



Fachklinik Eiterbach

Konzeption zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Dezember 2014



Verantwortliche

Elisabeth Bambauer

Dipl.-Päd.

Gesamtleiterin

Leiterin der Suchthilfen der AWO Mannheim im Rhein-Neckar-Raum

Dr. Thomas Kaeser

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leitender Arzt

Roland Gantner

Dipl.-Psych., Psycholog. Psychotherapeut

Leiter der Psychotherapie

Volker Rohne

Arbeitserzieher

Leiter der Arbeitstherapie

Elke Altenhöner

Dipl.-Sozialarbeiterin (FH), Sozialtherapeutin, systemische Familientherapeutin

Teamleiterin Adaption

Die Verantwortlichen bedanken sich bei den Mitautoren

Karina Heider

Ergotherapeutin

Ralf Hausemann

Dipl. Soz.-Arb.

Martin Honke

Dipl. Soz.-Arb.

Werner Mindel

Dipl.-Psych., Psycholog. Psychotherapeut

Matthias Rumpf

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut

Gregor Schregle

M.A. Sportwissenschaften

Sporttherapeut

Einrichtungen der Fachklinik Eiterbach

Haus Eiterbach

Ortsstr. 42
69254 Heiligkreuzsteinach

Haus Heidelberg (Adaption)

Odenwaldstr. 66
69124 Heidelberg

Betreutes Wohnen (Nachsorge)

Odenwaldstr. 66
69124 Heidelberg

Fachambulanz

Odenwaldstr. 66
69124 Heidelberg

Selbsthilfegruppe

Odenwaldstr. 66
69124 Heidelberg

Träger der Fachklinik Eiterbach

Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Mannheim e.V.

Murgstr. 3-11
68157 Mannheim

Inhaltsverzeichnis

- 0. Vorwort
 - 1. Einleitung
 - 2. Allgemeines
 - 3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung
 - 4. Rehabilitationskonzept
 - 4.1 Theoretische Grundlagen
 - 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen
 - 4.3 Rehabilitationsziele
 - 4.4 Rehabilitationsdauer
 - 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung
 - 4.6 Rehabilitationsprogramm
 - 4.7 Rehabilitationselemente
 - 4.7.1 Aufnahmeverfahren
 - 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik
 - 4.7.3 Medizinische Therapie
 - 4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote
 - 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen
 - 4.7.5.1. Ergotherapie
 - 4.7.5.2. Arbeitstherapie
 - 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
 - 4.7.7 Freizeitangebote
 - 4.7.8 Sozialdienst
 - 4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung
 - 4.7.10 Angehörigenarbeit
 - 4.7.11 Rückfallmanagement
 - 4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege
 - 4.7.13 Weitere Leistungen
 - 4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
 - 5. Personelle Ausstattung
 - 6. Räumliche Gegebenheiten
 - 7. Kooperation und Vernetzung
 - 8. Maßnahmen der Qualitätssicherung
 - 9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation
 - 10. Notfallmanagement
 - 11. Fortbildung
 - 12. Supervision
 - 13. Hausordnung / Therapievertrag
- Literatur

- Anhang: Inventare
 Adaption
 Zertifikat

Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

0. Vorwort

Die vorliegende Konzeption basiert auf dem wissenschaftlichen Therapiekonzept von 2002. Sie bildet den derzeitigen Stand der Fachklinik Eiterbach ab und versteht sich als ein lebendiges Konzept, das sich den jeweiligen aktuellen Anforderungen anpasst und neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt.

1. Einleitung

Die Fachklinik Eiterbach erbringt Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) abhängigkeitskranker Menschen nach § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V. Mit der DRV Baden-Württemberg, dem Federführenden Leistungsträger, besteht ein Vertrag nach § 21 Abs. 1 SGB IX über die Ausführung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Mit der DRV Bund besteht ein Belegungsvertrag.

Die Fachklinik Eiterbach ist nach §35/36 BtmG anerkannt.

2. Allgemeines

Nach Körkel (1995) hat sich in der Suchtbehandlung ein neues Selbstverständnis herausgebildet und ist an die Stelle der vorherrschenden Sucht-paradigmen (Sucht als Krankheit, Sucht als Charakter- und Willensschwäche, Sucht als Ausdruck krimineller Energie) getreten.

Es umfasst vielfältige psychotherapeutische Betrachtungsweisen von Sucht, worunter psychoanalytische wie auch verhaltenstherapeutische Theorienbildungen subsumiert werden. Zusammenfassend stellt Körkel fest, dass „bei einem psychotherapeutischen Verständnis von Suchtmittelabhängigkeit übermäßiger Konsum in der Regel als sinnhaftes Symptom einer weitergehenden (auch sozialen) Problematik angesehen wird, das zu verständlichen Widerständen gegen das Abstinenzgebot führt und Ansatz für eine explizite Zielvereinbarung ohne Moralismen sein sollte“. Dieses Verständnis von Abhängigkeit bildet die Basis für die gesamte biopsychosoziale Arbeit in der Fachklinik.

Ausgehend von einem Menschenbild, das die Eigenverantwortlichkeit, d.h. die Vorstellung vom sinnhaft handelnden Subjekt betont, folgen wir einem integrativen Modell der funktionalen und teilhabeorientierten Rehabilitation für Menschen mit substanzbezogenen Störungen. Zugleich berücksichtigt das Modell die Besonderheiten, die durch die Komorbidität psychiatrischer Störungsbilder gegeben ist.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Die Fachklinik Eiterbach ist im Mai 1983 eröffnet worden. Sie sollte im nordbadischen Ballungsraum, der heutigen Metropolregion Rhein-Neckar, ein stationäres Behandlungsangebot für Drogenabhängige, auch für Drogenabhängige mit zusätzlichen psychiatrischen komorbiden Störungen vorhalten. Da bundesweit eine gravierende Versorgungslücke existierte, entschied sich der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Mannheim in Absprache mit den Suchtberatungsstellen in der Region, dem damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus in Wiesloch sowie auch mit dem federführenden Leistungsträger, der damaligen LVA Baden, zusätzlich für diese Rehabilitanden mit Doppel-Diagnosen ein spezielles stationäres Therapiekonzept zu entwickeln. In einem integrativen Behandlungsmodell sollten sowohl Rehabilitanden mit einer einfachen

Abhängigkeitsdiagnose (in der Regel Polytoxikomanie), als auch Rehabilitanden mit komorbiden Störungen beziehungsweise einer Doppel-Diagnose therapiert werden. Zum damaligen Zeitpunkt war die Fachklinik Eiterbach eine innovative Modellklinik für die suchtspezifische und psychiatrische Rehabilitation psychisch schwer beeinträchtigter Drogenabhängiger.

Zu Beginn der 80er Jahre gab es noch kein evaluiertes Rehabilitationsprogramm einer integrativen Behandlung. Die Fachklinik Eiterbach war daher vor die Aufgabe gestellt, in einem intensiven Entwicklungsprozess ein solches Konzept zu entwickeln.

In vielen Klausurtagungen mit Professor Uchtenhagen, Zürich, und anderen Suchtexperten gelang es, bislang getrennte, suchtspezifische und psychiatrische Rehabilitationsansätze in einem wissenschaftlich fundierten und gleichzeitig entwicklungs-offenen Therapiekonzept zusammenzuführen.

Mit zunehmender Bekanntheit des Therapiekonzeptes erfolgten viele Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet. Lange Wartezeiten waren die Regel. Der Anteil komorbider Rehabilitanden stieg kontinuierlich an und liegt heute bei 70 - 80 %. Im Laufe der Jahre entwickelte sich ein differenziertes Rehabilitationssystem, bestehend aus dem Haus Eiterbach mit 42 Plätzen, der Adaption Haus Heidelberg mit 15 Plätzen, eröffnet 1990 sowie einer Fachambulanz seit 1991 und vier Nachsorgewohnungsgemeinschaften, die in Heidelberg liegen und 1992, 1994 und 1997 eröffnet worden sind.

Die Fachklinik Eiterbach bietet die Möglichkeit der Langzeitentwöhnungsbehandlung (24-26 Wochen) an, aber auch Mittelzeit- und Kurzzeittherapien sowie Kombitherapie.

Danach ist der nahtlose Wechsel in die Adaption in Haus Heidelberg möglich. Die im Haus Eiterbach begonnene, umfassende medizinische und psychotherapeutische Behandlung wird in der Adaption weitergeführt. Ein Schwerpunkt bildet die berufliche Rehabilitation. Freizeitgestaltung, Schuldnerberatung, aber auch Haushaltsführung sind weitere wichtige Themen in der Adaption, neben der ständigen Einübung von Abstinenzverhalten im städtischen Lebensumfeld.

Für Rehabilitanden, die keinen eigenen Wohnraum mehr haben oder aber weitere Betreuung benötigen steht das Betreute Wohnen in Heidelberg als Nachsorgemöglichkeit zur Verfügung.

Die Fachambulanz in Heidelberg rundet das Gesamtangebot der Fachklinik Eiterbach ab.

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen

Die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation basiert auf dem Krankheitsfolgemodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation von 2001 / 2006. Dieses Modell berücksichtigt den gesamten Lebenshintergrund.

Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und

3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen, Partizipation).

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Ferner sind die Kontextfaktoren der betreffenden Person von wichtiger Bedeutung für die Funktionsfähigkeit, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie lebt sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft).

Kontextfaktoren können sich positiv insbesondere auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, gute Leistungsbereitschaft der Person) oder negativ (zum Beispiel Barrieren, fehlende Teilzeitarbeitsplätze, Migration, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, mangelnde Motivation der Person). Nach dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation ist eine Krankheit mit Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten und auf die Partizipation verknüpft. Während sich die akutmedizinische Behandlung mit der direkten Beeinflussung der Körperfunktionen und -strukturen beschäftigt, besteht die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Wesentlichen darin, die durch die Gesundheitsstörung beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten („Krankheitsfolgen“) unter Berücksichtigung der Kontext- und personenbezogenen Faktoren zu beeinflussen. Nicht die direkte Behandlung und Beseitigung der Erkrankung, sondern die Befähigung der betroffenen Person im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen sowie die Optimierung der Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) stehen somit im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation. Abbildung 1:

Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit nach der ICF: Abhängigkeitserkrankungen sind psychische Erkrankungen, die häufig auch durch Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (z.B. alkoholbedingte Lebererkrankung) begleitet werden oder diese bedingen. Krankheitsbedingt sind die Aktivitäten und Teilhabefähigkeit an Lebensbereichen beeinflusst. Einschränkungen in der Partizipation an wichtigen Lebensbereichen werden bei Abhängigkeitserkrankungen sowohl als Mitverursachung als auch als Krankheitsfolge betrachtet. Die Verbesserung der Fähigkeiten zur Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung, gemeinschaftlichem, sozialem und staatsbürgerlichem Leben, Mobilität, Selbstversorgung, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen stehen somit im Mittelpunkt der Bemühungen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen.



4.2. Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

In der Fachklinik Eiterbach werden Rehabilitanden behandelt, deren Haupterkrankung eine Suchtmittelabhängigkeit im Sinne des ICD 10 (F1) ist, vornehmlich Abhängige von illegalen Drogen (F12 bis F19). Alkoholabhängige können dann aufgenommen werden, wenn bei diesen zusätzlich eine Abhängigkeit oder ein Missbrauch von illegalen Substanzen vorliegt. Die Fachklinik ist spezialisiert auf komorbide Rehabilitanden, bei denen zusätzlich zu der Suchterkrankung psychische oder Verhaltensstörungen infolge des Konsums psychotroper Substanzen (F1x.5, F1x.7) oder weitere gravierende psychische Erkrankungen bestehen (F 2: Psychotische Störungen, F 3: affektive Störungen, F 4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F 5: sonstige Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen, F6: Persönlichkeitsstörungen, F 9: sonstige emotionale Störungen). Behandelt werden erwachsene Rehabilitanden beiderlei Geschlechts (18 bis 45 Jahre, in Ausnahmefällen auch älter).

Das Behandlungskonzept basiert auf einer integrierten Behandlung der verschiedenen Komorbiditäten unserer Rehabilitanden auf der Basis einer Abstinenzorientierung hinsichtlich der Einnahme von Suchtmitteln. Es berücksichtigt die individuellen Voraussetzungen, Einschränkungen und Vulnerabilitäten.

Kontraindikationen für eine Aufnahme in der Fachklinik Eiterbach sind gravierende hirnorganische Beeinträchtigungen oder akut behandlungsbedürftige organische Erkrankungen, akute psychiatrische Zustandsbilder (z. B. floride Psychosen) und akute Suizidalität. Generell sollten die Rehabilitanden mit komorbider Störung, insbesondere bei psychotischen Störungen, eine entsprechende Stabilität und Medikamentencompliance aufweisen.

Voraussetzungen für die stationäre Aufnahme sind eine abgeschlossene Entzugsbehandlung bzw. ein ärztlicher Nachweis über den abgeschlossenen körperlichen Entzug, eine Bewerbung des Rehabilitanden und eine gültige Kostenzusage des Leistungsträgers.

Die stationäre Behandlung erfolgt auf freiwilliger Basis. Bei Aufnahme unterschreibt der Rehabilitand einen entsprechenden Behandlungsvertrag, in dem er sich zur Mitwirkung und zur Einhaltung der Regeln der Haus- und Therapieordnung einverstanden erklärt.

Zwangsbehandlungen (z.B. im Sinne des § 64 StGB) werden nicht durchgeführt. Ansonsten gelten die in der Anlage 3 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001 aufgeführten Indikationskriterien für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

Bei komplexen psychiatrischen Störungsbildern und einer unklaren oder fraglichen Indikation einer stationären Entwöhnungsbehandlung findet in der Regel ein klärendes Vorgespräch mit dem Leitenden Arzt der Einrichtung statt.

4.3. Rehabilitationsziele

Das übergeordnete Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Leben auf der Basis der Aufrechterhaltung der Abstinenz von Suchtmitteln innerhalb sowie außerhalb des stationären Rahmens. Neben der Verbesserung der Abstinenzfähigkeit stehen dabei die Stärkung der Abstinenzmotivation und die Entwicklung einer realistischen Abstinenzzuversicht im Vordergrund.

In diesem Zusammenhang geht es unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

- a. um eine nachhaltige Verbesserung der körperlichen und psychischen Funktionen bzw. um die Minderung oder Beseitigung entsprechender Beeinträchtigungen,
- b. um die Förderung der Fähigkeit und der Motivation zu Aktivitäten sowie deren Durchführung,
- c. um die Förderung der Teilhabe an unterschiedlichen Lebensbereichen und der Partizipation an gesellschaftlichen Aktivitäten

- d. und nicht zuletzt um die Berücksichtigung der Person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne der Beeinflussung äußerer Hindernisse und Einbeziehung weiterer Ressourcen (z.B. Familie, Lebenspartner, Freundeskreis, Betreuer, Vorgesetzte, Arbeitskollegen).

Im Einzelnen geht es im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung um die Förderung des Krankheitsverständnisses und der Krankheitseinsicht, vor allem um die Verbesserung der Gefühlsregulation sowie der interaktionellen Problemlösekompetenzen unter der Voraussetzung der Abstinenz von Suchtmitteln, so dass dadurch eine Verbesserung der Abstinenzmotivation und -fähigkeit erreicht werden kann. Für ein nachhaltiges positives Behandlungsergebnis sind darüber hinaus die frühzeitige Erkennung sowie die Vermeidung und/oder die konstruktive Bewältigung von rückfallgefährdenden Situationen unabdingbar.

Im Laufe der Maßnahme werden in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden konkrete individuelle Behandlungsziele entwickelt, besprochen und modifiziert, so dass je nach individueller Problemsituation häufig folgende Behandlungsziele im Mittelpunkt stehen:

- a. Entwicklung einer emotionalen Stabilität, Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, Verbesserung der Emotionsregulation, Aufbau von Selbstwertgefühl, Erhöhung der Frustrationstoleranz und des Durchhaltevermögens, Förderung der Problemlösekompetenzen, Verbesserung der Fähigkeit zur Bewältigung von Konflikten und Krisen, Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Erreichen einer realistischen Selbsteinschätzung;
- b. Förderung von Autonomie, der Entwicklung von Selbstständigkeit und des Selbstmanagements, Gewöhnung an die und Einhaltung der Tagesstruktur, Förderung lebenspraktischer Fertigkeiten, Einübung von Sozialverhalten, Förderung der Kommunikation, Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Verbesserung der Körperhygiene, Förderung einer gesunden Lebensweise, Entwicklung einer zufrieden stellenden Lebensführung, Auseinandersetzung mit Sinn- und Wertfragen, Nutzung der bestehenden Hilfen und Ressourcen;
- c. Förderung sozialer und sportlicher Interessen, Heranführung an eine sinnvolle Freizeitgestaltung, Verbesserung der familiären und sonstigen sozialen Beziehungen im abstinenten Milieu, Entwicklung realistischer und befriedigender sozialer und beruflicher Perspektiven;
- d. Identifizierung und Einbeziehung relevanter Bezugspersonen, Berücksichtigung von Hindernissen und Ressourcen, frühzeitige Planung und Motivierung für geeignete nachstationäre Maßnahmen.

4.4. Rehabilitationsdauer

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme entspricht den Regelungen der jeweiligen Leistungsträger (24 bzw. 26 Wochen für die Kerntherapiephase), kann aber je nach Bedarf individuell angepasst werden. Angeboten werden zusätzlich Wiederholungs- bzw. "Auffangbehandlungen", "Kurzzeittherapien" sowie Kombi-Therapien, die je nach Indikation und Leistungsträger 3 bis 6 Monate umfassen können. Die voraussichtliche Dauer der Rehabilitation wird mit dem Rehabilitanden zu Beginn der Maßnahme besprochen und je nach Verlauf im Rahmen der Indikationskonferenzen festgelegt. Der 24 Wochen dauernden Kerntherapiephase folgt bei entsprechender Indikation eine in der Regel 12- bis 16-wöchige Adaptionsbehandlung, in der die therapeutischen Behandlungsangebote zu Gunsten einer Erprobung und Übung der eigenverantwortlichen Lebensführung und Anforderungen des Erwerbslebens unter realen Alltagsbedingungen zurücktreten. Über die individuelle Indikation dieser Adaptionsmaßnahme wird unter Einbeziehung des Rehabilitanden und seiner Wünsche im Rahmen einer Indikationskonferenz spätestens 8 Wochen vor Ablauf der Kerntherapiephase entschieden.

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Zuordnung des Rehabilitanden zu einer der Therapiegruppen und damit zu einem Bezugstherapeuten, dem die Verantwortung für die individuelle Planung und Steuerung der Behandlung obliegt, erfolgt bereits vor der Aufnahme nach dem Studium der vorliegenden Krankenunterlagen durch die Mitarbeiter der Aufnahmekoordination. Diese Zuordnung erfolgt entsprechend der in der jeweiligen Therapiegruppe freien Plätze, wobei Rehabilitandinnen immer einer Bezugstherapeutin zugeordnet werden. Ein Wechsel der Bezugsgruppe und des Bezugstherapeuten ist in begründeten Ausnahmefällen nach Besprechung in einer Fallkonferenz möglich. Der Bezugstherapeut übernimmt in Absprache mit dem Rehabilitanden die Planung und Koordination der einzelnen Therapiemaßnahmen sowie die Durchführung der Psychotherapie (Gruppen-, Einzel- und Familiengespräche) und ist ebenfalls für die Planung der soziotherapeutischen Maßnahmen (im Sinne einer therapeutischen Beeinflussung durch Interventionen im sozialen Umfeld der Rehabilitanden) zuständig.

Die psychotherapeutischen Maßnahmen und Interventionen basieren auf den aktuell gültigen AWMF-Leitlinien sowie auf den aktuellen Erkenntnissen und wissenschaftlich fundierten Grundlagen der Psychotherapie- und Suchtforschung.

Eine idealtypische Einteilung des Behandlungsprozesses der Kerntherapiephase in verschiedene Phasen oder Stufen erscheint uns aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen und des unterschiedlichen Entwicklungsstandes bzw. -tempos unserer Rehabilitanden nicht möglich.

Die Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes ist ein prozessuales Geschehen, welches einen kontinuierlichen Informationsaustausch im multiprofessionellen Team und regelmäßige Absprachen mit dem Rehabilitanden selbst erfordert. Dieser findet vor allem in den regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen und Indikationskonferenzen statt. Im Rahmen der Indikationskonferenzen werden

- die individuellen Therapieziele vorgestellt, festgehalten und koordiniert bzw. verändert und fortgeschrieben,
- Krisen, Probleme und Regelverstöße reflektiert
- sowie die Therapieverläufe besprochen und die Zielerreichung überprüft.
- Ebenso erfolgt die Zuweisung zu oder Empfehlung von spezifischen indikativen Therapieangeboten

Unmittelbar bei der Aufnahme (möglichst am Aufnahmetag) führt der Bezugstherapeut mit dem Rehabilitanden ein **Aufnahmegespräch**, das in erster Linie der Beziehungsaufnahme und der Aufklärung des Rehabilitanden über das Behandlungssystem dient. In diesem Gespräch wird der Behandlungsvertrag sowie eine Erklärung zum Datenschutz unterzeichnet. Ebenso erfolgen eine Klärung der Behandlungsmotivation und der ersten Ziele des Rehabilitanden sowie die Erstellung eines vorläufigen individuellen Behandlungsplans, der im multiprofessionellen Team abgestimmt wird.

Den ersten Behandlungsmonat sehen wir als Zeit der Eingewöhnung, der Motivierung und der Klärung an, so dass der vorläufige Behandlungsplan vervollständigt, modifiziert und ausdifferenziert werden kann. In diesem Zeitraum erfolgt zudem

- die somatische Diagnostik im Rahmen einer ärztlichen Eingangsuntersuchung (möglichst am Tag der Aufnahme),
- die psychiatrische Diagnostik im Rahmen eines psychiatrischen Aufnahmegesprächs (am Tag der Aufnahme),
- die Erhebung der Stamm- und Basisdaten (Kerndatensatz) (möglichst innerhalb der ersten Behandlungswoche),
- die Vorstellung des Rehabilitanden im Rahmen einer Fallbesprechung im therapeutischen Team mit Festlegung der ersten (vorläufigen) Behandlungsziele und -schwerpunkte (innerhalb der ersten Behandlungswoche),
- die Erhebung einer ausführlichen Suchtanamnese im Rahmen eines oder mehrerer Anamnesegespräche sowie die Festlegung auf eine Suchtdiagnose,

- die Erhebung einer biographischen Anamnese einschließlich der Familien- und der beruflichen Anamnese im Rahmen von Einzelgesprächen und durch Selbstauskunftsbögen,
- die Durchführung einer eingehenden bio-psycho-sozialen Diagnostik auf den Ebenen psychische und soziale Einschränkungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen (sowohl während des Suchtmittelkonsums als auch in Zeiten ohne Suchtmittelkonsum mittels Selbst- und Fremdeinschätzung) und bezüglich der Förderfaktoren und Barrieren,
- der Beginn der Durchführung der therapiebegleitenden psychologischen Testdiagnostik,
- die gemeinsame Festlegung der wichtigsten Behandlungsziele und deren Abstimmung bzw. Koordination in den unterschiedlichen Therapiebereichen.

Am Ende dieser Eingewöhnungsphase sollte die Erstellung eines differenzierten individuellen Behandlungsplans abgeschlossen sein, der im Rahmen einer **ersten Indikationskonferenz** im multiprofessionellen Team besprochen wird. Bei verkürzter Therapiedauer wird diese Konferenz entsprechend vorgezogen. Über den genauen Zeitpunkt entscheidet der Bezugstherapeut. Inhalte der ersten Indikationskonferenz sind:

- die Besprechung des Therapieverlaufs in der Eingewöhnungsphase einschließlich der Motivationslage des Rehabilitanden und der Regelverstöße,
- die Festlegung der wichtigsten angestrebten Therapieziele und die Umsetzung durch allgemeine und spezifische therapeutische Maßnahmen,
- die Festlegung der Therapiedauer der Kerntherapiephase,
- die Zuweisung zu oder Empfehlung von bestimmten Therapieangeboten.

Im Bedarfsfall, (z. B. Krisen, Regelverstöße, Rückfall, schwieriger Therapieverlauf) finden Fallbesprechungen im therapeutischen Team statt.

Über die Notwendigkeit zusätzlicher Fallbesprechungen entscheidet der Bezugstherapeut in Absprache mit dem Leitenden Arzt.

Nach dem vierten Behandlungsmonat (d.h. bei einer 24-wöchigen Behandlungsdauer in der Regel 8 Wochen vor Ende der Maßnahme) findet eine **zweite Indikationskonferenz** statt. In diesem Rahmen erfolgt

- die Reflexion des gesamten bisherigen Therapieverlaufs,
- die Überprüfung der bisherigen Zielerreichung und gegebenenfalls eine Veränderung der bisher festgelegten Behandlungsziele,
- die Festlegung weitergehender Therapieziele und insbesondere die Entscheidung über eine Adaptionsbehandlung oder andere weiterführende Maßnahmen (berufliche Rehabilitation, ambulante Maßnahmen, Nachsorge).

Eine individuelle Rehabilitationsplanung erfordert eine enge Kooperation und Abstimmung mit dem Rehabilitanden selbst, die durch regelmäßige Gespräche mit dem Bezugstherapeuten gewährleistet wird. So wird der Rehabilitand nicht nur zeitnah über die Inhalte und Ergebnisse der Indikationskonferenzen und Fallbesprechungen informiert, auch kann er bei Bedarf in die Konferenzen einbezogen werden. Vor allem bei differierenden Ansichten und Zielen sind eine klare Absprache und eine Transparenz der Entscheidungsprozesse im therapeutischen Team notwendig.

4.6. Rehabilitationsprogramm

In der Kerntherapie beginnt das Rehabilitationsprogramm mit der Zuordnung zu einem Bezugstherapeuten, der die Einzel- und Gruppentherapie durchführt. Der strukturierte Tagesablauf gibt dem Rehabilitanden Orientierung. Zum Therapieprogramm gehören neben der Psychotherapie, die psychiatrische und medizinische Behandlung, die Sporttherapie und

die Ergotherapie, später auch die Arbeitstherapie. Ein vielfältiges Freizeitangebot rundet das Rehabilitationsprogramm ab.

Für alle sozialen Fragestellungen steht der Sozialdienst zur Verfügung.

Speziell für **Rehabilitanden mit zusätzlichen komorbiden Störungen**, welche 70 bis 80 % der Rehabilitanden der Fachklinik ausmachen, ist das Therapiekonzept wie folgt modifiziert:

- Jeder Rehabilitand mit zusätzlicher komorbider Störung stellt sich ohne Ausnahme am Aufnahmetag in der psychiatrischen Sprechstunde vor. Dort erfolgen eine psychopathologische Befunderhebung, eine vorläufige psychiatrische diagnostische Einschätzung, eine Beurteilung der psychischen Stabilität und Rehabilitationsfähigkeit sowie eine Eruiierung möglicher Risiken und Gefährdungsmomente, zusätzlich wird die psychopharmakologische Medikation vorläufig festgelegt.
- Regelmäßige Teilnahme an der psychiatrischen Sprechstunde zur Verlaufsbeurteilung mit psychopathologischer Befunderhebung, Diagnoseüberprüfung, endgültiger diagnostischer Einschätzung sowie Einleitung, Änderung oder Optimierung der psychopharmakologischen Medikation.
- Bei Krisen mit akuter Gefährdung und/oder mangelnder Absprachefähigkeit rasche interkurrente Verlegung in das zuständige ZfP Nordbaden, mit der Möglichkeit der Rückübernahme nach Stabilisierung.
- Im Rahmen der Indikationskonferenz erfolgt bei der Erstvorstellung die individuelle Modifikation des Therapieplanes mit fortlaufender Überprüfung im Rahmen weiterer Indikationskonferenzen/Fallbesprechungen. Mögliche Modifikationen bestehen aus: Niedrigschwelliger Beginn im Rahmen der Arbeitstherapie (z. B. längere Ergotherapiephase zur Überprüfung von Grundarbeitsfähigkeiten, Einzelarbeitsplatz), psychotherapeutische Intervention (z. B. vorübergehende Befreiung von bestimmten Gruppen, häufigere stützend-supportive Einzelgespräche mit kürzerer Zeittaktung, Fokussierung auf wenige Teilziele zur Vermeidung von Überforderung mit längerfristig geplanten, kleinen Änderungsschritten, lebenspraktisch-realtätsnahes Training, rasche Einbindung wichtiger Bezugspersonen und/oder des gesetzlichen Betreuers). Frühzeitige Einleitung und Planung nachstationärer Maßnahmen über den Sozialdienst (z. B. therapeutisches Wohnheim, RPK-Maßnahmen, ambulante Hilfen).
- Gegebenenfalls störungsspezifische psychologische Testdiagnostik (ADHS-Skalen, Depressionstestung, Persönlichkeitsstörungstestung).
- Psychoedukative Schulung bezüglich der Zusammenhänge Sucht / komorbide Störung im Rahmen der psychiatrischen Sprechstunde sowie im Rahmen der spezifischen indikativen psychoedukativen Gruppe.
- Erarbeiten von individuellen Frühwarnsymptomen bei Rehabilitanden mit psychotischen Störungen zur Verbesserung des eigenverantwortlichen Umganges mit der komorbiden psychiatrischen Störung sowie zur rascheren und effizienteren Behandlung psychotischer Exazerbationen.
- Abschätzung des Vulnerabilitätsrisikos hauptsächlich psychotischer Exazerbationen mit Erarbeitung individueller Risikofaktoren .
- Generell ich-stärkende, supportive-ressourcenorientierte Grundhaltung.
- Gegebenenfalls, bei ungünstiger Erwerbsprognose, Rücksprache mit dem zuständigen Kostenträger und Antragsstellung zur Kostenumschreibung im Sinne einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

4.7. Rehabilitationselemente

4.7.1. Aufnahmeverfahren

Die Anmeldung in der Fachklinik Eiterbach kann sowohl schriftlich als auch telefonisch erfolgen. Der Bewerber kann sich selbst anmelden. Es kann sich aber auch die entsprechende Einrichtung an die Fachklinik wenden.

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- Lebenslauf
- Suchtverlauf
- Sozialbericht
- Arztbericht vom letzten stationären Aufenthalt
- Mitteilung über ausstehende Strafen oder Gerichtsverfahren

Bei komplexen Krankheitsbildern und/oder fraglicher Rehabilitationsfähigkeit erfolgt zur Abklärung der Behandlungsvoraussetzung ein Vorgespräch mit dem Leitenden Arzt. Bei dieser Gelegenheit erhält der Bewerber auch die Möglichkeit, die Fachklinik kennenzulernen. Dies erfolgt im Rahmen einer Hausführung durch einen Rehabilitanden. Selbstverständlich kann auch jeder Interessent oder Bewerber auf eigenen Wunsch nach vorausgegangener Terminabsprache zu einem Kennlernbesuch in der Fachklinik vorbeikommen.

Nach der Anmeldung wird vom Bewerber erwartet, dass er bis zur Aufnahme regelmäßig schriftlich oder telefonisch Kontakt hält.

Vor bzw. spätestens am Tag der Aufnahme müssen folgende Unterlagen vorliegen:

- Kostenzusage
- stationärer Entzugsnachweis bzw. ärztlicher Befundbericht
- Krankenversicherungsnachweis
- Zahnsanierungsschein
- Personalausweis bzw. Geburtsurkunde

Die Aufnahme erfolgt nahtlos nach vorausgegangener stationärer Behandlung bzw. direkt aus der JVA.

4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik

Die in unserem Hause durchgeführte Eingangsdiagnostik konzentriert sich auf den ersten Behandlungsmonat und umfasst sowohl eine nosologische Einteilung der festgestellten Störungsbilder entsprechend dem ICD-10 als auch eine Beurteilung der Fähigkeiten bzw. Ressourcen und der Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF. Dabei erfolgt die Eingangsdiagnostik zunächst parallel auf unterschiedlichen Ebenen durch die jeweils zuständigen Mitarbeiter und muss zwischen den Fachbereichen abgeglichen und durch die weiterführende Verlaufsdagnostik im Verlauf der Behandlung ergänzt und gegebenenfalls korrigiert werden. Dabei müssen vor allem bei der Feststellung der Beeinträchtigungen die zum Teil erheblichen Differenzen zwischen Selbsteinschätzung des Rehabilitanden und Fremdeinschätzung berücksichtigt werden. Darüber hinaus geben die Unterschiede zwischen den vor der Aufnahme und unter Drogeneinfluss bestehenden und den im Laufe der Maßnahme aktuell auftretenden Beeinträchtigungen unter Umständen wichtige Hinweise auf die zu berücksichtigenden umweltbedingten Kontextfaktoren.

Die **somatische Eingangsdiagnostik** führt der Facharzt für Allgemeinmedizin im Rahmen der ärztlichen Eingangsuntersuchung durch und ergänzt diese durch die routinemäßigen

Laboruntersuchungen (Blutwerte, gegebenenfalls Drogenscreenings des Urins oder Atemalkoholtests).

Die **psychiatrische Eingangsdiagnostik** erfolgt durch den Leitenden Arzt im Rahmen der fachärztlichen Konsultation unter Berücksichtigung der Vorbefunde. Die Diagnosestellung erfolgt gemäß ICD-10, die psychopathologische Befunderhebung gemäß AMDP.

Die zusätzliche **psychologische Eingangsdiagnostik** erfolgt anhand von klinischen Interviews im Rahmen der Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten und wird ergänzt durch standardisierte testpsychologische Inventare. Dabei kommen regelmäßig folgende Testinstrumente bei allen Rehabilitanden zur Anwendung:

- zur Erhebung der Zielvorstellungen des Rehabilitanden hinsichtlich des Suchtmittelkonsums die "Zielskala" und zu therapeutischen Zielvorstellungen ein offener Verlaufsfragebogen
- zur Erhebung der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Therapie das "Durchhalte-Inventar" und hinsichtlich der Abstinenzzuversicht der "HEISA-38"
- als Persönlichkeitsfragebogen der FPI-R

Zusätzlich stehen bei Bedarf und entsprechender Indikation als zusätzliche testpsychologische Instrumente zur Verfügung:

- zur Erhebung der psychischen Symptome und der Symptombelastung der SCL-90
- zur Erhebung von Persönlichkeitsstilen der PSSI
- zur Erfassung kognitiver oder zerebraler Beeinträchtigungen der Benton-Test sowie der DCS-Test
- zur Erfassung von Beschwerden die Kieler Änderungssensitive Symptomliste
- zur Selbst- und Fremdbeurteilung von Persönlichkeitsmerkmalen der Gießen-Test
- zur Abklärung weiterer Symptome oder psychischer Erkrankungen das Eppendorfer Schizophrenie-Inventar, das Borderline-Persönlichkeits-Inventar, der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), das Depressions-Inventar sowie das Angst-Inventar nach Beck und die Y-BOCS Symptom-Checkliste (bei Zwangssymptomen)
- schließlich steht zur eingehenden Abklärung spezifischer Diagnosen das strukturierte klinische Interview nach DSM-IV (SKID I und SKID II) zur Verfügung, welches aber meist erst im Rahmen der weitergehenden Verlaufsdokumentation angewandt wird.
- Bei der Verdachtsdiagnose einer hyperkinetischen Störung des Erwachsenenalters kommen das Wender-Reimherr-Interview (WRI-V), die Wender-Utah-Rating-Scale und die ADHS Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) zur Anwendung.

Die **soziale Eingangsdiagnostik** wird vom Bezugstherapeuten einerseits im Rahmen des Aufnahmegesprächs und andererseits bei weitergehenden Anamnesegesprächen durchgeführt. Diese erfolgt sowohl durch Erhebung des Kerndatensatzes mittels eines strukturierten Interviews anhand des DESTAS-Bogens, durch ein halbstrukturiertes Interview gemäß dem Aufnahmebogen Psychotherapie und gemäß dem Anamnesebogen als auch durch einen anamnestischen Selbstauskunftsbogen, der dem Rehabilitanden innerhalb des ersten Behandlungsmonats zum Ausfüllen mitgegeben wird.

Die **arbeitsbezogene Eingangsdiagnostik** umfasst zum einen die Erhebung der schul- und berufsbezogenen Anamnese mittels eines entsprechenden Fragebogens und zum anderen die Beurteilung der zu Beginn der Behandlung bestehenden arbeitsbezogenen Ressourcen durch die tägliche Verhaltensbeobachtung v.a. im Rahmen der Ergotherapie.

Die Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren erfolgt sowohl im Rahmen der Eingangsdiagnostik, z.B. durch die Erhebung der motivationalen Faktoren, der Selbstwirksamkeitseinschätzung, der biographischen und der Familienanamnese als auch therapiebegleitend z.B. im Rahmen von Familiengesprächen oder durch Kontakte mit relevanten Bezugspersonen.

Die **entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik** resultiert aus der Erhebung der Sucht- und der biographischen Anamnese und wird durch die Erstellung eines Ursachen- bzw. Bedingungsmodells gewährleistet, bei dem nicht nur die Entwicklung der Suchterkrankung und die bisherigen Bewältigungsversuche (z.B. frühere Therapien) sondern vor allem auch die Zusammenhänge zwischen Suchtmittelkonsum und zusätzlicher psychischer Erkrankung zu berücksichtigen sind.

Die **Diagnostik der aktuellen wie der bisherigen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen** muss parallel mittels Selbst- als auch durch Fremdbeurteilung erfolgen und setzt einerseits die Auswahl eines geeigneten und auf unsere Klientel ausgerichteten ICF - Core-Sets und andererseits einigermaßen reliable und valide Erhebungsinstrumente voraus. Bislang geschieht diese Diagnostik in erster Linie durch die therapiebegleitende Verhaltensbeobachtung im Alltag und wird im Rahmen der Fallbesprechungen und v.a. in der ersten Indikationskonferenz durch den Informationsaustausch im multidisziplinären Behandlungsteam geklärt und dokumentiert. Entsprechende Inventare (z.B. ICF-AT 50 Psych, MATE-ICN oder Mini-ICF-APP) sind derzeit in Erprobung und müssen noch in die Behandlungsroutine Eingang finden.

Die Routine-Eingangsdagnostik soll bis zur ersten Indikationskonferenz abgeschlossen sein, so dass sich daraus der individuelle Behandlungsplan ergibt. Alle Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen sowie der diagnostischen Einschätzungen werden ebenso mit dem Rehabilitanden besprochen wie die daraus abgeleiteten therapeutischen Zielsetzungen und Planungsschritte. Wichtigster Schritt ist dabei die Erzielung eines Einverständnisses bezüglich der Behandlungsziele und des Behandlungsplans.

Im Rahmen der weitergehenden Verlaufsdagnostik, bei der die bereits oben genannten diagnostischen Instrumente in Anwendung kommen können, werden die bereits gewonnenen Eingangsbefunde weiter ergänzt, differenziert und gegebenenfalls korrigiert, so dass die Therapieplanung unter Umständen auch an die bereits erzielten therapeutischen Fortschritte angepasst und modifiziert werden kann. Hierbei spielen die tägliche Verhaltensbeobachtung des Rehabilitanden und der intensive Austausch im multidisziplinären Team eine große Rolle. Darüber hinaus erfolgt auch eine erste Evaluation bestimmter therapeutischer Angebote durch die Vergabe und Auswertung eines Beurteilungsbogens zur subjektiven Einschätzung der Form, des Inhalts und der Effektivität dieser Angebote (z.B. psychoedukative Gruppe).

Im Rahmen der abschließenden Diagnostik am Ende der Therapiemaßnahme (bzw. am Ende des Therapieabschnitts „Kerntherapiephase“) kommen nochmals die Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit zur Anwendung, um Veränderungen bezüglich der Selbstwirksamkeit feststellen zu können. Darüber hinaus erfolgt eine Beurteilung der erzielten Veränderungen bezüglich der einzelnen festgelegten Behandlungsziele sowie des gesamten vom Rehabilitanden subjektiv erlebten Behandlungserfolgs im Rahmen eines abschließenden Gesprächs mit dem Bezugstherapeuten. Dabei können zusätzlich sowohl die oben erwähnten Beschwerde- oder Symptomlisten als auch Fragebögen mit offenen Antwortmöglichkeiten zur Anwendung kommen.

Kurz vor der Entlassung erhält jeder Rehabilitand zudem einen standardisierten Rehabilitanden-Fragebogen, der die Zufriedenheit mit der Therapiemaßnahme bzw. einzelnen Therapiebereichen erfasst.

Darüber hinaus führt die Fachklinik systematische Katamnese-Erhebungen von Entlassjahrgängen 12 Monate nach Beendigung der Therapiemaßnahme durch. Mit dem standardisierten Katamnesefragebogen, der den Rehabilitanden an ihre zuletzt bekannte Anschrift versendet wird, soll das längerfristige Ergebnis der stationären Maßnahme hinsichtlich Abstinenz und Lebenssituation erfasst werden. Die Auswertung der Katamnesebefragung erfolgt durch den Fachverband Sucht.

4.7.3. Medizinische Therapie

Die Fachklinik Eiterbach ist spezialisiert auf die Behandlung von suchtkranken Menschen mit zusätzlichen komorbiden psychiatrischen Störungen (so genannte Doppel-Diagnose-Patienten). Der Anteil der Rehabilitanden mit zusätzlichen komorbiden Störungen in der Fachklinik beläuft sich recht konstant auf ca. 70 – 80 %. Davon stellt die Gruppe der Rehabilitanden mit psychotischen Störungen (sowohl drogeninduzierte Psychosen als auch Schizophrenien) den Hauptanteil mit ca. 50 – 60 %, danach folgen Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen im Erwachsenenalter jeweils mit ca. 10 %. Der restliche Anteil entfällt auf neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Besonders Rehabilitanden mit zusätzlichen komorbiden psychiatrischen Erkrankungen sind bezüglich Aktivität und Teilhabe häufig deutlicher beeinträchtigt als Suchtkranke ohne psychiatrische Zusatzdiagnose: Es kommt zu häufigeren stationären Behandlungen sowohl in Suchtabteilungen als auch in der Allgemeinpsychiatrie. Aufgrund der zusätzlichen psychiatrischen Störung besteht die Gefahr der Hospitalisierung (so genannte Drehtür-Patienten), häufig bestehen zusätzlich stärkere Einschränkungen durch floride psychotische oder Negativ/Residual-Symptome. Durch diese Symptomatik zeigen Rehabilitanden mit komorbiden Störungen häufiger ausgeprägte soziale Rückzugsneigung mit Isolationstendenzen bis hin zur Verwahrlosung mit Gefahr der Chronifizierung. Darüber hinaus besteht bei Suchtpatienten – wahrscheinlich aufgrund der Vorschädigung zentralnervöser Strukturen durch die Drogen – eine erhöhte Nebenwirkungsempfindlichkeit bezüglich der psychopharmakologischen Medikation, so dass es hier teilweise zusätzlich zu Einschränkungen kommt. Teilweise ist auch der Suchtmittelgebrauch sekundär als Versuch anzusehen, psychiatrische Symptome zu bekämpfen (psychotische Symptome, Angstzustände, affektive Schwankungen, ADHS-Symptome wie Unruhe, Hyperaktivität, Konzentrations- sowie Schlafstörungen). Dies führt dann häufig zu einem sich gegenseitig verstärkenden „Teufelskreis“ zwischen Suchterkrankung und komorbider psychiatrischer Störung.

Dementsprechend ist das Behandlungskonzept der Fachklinik Eiterbach modifiziert. Die therapeutische Grundhaltung ist stärker gewährend-beschützend, fürsorglicher, ressourcenorientierter, weniger konfrontativ, eher vor Überforderung bewahrend und medikamentös gestützt. Das Behandlungskonzept ist stärker individualisiert und den jeweiligen Bedürfnissen des Rehabilitanden angepasst. Entsprechend der Einschränkungen sind teilweise häufiger stabilisierend-stützende Einzelgespräche mit kürzerer Zeittaktung vonnöten, teilweise muss sogar vorübergehend eine Befreiung von Gruppentherapien erfolgen. Der Fokus ist stärker ressourcenorientiert, supportiv und ich-stärkend, weniger konfliktzentriert und konfrontierend. In der Arbeitstherapie sind entsprechend der Belastbarkeit des Rehabilitanden teilweise niederschwelligere Therapieangebote (z. B. längere ergotherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung von Grundarbeitsfähigkeiten und Kontaktfähigkeit, Einzelarbeitsplätze) erforderlich.

Aufgrund der ausgeprägteren Einschränkung von Aktivität und Teilhabe ist eine frühzeitige Planung ambulanter therapeutischer und/oder sozialpsychiatrischer Maßnahmen vonnöten (ambulante psychiatrische Behandlung, ambulante Psychotherapie, therapeutische Nachsorgewohnungsgemeinschaften, gegebenenfalls therapeutisches Wohnheim). Insgesamt ist bei diesen Rehabilitanden eine noch intensivere Kooperation zwischen den einzelnen Therapiebereichen (Psychotherapie, Arbeitstherapie, medizinisch-psychiatrische Behandlung, Sozialdienst) erforderlich, was sich in den interdisziplinären Besprechungsstrukturen niederschlägt.

Neben diesen allgemeinen konzeptionellen Rahmenbedingungen sind weitere spezifische Maßnahmen für Rehabilitanden mit komorbiden psychiatrischen Störungen erforderlich. Von Montag bis Donnerstag wird eine psychiatrische Sprechstunde abgehalten.

Die **psychiatrische Sprechstunde** dient folgenden Zwecken:

- Es erfolgt eine eingehende psychiatrische Anamnese, gegebenenfalls mit Befundanforderungen von früheren Entlassberichten aus psychiatrischen Kliniken. Des Weiteren ist eine intensive Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken, Ambulanzen und niedergelassenen Psychiatern erforderlich.
- Es erfolgt eine Diagnosestellung, falls erforderlich auch Diagnoseüberprüfung nach ICD-10.
- Die psychopathologische Befunderhebung bei Aufnahme und Entlassung erfolgt gemäß AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie). Des Weiteren erfolgt eine psychopathologische Befunderhebung je nach Bedarf und Symptomatik mit Rückmeldung an die anderen Therapiebereiche.
- Es wird eine erforderliche psychopharmakologische Medikation eingeleitet, modifiziert bzw. optimiert. Dabei muss eine intensive Abwägung notwendiger psychopharmakologischer Medikation im Spannungsfeld zwischen indikations- und störungsspezifischer Verordnung von Psychopharmaka und möglichem Suchtverhalten der Rehabilitanden (Suchtverlagerung/Missbrauch von Psychopharmaka) erfolgen.
- Für Rehabilitanden mit psychotischen Störungen erfolgt durch Verlaufsbeobachtung und unter Berücksichtigung der Anamnese eine Abschätzung des Vulnerabilitätsausmaßes hinsichtlich psychotischer Symptome.
- Bei akuten Krisen (akute psychotische Symptomatik mit mangelnder Absprachefähigkeit, akuter Eigen- oder Fremdgefährdung) erfolgt eine nahtlose Verlegung in das zuständige Zentrum für Psychiatrie Nordbaden.
- Bei Verdacht auf hyperkinetische Störungen erfolgt nach eingehender Anamneseeerhebung und Verlaufsbeobachtung eine Psychodiagnostik mittels Wender-Reimherr-Interview (WRI-V). Des Weiteren werden den Rehabilitanden Selbstbeurteilungsbögen (WURS-K) Wender-Utah-Rating-Scale, ADHS Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) ausgehändigt.

Im Vorfeld einer möglichen Entwöhnungsbehandlung erfolgt in Einzelfällen ein Vorstellungsgespräch zur Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit bei komplexeren Störungsbildern.

In Zusammenarbeit mit dem psychotherapeutischen Team wird eine **psychoedukative Gruppe** verbindlich für alle Rehabilitanden durchgeführt, bestehend aus acht Terminen je 90 Minuten einmal wöchentlich. Inhaltlich gliedert sich diese Gruppe in vier Einheiten bezüglich der Suchterkrankung (allgemeine Kriterien der Abhängigkeit, Abhängigkeitsentwicklung, verhaltenstherapeutische Modelle der Abhängigkeitsentwicklung und von Rückfälligkeit, Informationen über Einzelsuchtmittel) und vier Einheiten mit dem Fokus auf Zusammenhänge zwischen Sucht und Psychose und Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkung von psychopharmakologischer Medikation. Diese psychoedukative Gruppe soll einerseits das Suchtverständnis vertiefen, andererseits insbesondere Rehabilitanden mit komorbiden Störungen aufklären über Risiken möglicher Chronifizierung bei weiterem Konsum und soll die Medikamenten-Compliance bezüglich psychopharmakologischer Medikation verbessern. Insgesamt dient diese Gruppe der Verbesserung von Aktivität und Teilhabe und soll weitere Hospitalisierung und Drehtüreffekte vermindern.

Speziell abgestimmte **Maßnahme für Rehabilitanden mit komorbiden Störungen:**

- Um Verbesserungen des psychopathologischen Befundes bei Rehabilitanden mit komorbiden Störungen zu erfassen, erfolgt bei Aufnahme und vor Entlassung eine psychopathologische Befunderhebung nach AMDP-Schema geratet, so dass der Gesamtsummenscore bei Aufnahme als auch vor Entlassung verglichen und Verbesserungen der Psychopathologie abgebildet werden können.
- Da Suchtpatienten mit komorbiden Störungen empfindlicher auf psychopharmakologische Medikation reagieren, erfolgt bei Aufnahme als auch bei Entlassung eine Erfassung unerwünschter Nebenwirkungen gemäß einer hierfür speziell erstellten Liste unerwünschter Nebenwirkungen bei Psychopharmaka.
- Bei Aufnahme und vor Entlassung wird die Gesamtzahl der psychopharmakologischen Medikamente erfasst. Hierdurch soll die Optimierung der psychopharmakologischen Medikation abgebildet werden.
- Bei Rehabilitanden mit ADHS-Diagnose wird bei Aufnahme und vor Entlassung mittels des Wender-Reimherr-Interviews der Gesamtsummenscore erfasst, so dass Verbesserungen der klinischen Symptomatik nach entsprechender auch psychopharmakologischer Medikation (Bupropion, Venlafaxin etc.) erfasst werden.

Diese speziellen Maßnahmen sollen einer Verbesserung der Symptomatik bei Rehabilitanden mit komorbiden Störungen sowie eine Optimierung der psychopharmakologischen Behandlung abbilden und zu einer Verbesserung von Aktivität und Teilhabe beitragen.

Die Therapie bei bestehenden und neu aufgetretenen somatischen Erkrankungen erfolgt in der Klinik durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin im Rahmen der allgemeinmedizinischen Sprechstunde. Der Facharzt für Allgemeinmedizin führt die Aufnahme- und Entlassuntersuchungen durch, diese beinhalten einen umfassenden körperlichen und neurologischen Status. Darüber hinaus werden bei Aufnahme und Entlassung entsprechende Laboruntersuchungen (Blutbild, Leberwerte, Blutsenkung, Hepatitis- und HIV-Serologie) durchgeführt. Im Einzelfall und bei pathologisch veränderten Laborwerten erfolgen Kontrolluntersuchungen je nach Erfordernis, weitere spezielle Laboruntersuchungen (z. B. HCV, RNA, endokrinologische Untersuchungen, Schilddrüsenwerte, Gerinnung, spezielle Serologie, Medikamenten-/Psychopharmaka-Spiegel-Bestimmung) können in Absprache mit dem Leitenden Arzt durchgeführt werden. Apparative Untersuchungen (z. B. EKG) werden in der Praxis des Facharztes für Allgemeinmedizin vor Ort durchgeführt, weitere als notwendig erachtete somatische Abklärungen, insbesondere bei Relevanz für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei rehabilitationsrelevanten somatischen Erkrankungen erfolgen durch konsiliarisch tätige Fachärzte der Umgebung oder in kooperierenden Kliniken im Umfeld. Eine bereits begonnene Interferontherapie kann in der Klinik fortgeführt werden, eine Neueinleitung ist in der Adaptionseinrichtung im Haus Heidelberg möglich nach Abklärung in der Lebersprechstunde der Medizinischen Universitätsklinik in Heidelberg.

Der Leitende Arzt trägt die Verantwortung für die gesamte Rehabilitation. Er koordiniert und verantwortet Diagnostik, Therapieplanung und Therapigestaltung, Fort-/Weiterbildung und zeichnet verantwortlich für die Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams. Er ist verantwortlich für die psychiatrische Behandlung der Rehabilitanden, für die Einbindung des multiprofessionellen Teams in die Betreuung der Rehabilitanden, leitet Fallbesprechungen und -vorstellungen. Er ist verantwortlich für die Dokumentation, die sozialmedizinische Leistungseinschätzung und die Qualität der Rehabilitationsentlassberichte gemäß den Vorgaben der Kostenträger. Er ist maßgeblich beteiligt an der Organisation und Teilnahme an internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, wissenschaftliche Fragestellungen und Evaluation sind wesentliche Aufgaben der ärztlichen Leitung. Er überwacht die psychotherapeutischen

Prozesse und den Therapieverlauf und ist aktiv an der Durchführung des Gesundheitstrainings der Rehabilitanden (psychoedukative Gruppe) beteiligt. Die ärztliche Leitung ist in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden und pflegt regelmäßige Kontakte mit zuweisenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, den Leistungsträgern, wissenschaftlichen Institutionen und Universitäten sowie Krankenkassen. Er ist verantwortlich für die Erstellung und Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Konzeptes der Fachklinik. Bei instabilen Rehabilitanden in Krisensituationen wird eine Rufbereitschaft des zuständigen psychologischen Bezugstherapeuten eingerichtet. An Wochenenden und Feiertagen wird die Rufbereitschaft von hauptamtlichen, psychotherapeutisch tätigen Mitarbeitern abgeleistet. Im Bedarfsfall, je nach Erfordernis, wird der Leitende Arzt informiert und konsultiert (z. B. bei psychiatrischen Krisen, Suizidalität, erforderlicher Verlegung in das ZfP Nordbaden).

4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Der gesamte Rehabilitationsprozess, der wie in Kapitel 4.3 beschrieben auf eine nachhaltige Verbesserung körperlicher und psychischer Funktionen und auf die Förderung der Aktivitäten und der Teilhabe abzielt, beinhaltet Interventionen zur Veränderung kognitiver, emotionaler und behavioraler Faktoren und kann somit im weiteren Sinne als psychotherapeutischer Prozess angesehen werden.

Das psychotherapeutische Angebot im engeren Sinne umfasst in erste Linie die Bezugsgruppenarbeit. Das heißt, dass jeder Rehabilitand bei seiner Aufnahme einer der **Bezugsgruppen und einem Bezugstherapeuten** zugeordnet wird. Dieser ist während der gesamten Therapiedauer der Kerntherapiephase Ansprechpartner und zuständig für die Planung und Koordination der therapeutischen Maßnahmen sowie für die Durchführung der psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapie in seiner Bezugsgruppe. Die fachlich-therapeutische Ausrichtung richtet sich dabei vor allem nach dem individuellen Bedarf des einzelnen Rehabilitanden sowie dem therapeutischen Ausbildungsschwerpunkt des Bezugstherapeuten, wobei die aktuell gültigen AWMF-Leitlinien die grundlegende Orientierung bieten. Darüber hinaus umfassen die therapeutischen Qualifikationen der psychotherapeutischen Mitarbeiter Verfahren wie Verhaltenstherapie bzw. kognitive Verhaltenstherapie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, systemische Therapie bzw. systemische Familientherapie, tiefenpsychologische Verfahren, Motivational Interviewing und Elemente anderer anerkannter Therapieverfahren bzw. Interventionstechniken (z.B. Hypnotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, DBT oder traumatherapeutische Verfahren). Die gesamte therapeutische Arbeit in der Fachklinik ist dabei weniger einer bestimmten therapeutischen Schule verpflichtet als vielmehr dem Grundkonzept einer allgemeinen methodenübergreifenden Psychotherapie im Sinne von Grawe und einer sinnvollen Integration unterschiedlicher wissenschaftlich fundierter Verfahrensweisen. Dabei stehen selbstverständlich eine akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung sowie die Fokussierung auf die Ressourcen des Rehabilitanden im Vordergrund.

Gruppenpsychotherapie

Im Rahmen der Bezugsgruppe finden wöchentlich zwei psychotherapeutische Gruppentherapie-Sitzungen á 75 Minuten statt. Die Gruppengröße dieser halboffenen Gruppen beträgt je nach Belegung der Klinik 8 bis 11 Rehabilitanden. Ziele der Gruppentherapie in der Bezugsgruppe sind zunächst die Unterstützung bei der Integration des Rehabilitanden in der Rehabilitandengemeinschaft (z.B. durch Neuvorstellungen), die Motivierung für die Therapiemaßnahme, die Auseinandersetzung mit den eigenen Ambivalenzen hinsichtlich der Therapiemaßnahme und/oder des Suchtmittelkonsums. Darüber hinaus werden in der Bezugsgruppe bei unseren Rehabilitanden häufig auftretende individuelle Defizite bearbeitet, die spezifische psychologische Funktionen wie Aufmerksamkeit, Emotionalität, Einsichts-, Urteils- oder Problemlösevermögen, Selbst- und Fremdwahrnehmung u. a. betreffen. Diese Bearbeitung erfolgt im Einzelnen durch methodische Vorgehensweisen wie: Blitzlicht oder Befindlichkeitsrunde, Vorstellung neuer

Gruppenmitglieder, Verabschiedung ausscheidender Gruppenmitglieder, Einübung von Rückmeldungen, Übungen zur Empathie bzw. zur Übernahme der Sichtweise anderer, Besprechung eingebrachter individueller Beschwerden und Probleme, Vorstellung von Lebensläufen und/oder Besprechen individueller psychotherapeutischer Themen und nicht zuletzt durch Äußern von Kritik oder auch Lob. Neben dem Erlernen oder der Verbesserung der kommunikativen und sozialen Kompetenz sowie der Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und Gefühlsregulation dient die Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe nicht zuletzt der Thematisierung und Bearbeitung aktuell auftretender Konflikte in der Rehabilitandengemeinschaft mit dem Ziel der Einübung angemessener Konfliktgespräche und der Erarbeitung konstruktiver Konfliktlösungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Problemlösekompetenzen. Durch die Vorstellung der individuellen Lebensgeschichte in der Gruppe sowie durch Rückmeldungen anderer Gruppenmitglieder können sich Hinweise auf die Erarbeitung neuer Therapieziele sowie auf die bereits erzielten therapeutischen Fortschritte ergeben.

Psychotherapeutische Einzelgespräche

Die psychotherapeutischen Einzelgespräche bilden bei unserer Klientel und angesichts der Tatsache, dass die therapeutische Beziehung das wesentliche Agens der Rehabilitationsmaßnahme darstellt, einen wesentlichen und nicht verzichtbaren Bestandteil der Gesamtbehandlung. Jeder Rehabilitand erhält pro Woche mindestens ein Einzelgespräch. Frequenz wie auch Länge der therapeutischen Einzelgespräche können zudem nach individuellem Bedarf, Wunsch und therapeutischer Indikation entsprechend dem Gesamt-Therapieplan variiert werden. Bei bestimmten, z.B. durch akute psychiatrische Symptome beeinträchtigten Rehabilitanden, die vorübergehend nicht in der Lage sind, an der Gruppenpsychotherapie teilzunehmen, stellen die psychotherapeutischen Einzelgespräche neben den psychiatrischen Konsultationen den wichtigsten Zugang zum Rehabilitanden dar. Im Rahmen von Einzelgesprächen erfolgen nach einem festgelegten Zeitplan bestimmte Routineaufgaben. Dazu gehören das Aufnahmegespräch sowie ein Gespräch zur Erhebung der Basisdaten, mehrere anamnestische Gespräche (Suchtanamnese, biographische Anamnese, Erstellung eines Genogramms), jeweils ein Gespräch zur Rückmeldung über die erfolgten Fallbesprechungen und Indikationskonferenzen, die Besprechung der Testauswertungen sowie ein bilanzierendes Abschlussgespräch. Im Falle von Krisensituationen oder krisenhaften Entwicklungen (Suizidalität, drohende Gewalteskalation, Rückfall- oder Abbruchabsicht) können zusätzlich kurzfristig Kriseninterventionsgespräche vereinbart werden.

Ziele der Einzeltherapie sind neben dem Aufbau bzw. der Pflege einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung die Erhebung anamnestischer Daten (Suchtanamnese, biographische oder Familienanamnese), die Durchführung der Diagnostik, die Erarbeitung und Festlegung individueller Therapieziele, die Überprüfung bzw. Evaluation der Zielerreichung und nicht zuletzt eine vertiefte psychotherapeutische Bearbeitung individueller Probleme und Themenbereiche. Dabei können in den Einzelgesprächen Themenbereiche angesprochen werden, die in der Psychotherapiegruppe (noch) nicht thematisiert werden können oder aus sonstigen Gründen nicht thematisiert werden sollten. Ebenso erfolgt hier die Vorbereitung auf die in der Gruppenpsychotherapie geplanten Interventionen (z.B. Desensibilisierung oder soziales Kompetenztraining), die Reflexion der therapeutischen Beziehung und des Therapieverlaufs sowie die Planung von Ausgängen und Heimfahrten.

Zusätzliche psychotherapeutische Gesprächsangebote

Im Falle von gruppenübergreifenden Problemen, Konflikten oder Auseinandersetzungen können die jeweils zuständigen Bezugstherapeuten mit den betroffenen Rehabilitanden ein oder mehrere gesonderte Gespräche mit allen beteiligten Personen vereinbaren, gegebenenfalls unter Einbeziehung einer dritten oder neutralen Person. Auf Wunsch des Rehabilitanden sowie bei entsprechender Indikation können therapeutische Gespräche mit weiteren Bezugspersonen (Partner, Angehörige, Betreuer o.a.) vereinbart werden. Über die psychotherapeutischen Gruppenangebote im engeren Sinne hinaus finden regelmäßig soziotherapeutische oder andere Gruppenangebote statt, in denen spezifisches Wissen vermittelt und soziales Verhalten gelernt bzw. eingeübt werden soll. Dabei ist die Soziotherapie als Bestandteil der Psychotherapie zu sehen, wodurch Rehabilitanden ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln und damit ihre sozialen und kommunikativen Kompetenzen verbessern können.

Im Rahmen der ein Mal wöchentlich stattfindenden **Hausgruppe**, an der nach Möglichkeit alle im Hause anwesenden Rehabilitanden teilnehmen, werden organisatorische Probleme, Wünsche und grobe Regelverstöße angesprochen. Ebenso erfolgt hier die Neuvorstellung und die symbolische Begrüßung neu aufgenommenener sowie die Verabschiedung der regulär zu entlassenden Rehabilitanden. Über die Themen dieser Hausgruppe wird von einem Teilnehmer ein Kurzprotokoll angefertigt. Auch das mehrmals wöchentlich stattfindende Unterrichtsangebot ist fester Bestandteil des regulären Therapieprogramms. Hier können die Deutsch-, Mathematik- und Englischkenntnisse aktualisiert und verbessert werden. Die Teilnahme erfolgt sowohl auf Wunsch des Rehabilitanden als auch auf Empfehlung des Bezugstherapeuten.

Indikative Gruppen

Über die psychotherapeutischen Gruppengespräche im Rahmen der Bezugsgruppe werden im Verlauf der Therapiemaßnahme verschiedene indikative Gruppen angeboten. Jeder Rehabilitand soll während seiner Behandlung an mindestens zwei fortlaufenden indikativen Gruppenangeboten teilnehmen. Die Zuweisung zu diesen erfolgt nach spezifischen indikativen Kriterien und wird im Rahmen der Indikationskonferenzen durch den Bezugstherapeuten bzw. im multiprofessionellen Team entschieden.

Als indikative Gruppen werden angeboten:

- fortlaufender Unterricht für Rehabilitanden, die Probleme mit der Rechtschreibung haben oder damit, sich in Wort oder Schrift in der deutschen Sprache adäquat auszudrücken;
- Unterricht für Rehabilitanden, die eine spezifische Schulung in mathematischen Angelegenheiten benötigen;
- Unterricht für Rehabilitanden, die Unterstützung in der Ausübung einer Fremdsprache (Englisch) benötigen;
- eine spezifische psychoedukative Gruppe für Rehabilitanden mit einer zusätzlichen psychischen Erkrankung (Psychose, Persönlichkeitsstörung) zur Vermittlung von Informationen über den Zusammenhang zwischen Sucht und Komorbidität;
- Ernährungsberatung bzw. Training zur gesunden Ernährung für Rehabilitanden mit Essstörungen (Adipositas oder Magersucht);
- eine Gruppe zur Einübung von Achtsamkeit und von Entspannungstechniken;
- eine Gruppe zur adäquaten Gefühlsregulation;
- eine Gruppe zur Rückfallprävention.

Psychoedukation

Jeder Rehabilitand nimmt im Verlauf der Therapiemaßnahme an einer festgelegten Anzahl psychoedukativer Gruppenangebote teil, die ein Mal wöchentlich angeboten werden. Die Psychoedukation erfolgt nach einem Curriculum, in dem es um die Vermittlung von Informationen zum Thema Suchtmittelabhängigkeit (neurobiologische Grundlagen, Definitionen der Sucht, Erkenntnisse der aktuelle Sucht-, Rückfall- und

Psychotherapieforschung), zu Sinn und Zweck suchttherapeutischer Maßnahmen sowie um den Austausch zwischen theoretischem Wissen und praktischen Erfahrungen geht. Ziel ist dabei die Entwicklung eines adäquaten Verständnisses für die Suchterkrankung, für deren Bedingungen und Folgen und für die einzelnen Bestandteile unseres Behandlungsprogramms, die Stärkung der Compliance für die Therapiemaßnahme und nicht zuletzt die Stärkung der Abstinenzmotivation und der Abstinenzzuversicht.

4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen

4.7.5.1. Ergotherapie

Die Ergotherapie der Fachklinik versteht sich in erster Linie als Anlaufstelle für neu aufgenommene Rehabilitanden im Rahmen der berufsbezogenen Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Das Augenmerk wird gemäß ICF auf Einschränkungen bzgl. Körperfunktionen- und Strukturen (einschließlich der Psyche), sowie auf Kontextfaktoren gelegt. Hierzu gehört die bedarfsgerechte Förderung von Fähigkeiten und Ressourcen vor dem Hintergrund von individuellen Förderfaktoren und dem Abbau von Barrieren. Zunächst steht die Befunderhebung im Hinblick auf die individuellen Ressourcen und Defizite im Vordergrund. Für das Erreichen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und eines Arbeitsbündnisses kommt das Motivational Interviewing zum Einsatz, wobei Ressourcen und Fähigkeiten verstärkt und die Selbstwirksamkeit der Patienten herausgestellt wird. Der Rehabilitand hat die Möglichkeit, sich in der Kleingruppe mit ersten Arbeitsprozessen auseinanderzusetzen, wobei seine individuelle Vorgehensweise beobachtet und mit dem Rehabilitand zusammen bewertet wird. Hierbei werden erste Diskrepanzen deutlich, die im weiteren Therapieverlauf thematisiert und verändert werden können. Reflexionsgespräche werden regelmäßig (1X/Woche) eingesetzt, um die Zielerreichung zu überprüfen. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Planung, bspw. durch komplexere oder niedrigschwelligere Angebote. Grundsätzlich steht die stufenweise Heranführung an komplexe Tätigkeiten im Vordergrund, (Level 1-3 im Kapitel Arbeitstherapie näher beschrieben), die zur Vorbereitung für die Arbeitstherapie genutzt werden können. Ebenso elementar ist die Entwicklung einer Tagesstruktur, Einübung sozialer Interaktion, sowie weiterer therapeutisch relevanter Aspekte, wie z.B. einer im Verlauf selbständigeren Arbeitsweise, Einhaltung von Regeln am Arbeitsplatz, wie den sorgsamem Umgang mit Arbeitsmaterialien und Arbeitsplatzgestaltung. Die Ergotherapie bietet Möglichkeiten zum Erlernen einer angemessenen Freizeitgestaltung, auch über die Therapie hinaus. Ressourcen werden gefördert durch den Einsatz verschiedenster kreativer Materialien, die sich der Patient bewusst aussucht und durch die Therapeutin nähergebracht werden. Im Umgang mit dem Material werden Defizite sichtbar und mit dem Patient besprochen, Strategien zur Problemlösefähigkeit entwickelt und angewendet. Patienten mit sehr unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeitsstörungen aber auch sehr voneinander abweichenden Lebenserfahrungen, Patienten mit Migrationshintergrund oder Hafterfahrungen, sowie Erfahrungen mit Psychiatrie treffen hier aufeinander. Die Präsenz der Therapeutin ist hier von größter Wichtigkeit, um die Patienten zu sensibilisieren, miteinander in Kontakt zu treten, auch wenn sich zunächst Gräben auftun, die schwer überwindbar scheinen. Das offene und angemessene Ansprechen von Konfliktsituationen kann zu einer schrittweisen Bewältigung problematischer Verhaltensweisen beitragen und in einer realitätsnahen Form geübt und verändert werden.

Bei ausgeprägten kognitiven Störungen (Lern- Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen) kommt das computergestützte Hirnleistungstraining Cogpack zum Einsatz, welches in Einzeltherapieeinheiten zu jeweils 45 Minuten 2x pro Woche angeboten wird.

4.7.5.2. Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie in der FKE stellt einen wesentlichen Bestandteil in der medizinischen Rehabilitation dar. Sie trägt innerhalb der Tages- und Wochenstruktur dazu bei, dass die Rehabilitanden wieder mit einem regelmäßigen Tagesablauf konfrontiert werden und im Verlauf der Therapie lernen, sich mit Zeitstrukturen auseinanderzusetzen. Nach der Eingewöhnungszeit in der Ergotherapie wechseln die Rehabilitanden in die Bereiche der Arbeitstherapie. Je nach Verlauf, Zielsetzung und Leistungsvermögen werden bedarfsgerechte Angebote in der Arbeitstherapie bereitgestellt.

Grundsätzlich werden zusammen mit dem Rehabilitanden die individuellen Zielsetzungen besprochen, damit der Einsatz in den jeweiligen Bereichen transparent und nachvollziehbar ist. Hierfür wurden für jeden Bereich verschiedene Level festgelegt und durch Anforderungsprofile beschrieben.

Beispiele:

Level 1: niedrighschwelliges Angebot

Schritt für Schritt Anleitungen; ggf. flexible Zeiteinteilung je nach Befindlichkeit des Rehabilitanden; geringe Anforderungen an kognitive Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit oder Handlungsplanung; Hinführung zu sorgfältigem Arbeiten, strukturierter Arbeitsplatzgestaltung und sorgsamem Umgang mit Arbeitsmaterialien; Einhaltung der Regeln; Vermeidung von Stressfaktoren wie Reizüberflutung und Zeitdruck. Selbstwirksamkeit fördern, ressourcenorientiertes Arbeiten.

Level 2: Förderung der Selbständigkeit

Einhaltung der Tagesstruktur; Hinführung zur Umsetzung eigener Ideen, eigenständige Handlungsplanung und Umsetzung, ggf. mit Unterstützung durch die Therapeuten (so wenig wie möglich, so viel wie nötig), Teamarbeit; Absprachen einhalten können; Erarbeitung von Strategien zur Konfliktlösung und Kritikfähigkeit, Förderung der Kommunikation-Kontaktfähigkeit.

Level 3: Förderung der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung

Komplexe Arbeitsanforderungen, selbständige Planung und Umsetzung, Führungsaufgaben im Rahmen der Teamarbeit; Flexibilität/ Umstellungsfähigkeit; soziales Engagement (Patenschaften, Organisation von Hausführungen, Kioskbeauftragter); Planung und Durchführung von Aktivitäten (Turniere, Freizeitangebote).

Die stufenweise Heranführung der Rehabilitanden an die Grundanforderungen des Arbeitslebens wird somit sichergestellt, der Schwierigkeitsgrad kontrolliert und stufenweise gesteigert. Der Rehabilitand bekommt im Rahmen von Reflexionsgesprächen (1x wöchentlich) eine Rückmeldung seines Leistungsvermögens, sowie seines Verhaltens gegenüber Therapeuten und anderen Rehabilitanden, um zu einer realistischen Selbsteinschätzung zu gelangen. Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung werden thematisiert und bearbeitet. Ggf. werden Ziele neu definiert und dem individuellen Bedarf der Rehabilitanden angepasst.

Zur Förderung der lebenspraktischen Fähigkeiten stehen vor allem die Arbeitsbereiche Hausreinigung, Wäscherei, Näherei, Recycling und der Küchenbereich zur Verfügung. Die Rehabilitanden lernen, wie sie die größtmögliche Selbständigkeit wiedererlangen, um den Alltag strukturieren zu können.

Zur Förderung der handwerklichen und instrumentellen Fähigkeiten stehen Arbeitsbereiche wie Schreinerei, Hausmeisterwerkstatt, Gärtnerei und Projektarbeiten zur Verfügung, die individuell auf die Rehabilitanden zugeschnitten werden können (verschiedene Level). Es stehen Einzel- sowie Gruppenarbeitsplätze zur Verfügung.

Das Leistungsprofil des Rehabilitanden wird zum einen über das Instrument MELBA erfasst, zum anderen fortlaufend wöchentlich mit einer Einschätzung durch den Arbeitstherapeuten untermauert, unter der Berücksichtigung von Förderfaktoren und dem Ziel Barrieren abzubauen.

Lehrküche

Im Rahmen der Arbeitstherapie findet eine Kochgruppe in der Lehrküche statt. Die Rehabilitanden werden in Gruppen bis maximal 6 Personen eingeteilt, die über vier Wochen zweimal wöchentlich in Küchentechnik und Ernährungslehre unterwiesen werden. Die Teilnahme an den Unterweisungen dient in erster Linie der Einübung der Selbstversorgung und der Vorbereitung zum Arbeitstherapieeinsatz im Bereich Klinikküche. Schwerpunkte der Unterweisungseinheiten:

- Arbeitsplatzgestaltung
- Wiegen und Messen
- Garverfahren
- Stärkeprodukte
- Fleischzubereitung
- Fischzubereitung
- Verwendung von Eiern
- Planung eines Mittagessens

In Ergänzung zu den internen Belehrungen werden alle Rehabilitanden vom Gesundheitsamt mündlich und schriftlich über die in § 42 Abs.1 Infektionsschutzgesetz genannten Tätigkeitsverbote und die Verpflichtungen nach § 43, Absätze 2, 4 und 5 belehrt. Jeder Rehabilitand erhält auf Wunsch eine Kopie der Teilnahmebescheinigung.

4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Die Aufgabe des Bereiches Sport- und Bewegungstherapie ist es den Rehabilitanden gemäß Aktivität und Teilhabe an das Arbeitsleben und die Gesellschaft heran zu führen. Dies geschieht unter Nutzung vorhandener Fähigkeiten, Erörterung von Beeinträchtigungen oder kompensatorischen Fähigkeiten, bzw. Aufdecken von Feldern mit Entwicklungspotential. An Hand eines zu Beginn gemeinsam ausgefüllten anamnestischen Fragebogen werden individuelle Zielstellungen abgesteckt und ein Therapieplan mit Teilzielen und Feedbackgesprächen formuliert. Diese Ziele umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Defiziten im Bereich der körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie bei muskuloskelettalen Erkrankungen, aber auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Grundfähigkeiten wie Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit und sozialen Fähigkeiten (z.B. Teamwork, Umgang in der Gruppe und Kritikfähigkeit). Die Leistungen zur Teilhabe in der Gesellschaft beinhalten die Entwicklung von adäquaten Fähigkeiten wie adäquater Umgang in einer Gruppe, Selbstgewissheit und Aufbau einer befriedigenden Freizeitgestaltung. Des Weiteren werden durch Sport- und Bewegungstherapie die realistische Selbsteinschätzung, Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit gefördert. Die Bearbeitung dieser Ziele erfolgt durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachbereichen Medizin, Arbeitstherapie und Psychotherapie. Das Sportangebot umfasst unter anderem die Bereiche Bewegungstherapie zur Entwicklung eines gesunden Körpergefühls, den Bereich Krafttraining für die Wirbelsäule mit präventiv-rehabilitativem Charakter, den Bereich Gewichtsreduktion und allgemeine Ausdauer und die Sportspiele zum Einüben von sozialen Verhaltensmustern.

Bereich Bewegungstherapie: BWT (1x/Woche 75min)

Hier sollen die Rehabilitanden durch Bewegung und Sport ein gesundes Körpergefühl entwickeln und grundlegende Bewegungsmuster im Sinne der neuen deutschen Rückenschule vermittelt bekommen. Dieses Programm ist für alle Patienten verpflichtend .

Bereich Krafttraining Wirbelsäule: KTWS (1x/Woche 75min)

Hier bekommen Rehabilitanden mit entsprechender Indikation ein trainingsplangestütztes Programm zum Teil unter therapeutischer Führung, aber auch mit eigenständigen und selbstverantwortlichen Phasen. Ist und Soll-Zustand, sowie eine Leistungsentwicklung

werden zu Beginn und dann in regelmäßigen Abständen getestet (Fähigkeiten: Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Konzentration und Merkfähigkeit, Selbstwirksamkeit).

Bereich allgemeine Ausdauer: GLA (1x/Woche 75min)

Je nach Leistungslevel und Interesse wird auf einen Volkslauf hin trainiert, oder an der Grundlagenausdauer gearbeitet. Die Gruppen werden zum Teil durch einen verantwortlichen Rehabilitanden begleitet, wodurch Eigenverantwortlichkeit gefördert wird (Fähigkeiten: Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Ausdauer, Selbstwirksamkeit).

Bereich Sportspiel: SPOSP (1x/Woche 75min)

Durch die Möglichkeit der Mitbenutzung städtischer Sportstätten wird in regelmäßigen Abständen Volleyball und Fußball angeboten, auch Badminton, Tischtennis und Basketball ist in der hauseigenen Sporthalle möglich. Diese Therapien sind freiwillig.

4.7.7. Freizeitangebote

Tagesbeginn:

Der Tag wird gemeinsam im Speisesaal begonnen. Hier treffen sich alle Hausbewohner unter Aufsicht des Nachtdienstmitarbeiters, um die Befindlichkeit zu überprüfen. Danach gibt es je nach Wetter zwei Bereiche zur Auswahl.

Morgenrunde: MORU

Der morgendliche Spaziergang dient dem Raucherentwöhnungstraining und der Schulung der körperlichen Ausdauer (Patienten mit Gewichtsproblematik). Aufgabe ist es gemeinsam den Tag mit Bewegung zu beginnen. Es ist der erste Schritt unter Eigenanleitung den Aufenthalt an der frischen Luft nicht mit einer Zigarette zu koppeln.

Mobilitätszirkel: MOBI

Zur weiteren Auswahl steht die Teilnahme an einem Mobilitätszirkel. Durch einmal wöchentliche Instruktionen durch den MA Sport und Freizeit, werden die Übungen erlernt. Die weiteren Tage begleitet ein Rehabilitand als Sportbeauftragter die Gruppe. Verbesserung des Körperempfindens und Eigenverantwortung stehen hier im Vordergrund.

Aktive Freizeit: AF

Hobby – warum, wie und mit wem? Um die Rehabilitanden wieder an eine aktive eigenverantwortliche Freizeitgestaltung heran zu führen, gibt es die „aktive Freizeit“ (AF). In den ersten 4 Wochen geht es darum heraus zu finden, welche Interessen und Beschäftigungen Spaß bereiten. Die Kurswahl findet in Absprache mit dem Bezugstherapeuten und dem Mitarbeiter für Sport & Freizeit, basierend auf den zu Beginn erfragten persönlichen Interessen, Hobbies und Freizeitverhalten statt. Im Anschluss werden Hilfestellungen gegeben, wie diese Interessen auch im weiteren Leben aufrechterhalten werden können.

Angebote unter Anleitung:

- Mathematikunterricht
- Englischunterricht

Eigenverantwortliche Bereiche:

- Gesellschaftsspiele
- Bibliothek
- Sport: Tischtennis, Krafttraining, Darts, Tischkicker, Volleyball, Federball, Basketball, Jogging
- Musikraum
- Ergotherapie

Kultur: KU

Die Kulturausflüge sollen den Rehabilitanden Anregungen für sinnvolle Freizeitbeschäftigungen geben. Hier werden Ausflüge in Museen, Ausstellungen, Zoos und zu Sehenswürdigkeiten durchgeführt.

Regelmäßige Ausflüge und Exkursionen: EXKUR

Je nach Therapie- und Interessensgruppe werden unterschiedliche Ausflüge für ausgewählte Rehabilitanden unternommen. Passend zu den gewählten Freizeitinteressen und Hobbys sind u.a. Fußball-Freundschaftsspiele, Volleyballturniere gegen andere Einrichtungen, Theaterbesuche im Mannheimer Nationaltheater, Teilnahme an Laufveranstaltungen, Kanu-Touren, Hochseilgartenbesuche, sowie Schwimmbad und Saunabesuche in regelmäßigen Abständen auf dem Therapiefahrplan.

Wochenend-Ausgänge:

Für das Wochenende planen die Rehabilitanden mittwochs in der Orga-Gruppe mit Unterstützung eines Mitarbeiters ihre Ausgänge. Hier werden auch mögliche Risiken eines Ausganges in die nähere Umgebung oder nach Heidelberg besprochen.

Sonntagswanderung: SOWA

Die Sonntagswanderungen sind für alle sich im ersten Therapiemonat befindlichen Rehabilitanden verpflichtend. Erfahrenere Rehabilitanden fungieren als Wanderführer.

Wochenplan Sport und Freizeit:

Zeit/Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
07:00							
07:20-7:40	MORU/ MOBI	MORU /MOBI	MORU/ MOBI	MORU/ MOBI	MORU/ MOBI		
8:30							
9:30-10:45		Deutsch	Orga- Gruppe	BWT	BWT		
11:00- 12:15		Deutsch					
12:30/ 13:00						Ausgänge	Ausgän ge
14:00-5:15	KTWS	SPOSP			EXKUR		KU/SO WA
15:30-6:30	GLA	SPOSP	Lauf- /Fahrrad TEAM		Lauf- /Fahrrad TEAM	Lauf- /Fahrrad TEAM	
17:00							
19:00- 20:00	Mathe/AF	AF	Englisch/A F	Kiosk	AF		

4.7.8. Sozialdienst

Der Sozialdienst fördert die Alltags- und soziale Handlungskompetenz der Rehabilitanden und ihre Fähigkeiten, Alltagsanforderungen mittels Hinführung zu den Hilfs- und Unterstützungsquellen besser bewältigen zu können.

Die meisten Rehabilitanden kommen mit einer Vielzahl sozialer Probleme in die Einrichtung. Neben der Unterstützung und Hilfestellung in den unten aufgeführten Bereichen geht es um die Vermittlung des übergeordneten Zieles der Einübung sozialer Handlungskompetenz und der Förderung autonomer Lernschritte. Es gilt die Fähigkeit der Rehabilitanden zu fördern, die eigenen Angelegenheiten selbstständig Schritt für Schritt zu erledigen. In Beratungsgesprächen wird das Vorgehen festgelegt und eingeübt. Die Kontrolle über

vereinbarte Vorgänge, wie Schriftverkehr und Telefonate sind vor allem in der Anfangszeit der Therapie bei vielen Rehabilitanden notwendig, um Defizite zu identifizieren und erforderliche Kompetenzen zu vermitteln.

Aufgaben der Sozialberatung:

- **Sozialrechtliche Beratung / Wirtschaftliche Sicherung:** Klärung der sozialrechtlichen Situation der Rehabilitanden, insbesondere im Hinblick auf die wirtschaftliche Sicherung. Ansprüche auf Übergangsgeld, Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe sowie der Krankenversicherungsstatus etc. müssen geprüft und gegebenenfalls durch entsprechende Schreiben, Anfragen und Aufforderungen in die Wege geleitet werden. Es erfolgt auch individuell eine Begleitung und Unterstützung bei Kontakt(-aufnahme) zu Ämtern und Behörden.
- **Schuldnerberatung:** Im Rahmen der Therapie kann eine Schuldenregulierung eingeleitet werden. Beratungsgespräche in der Einrichtung, Hilfe beim Ausfüllen von Formularen und eventuell ein Weiterverweisen an eine spezifische Beratungsstelle sind häufig von Nöten.
- **Klärung der juristischen Situation:** In Zusammenarbeit mit den Justizorganen und den Drogenberatungsstellen müssen anfallende Gerichtstermine, Zeugenaussagen, Bewährungsaufgaben etc. erfasst und überprüft und Kontakt zu Bewährungshelfern hergestellt werden. Das Verfahren bei Vorladungen vor Gericht muss abgestimmt und koordiniert werden. Fallweise erfolgt auch eine Begleitung zu Gerichtsverhandlungen. Anfallende Anfragen und Bescheinigungen müssen bearbeitet bzw. erstellt werden.

4.7.9. Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung

Ernährungstraining

Da einige der Rehabilitanden an ernährungsbedingten Zusatzerkrankungen leiden, bietet die Fachklinik Ernährungsberatung mit Ernährungstraining an.

Dabei werden die Teilnehmer über die Ursachen, Auswirkungen und Folgen fehlerhafter Ernährung aufgeklärt. Es wird versucht ein Verständnis für gesunde ausgewogene Ernährung zu entwickeln und die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Körperfunktionen aufgezeigt.

Grundlage der Ernährungsberatung ist ein Anamnesegespräch und ein Ernährungsprotokoll, das der Rehabilitand führt.

In einem Zirkeltraining in Kleingruppen werden dann Grundkenntnisse zu den Themen *Nahrungsmittel und ihre Inhaltsstoffe* sowie *Rund um die Energie* vermittelt.

Ernährungsprotokolle geben Aufschluss über die erworbenen Kenntnisse und Verhaltensänderungen bei der Ernährung.

Bei Bedarf wird ein individuelles Ernährungsprogramm zusammengestellt.

In der psychoedukativen „Medizingruppe“ werden durch den Facharzt für Allgemeinmedizin relevante Kenntnisse über wichtige mit dem Drogenkonsum assoziierte Erkrankungen (z.B. Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis und Übertragungswege etc.) vermittelt.

In der von den Krankenschwestern durchgeführten Hygienegruppe werden Wohnraum-, Körper-, Wäsche- und Küchenhygiene besprochen.

4.7.10. Angehörigenarbeit

Auf dem Hintergrund unserer traditionellen Orientierung am systemisch-familientherapeutischen Ansatz der Mailänder Schule um Mara Selvini-Palazzoli und dessen Weiterentwicklungen ist die Einbeziehung der Angehörigen unserer Rehabilitanden in den therapeutischen Prozess ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapiemaßnahme, sofern der Betroffene und seine Familienangehörigen damit einverstanden sind. Zum einen muss die Betroffenheit und das (Mit-)Leiden der Angehörigen gesehen und gewürdigt werden, zumal diese nicht selten ebenfalls unter psychischen Problemen oder Erkrankungen leiden, zum

anderen darf deren Unterstützung und Mitwirkung am nachhaltigen Erfolg der stationären Maßnahme nicht unterschätzt werden. In den meisten Fällen sind die Familienangehörigen die einzigen, trotz der vielfältigen und oft über Jahre währenden Konflikte und Belastungen noch stabilen sozialen Beziehungen der Rehabilitanden. Darüber hinaus können die im Kontakt mit Familienangehörigen gewonnenen fremdanamnestic Informationen wichtige Hinweise auf eine bessere diagnostische Einschätzung des Rehabilitanden oder der Beziehungsdynamik im familiären System geben. Gerade im Sinne der ICF erscheint die Einbeziehung der wichtigsten Bezugspersonen nicht nur für die Klärung der bestehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf interpersonelle Interaktionen und Beziehungen sondern auch zur Berücksichtigung der und möglicherweise Einwirkung auf die fördernden und/oder hemmenden Kontextfaktoren wesentlich.

Unter den Angehörigen werden alle für den Rehabilitanden wichtigen, in der Gegenwart oder der Vergangenheit relevanten Bezugspersonen verstanden, zu denen eine kontinuierliche Beziehung bestand oder noch besteht. Damit sind vor allem die Ehe- und Lebenspartner sowie die Mitglieder der Herkunftsfamilie (Eltern, Geschwister, Großeltern) gemeint. Es können aber im Einzelfall durchaus auch andere wichtige Bezugspersonen sein (z.B. Betreuer, Freunde o.ä.). Bereits bei der Aufnahme werden die Rehabilitanden u.a. auch aus Gründen der Schweigepflicht (z.B. zur Erteilung von Auskünften am Telefon) nach den relevanten Bezugspersonen befragt.

Insgesamt sind die verfolgten Ziele der Angehörigenarbeit in der Fachklinik:

- die Information und Aufklärung der Angehörigen über wesentliche Aspekte der Suchterkrankung und deren Bewältigung sowie über den Therapie- bzw. Rehabilitationsprozess;
- die Besprechung und bestenfalls Beseitigung möglicher Hindernisse für einen erfolgversprechenden Rehabilitationsprozess;
- die Herausarbeitung und Förderung familiärer Ressourcen im Sinne von Unterstützung und Entwicklungsmöglichkeiten
- die Begleitung und Förderung der Coevolution z.B. im Hinblick auf eine verstärkte Autonomieentwicklung des Rehabilitanden;
- die Anregung weitergehender Unterstützungs- und gegebenenfalls therapeutischer Maßnahmen für Angehörige.

Die Angehörigenarbeit findet in unserer Einrichtung in folgenden Formen statt:

- Bei der Aufnahme, während den Besuchen von Angehörigen oder bei der Entlassung können auf Wunsch des Rehabilitanden, der Angehörigen oder des Bezugstherapeuten nach vorheriger Vereinbarung therapeutische Kurzgespräche stattfinden.
- Sofern eine Schweigepflichtsentbindung des betreffenden Rehabilitanden vorliegt, steht der Bezugstherapeut auch den Angehörigen bei telefonischen Nachfragen zur Verfügung, wobei es sich aus therapeutischen Gründen oft als sinnvoll erweist, den Rehabilitanden beim Telefonat direkt hinzuzuziehen.
- Regelmäßig stattfindende Informationsveranstaltungen für Angehörige (Angehörigenseminare) führen wir derzeit nicht mehr durch, da diese aufgrund des häufig bundesweiten Einzugsgebietes und des weiten Anreisewegs der Angehörigen zuletzt eine abnehmende Resonanz erfuhren. Bei Bedarf können diese jedoch wieder eingeführt werden.
- Im Rahmen einer Krisenintervention (bei Abbruchkrisen, Motivations- oder Disziplinproblemen) kann es entsprechend einem angemessenen therapeutischen Vorgehen unter Umständen kurzfristig zu einer zeitnah vereinbarten einmaligen Familienkonsultation kommen, wobei sich die Einbeziehung der Familienangehörigen oft als konstruktiv und zielführend im Sinne einer konstruktiven Krisenbewältigung zur Fortsetzung der stationären Maßnahme erwiesen hat.
- Die Durchführung einer systemischen Familientherapie ist auf Wunsch des Rehabilitanden oder seiner Familienangehörigen sowie auf Initiative des zuständigen

Bezugstherapeuten im Einzelfall möglich, sofern eine Indikation hierfür besteht und der Rehabilitand sich damit einverstanden erklärt. Hierunter ist die wiederholte Einbeziehung des relevanten familiären Kontextes in den therapeutischen Prozess zu verstehen, wobei die familientherapeutischen Gespräche in unterschiedlichen zeitlichen Abständen und Zusammensetzungen mit dem Bezugstherapeuten zu vorher vereinbarten Terminen unter der Woche stattfinden. Diese dauern in der Regel 90 Minuten. Die Einbeziehung der Familie kann zunächst immer nur als eine Empfehlung gesehen werden, welche das Einverständnis und die Mitwirkung aller daran beteiligten Personen voraussetzt.

- Im Einzelfall ist es auf Wunsch des Rehabilitanden bzw. auf Initiative des Bezugstherapeuten nicht nur möglich, Paargespräche mit bereits bestehenden Lebenspartnern durchzuführen, sondern bei entsprechender Indikation auch mit Rehabilitanden, die während der Therapiemaßnahme eine Partnerschaft eingehen. Diese dienen in erster Linie zur Klärung von aktuellen Sachverhalten die Beziehung und die Therapie betreffend.

4.7.11. Rückfallmanagement

Bei der stationären Rehabilitation in der Fachklinik Eiterbach handelt es sich um ein abstinenzorientiertes Angebot, welches u.a. die dauerhafte Fähigkeit zur Abstinenz von Suchtmitteln zum Ziel hat. Gleichzeitig ist die Forderung nach der aktuellen Abstinenz von allen Suchtmitteln (abgesehen von Tabak und Kaffee bzw. koffeinhaltigen Getränken) ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsvertrags und unverzichtbare Voraussetzung für eine sinnvolle und erfolgversprechende Therapiemaßnahme. Dieses scheinbare Paradoxon, dass das Ziel der Behandlung gleichzeitig auch als Voraussetzung für die Behandlung gesehen wird, lässt sich nur dadurch auflösen, dass die Einübung neuer Verhaltensweisen, die Auseinandersetzung mit den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten und Problemen sowie die gleichzeitige Veränderung gewohnter Denk-, Einstellungs- und Erlebensmuster unter abstinenter Bedingungen im beschützenden Rahmen als wesentliches therapeutisches Agens betrachtet wird.

Dennoch ist bekannt, dass Rückfälle (im Sinne einer Rückkehr zu dem gewohnten Verhalten des Suchtmittelkonsums oder auch zu anderen, mit dem Suchtmittelkonsum assoziierten Verhaltensweisen) zum Wesen der Abhängigkeitserkrankung gehören und auf längere Sicht eine positive Entwicklung und einen Erfolg der Therapiemaßnahme nicht verhindern. Wie u.a. Klos & Görden (2009) belegen, zeigen die Ergebnisse der Rückfallforschung neben einer hohen Rückfallgefährdung drogenabhängiger Menschen aufgrund der Chronizität ihrer Erkrankung, dass "durch die Dauer der Behandlung und die Regelmäßigkeit ihres Abschlusses entsprechend den therapeutischen Konzepten und individuellen Behandlungszielen die Rückfallgefährdung reduziert und insbesondere die individuellen Bewältigungsstrategien der Patienten bei auftretenden Rückfällen verbessert werden können." Entsprechend dem prozessorientierten sozial-kognitiven Rückfallmodell von Marlatt & Gordon (1985) und dem Transtheoretischen Veränderungsmodell von Prochaska & DiClemente (1982) ist also weniger das Auftreten von Rückfällen sondern vielmehr der Umgang damit entscheidend.

Dem entsprechend gibt es in der Fachklinik Eiterbach keine pauschale und allgemein geltende Vorgehensweise bei Rückfällen mit Suchtmitteln sondern einen jeweils spezifischen Umgang, bei dem die individuelle Person, Situation, der vorausgegangene Behandlungsprozess sowie auch das Umfeld berücksichtigt werden müssen.

Zunächst steht von Beginn der Behandlung an die **Rückfallvorbeugung** im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen. Diese beginnt mit einem nicht tabuisierenden Umgang mit der Problematik, so dass sowohl die Möglichkeit rückfälligen Verhaltens als auch die Bedeutung des Umgangs damit in den psychotherapeutischen Bezugsgruppen und im Rahmen der psychoedukativen Gruppe thematisiert wird. Darüber hinaus werden ausgewählte Module des Rückfallprophylaxetrainings von Klos & Görden (2009) in den therapeutischen Gruppensitzungen angewandt. Nach unserer Erfahrung sind es weniger die

therapeutischerseits angedrohten Sanktionen oder Konsequenzen (z.B. disziplinarische Entlassung bei Rückfälligkeit) sondern vielmehr die Atmosphäre und die gegenseitige soziale Kontrolle der Rehabilitanden, die dazu beitragen, Rückfälle in der Einrichtung zu vermeiden.

Ein zweites Element des Rückfallmanagements sind die regelmäßig durchgeführten **Maßnahmen zur Rückfallerkennung**. Neben den indirekten Hinweisen, die vom therapeutischen Team ständig beachtet und mit den Rehabilitanden thematisiert werden (abweisende bis feindselige Gruppenatmosphäre, "rückfälliges" Verhalten wie Drogengespräche oder andere, mit dem früheren Suchtmittelkonsum assoziierte Verhaltensweisen, Gruppenbildung oder Ausgrenzung einzelner Gruppenmitglieder, verstärkt auftretende emotionale Krisen bei "schwachen" Rehabilitanden mit Zusatzdiagnose) werden regelmäßige Atemalkoholkontrollen (Routinekontrollen nach Ausgängen oder Wochenendheimfahrten, Verdachtskontrollen) und Drogenscreenings des Urins (auf unterschiedliche Drogen einschließlich Kräutermischungen sowie auf Medikamente und Ethylgluconurid) durchgeführt. Letztere erfolgen als Routinekontrollen durchschnittlich alle 3-4 Wochen, als Verdachtskontrollen auch häufiger.

Ist es bei einem Rehabilitanden zu einem Rückfall gekommen, so steht nach einer gegebenenfalls unmittelbar notwendigen **medizinischen Krisenintervention** (Verhinderung intoxikationsbedingter Schäden v.a. bei Mischkonsum durch ärztliche Konsultation und/oder Krankenseinweisung zur Detoxifikation) die Aufklärung des Rückfalls und seiner Umstände im Vordergrund (was wurde konsumiert, wer war beteiligt, sind noch Suchtmittel verfügbar, handelt es sich um ein einmaliges Ereignis oder um einen länger andauernden Prozess, geschah der Rückfall im Haus oder außerhalb usw.). Nach der Klärung der wichtigsten offenen Fragen und weiteren möglicherweise notwendigen Kriseninterventionsgesprächen wird der Sachverhalt im Rahmen einer zeitnah durchgeführten Fallbesprechung im therapeutischen Team besprochen, zu dem unter Umständen auch die beteiligten Rehabilitanden hinzugezogen werden können (z.B. zur Aufklärung von Widersprüchen oder noch bestehenden Unklarheiten). In diesem Rahmen wird ebenfalls über eine Weiterbehandlung und die zu ziehenden Konsequenzen für den weiteren Behandlungsverlauf (z.B. möglicherweise angemessene Sanktionen) entschieden.

Ob dem Rehabilitanden die **Möglichkeit der Rückfallbearbeitung** gegeben wird oder eine disziplinarische Entlassung erfolgen muss, wird individuell unter Berücksichtigung der persönlichen Situation, des bisherigen Behandlungsverlaufs, des Ausmaßes sowie der Umstände der Rückfälligkeit, der Einstellung und der Wünsche des Betroffenen und nicht zuletzt des Kontextes entschieden.

Die Entscheidung für eine Fortsetzung der Therapiemaßnahme mit dem Ziel einer konstruktiven Rückfallbearbeitung hängt im Wesentlichen von der prognostischen Einschätzung ab, nämlich ob der Rehabilitand willens und in der Lage ist, sich mit dem aktuellen Rückfallprozess auseinanderzusetzen, sich auf dessen therapeutische Bearbeitung einzulassen und die Abstinenz von Suchtmitteln zumindest für den Zeitraum der Therapiemaßnahme zu gewährleisten. Dabei können folgende Kriterien für die Bewertung der Situation und für die Entscheidung maßgeblich sein:

- fand der Rückfall innerhalb oder außerhalb der Einrichtung statt
- waren andere Rehabilitanden beteiligt bzw. wurden andere Personen durch den Betroffenen in den Rückfallprozess hineingezogen oder "verführt"
- handelt es sich um einen einmaligen "Ausrutscher" oder um einen kontinuierlichen Prozess mehrerer Rückfälle
- wie kam es zur Aufdeckung des Rückfalls ("freiwilliges Geständnis" oder durch äußere Kontrolle)
- hat der Betroffene den Rückfall verleugnet oder zugegeben, ist er bereit, dazu zu "stehen"
- steht der Rückfall im Zusammenhang mit anderen Regelverstößen oder gar Straftaten

- ist der bisherige Behandlungsverlauf positiv zu werten oder war er von Anfang an problematisch
- wie ist die therapeutische Beziehung einzuschätzen, wie weit wurde das Vertrauensverhältnis gestört
- kann oder will der Betroffene seinen Suchtmittelkonsum einstellen
- könnte eine Weiterbehandlung andere Rehabilitanden gefährden

4.7.12. Gesundheits- und Krankheitspflege

Das Pflegepersonal ist für die Organisation und Umsetzung der Anordnungen aus der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Sprechstunde verantwortlich. Das Richten und die Kontrolle der Richtigkeit der verordneten Medikamente fallen ebenfalls in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals. Weitere Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege sind folgende:

- Planung der Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen sowie der erforderlichen Blutentnahmen mit entsprechender Terminierung.
- Organisation erforderlicher zahnärztlicher Behandlungen, Terminvereinbarung bei notwendigen Facharzt-Besuchen, gegebenenfalls Begleitung und/oder Organisation der entsprechenden Krankenfahrten.
- Durchführung von Verbandswechseln nach ärztlicher Verordnung, Erstversorgung bei Verletzungen und sonstigen medizinischen Beschwerden sowie Koordination der gegebenenfalls fachärztlichen und/oder stationären Weiterbehandlung.
- Durchführung routinemäßiger Urindrogenscreenings und Atemalkoholkontrollen, ebenso auch in Verdachtsfällen.

Durch die Pflege werden auch entsprechende Gesundheits- und Hygieneschulungen in den Bereichen Küchen-, Körper-, Wohnraum- und Wäschehygiene durchgeführt.

4.7.13. Weitere Leistungen

Zur Fachklinik Eiterbach gehören auch die Adaption in Heidelberg mit 15 Plätzen, das Betreute Wohnen in Heidelberg mit 12 Plätzen und eine Fachambulanz.

4.7.14. Beendigung der Leistung

Die Planung und Vorbereitung der Entlassung des Rehabilitanden beginnt mit der Besprechung und Festlegung eines definitiven Entlassungstermins im Zusammenhang mit der zweiten Indikationskonferenz, etwa 8 Wochen vor dem geplanten Entlassungstermin. Dabei werden nicht nur der Entlassungsmodus (regulär oder Weiterbehandlung in einer Adaptionseinrichtung) festgelegt sondern auch weiterführende Maßnahmen (Ort der Adaption, stationäre oder ambulante Nachsorge, betreutes Wohnen, Maßnahmen zur Rehabilitation psychisch Kranker bzw. zur Wiedereingliederung, Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation oder zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, ambulante Hilfen wie Suchtberatung oder Psychotherapie) mit dem Rehabilitanden besprochen und ausgewählt. Stimmen die Wünsche des Rehabilitanden mit den Vorstellungen des Bezugstherapeuten nicht überein, so wird dies in der entsprechenden Indikationskonferenz besprochen und geklärt. Maßgeblich für die definitive Entscheidung hinsichtlich der Indikation für eine Adaptionsbehandlung sind neben der aktuellen sozialen und beruflichen Situation des Rehabilitanden auch die Vorgaben des Leistungsträgers (bestehende Kostenzusage für die Adaption).

Die eigentliche entlassvorbereitende Phase beginnt 4 Wochen vor dem Behandlungsende mit folgenden möglichen Maßnahmen, die vorher mit dem Rehabilitanden abgesprochen werden:

- Maßnahmen zur externen Belastungserprobung (interne oder externe Praktika, Heimfahrten, "Sozialtrainings-Ausgänge");
- Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle;
- Vorstellung in Adaptions- oder Nachsorgeeinrichtungen;
- Arbeitsamtsbesuche (z.B. Kontakt mit Reha - Beratern);
- Kontakte mit anderen Stellen oder Einrichtungen (z.B. Teilnahme an Informationsveranstaltungen der Adaptionseinrichtungen oder anderer Rehabilitationsträger wie BTZ);
- Kontaktaufnahme bzw. Gespräche mit dem Arbeitgeber und gegebenenfalls Beantragung bzw. Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur stufenweisen Wiedereingliederung;
- gegebenenfalls ein abschließendes Familiengespräch.

In der Woche vor dem Entlassungstermin erfolgen die sozialmedizinische Entlassungsuntersuchung sowie ein abschließendes bilanzierendes Gespräch mit dem Bezugstherapeuten. Dabei wird die aktuelle Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit unter Einbeziehung des zuständigen Mitarbeiters der Ergo- bzw. Arbeitstherapie besprochen und eingeschätzt. Zudem findet in der jeweiligen Bezugsgruppe sowie in der wöchentlichen Hausversammlung eine reflektierende Verabschiedung statt.

Die zeitnahe Erstellung des Entlassungsberichts nach dem Leitfaden der DRV ist hinsichtlich der Zuständigkeiten und des organisatorischen bzw. zeitlichen Ablaufs als Prozess im Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt, so dass eine fristgerechte Übersendung des Entlassungsberichts an den Leistungsträger erfolgen kann.

Die stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme kann als regulär beendet angesehen werden, wenn

- die vorher formulierten und vereinbarten Behandlungsziele weitgehend erreicht sind und keine weitergehenden Behandlungsziele festgelegt bzw. mit dem Rehabilitanden vereinbart wurden;
- der Rehabilitand als ausreichend psychisch stabil angesehen werden kann und von einer positiven Prognose hinsichtlich der Abstinenz von Suchtmitteln ausgegangen werden muss;
- eine weiterführende Behandlung oder Maßnahme (ambulant, teilstationär oder stationär) geklärt ist und entsprechende Vorbereitungen getroffen wurden;
- die Kostenzusage des Leistungsträgers abgelaufen ist, eine Verlängerung aus bestimmten Gründen nicht mehr möglich ist und die Entlassung des Rehabilitanden aufgrund seiner Stabilität oder geeigneten Nachfolgemeasures verantwortet werden kann, ohne diesen ernsthaft zu gefährden.

Eine vorzeitige (reguläre) Entlassung kann auf Wunsch des Rehabilitanden sowie auf Initiative des Bezugstherapeuten erfolgen, wenn

- die formulierten und vereinbarten Behandlungsziele weitgehend erreicht sind oder die vereinbarten Therapieziele (z.B. wegen veränderter Rahmenbedingungen) nicht mehr aktuell sind;
- der Rehabilitand als ausreichend psychisch stabil angesehen werden kann und von einer positiven Prognose hinsichtlich der Abstinenz von Suchtmitteln ausgegangen werden muss;
- der Rehabilitand nach der Entlassung über eine geeignete Tagesstruktur (Arbeit, Beschäftigungsmaßnahme oder Behandlungsprogramm) sowie über ein drogenfreies und nicht gefährdendes Umfeld verfügt;
- und angemessene weiterführende Maßnahmen (z.B. ambulante Nachsorge) vereinbart und eingeleitet wurden.

Zusätzlich kann eine vorzeitige Entlassung auf ärztliche Veranlassung erfolgen, wenn

- der Rehabilitand (z.B. aufgrund von Überforderung oder akuter psychischer oder körperlicher Erkrankungen) dauerhaft nicht oder nicht mehr in der Lage ist, an für seine individuelle Behandlung wesentlichen Teilen des Behandlungsprogramms teilzunehmen;
- es auch nach längerer Zeit und mehrfachen therapeutischen Bemühungen nicht möglich ist (z.B. wegen fehlender Compliance oder fehlender Krankheitseinsicht), mit dem Rehabilitanden vertretbare Behandlungsziele zu vereinbaren;
- eine akute psychische oder körperliche Erkrankung vorrangig behandelt werden muss und aufgrund dieser Erkrankung oder Behandlung eine Erreichung der Behandlungsziele im vorgegebenen Zeitraum nicht möglich ist.

Wir gehen davon aus, dass zur nachhaltigen Sicherung des hiesigen Behandlungserfolgs weitergehende Maßnahmen zur medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation (Adaption, ambulante, teilstationäre oder stationäre Nachsorge bzw. betreutes Wohnen u.a.) sinnvoll und in den meisten Fällen notwendig sind. Gerade bei den Rehabilitanden, die unter zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen leiden, ist häufig die psychiatrische sowie medikamentöse Weiterbehandlung unabdingbar. Deshalb betrachten wir es als unsere zentrale Aufgabe, bereits während der stationären Maßnahme unsere Rehabilitanden über solche Angebote zu informieren und zu motivieren. Deshalb finden regelmäßig Informationsnachmittage in unserer Adaptionseinrichtung statt, an denen alle Rehabilitanden routinemäßig teilnehmen und über Sinn, Inhalte und Notwendigkeit der Adaptionbehandlung informiert werden. Darüber hinaus geben wir unseren Rehabilitanden die Anregung und die Möglichkeit, an den im Berufs-Trainings-Zentrum der Stiftung Rehabilitation Heidelberg stattfindenden Informationstagen teilzunehmen und sich über die dortigen Angebote beruflicher Förderungsmaßnahmen zu informieren.

5. Personelle Ausstattung

Das Team setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen:

- Diplom-Pädagogin, Gesamtleitung
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- examinierte Krankenschwestern und Altenpflegerin
- Psychologische Psychotherapeuten
- Dipl.-Sozialarbeiter
- Sportwissenschaftler M.A. als Sporttherapeut
- Arbeitstherapeuten/-erzieher
- Ergotherapeutin
- Diätassistentin
- Nachtbereitschaftsdienste: Dipl.-Psych., Krankenpfleger, Altenpfleger, Rettungssanitäter, Studenten der Psychologie, Medizin und Sozialarbeit und -pädagogik)
- Verwaltungsangestellte
- Bundesfreiwilligendienst
- Praktikanten für die Bereiche Arbeitstherapie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychotherapie

Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter verfügen über Zusatzausbildungen in suchttherapeutischen Verfahren, VT, Tiefenpsychologie, Psychoanalyse, Gesprächstherapie, systemische Therapie und Familientherapie

6. Räumliche Gegebenheiten

Haus Eiterbach

Die Kerntherapie findet in der Klinik in Haus Eiterbach statt. Eiterbach im Eiterbachtal ist ein Ortsteil von Heiligkreuzsteinach. Durch das Tal führt eine Stichstrasse, die auch der Bus von

Heidelberg benutzt, der direkt vor der Klinik eine Haltestelle hat. Ansonsten liegt die Klinik sehr ländlich mit einem Bauernhof in der direkten Nachbarschaft. Alle Zimmer haben einen Blick auf Wälder und Weiden, die sich Kühe, Pferde und Hühner teilen. Am vorbeifließenden Eiterbach leben die zur Klinik gehörenden Gänse.

Die Rehabilitanden sind wie folgt untergebracht:

- 4 Wohngruppen mit Doppelzimmern für 42 Patienten (Frauen und Männer)
- 4 Gruppenräume
- Jede Wohngruppe ist ausgestattet mit Bädern und Toiletten

Gemeinschaftsräume:

- 1 gemeinsamer Speisesaal
- 1 Küche (geteilt in Spül- und Kochküche)
- 1 Lehrküche

Arbeits- und Ergotherapie

- 1 Näherei
- 1 Wäscherei
- 1 Ergotherapieaum
- 1 Holzwerkstatt
- 1 Hausmeisterei mit Werkstatt
- Nutzgarten und Gewächshaus

Sport- und Freizeiträume:

- Mehrere Sportplätze (Volleyball, Fußball, Tennisplatz)
- 1 Sporthalle (Tischtennis, Basketball)
- 1 Aufenthaltsraum ausgestattet mit einer kleinen Bibliothek und PC mit Internetzugang
- Musikzimmer mit Schlagzeug
- 1 Kiosk
- Außenanlagen mit Sitzplätzen und Grill
- Biotop am Bachlauf

Medizin- und Therapieräume:

- 2 Räume für Gruppentherapie und Unterricht
- Akkupunkturraum
- Arztzimmer
- Untersuchungszimmer
- Medizinraum

Das gesamte Personal ist in Einzel- und Zweierbüros untergebracht, die auch zur Durchführung von Gesprächen dienen.

Für Großveranstaltungen (Hausgruppe, Lehrgänge, Fortbildungen u. a.m.), Feste und Feiern steht eine große, lichtdurchflutete Aula mit Klavier zur Verfügung.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Eiterbach ist regional wie auch überregional gut vernetzt.

Regional ist die FKE Mitglied im Suchthilfenetzwerk des Rhein-Neckar-Kreises, in der Planungsgruppe Sucht der Stadt Heidelberg wie auch des Runden Tisches Drogen der Stadt Mannheim.

Die Gesamtleitung vertritt die FKE im Treffen der Leiterinnen der Drogenrehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs.

Überregional ist die FKE Mitglied im Fachverband Sucht und in der deQus.

Eine gute Kooperation besteht mit den Psychiatrischen Kliniken der näheren Umgebung, insbesondere dem Zentrum für Psychiatrie in Wiesloch wie auch der Vitos-Klinik in Heppenheim sowie dem Zentrum für Psychologische Psychotherapie in Heidelberg.

Über den Träger der FKE, die Arbeiterwohlfahrt, ist die FKE auch auf Landes- und Bundesebene in den Suchtgremien gut vernetzt.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Fachklinik Eiterbach ist 2011 der deQus beigetreten und wurde im September 2012 nach deQus und Din ISO zertifiziert. Seither wurde 2013 ein Audit zur Systemverbesserung durchgeführt.

Die Sicherung der Qualität ist durch das jährliche Managementreview gewährleistet. In dieses fließen die Kennzahlen ein sowie die Ergebnisse der internen wie auch externen Qualitätszirkel. Die internen Qualitätszirkel sind in der Kommunikationsstruktur der FKE geregelt. Extern nimmt die FKE an Qualitätszirkeln der deQus und des Fachverbandes Sucht FVS teil.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

In der FKE finden zur Sicherung des fachlichen Austausches regelmäßig Besprechungen wie tägliche Übergaben, Besprechungen des Leitungsteams, des Gesamtteams, der Bereiche Psychotherapie und Arbeitstherapie wie auch übergreifende Fallbesprechungen statt. Die Art und Dauer ist im Qualitätsmanagementhandbuch geregelt.

10. Notfallmanagement

Die Häuser Eiterbach und Heidelberg sind personell rund um die Uhr besetzt. Tagsüber werden die Dienste durch Fachpersonal abgedeckt, nachts durch gut geschulte Honorarkräfte, die auch größtenteils über eine entsprechende pflegerische oder psychologische Fachausbildung verfügen.

Außerdem gibt es am Wochenende Tag und Nacht eine interne Rufbereitschaft des hauptamtlichen Fachpersonals (s. Kap. 4.7.3). Der Leitende Arzt nimmt an der Rufbereitschaft teil. Darüber hinaus wird er je nach Erfordernis bei psychiatrischen Krisensituationen vom hauptamtlichen, psychotherapeutisch tätigen Fachpersonal informiert und konsultiert.

Im Falle eines Notfalls können zudem der ärztliche Bereitschaftsdienst in Neckargemünd kontaktiert werden. Bei gravierenden, keinen Zeitaufschub duldenden Notfällen wird direkt der Notarzt angefordert.

Alle möglichen Notfälle sind durch das Notfallmanagement im Qualitätsmanagementhandbuch geregelt.

11. Fortbildung

In der Fachklinik Eiterbach finden regelmäßig interne Fortbildungen zu den Themen Krankheitsbilder, entsprechender Umgang mit diesen, Ersthelferschulungen u.a. statt. Diese Fortbildungen werden vom Leitenden Arzt oder auch von mit der Arbeiterwohlfahrt oder der Fachklinik kooperierenden Institutionen durchgeführt.

Darüber hinaus hat jeder Mitarbeiter die Möglichkeit, einmal im Jahr an einer ein- bis mehrtägigen externen Fortbildung teilzunehmen. Diese Fortbildungen werden in einem jährlichen Plan für alle Mitarbeiter festgelegt

12. Supervision

Ein externer psychologischer Psychotherapeut und ausgebildeter Supervisor führt die regelmäßige Supervision 10-12 Mal im Jahr durch. Fall- und Teamsupervision wechseln sich je nach Bedarf ab. An der Supervision nehmen alle Teammitglieder teil. Es werden sowohl gemeinsame als auch nach Einrichtung getrennte Supervisionen durchgeführt.

Die Supervision wird jeweils für ein Jahr im Vorjahr für alle Mitarbeiter übersichtlich geplant.

13. Hausordnung/ Therapievertrag

Das Zusammenleben von Menschen innerhalb eines Hauses oder einer Wohnung bedarf eines Mindestmaßes an Regeln. Diese sind in der Hausordnung der jeweiligen Häuser beschrieben und werden von den Rehabilitanden am Tag der Aufnahme unterschrieben. Ein Therapievertrag bildet die Basis für die Rehabilitation.

Anhang

Adaption der Fachklinik Eiterbach

Literaturverzeichnis

Wochenplan Haus Eiterbach

Zielskala

Durchhalteinventar

Kommunikationsdiagramm Haus Eiterbach

Zertifikat

Konzeption der Adaption

Die Adaption dient der Erprobung und Übung der eigenverantwortlichen Lebensführung und der Anforderungen des Erwerbslebens unter realen Alltagsbedingungen. Diese erfolgt im Anschluss an eine abgeschlossene medizinische Rehabilitation und wird i.d.R. für 16 Wochen bewilligt.

In der Adaptionsphase werden auch Rehabilitanden aufgenommen, die zuvor die Kerntherapiephase in einer anderen medizinischen Rehabilitationseinrichtung als der Fachklinik Eiterbach regulär abgeschlossen haben. Die Adaptionsbehandlung ist sowohl für Rehabilitanden mit einer Drogenabhängigkeit als auch für solche mit einer Alkoholabhängigkeit möglich. Die Adaption der Fachklinik Eiterbach ist eine Spezialeinrichtung für Suchtkranke mit Doppeldiagnosen (psychiatrische Komorbidität).

Therapieprogramm

In der Adaption verschiebt sich der Schwerpunkt. Die Gestaltung des Alltags, die Erprobung auf dem freien Arbeitsmarkt treten in den Vordergrund und werden begleitet von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen. Auch hier bietet ein adäquates Freizeitangebot den notwendigen Ausgleich.

Die in der Kerntherapie begonnenen, umfassenden medizinischen, psychotherapeutischen, aber auch ergo- und arbeitstherapeutischen Behandlungen werden in der Adaption weitergeführt. Freizeitgestaltung, Schuldnerberatung, aber auch Haushaltsführung sind weitere wichtige Themen in der Adaption, neben der ständigen Einübung von Abstinenzverhalten im städtischen Lebensumfeld.

Um die individuelle Belastungsfähigkeit am Arbeitsplatz zu erproben und zu steigern, suchen sich die Rehabilitanden unter Anleitung einen Praktikumsplatz bei einer Firma oder einem Betrieb im Raum Heidelberg oder Mannheim. Ebenso können Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden.

Anmeldung und Aufnahme

Die Anmeldung in der Fachklinik Eiterbach, Haus Heidelberg (Adaptionsphase) kann sowohl schriftlich als auch telefonisch erfolgen. Der Bewerber kann sich selbst anmelden. Es kann sich aber auch die einweisende Einrichtung an die Fachklinik wenden.

Folgende Unterlagen werden vom Bewerber erwartet:

- Lebenslauf
- Suchtverlauf
- Arztbericht vom aktuellen stationären Aufenthalt
- Mitteilung über ausstehende Strafen oder Gerichtsverfahren
- Information über die Rechtsgrundlage der Behandlung

Nach Eingang der Bewerbungsunterlagen wird der Bewerber zu einem Vorstellungsgespräch inklusive Hausführung eingeladen. Danach entscheidet sich der Bewerber, ob er eine Aufnahme in der Adaptionsphase wünscht und therapeutischerseits wird eine Einschätzung vorgenommen, ob eine Behandlungsindikation besteht.

Vor bzw. spätestens am Tag der Aufnahme müssen folgende Unterlagen vorliegen:

Kostenzusage

Nachweis über die reguläre Beendigung der zuvor absolvierten Kerntherapiephase

Krankenversicherungsnachweis

Personalausweis bzw. Geburtsurkunde

Medizinische Therapie

Zwei Mal pro Woche findet eine psychiatrische Sprechstunde durch den Leitenden Arzt der Fachklinik Eiterbach statt. Für die Rehabilitanden, die zuvor ihre Rehabilitation in der Fachklinik Eiterbach absolviert haben, ist so die Behandlungskontinuität gesichert. Die Sprechstunde wird analog der psychiatrischen Sprechstunde in Haus Eiterbach durchgeführt und umfasst die Diagnoseerstellung, Diagnoseüberprüfung, psychopathologische Befunderhebung und gegebenenfalls die pharmakologische Behandlung. Die wöchentliche Fallkonferenz ist interdisziplinär und wird vom Leitenden Arzt supervidiert. Die Behandlung somatischer Erkrankungen erfolgt vor Ort durch einen niedergelassenen Facharzt für Allgemeinmedizin. Die körperliche Aufnahme- und Abschlussuntersuchung der Rehabilitanden werden vom Facharzt für Allgemeinmedizin der Fachklinik Eiterbach durchgeführt.

Psychotherapie

In der Adaption wird an dem in der Kerntherapie Erarbeiteten angesetzt. Ziel ist es, neues, abstinentes Verhalten in einer alltagsnahen Umgebung einzuüben. Der psychotherapeutische Ansatz ist im Sinne des Selbstmanagements nach Kanfer handlungs- und lösungsorientiert. Die therapeutischen Schwerpunkte sind verhaltenstherapeutisch und systemisch. Psychotherapie soll in dieser Behandlungsphase die Rehabilitanden vor allem bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz und ihrer weiteren Verselbständigung im Alltagsleben unterstützen. Es wird eine Kombination aus Gruppentherapie und Einzelgesprächen angeboten.

Die **Psychotherapiegruppe** beinhaltet folgende Schwerpunkte: Rückfallprophylaxe, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Besprechen und Bearbeiten aktueller Themen und schwieriger Alltagssituationen, Rückfallaufarbeitung und Vor- und Nachbearbeitung von Verhaltensübungen und Expositionstrainings.

Einzelgespräche finden bei Bedarf und einmal wöchentlich in einer Sprechstunde statt. Sie bieten die Möglichkeit, die in der Gruppe erarbeiteten Themen weiter zu vertiefen oder aktuell auftretende Probleme individuell zu bearbeiten. Bei Bedarf werden Familienmitglieder oder Partner bzw. wichtige Bezugspersonen oder Betreuer in die Behandlung miteinbezogen und zu Gesprächen eingeladen.

Arbeitstherapie

In der Adaption wird im Rahmen der Arbeitstherapie das in der Kerntherapie Erlernte umgesetzt. In der Eingewöhnungsphase arbeiten die Rehabilitanden hauptsächlich in hauswirtschaftlichen Bereichen wie Küche, Recycling und Hausreinigung. Des Weiteren werden kleinere Renovierungsarbeiten und spezielle Arbeitsprojekte durchgeführt. Die Arbeitsprozesse werden um Schritte erweitert, die in der Kerntherapie nicht möglich sind. Zum Beispiel Erarbeiten des Speiseplanes, Preise kalkulieren, Einkaufslisten schreiben, selbständig einkaufen und abrechnen. Dies erfordert ein hohes Maß an Verantwortung und Selbständigkeit.

Nach der Eingewöhnungsphase, die individuell gestaltet wird, bewerben sich die Rehabilitanden um ein externes Praktikum. Das externe Praktikum wird individuell an die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden angepasst. Im Verlauf des Praktikums soll der Rehabilitand in seiner Leistungsfähigkeit an ein realistisches dauerhaftes Leistungsniveau herangeführt werden entsprechend den Anforderungen des Erwerbslebens unter realen Alltagsbedingungen.

Unterstützt werden die Rehabilitanden von einem Arbeitstherapeuten durch regelmäßige Praktikumsvisiten. Einmal wöchentlich werden Reflexionsgespräche über die Praktika in der Gruppe angeboten. Einzelreflexionen werden nach Bedarf durchgeführt. Die Rehabilitanden haben die Möglichkeit in den letzten 4 Wochen der Adaption ein Arbeitsverhältnis aufzunehmen mit Genehmigung durch den Kostenträger.

Sozialdienst

Der Sozialdienst unterstützt die Rehabilitanden bei der Bewältigung von lebenspraktischen Aufgaben im Bereich der Therapienebenkosten (ALG II, Übergangsgeld, Taschengeld, Krankenversicherung usw.), der Schuldenregulierung, allen Behördenangelegenheiten, der schulischen und beruflichen Orientierung, sowie bei der Arbeits- und Wohnungssuche.

Der Sozialdienst fungiert im Rahmen seiner Tätigkeiten als Schnittstelle zwischen Rehabilitand und Dritten außerhalb der Fachklinik (Behörden, Betreuer, Angehörige, Arbeitgeber, Einrichtungen, Bildungsträger u.a.)

Der Sozialdienst bietet regelmäßige Sprechstunden, sowie je nach Bedarf und Dringlichkeit Sondersprechstunden an.

Im Rahmen der sozialdienstlichen Betreuung werden den Rehabilitanden vom Sozialdienst je nach Kompetenz des Rehabilitanden umfassende oder auch nur unterstützende und beratende Hilfen angeboten.

Ziel ist es, neben der erfolgreichen Erledigung der sich dem Rehabilitanden stellenden Aufgaben diesem die hierzu notwendigen Kompetenzen zu vermitteln und vorhandene Ressourcen zu stärken.

Sport und Freizeit

Schwerpunkt der Adaptionbehandlung ist die Auseinandersetzung mit den realen Lebensbedingungen und somit die Etablierung einer sinnhaften und sinngebenden Freizeitgestaltung. Das während der Kerntherapiephase erlernte Freizeitverhalten soll nun möglichst eigenständig und individuell umgesetzt werden, um dadurch nachstationär eine zufriedene Abstinenz langfristig aufrecht erhalten zu können zum Beispiel durch Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio oder Sportverein, Teilnahme an Volkshochschulkursen, Besuch von kulturellen Veranstaltungen etc. Regelmäßig finden auch Gruppenaktivitäten statt (z.B. Klettern, Kanu fahren, Theaterbesuche, Schwimmbadbesuche, Ausstellungsbesuche, Zoobesuche etc.).

Räumlichkeiten

Die Adaption in Haus Heidelberg befindet sich im Stadtteil Kirchheim, direkt am Bahnhof. In einem Altbau, der vom Vorbesitzer als Hotel genutzt worden ist, leben die Rehabilitanden in Doppel- und Einzelzimmern:

- 6 Doppel- und 4 Einzelzimmer für 15 Rehabilitanden (Frauen und Männer)
- 5 Duschen, 4 Toiletten
- Kochküche
- Teeküche
- Speiseraum
- Aufenthaltsraum mit Terrasse
- PC-Arbeitsplatz
- Gruppenraum
- Waschküche

Ein idyllischer Innenhof mit kleinem Garten und Teich lädt im Sommer zum Sitzen und Verweilen ein.

Literatur

- AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/005** (Entwicklungsstufe 2, 2004): AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. 2004. 72: 318-329.
- AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/007** (Entwicklungsstufe 2, 2004): AWMF-Leitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. 2004.
- AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode** (2004). In Sucht 50(4), 226-257.
- Batra, A., Bilke-Hentsch, O.** (Hrsg.) (2012). Praxisbuch Sucht. Stuttgart: Thieme.
- Bauer, Joachim** (2009). Das Gedächtnis des Körpers. München, Zürich: Piper
- Beck, AT., Wright, FD., Newman, CF., Liese, BS.** (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Beutel, M** (1999) Sucht und sexueller Missbrauch. In: Psychotherapeut 44, 313-319
- Bilitza, K. W.** (Hrsg.) (1993) Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Böllinger, L., Stöver, H.** (Hrsg.) (2002). Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Fachhochschulverlag Frankfurt/M., S.386-402.
- Bossong, H., Gölz, J., Stöver, H.** (Hrsg.) (1997). Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt/M.: Campus.
- Bowen, Chawla, Marlatt** (2012). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Weinheim, Basel: Beltz
- Broda, M., Wilms, B., Lieb, H.** (Hrsg.) (4/2012). Psychotherapie im Dialog Nr. 4, Dezember 2012, 13. Jahrgang. Sucht
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation**(Hrsg.) (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation** (Hrsg.) (2006, 2008): ICF Praxisleitfaden 1+2. Frankfurt am Main.
- D'Amelio, R., Behrendt, B., Wobrock, T.** (2007). Psychoedukation Schizophrenie und Sucht (Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen). München, Jena: Fischer
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.** (2009). Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland.
- DRV Bund** (2011): Arbeits- und berufsbezogene Rehabilitation in der medizinischen Rehabilitation
- DRV** (Hrsg.) (2007): Rahmenkonzept zur Medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin.
- DRV** (Hrsg.) (2007): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Berlin.
- Elsesser, K., Sartory, G.** (2001). Medikamentenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Elsesser, K, Sartory, G.** (2005). Ratgeber Medikamentenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Fabrizius, B., Wernado, M.:** Adaption- die 2. Phase der Rehabilitation. In: Rehabilitation Suchtkranker- Mehr als nur Psychotherapie. Geesthacht: Neuland, 2001.
- Fachverband Sucht e. V. (Hrsg):** Perspektive für Suchtkranke. Geesthacht: Neuland,2005
- Fachverband Sucht e.V. (2007).** Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft
- Fengler, J.:** Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung-Therapie-Prävention. Landsberg/Lech: ecomed, 2002.
- Förstl, H., Hautzinger, M. & Roth, G.** (2006). Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer.
- Gözl, J.** (Hrsg.) (1995). Der drogenabhängige Patient. München: Urban und Schwarzenberg.
- Gouzoulis-Mayfrank, E.** (2003). Komorbidität Psychose und Sucht. Darmstadt: Steinkopff.
- Grawe, K.** (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K.** (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- Grün, A.** (1996) Der Verrat am Selbst. München: dtv
- Heide, M. (Hrsg.):** Wenn ich erst wieder Arbeit habe... Geesthacht: Neuland, 2001.
- Heide, M.:** Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption. In: Rehabilitaton Suchtkranker- Mehr als Psychotherapie. Geesthacht: Neuland, 2001.
- Heide, M.:** Rehabilitation als Gesamtprozess. In: Suchttherapie unter Kostendruck. Gestacht: Neuland, 1998.
- Henning, S.:** Suchtrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Zugangsvoraussetzung und gesetzliche Regelungen, Vortrag vom 14.07.2009.
- Hüther, G.** (2008). Wo die Sucht beginnt, endet der freie Wille. Neurobiologische Aspekte, Suchtentstehung und Suchttherapie. In: Hilarion G, Petzold J, Sieper J (Hrsg.) Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Bielefeld, Locarno: Edition Sirius.
- Hüther, G.** (2009). Kurzfristige Wirkungen und langfristige Folgen der Einnahme von Psychostimulanzien und Entaktogenen auf das sich entwickelnde Gehirn von Kindern und Jugendlichen. In: Christoph Möller (Hrsg.): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hüther, G.** (2013). Neurobiologische Hintergründe der Herausbildung von Suchterkrankungen. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg): Fehlzeiten-Report 2013. Berlin, Heidelberg: Springer.
- ICD-10.** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinischdiagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt und hrsg. Von H. Dilling u.a.m. (2. Aufl. 1993)
- Kandel, Eric** (2009). Auf der Suche nach dem Gedächtnis. München: Goldmann.
- Klos, H., Görden, W.** (2009). Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- Köhler, T.** (2000). Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Körkel, J.** (1992). Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin, Heidelberg: Springer.
- Körkel, J.** (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. Abhängigkeiten 5: S.24-45.
- Körkel, J., Schindler, C.** (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Krausz, M., Müller-Thomsen, T.** (Hrsg.) (1994), Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Freiburg: Lambertus.
- Krausz, M., Schäfer, I.** (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht – Konzepte, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kulick, B.** (1995): Konzeptqualität bei stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Fachverband Sucht
- Leune, J., Ratensperger, J.** (1997). Die Entwicklung der Hilfe für Drogenabhängige. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Suchtkrankenhilfe in Deutschland - Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg: Lambertus.
- Lettieri, D.J., Welz, R.** (1983). Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen. Weinheim/Basel: Beltz.
- Lindenmeyer J.:** Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz Verlag, 2005
- Lindenmeyer J.:** Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Mann K. (Hrsg):** Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2002
- Marlatt, G, Gordon, J** (1985). Relapse Prevention. New York: Guilford.
- Miller, W. R., Rollnick, S.** (1999). Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.
- Miller, W.R., Tonigan, J.S.** (1996) Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford.
- Moggi, F.** (2002). Doppeldiagnosen. Bern: Huber.
- Petry, J.** (1996) Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim: PVU.

- Poehlke, T., Flenker, I., Schlüter, H.-J., Busch, H.** (Hrsg.) (2000). Suchtmedizinische Versorgung. Band 2: Drogen. Berlin: Springer.
- Poser, W., Poser, S.** (1996). Medikamente -Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C.**, (1993) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative mode of change. J. Consult Clin. Psychol. 51: S. 390 - 395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C.** (1997). Jetzt fange ich neu an. München: Knauer.
- Rost, W. D.** (2001). Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roth, G.** (2001). Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt: Suhrkamp.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I.** (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidbauer, W., vom Scheidt, J.** (1984). Handbuch der Rauschdrogen. Frankfurt: Fischer.
- Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gäbel, W.** (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Schwoon, D. R., Krausz, M.** (Hrsg.) (1992). Psychose und Sucht, Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg: Lambertus
- Stachowske, R.** (1994). Familienorientierte stationäre Drogentherapie. Geesthacht: Neuland.
- Stachowske, R.** (2002). Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe. Heidelberg: Asanger.
- Snyder, S.H.** (1994). Chemie der Psyche. Drogenwirkungen im Gehirn. Heidelberg: Spektrum.
- Tretter F, Müller A** (2001). Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.
- Wetterling, T., Veltrup, C.** (1997) Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen - Ein Leitfaden., Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, Sibum (2003).** Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Wilson-Schaef, A.** (1991). Zeitalter der Sucht. München.
- World Health Organization** (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Deutsche Version: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) (200): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Siehe im Internet unter: www.dimdi.de (Klassifikationen - ICF).
- Zielke M., Sturm J. (Hrsg):** Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie. Verlags Union, 1994