Die Fachklinik hat dazu eine Metallwerkstatt mit Ausbildungsmöglichkeit (Industriemechaniker), dort sind zwei Fachkräfte eingestellt. Hausintern wird eine Schreinerei mit einer weiteren Fachkraft betrieben.

Vielen Drogenabhängigen fehlen grundlegende Kompetenzen in der Alltagsbewältigung, der Selbstversorgung und der Arbeit. Ein Arbeitsplatz ist in der Regel nicht vorhanden. Assessment, Integration BORA, Tagesstrukturierung, Training, Qualifizierung, Belastungserprobung, Bewerbungstraining, Praktikumsbetreuung und Vorbereitung des Erwerbslebens binden erheblich mehr Ressourcen als für den Suchtbereich vorgegeben.

Sport- und Freizeitpädagogik. Eine qualitativ und quantitativ hochwertige Freizeit- und Bewegungstherapie ist ein Markenzeichen der Fachklinik. Neben dem grundsätzlich hohen Stellenwert, der aktiver Freizeitgestaltung bei Abhängigkeitserkrankungen und Abstinenzert halt zukommt, ist dieser Bereich ein hervorragend geeignetes therapeutisches Medium. Zusätzlich leisten die Sportpädagogen wertvolle Beiträge durch gezielte Maßnahmen der störungsspezifischen Arbeit. Vier Sportpädagogen sind dazu fest angestellt (in Teilzeit), zwei von Ihnen arbeiten seit Jahren in der Tagesrehabilitation Reutlingen mit (überwiegend alkoholabhängige Patienten), mit ebenfalls sehr positiven Erfahrungen. Der Stellenwert dieses Fachbereiches ist mit einer branchenüblichen Ergänzung der Hauptangebote und der Verabreichung gesundheitsbezogener Maßnahmen nicht zu vergleichen und die Patienten profitieren sehr von den vorgehaltenen Angeboten. Gegenüber den Personalvorgaben ist dies ein „Luxus“, der zunehmend schwerer zu halten ist. Aufgrund der guten Erfahrungen und unserer fachlichen Überzeugung sollen die Angebote auch in dieser Intensität nach Möglichkeit erhalten bleiben.

Pflegedienst. Die dieser Berufsgruppe zugeordneten Aufgaben werden bislang anderweitig versehen (Arzthelferin, angelernte Nacht- und Wochenenddienste als geringfügig Beschäftigte). Eine Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne liegt bei unseren Patienten sehr selten vor bzw. Anfallendes lässt sich durch das anwesende Personal sicher stellen. Besonderen Bedarf sehen wir in den Arbeitsfeldern, die wie oben beschrieben personell stärker besetzt sind. Die Integration eines Pflegedienstes in den Klinikbetrieb wird langfristig angestrebt.

Die Integration einer professionellen *Ernährungsberatung* im geforderten Umfang ist sicher gestellt. Eine Lehrküche ist eingerichtet.

6 Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik besteht aus einem historisch sehr altem Gehöft und zwei Neubauten. Das Gehöft wird dominiert vom sogenannten „Herrenhaus“, welches auf vier Etagen betrieben wird, darüber befinden sich Archiv und Lagerräume. Dazu gehören ein „Stallgebäude“ mit zwei Etagen und eine „Scheune“ mit einer genutzten Etage plus darüber liegenden Speicher. Das ganze Ensemble steht für sich auf einer Anhöhe und verfügt über weitere, teilweise genutzte Grundflächen.

6.1 Herrenhaus

Die untere Etage beinhaltet neben einer Waschküche vorwiegend für die Freizeit nutzbare Räume: Ein Kraftraum mit vorgelagerter Terrasse, eine Sauna mit Sanitäreanlage, Billard, Tischfußball, Sitzgelegenheiten. Darunter befindet sich ein großer Gewölbekeller. Dieser kann für Tischtennis, im Winter auch für Bogenschießen genutzt werden. Das erste und das zweite OG sind weitgehend identisch; hier befinden sich fünf bzw. sechs Patientenzimmer Diese sind ausgesprochen groß (21-32 qm) und hoch, werden daher als Zweibettzimmer genutzt und sind mit jeweils eigenen sanitären Anlagen ausgestattet. Auf beiden Etagen ist ein Aufenthaltsraum mit TV und Teeküche eingerichtet. Im ersten OG befindet sich zusätzlich ein Gruppenraum (36 qm) mit zwei Arbeitsplätzen für Mitarbeiter. Das dritte OG enthält einen großen Gruppen- und Gymnastikraum (98 qm), die Lehrküche, zwei Mitarbeiterbüros, den Raum für das arbeitstherapeutische Assessment (32 qm) und das Atelier sowie einen EDV-Schulungsraum für bis zu sechs Personen plus Dozent (17 qm). Neben dem Eingang befindet sich ein kleines, erkerartiges Zimmer. Dies wird vom Nachtdienst genutzt.

6.2 Stallgebäude

Im EG befinden sich die Aufnahme mit Wartebereich, das Arztzimmer, die Medikamentenausgabe, Büros für Sozialdienst und Aufnahmeplanung. Auf der anderen Seite ein großer, teilbarer Gruppenraum (48 qm), zwei Zimmer für Einzelgespräche (je 10 qm) und ein Büro mit zwei Arbeitsplätzen für die Psychotherapie (14,5 qm) sowie ein Sozialraum für die Mitarbeiter. Im OG sind ausschließlich Mitarbeiterbüros sowie ein großer Raum für Übergabe und Veranstaltungen (39 qm). Hier sind auch Leitung, Verwaltung und EDV untergebracht.

6.3 Scheune

Die gesamte Fläche der EG wird für die Schreinerei und ihren Maschinenpark genutzt (150 qm). Hier können 6-8 Personen gleichzeitig arbeiten. Im Zentrum ist ein Büro für die Fachkraft eingerichtet.

6.4 Neubau

Dem Verwaltungsgebäude vorgelagert ist ein zweistöckiger Neubau. Dieser enthält ausschließlich Patientenzimmer sowie jeweils einen Aufenthaltsraum mit TV (19 qm) und kleiner Teeküche. Die Zimmer sind Einbettzimmer mit je eigener sanitärer Anlage (14 qm). Ein Zimmer und Bad im EG ist behindertengerecht (15,5 + 7 qm).

Der Scheune vorgelagert ist ein zweigeschossiger Bau mit einer eingeschossigen Verlängerung. Diese wird als Essraum für bis zu 60 Personen (Patienten und Mitarbeiter) genutzt (92 qm). Angrenzend im EG eine voll eingerichtete Küche mit Lagerräumen. Im OG befinden sich weitere vier Patientenzimmer (17 qm), jeweils zwei Betten, ebenfalls mit eigenen sanitären Anlagen sowie ein Aufenthaltsraum mit TV und Teeküche (20 qm).

6.5 Außenanlagen

Zwischen den U-förmig angeordneten Gebäuden befinden sich Aufenthaltsflächen mit Bänken. Neben dem Herrenhaus ist ein Beachvolleyballfeld angelegt. Hinter dem Haus erstreckt sich eine teilweise mit Büschen und Bäumen bewachsene Fläche. Eine Boule-Bahn ist angelegt, es gibt eine Feuer- und Grillstelle.

7 Kooperation und Vernetzung

Es besteht eine vertraglich geregelte, umfassende Kooperation mit dem Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie (UKPP). Zuständigkeiten, Personalgestaltung und Inhalte sind an anderer Stelle detailliert beschrieben (siehe 4.6.; 4.7.3 und 5.).

Als Einrichtung des bwlV besteht eine durch den Träger vorgehaltene Vernetzung zu elf anderen stationären Einrichtungen der Drogen- und Alkoholrehabilitation, zu Einrichtungen der Tagesrehabilitation und zu einer Vielzahl von Suchtberatungsstellen. Es finden regelmäßige Konferenzen und Qualitätszirkel statt. Ebenfalls über den Träger besteht Kontakt und Informationszugang zu den Angeboten betriebliche Suchtprävention, Glücksspiel, Integrationsfachdienste, Angeboten der Jugendhilfe.

In besonderer Weise besteht eine Vernetzung mit den Angeboten der Tübinger und Reutlinger Beratungsstellen sowie der Tagesreha Reutlingen. Diese Institutionen waren bis vor kurzem mit der Fachklinik in einem gemeinsamen Zentrum zusammengefasst (was aus verwaltungsorganisatorischen Gründen des bwlV geändert wurde). Es besteht eine enge Zusammenarbeit: Patientenbezogen (Vermittlung/Behandlungsplanung/Nachsorge), personell (ehemalige Klinikmitarbeiter in den PSB; Sportpädagogen der Klinik in der Tagesreha) und regional (gemeinsame Gremienarbeit).

Insbesondere die Tagesrehabilitation Reutlingen bietet weiter auszubauende Möglichkeiten der Zusammenarbeit: Nachdem eine primär substanzbezogene Zuweisung in beide Einrichtungen zugunsten von störungs- und einzelfallbezogener Maßnahmeplanung verändert wurde, sind jetzt Kombinationstherapien stationär / ganztägig ambulant für drogen- und alkoholabhängige Patienten möglich. Eine wahrgenommene Behandlungskontinuität durch teilweise an beiden Orten zuständige Mitarbeiter ist dem sicherlich zuträglich.

Eine enge Zusammenarbeit besteht auch mit dem Tagwerk Stuttgart. Diese hat schon immer Kombinationstherapie stationär / ganztägig ambulant befördert und wurde durch den gemeinsamen Projektrahmen „SURE“ noch klarer gefasst.

Im Rahmen von BORA wurde eine Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad vereinbart (Projekt BOSS). Diese gilt zunächst für einen Evaluationszeitraum von fünf Jahren, bis 2019).

Die Fachklinik ist im Kommunalen Suchthilfenetzwerk vertreten und pflegt Kontakt zu den Qualitätszirkeln der Substitutionsärzte in Tübingen und Reutlingen.

Die Klinik wirkt regelmäßig bei der suchtmmedizinischen Weiterbildung für Ärzte mit.

Die Klinik ist Praxispartner der Dualen Hochschule Stuttgart.

Über SURE ist die Fachklinik präsent in der AG Substitution des Sozialministeriums Baden-Württemberg und im Qualitätszirkel Substitution des bwlV.

Die Klinik ist Mitglied im DPWV und gestaltet die Fachgruppe Drogen regelmäßig mit.

Der bwlV ist Mitglied im BUSS.

8 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Fachklinik nimmt am externen Qualitätssicherungsprogramm der DRV teil und führt ein internes Qualitätsmanagement durch. Die Fachklinik ist seit 2009 zertifiziert, zunächst nach DIN ISO 9001, seit 2012 zusätzlich nach BAR-Richtlinien. Der bwlV ist von der BAR als herausgebende Stelle anerkannt. Eine systematische Weiterentwicklung des Qualitätssystems findet sowohl einrichtungs- wie trägerbezogen statt. Es gibt eine Steuerungsgruppe QM des bwlV, die Klinikleitung ist Mitglied. Einmal jährlich erfolgen interne Audits durch den Träger, dazu im Rahmen der Verbundzertifizierung des bwlV externe Audits, zuletzt im Januar 2015.

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

Die Fachklinik beteiligt sich an allen Programmen zur Reha-Qualitätssicherung der DRV und ist bereit, an deren Weiterentwicklung mitzuwirken. Die Entlassberichte werden anhand der vorgegebenen Standards unter Verantwortung des leitenden Arztes erstellt. Die fristgerechte Fertigstellung und Übersendung haben hohe Priorität. Nach Umzug aller bei der Erstellung und Versendung Beteiligten an den gemeinsamen Standort Bläsiberg (einschließlich Verwaltung) werden Störungen im Ablauf minimiert.

Die Ergebnisse aus dem Peer-Review und der Rehabilitandenbefragung fließen in die Organisationsentwicklung ein.

Statistische Daten (Kerndatensatz) werden kontinuierlich erhoben und zur bundesweiten Auswertung zur Verfügung gestellt (über das IFT München). Katamnestiche Daten werden ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Maßnahme erfragt. Die Auswertung dieser Daten erfolgt über den BUSS.

Jahresbericht und Managementbewertung werden zu Beginn jedes Jahres erstellt.

9 Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Grundorganisation und die fachliche Ausrichtung der Klinik sind Gegenstand regelmäßiger Sitzungen zwischen Vertretern des bwlV (Klinikleitung und Stellvertretung) und der UKPP (Chefarzt und Oberarzt). Je nach Thema werden weitere Personen hinzugezogen (Mitarbeiter Verwaltung, Sozialdienst, Pflegedienst). Die Termine sind vierteljährlich, in Zeiten deutlicher Veränderung wie in Vorbereitung der vorliegenden Konzeption und des Umzugs auf den Bläsiberg häufiger.

Maßnahmen der internen Fortbildung und Hospitationen werden ebenfalls in diesem Rahmen vereinbart.

Das Leitungsteam der Fachklinik (Klinikleiter, Oberarzt, Bereichsleiter der Fachbereiche Psychotherapie, Arbeitstherapie, Sport- und Freizeittherapie) setzt sich vierteljährlich zusammen, ggf. zusätzlich anlassbezogen. Regelmäßige Tagungsordnungspunkte sind Umsetzung der strategischen Ziele, wirtschaftliche Situation, neue Projekte, Zusammenwirken der Fachbereiche. Auch hier wird ein Ergebnisprotokoll erstellt.

Einmal wöchentlich findet ein „Großteam“ statt, an dem alle fest angestellten Therapeuten und der Oberarzt teilnehmen. Hier werden Berichtserstellung, organisatorische Abläufe und Termine besprochen, übergreifende Themen geklärt oder in Zuständigkeiten verwiesen. In der Hauptsache geht es um Fallbesprechungen, Stufung von Patienten, Patientenansprüche, Bewertung von krisenhaften Verläufen, Rückfallgeschehen, Entscheidung über Entlassung und Wiederaufnahmen. Die Ergebnisse werden protokolliert. Abwesende Mitarbeiter sind gehalten, diese Protokolle nachzulesen.

Je nach zeitlichen Erfordernissen wird das interdisziplinäre Team phasenweise geteilt, um einzelne Patienten unter den maßgeblichen an deren Behandlung Beteiligten zu besprechen.

Zusätzlich finden wöchentliche Fachteams der einzelnen Fachbereiche statt. Darin erfolgt die planerische Sicherstellung aller Angebote, Zuteilung von Patienten zu Maßnahmen, Falldiskussionen, ggf. Finden einer gemeinsamen Linie bei Entscheidungen.

Mit jedem Patienten finden verschiedene Therapiekonferenzen statt. Die erste erfolgt nach vier Wochen Behandlungsdauer. Anwesend sind Bezugstherapeut, Arbeitstherapie Assessment, der für den kommenden Arbeitstherapiebereich Zuständige, möglichst ein Sportpädagoge, bei Bedarf Arzt oder Klinikleitung. Es werden die wichtigsten Themen und Weichenstellungen geklärt, darunter auch Therapiedauer / Adaption sowie die wesentlichen Inhalte der nächsten Therapiephase. Je nach Behandlungsdauer und -verlauf findet zu gegebener Zeit eine zweite Konferenz statt. In jedem Falle gibt einige Wochen vor Wechsel in die Adaption es ein Übergabegespräch zum Adaptionsmitarbeiter, an dem Patient und Bezugstherapeut teilnehmen. Die Konferenzen/Übergabegespräche erfolgen entlang einer Gliederungsvorlage und werden protokolliert.

Es gibt drei tägliche Übergaben: Nachtdienst zu Frühdienst (kurz, an Besonderheiten orientiert); Spätdienst zu Nachtdienst, teilweise unter Anwesenheit gruppenverantwortlicher Patienten, Benennen kritischer Patienten, nach denen noch zu sehen ist; die zentrale Übergabe mittags mit allen anwesenden Mitarbeitern: Terminorganisation, Neuaufnahmen, Fallvorstellungen, Tagesbericht aus Maßnahmen, Aufgabenverteilung. Der Ablauf erfolgt entlang einer je Werktag etwas anders aufgebauten Vorlage. Beschlüsse werden protokolliert (Übergabebuch).

Alle Mitarbeiter der Klinik unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 35 des Sozialgesetzbuches (SGB) I und §§ 67 ff. des Sozialgesetzbuches (SGB) X sowie den gültigen Datenschutzbestimmungen. Dazu erfolgt eine Einweisung in gesetzliche und rechtliche Grundlagen (z.B. Bundesdatenschutzgesetz), das bwlv-Konzept Datenschutz und Datensicherheit sowie Information zur Erhebung und Verarbeitung von Daten. Alle Mitarbeiter unterschreiben die Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis.

Das alltägliche Verhalten bei der Arbeit schließt einen sensiblen Umgang mit Patienten- und Mitarbeiterdaten ein. Dies betrifft Gesprächsführung in Anwesenheit Dritter, Telefonate mit Angehörigen oder Behörden, Zugang zu Akten, Dokumenten und Computern sowie die Aufbewahrung und fristgerechte Vernichtung von Daten.

Auskünfte über Patienten an Dritte (Beratungsstellen, Hausärzte, Angehörige) werden ausschließlich dann erteilt, wenn eine spezifische Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten vorliegt.

Ein relativ neues Thema durch soziale Netzwerke im Internet und den liberalisierten Umgang mit Handys auf einer Drogentherapie ist die Datensicherheit nach außen durch Patientenaktivitäten. Hier werden Bilder am Lagerfeuer an Bekannte geschickt oder auf Facebook gepostet und es besteht oft wenig Kenntnis über und wenig Einsicht in das Thema Datenschutz. Der sensible Umgang mit solchen Daten ist daher regelmäßig Thema bei Aufnahme (s. 13., Hausordnung), in der Neuengruppe und - anlassbezogen - in Hausversammlungen.

10 Notfallmanagement

Medizinische Notfälle. In jedem den Patienten zugänglichen Raum einschließlich Sanitär ist ein Notrufsystem installiert. In der Einrichtung stehen eine Trage, Defibrillator, EKG-Gerät und ein Notfallkoffer zur Verfügung. Medizinische Geräte und Notfallkoffer werden im Rahmen der vorgeschriebenen Fristen regelmäßig gewartet. Das Arztzimmer mit Behandlungsbereich steht für Sofortmaßnahmen zur Verfügung. Eine persönliche Überwachung des Patienten kann jederzeit sichergestellt werden (Bereitschaftsdienst).

Im Rahmen der Kooperation mit der UKPP stehen akutstationäre Behandlungsmöglichkeiten im Fall von suchtmedizinischen Notfällen (z.B. [drohender] Rückfall) zur Verfügung. Die ärztliche Versorgung außerhalb der regulären Dienstzeiten (Bereitschaftsdienst) erfolgt über den diensthabenden Arzt der UKPP Tübingen. Bei allgemeinmedizinischen Notfällen werden die Rehabilitanden durch den von der Bezirksärztekammer und DRK organisierten allgemeinärztlichen Notfalldienst versorgt. Auch dieser profitiert durch die Nähe zum Universitätsklinikum Tübingen mit seinen Fachabteilungen und den dortigen ärztlichen Bereitschaftsdiensten. Seit vielen Jahren besteht diesbezüglich in Tübingen eine enge und gut funktionierende Kooperation.

Krisen. In der Fachklinik ist rund um die Uhr Personal anwesend. Nachts und phasenweise am Wochenenddienst ist dies ein einzelner Mitarbeiter. In diesen Zeiten ist ein Bereitschaftsdienst organisiert, der jederzeit telefonisch erreichbar ist und in dringenden Fällen auch in die Klinik kommt. Deutlich intoxikierte Patienten können nicht in der Einrichtung bleiben, diese werden notärztlich eingeschätzt und entsprechend versorgt oder als zurechnungsfähig entlassen.

Im Falle von kurzfristigen Entlassungen seitens der Klinik werden per Checkliste alle relevanten Aspekte zur Garantie der Patientensicherheit (Kontakt zu Angehörigen, Zugverbindung zur Heimatadresse, Not-Unterkünfte in Tübingen, Ausgabe wichtiger Medikamente und geringer Geldmenge, Planung der nächsten 24 Stunden, Kontakt zu Beratungsstelle, Hinweis auf Risiko einer Überdosis u.a.m.) bearbeitet.

Schulungen.

Alle fest angestellten Mitarbeiter werden jährlich zu folgenden Themen unterwiesen:

- Arbeitssicherheit
- Umgang mit Gefahrstoffen
- Brandschutz
- Medizinisches und technisches Notfallmanagement (anhand des schriftlichen Erste-Hilfe-Planes)
- Reanimationstraining
- Betriebsanweisungen und Arbeitssicherheitsunterweisung für Patienten
- HACCP und Infektionsschutzgesetz für Küchenpersonal

Die Einrichtung organisiert die entsprechenden Fortbildungen.

11 Fortbildung

Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ist auf verschiedenen Ebenen organisiert. Es bestehen klinikbezogene und mitarbeiterbezogene Fortbildungsplanungen.

Die für das jeweilige Berufsbild geforderte fachliche Qualifikation und Weiterbildung ist, soweit geeignete Bewerber vorhanden sind, Einstellungsvoraussetzung. Andernfalls wird diese im Einstellungs- bzw. Mitarbeitergespräch vereinbart und zum nächstmöglichen Zeitpunkt begonnen (VDR-anerkannte Ausbildungen). Sofern es sich um die erste Weiterbildung handelt oder der Betrieb die Qualifikation fordert, wird diese vom Arbeitgeber finanziell und in Form von Freistellungen unterstützt (Bsp. Schuldenberatung für Sozialdienst, Qualifikation zum Nicht-rauchertherapeut, Theaterpädagogik).

In Hinblick auf Veränderungen der Patientenschaft oder neuer Teilkonzepte werden Mitarbeiter gezielt fortgebildet, indem entsprechende Seminare besucht oder Hospitationen durchgeführt werden. Dazu werden für alle Mitarbeiter anlassbezogen interne Fortbildungen gegeben (Bsp. ADHS, „legal highs“, MoVo-LISA, Anti-Gewalttraining).

Mindestens einmal jährlich wird für alle Fachbereiche der Fortbildungsbedarf erhoben und organisiert (Sozialrecht, Patfak-Schulung, Einsatz neuer oder geänderter Instrumente, Erfüllung neuer Vorgaben wie Erstellung Entlassbericht oder BORA).

Der Träger organisiert jährlich ein umfassendes Fortbildungsangebot. Bedarf kann bei der Planung benannt werden. Diese ca. 35 in-house Veranstaltungen sind zum Teil übergreifend zugänglich oder für bestimmte Berufsgruppen (MELBA für Arbeitstherapeuten) bzw. Arbeitsfelder (betriebliche Prävention, Glücksspiel). Die Einrichtungsleitung entsendet einzelne Mitarbeiter oder Vertreter von Fachbereichen, der Mitarbeiter kann seinerseits Interesse zur Teilnahme anmelden.

Des Weiteren finden im Frühjahr und Herbst jeweils zweitägige Tagungen des bwlv mit jeweils thematischem Schwerpunkt statt (CRA, Mitarbeitergesundheit, Jugendhilfe etc.). Diese stehen prinzipiell jedem Mitarbeiter offen, sofern der Klinikbetrieb an diesen Tagen sichergestellt werden kann.

Die Fachklinik ist auf mehreren Kongressen regelmäßig mit Teilnehmern oder Referenten vertreten. Dazu gehören

- Die Suchttherapietage in Tübingen
- Der FDR-Kongress
- Der FVS-Kongress in Heidelberg

12 Supervision

Die therapeutischen Mitarbeiter erhalten regelmäßig Supervision. Diese wird von einem externen, methodisch und fachlich qualifiziertem Supervisor durchgeführt (zertifizierte Supervisorenausbildung). Im Regelfall ist der Vertrag auf eine zwei- bis dreijährige Leistung ausgelegt. Es finden ca. zehn Sitzungen à zwei Stunden im Jahr statt. Die Teilnahme ist für alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter verpflichtend.

Die Supervision ist in erster Linie als Fallsupervision gedacht. Team- oder persönliche Themen sind beteiligt, werden aber – sofern raumgreifend – an anderer Stelle aufgegriffen (Maßnahmen der Teamentwicklung, Mitarbeitergespräch, Fachteams). Zusätzlich gibt es wöchentliche Fallsupervision für alle therapeutischen Mitarbeiter durch den Oberarzt im Rahmen der Teamsitzungen. Die Ärzte in Weiterbildung werden sowohl wöchentlich als auch zusätzlich bei akuten Fragen vom Oberarzt supervidiert.

Zur Teamentwicklung finden in der Regel zwei Klausuren mit einer Dauer von einem oder ein- einhalb Arbeitstagen statt. Je nach Schwerpunkt kann eine davon einen Fachbereich, die andere das gesamte Team betreffen. Die Klausuren dienen der thematischen Weiterentwicklung bestimmter Fragestellungen (Arbeit mit ADHS Patienten, Gestaltung Wochenplan), aber auch der Verbesserung interner Kommunikation, der Stärkung der kollegialen Atmosphäre und der Klärung von Verantwortlichkeiten.

Durch den Träger werden „ASITA“-Module zur Teamentwicklung angeboten (Arbeits-Situations-Analyse). Belastungen, Herausforderungen, Fragen werden ermittelt, Lösungsideen erarbeitet und die Umsetzung auf den Weg gebracht. Im Vorwege der Projekte Bauplanung und Umzug der Klinik auf den Bläsiberg und damit verbunden Erstellung eines neuen, erweiterten Behandlungskonzeptes konnte ASITA nutzbringend eingesetzt werden.

Eine spezifische Supervision findet bedarfsbezogen statt, sofern neue Methoden oder Störungsbilder in der Behandlung zum Tragen kommen (Psychoedukation, CRA, Psychose). Diese wird durch einen Experten während der Implantierungsphase durchgeführt).

Der Träger bietet Supervision für Verwaltungskräfte an (diese stehen ohne therapeutische Grundausbildung im Kontakt mit den nicht immer einfachen Suchtpatienten).

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

13 Hausordnung / Therapievertrag

Jedem Patienten werden am Aufnahmetag die Rahmenbedingungen seines Aufenthaltes in der Fachklinik erläutert und schriftlich ausgehändigt. Er dokumentiert sein Einverständnis durch Unterschrift.

Die Hausordnung enthält zentrale Grundregeln:

- Keine Gewaltausübung oder –androhung
- Kein Konsum von Drogen, Alkohol, nicht verschriebenen Medikamenten
- Verbot von Pornografie und Gewaltverherrlichung
- Rauchverbot in den Häusern
- Datenschutz, Persönlichkeitsrechte
- Aktive Mitwirkung an Aufrechterhaltung von Ordnung und Sauberkeit
- Verbindliche Teilnahme am Therapieprogramm
- Akzeptanz von Kontrolle (Alkohol, Urin, Zimmer)
- Dazu Angaben über Zeiten für die Nutzung von Freizeiträumen, Handy, PC und TV, Umgang mit Geld und anderes mehr.

Sie endet mit dem Satz: „Verstöße gegen diese Hausordnung haben Konsequenzen zur Folge, die bis zur sofortigen Entlassung führen können.“

Patienten, die massiv oder mehrfach gegen die Hausordnung verstoßen, erhalten eine formale, schriftliche Abmahnung. Die disziplinarische Entlassung im Wiederholungsfall wird darin angekündigt. Je nach Verstoß erfolgt die Entlassung auch umgehend ohne vorherige Abmahnung (Gewalt, Konsum oder Vertrieb von Suchtmitteln in der Einrichtung).

Für viele Patienten sind diese Regelungen zwar einleuchtend (es gibt wenig Widerstand oder Kritik bei Aufnahme), sich in der Praxis und dauerhaft daran zu halten aber sehr schwierig. Insofern ist schon der Rückbezug auf diese Ebene des täglichen Zusammenlebens ein sozialtherapeutisch und diagnostisch ergiebiges Feld. Mit Blick auf die Konsequenzen bei Verstößen wird auch immer Mutwilligkeit bzw. Regelbruch als Ausdruck von mangelnder Therapiemotivation vs. einer möglichen Unfähigkeit, sich an Regeln zu halten, eingeschätzt. Letzteres ist insbesondere der Fall bei ADHS, Psychosen, Störungen der Impulskontrolle und damit Teil des Krankheitsbildes. Damit ist das Einhalten der Hausordnung dann nicht mehr Voraussetzung für Behandlung, sondern ein erstes Behandlungsziel.

In den ersten Wochen wird mit dem Patienten ein Therapievertrag durchgesprochen, dessen Akzeptanz Grundlage der weiteren Behandlung und künftiger persönlicher Freiräume ist. Dieser bestärkt einerseits Themen, die in der Hausordnung verankert sind (Sozialverhalten, Umgang mit Regeln) und betont andererseits die aktive Mitwirkungspflicht des Patienten (Ziele formulieren und verfolgen, Ansprechen von Regelverletzungen durch Mitpatienten). Dieser Teil ist für die meisten unserer Patienten im Alltag eine kaum zu überspringende Hürde – auch wenn sie pro Forma schnell unterschreiben. Hier ein wörtlicher Auszug aus dem „Verräter“-Absatz:

Wenn Drogen im Haus sind, ich von Rückfällen erfahre oder in anderer Weise gegen die Therapie gearbeitet wird, werde ich die Betroffenen, Patienten meines Vertrauens, die Gruppenverantwortlichen oder die Mitarbeiter darauf ansprechen. Ich trage Verantwortung dafür, das Haus als drogenfreien Schutzraum zu erhalten.

Ich akzeptiere Regelverstöße und verdeckte Rückfälle nicht, weil ich dadurch selbst gefährdet werde. Diese sollen aufgedeckt werden, damit eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Haus möglich ist. Ich muss in diesen Fällen eine klare Position beziehen. Wenn ich das nicht kann, ist mir klar, dass ich keine verantwortungsvolle Rolle im Haus übernehmen kann und eine Höherstufung in bestimmten Fällen nicht möglich ist. Wenn ich massive Regelverstöße im Haus unterstütze, muss ich mit Konsequenzen bis hin zur Entlassung rechnen.

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist oft ein wesentliches Behandlungsthema. Insbesondere bei Patienten mit längeren Haftzeiten und eindeutiger Sozialisation in der „Szene“ ist das Nicht-Verraten anderer eine der letzten Bastionen von Ehre und zu erwartendem Respekt. Die Angst vor Ablehnung, Repressalien bis zu glaubhaften Drohungen ist auch bei denen massiv vorhanden, die diesen Kodex für sich nicht (mehr) anwenden.

Der therapeutische Ansatz ist daher, in Dialog über diese Thematik zu treten und einen Transfer in die Zeit nach Therapie herzustellen, wo auch Entscheidungen über soziale Zugehörigkeit und Abgrenzung zum Drogen- und kriminellen Milieu zu treffen sind. Das persönliche Risiko, in Folge von Schweigen selbst rückfällig zu werden, ist ein anderer wichtiger Zugang zur Problematik. Den meisten Patienten gelingt es, eine für sie (und uns) akzeptable Form des Umgangs mit dem Thema zu finden. Die anderen akzeptieren, dass sie für bestimmte verantwortliche Rollen und damit verbundene Privilegien nicht in Frage kommen.

In jedem Falle ist ein offener Austausch über die Vertragsinhalte oft ein gewinnbringender Prozess und offene Positionen werden einer abgetrotzten Unterschrift eindeutig vorgezogen. Für den Patienten ist der Vertrag zu Beginn abstrakt, allgemein und Thema des Therapeuten. Oft aktualisiert sich das Thema zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung. Die Auseinandersetzung mit Abgrenzen, Ansprechen und Aufdecken kann dann konkret und individuell als Thema des Patienten geführt werden.

Im Falle einer grundsätzlichen Nicht-Akzeptanz des Therapievertrages oder wiederholter Missachtung wird die Behandlung vorzeitig beendet.

Hausordnung, Therapievertrag und Statusordnung (definierte Stufen von Verantwortung und Freiräumen) sind die Leitlinien der Zusammenarbeit mit den Patienten der Fachklinik. Sie bilden den Orientierungsrahmen für individuelle Schwerpunktsetzung und Ausgestaltung.

Literaturhinweise

Altmannsberger, W., Jatzlau, N. (2004): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit . Weinheim: Beltz Psychologie-Verlags-Union.

Arch Gen Psychiatry. 2007 May;64(5): 566-76. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Compton, WM1, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF.

Batra, A., Wassmann, R., Buchkremer, G. (Hg.) (2012): Verhaltenstherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendungsgebiete. 4. Auflage Stuttgart: Thieme.

Batra, A., Buchkremer, G. (2006): Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten. Kohlhammer, Stuttgart. 4. Aufl. 2013.

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.

Beck, A.T., Freeman, A. (1999): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Psychologie Verlagsunion: Weinheim, 4. Aufl..

Brueck, R., Mann, K. (2007): Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen.

D`Amelio, R., Retz, W., Philipsen, A., Rösler, M. (Hg.) (2009): Psychoedukation und Coaching. ADHS im Erwachsenenalter. Urban & Fischer, München.

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung, Mai 2010.

Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W. et al. (2006): AWMF Leitlinie. Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht 52, 8-34.

Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C., Büchner, U. (Hg.) (2002): Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Heinz, A.; Batra, A.; Scherbaum, N.; Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012): Neurobiologie der Abhängigkeit: Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen. Kohlhammer Verlag Stuttgart.

Klingberg, S., Hesse, K. (2014): Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen. Kohlhammer, Stuttgart.

Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (1995): Sucht und Rückfall. Brennpunkte der Rückfallforschung. Stuttgart: Emke-Verlag.

- Körkel, J., Kühner, D. (2008): Praxis der Rückfallbehandlung: Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. Bern, Blaukreuz-Verlag.
- Küfner, H., Johann, M. (2004): Therapiemanuale zur Behandlung von Suchtpatienten. Psychotherapie 2004, 9(1), S. 54-64.
- Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. DRV 2010.
- Lindenmeyer, J. und Beck, A.T. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Beltz Psychologie-Verlags-Union: Weinheim.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985): Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford: New York.
- Miller, W.R.; Rollnick, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. 3. Auflage Lambertus.
- Muckle, W., Muckle, J., Welch, V., Tugwell, P. (2012): Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD006747. doi: 10.1002/14651858.CD006747.pub2.
- Myers, R., Smith, J.E. (2007): CRA- Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, *Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich*, Psychiatrie Verlag.
- Nestler, E.J. (2001): Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. In: Nature Reviews Neuroscience, Bd. 2.
- Rössler, W. (Herausgeber) (2004): Die therapeutische Beziehung . Springer, Heidelberg.
- Sayette, M.A. (1999): Cognitive theory and research. Psychological theories of drinking and alcoholism. Guilford Press, New York.
- Schönthal, J., Wollinger, A., Rosenau, E., Vonderschmitt, J., Rapp, A., Batra, A. & Bader, T. (2013): SURE: Substitutionsgestützte Rehabilitation in abstinenzenorientierter Therapie. SUCHT, 59 (1), 91-96.
- Tiffany, S. (1990): A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. Psychological Review 1990 Apr;97(2):147-68.
- Wolf, U., Golombek, U., Diefenbacher, A.: Diagnosis and treatment of the attention-deficit/hyperactivity syndrome (ADHS) in adults with drug addiction in in-patient and out-patient setting. Psychiatrische Praxis 2006 Jul; 33(5): 240-4.