

Rehabilitationskonzept

Würmtalklinik Gräfelfing

Würmtalklinik Gräfelfing
Josef-Schöfer-Str. 3
82166 Gräfelfing
Tel: 089 – 89 89 13 36
Fax: 089 – 89 89 13 39

E-Mail: wuermtalklinik@deutscher-orden.de
www.suchtklinik-muenchen.de

IK: 510 916 096
Reha-QS-Nummer der DRV: 24897 (illegale Drogen)
24898 (Alkohol und Medikamente)
Reha-Fachabteilungen der DRV: 8501 (Alkohol und Medikamente) sowie
8502 (illegale Drogen)

Träger: Deutscher Orden K.d.ö.R.
Klosterweg 1
D-83629 Weyarn

Verantwortlich für die Erstellung dieses Konzeptes:

Marcus Breuer, psycholog. Psychotherapeut, Klinikleitung, therapeutische Leitung

Dr. Bernward Böhle, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für innere Medizin, ärztliche Leitung

Inhalt

1	Leitlinien	4
2	Einleitung.....	6
3	Behandlungsindikationen	7
4	Aufnahmevoraussetzung	7
5	Zielgruppen	8
6	Behandlungsdauer	9
7	Lage und Ausstattung der Einrichtung.....	9
8	Team	10
9	Theoretische Grundlagen zum Verständnis der Abhängigkeitsstörungen	11
10	Therapeutische Grundfragen.....	17
11	Diagnostik.....	22
12	Leistungen der medizinischen Rehabilitation	26
13	Soziale Kompetenzen.....	34
14	Arbeit mit Angehörigen	35
15	Erwerbsbezogene Maßnahmen	36
16	Berufliche Integration / Reintegration	45
17	Vernetzung im Bereich Teilhabe an der Gemeinschaft	46
18	Sport- und Bewegungstherapie	46
19	Ernährung.....	47
20	Freizeitangebote.....	47
21	Sozialberatung	48
22	Schuldnerberatung	49
23	Struktur der medizinischen Rehabilitation	50
24	Umgang mit Rückfällen / Wiederaufnahme nach Abbruch	54
25	Beendigung der Rehamaßnahme	55
26	Notfallmanagement	57
27	Interne Vernetzung.....	58
28	Externe Vernetzung.....	59
29	Qualitätssicherung.....	60
30	Datenschutz	61
31	Anhang	63
32	Literatur	63

1 Leitlinien

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchthilfe im Deutschen Orden K.d.ö.R., in der Folge DO-Suchthilfe genannt, unterstützen Menschen bei dem Wunsch, ihre Sucht zu überwinden und alternative, gesunde Bewältigungsstrategien zu erlernen. Die unterschiedlichsten Einrichtungen, von der Beratungsstelle über die Akut- bzw. Entzugsstation zur Übergangseinrichtung und zur Rehabilitationsklinik bzw. zur stationären Einrichtung der sozialen Teilhabe werden dem individuellen Hilfebedarf suchtmittelabhängiger Menschen gerecht. Das Angebot ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen bietet ein in seiner Betreuungsintensität abgestuftes System, so dass Förderung zielgerichtet dort geleistet wird, wo sie notwendig und sinnvoll ist.

Zentrales Ziel der Behandlungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen ist eine durch den fortgesetzten Suchtmittelkonsum drohende oder bereits eingetretene Behinderung zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Als Ergebnis aller Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen wird die möglichst vollständige Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit als Voraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und insbesondere am Arbeitsleben angestrebt.

Der Mensch ist für uns individuell, einmalig, unwiederholbar und unverwechselbar. Als Person verfügt er über sich selbst in Freiheit und Verantwortung.

Suchtmittelkonsum ist in unserem Verständnis für den Suchtkranken eine, wenn auch dysfunktionale, so doch lösungsorientierte Strategie. Die Suchterkrankung ist nur *eine* Facette der Persönlichkeit eines suchtkranken Menschen. Gemeinsam mit uns machen sich unsere Rehabilitanden und Bewohner auf die Suche nach ihren Ressourcen, ihren Kompetenzen und ihren Talenten. Damit diese Suche gelingt, begegnen wir unseren Rehabilitanden und Bewohnern unter dem Ursprungscharisma des Deutschen Orden „Helfen und Heilen“ mit Respekt und Wertschätzung, mit einer sorgenden, partnerschaftlichen, aufrichtigen, empathischen und neugierigen Haltung. In unseren Einrichtungen schaffen wir eine Atmosphäre der Geborgenheit, Solidarität, Zuversicht, Klarheit, Konsequenz, Herausforderung und Lebendigkeit. Ein solches Setting ermutigt unsere Rehabilitanden und Bewohner, ein Lebenskonzept zu entwerfen und zu entwickeln, welches ihnen ein suchtfreies und zufriedenes Leben ermöglicht. Tragende Säulen eines solchen Konzeptes sind die Entdeckung und Entwicklung einer persönlichen, sozialen, beruflichen und spirituellen Identität.

Unsere Mitarbeiter mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung sind unser größtes Kapital. Wir begegnen uns untereinander mit Wertschätzung und Respekt. Transparenz und Vertrauen sind die Basis für einen offenen Umgang miteinander.

Wir verpflichten uns, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen verantwortlich umzugehen, so dass unter den Prämissen von Wirtschaftlichkeit und qualitätsorientiertem Handeln der größtmögliche Nutzen für unsere Rehabilitanden und Bewohner im Sinne dieses Leitbildes erreicht werden kann.

Wir sind mit unseren Angeboten Teil des regionalen und überregionalen Suchthilfesystems und vernetzen uns eng mit allen Institutionen, die die Teilhabe unserer Rehabilitanden und Bewohner fördern.

2 Einleitung

Aufgabe der Würmtalklinik Gräfelfing ist die stationäre medizinische Rehabilitation suchtkranker Frauen und Männer*¹ ab 18 Jahren. Unsere Fachklinik verfügt über 36 Betten (inkl. Vier ganztägig ambulanten Plätzen). Die Schwerpunktindikation betrifft Personen mit Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen, Alkohol und/oder Medikamenten sowie begleitenden psychischen und somatischen Erkrankungen. In der Gruppe der Alkoholabhängigen zählen insbesondere Personen mit Reifungs- und Entwicklungsdefiziten bzw. Strukturproblemen zur Zielgruppe unserer Fachklinik.

Unsere Einrichtung ist als Fachklinik für Suchtkranke von allen Leistungsträgern, die eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchführen, anerkannt (Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, alle weiteren RV-Träger, Krankenkassen, Sozialhilfeträger). Sie ist – aus baulichen Gründen - leider nicht barrierefrei. Der federführende Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd. Die Fachklinik verfügt über eine Anerkennung nach § 111 SGB V. Vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung liegt außerdem eine Anerkennung gemäß den §§35ff. des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) vor.

Die kontinuierlichen Veränderungen im gesamten Drogenhilfesystem haben seit den 1990er Jahren der abstinenzorientierten medizinischen Rehabilitation einen neuen Charakter gegeben und zu einer Ausdifferenzierung unterschiedlicher Behandlungsformen geführt. Insbesondere die Berücksichtigung der individuellen Krankheitsfolgen und der den Verlauf der Suchterkrankung beeinflussenden positiven und negativen Kontextfaktoren im Sinne des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Gesundheit) haben zur Weiterentwicklung von Konzepten geführt, die den individuellen Rehabilitationsbedarf bei der Erreichung des zentralen Rehabilitationszieles der Teilhabe zum Inhalt haben. So ist es zentrales Ziel der Rehabilitationsbehandlung in der Würmtalklinik einer drohenden oder bereits eingetretenen Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu begegnen, um damit die Teilhabe zu sichern oder wiederherzustellen (Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung). Bei der vorwiegend jüngeren Klientel stellen Einschränkungen in den Bereichen „Erziehung/Bildung“ sowie „Arbeit und Beschäftigung“ (ICF) zentrale Hürden der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben dar.

Das vorliegende Konzept

- ist vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert
- integriert humanistische, systemische und tiefenpsychologische Ansätze
- basiert auf dem bio-psycho-sozialen Bedingungsmodell der Suchterkrankungen
- bezieht insbesondere auch Aspekte der aktuellen Suchtforschung und neurobiologische Erkenntnisse mit ein
- integriert neben dem verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz sozialkognitive, systemische und tiefenpsychologisch fundierte Elemente sowie - darüber hinaus - Elemente aus der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT-S)

*¹ Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wird in der Folge immer die männliche Sprachform verwendet. Damit ist in keiner Weise eine - wie auch immer geartete - Benachteiligung unserer weiblichen Rehabilitandinnen beabsichtigt.

3 Behandlungsindikationen

Substanzbezogene Indikationen

- Abhängigkeit von multiplen Substanzen (Polytoxikomanie) (ICD-10 F19.2)
- Amphetaminabhängigkeit (ICD-10 F15.2)
- Kokainabhängigkeit (ICD-10 F14.2)
- Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2)
- Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.2)
- Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.2)
- Medikamentenabhängigkeit (ICD-10 F13.2)
- Abhängigkeit von Halluzinogenen (ICD-10 F16.2)
- Abhängigkeit von flüchtigen Lösungsmitteln (ICD-10 F18.2)

Auch die verschiedensten komorbiden psychischen Störungen bzw. Doppeldiagnosen, insbesondere:

- Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.x)
- affektive Störungen (ICD-10 F3x.x)
- Angststörungen (ICD-10 F40.x, F41.x)
- Zwangsstörungen (ICD-10 F42.x)
- posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10 F43)
- psychotische Störungen (ICD-10 F2x.x)
- Störungen der Impulskontrolle (ICD-10 F63.8)
- nicht-stoffgebundene Süchte (z.B. pathologisches Spielen, ICD-10 F63.0; Onlinesucht etc.)
- ggf. weitere komorbide psychische Störungen

werden integrativ mitbehandelt.

Mitbehandelt werden ebenso in Kooperation alle die Suchterkrankung begleitenden vor allem psychiatrischen, internistischen, neurologischen und orthopädischen Erkrankungen (u.a.m.), so dass als Rehabilitationsergebnis die möglichst weitreichende und nachhaltige Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Funktionen erreicht ist, die den Rehabilitanden zur Teilhabe an der Gemeinschaft und am Arbeitsleben befähigt.

Kontraindikationen

Nicht behandelt werden können Rehabilitanden mit

- akut-floriden Psychosen
- schweren hirnorganischen Störungen oder sonstigen, gravierenden Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten
- akuter Suizidalität
- Pflegebedürftigkeit

4 Aufnahmevoraussetzung

Im Rahmen der Rehabilitationsvorbereitung bieten wir den Rehabilitanden ein Informationsgespräch in unserer Einrichtung an, in dem Interessierte unsere Einrichtung kennen lernen können und die Indikation und Eignung zur Rehabilitation in unserer Fachklinik überprüft wird. Vor Behandlungsbeginn muss eine gültige Kostenzusage vorliegen. Die Erteilung einer Kostenzusage hängt maßgeblich mit der Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne des SGB VI § 9 ff. zusammen, d.h. die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden muss erheblich gefährdet oder gemindert sein.

Folgende Unterlagen sind bei einer Aufnahme erforderlich bzw. wünschenswert:

- Persönliche Bewerbung (Informationsgespräch oder schriftlich mit Lebens- und Suchtverlauf)
- Sozialbericht der vermittelnden Institution
- Krankenversichertenkarte
- Abgeschlossene Entzugsbehandlung

Um während der Behandlungsdauer eine effektive Schuldnerberatung durchführen zu können, sollten zur Aufnahme ebenfalls alle diesbezüglichen Unterlagen (Mahn- und Vollstreckungsbescheide, Vertragsunterlagen, Mahnschreiben etc.) mitgebracht werden.

Bei Wartezeiten bis zur Aufnahme ist es sinnvoll, dass ein regelmässiger Kontakt (Brief, E-Mail, Telefonanruf) zwischen den Bewerbern und der Einrichtung stattfindet. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass eine persönliche Anbindung an unsere Einrichtung das Überbrücken der Wartezeit für die Bewerber bis zur Aufnahme erleichtert.

5 Zielgruppen

Das Behandlungsangebot richtet sich an erwachsene suchtkranke Männer und Frauen ab 18 Jahren. Eine Altersbegrenzung nach oben besteht nicht. Bei Rehabilitanden über 50 Jahren sollte vorab möglichst eine Abklärung der Erwartungen des jeweiligen Bewerbers bzw. der Bewerberin an die Einrichtung erfolgen. Der überwiegende Teil unserer Rehabilitanden ist abhängig von Amphetaminen, Heroin, Kokain, Cannabis, Alkohol sowie Medikamenten oder auch sonstigen psychoaktiven Substanzen. In den letzten Jahren hat sich dabei ein Trend weg vom Konsum einzelner Substanzen hin zu polyvalentem Konsum (Polytoxikomanie) gebildet. Die einzelnen Zielgruppen, die sich früher stark voneinander unterschieden haben, mischen sich zunehmend und eine Unterscheidung allein anhand der konsumierten Substanz ist kaum mehr möglich und sinnvoll. Auch die Behandlung selbst sollte möglichst entlang der Ressourcen und Probleme eines Rehabilitanden (bzw. den Einschränkungen der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF der WHO, 2004) und nicht allein anhand des vorher konsumierten Suchtmittels erfolgen.

Nach der ICD-10 Nomenklatur und Klassifikation sind unsere führenden Behandlungsindikationen somit Abhängigkeitssyndrome von psychotropen Substanzen (ICD-10 F10.2 - F19.2).

Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund sind bei uns willkommen! Unsere Einrichtung hat langjährige Erfahrung im Umgang mit suchtmittelabhängigen Männern und Frauen, die aus anderen Kulturkreisen stammen und andere religiöse Riten beachten. Auch Ernährungsgewohnheiten islamischer Rehabilitanden werden bei uns beachtet und respektiert. Voraussetzung für eine Aufnahme sind ausreichende Grundkenntnisse der deutschen Sprache sowie eine (zumindest vorübergehende) Aufenthaltsgenehmigung.

Frauen wohnen auf einer eigenen Frauenetage im Dachgeschoß der Rehaklinik. Dies symbolisiert den besonderen Schutzraum, den Frauen während der Behandlung in unserer Klinik genießen.

Auch suchtkranke Rehabilitanden, die HIV-positiv und/oder Hepatitis C-positiv sind, finden bei uns Aufnahme. Ärztliche Versorgung, Hygiene-Standards und Maßnahmen zur Verhinderung einer möglichen Weiterverbreitung einer Infektion sind gewährleistet und werden laufend überprüft.

6 Behandlungsdauer

Die Entwöhnungsbehandlung (Kerntherapie) in der Würmtalklinik dauert bei Drogenabhängigkeit derzeit in der Regel 22 Wochen, bei Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit in der Regel 13-15 Wochen. Bei Wiederholungs- und Auffangbehandlungen kann es zu kürzeren Behandlungsdauern kommen.

Je nach sozialer Situation des einzelnen Rehabilitanden besteht außerdem die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit, nach der Entwöhnungsbehandlung eine 12- bis 14-wöchige externe Adaptionsbehandlung anzuschließen. Diese ist immer dann indiziert, wenn Rehabilitanden über keinen ausreichend stützenden sozialen Kontext verfügen (insbesondere in den Bereichen Wohnung, Arbeit, Freizeit und sozialen Kontakten). Hierzu besteht ein enger institutioneller Kontakt mit dem Adaptionshaus Kieferngarten in München.

Unsere bisherigen Erfahrungen in der stationären Suchtarbeit haben gezeigt, dass Rehabilitanden diesen Zeitraum benötigen, um die notwendigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen für eine dauerhafte Abstinenz zu erlangen.

7 Lage und Ausstattung der Einrichtung

Das Klinikgebäude ist ein sehr geräumiges, um die Jahrhundertwende erstelltes Objekt inmitten eines ausgedehnten eigenen Waldes mit Wiesen, einem Volleyballfeld und einer Kegelbahn. Das Gebäude wurde in 2014/2015 aufwendig saniert und instandgesetzt. Unsere Fachklinik liegt am Ortsrand von Gräfelfing im Landkreis München mit S-Bahnanschluß (S 6), womit die Stadtmitte Münchens in 20 Minuten erreichbar ist.

Die Würmtalklinik ist eine der zahlreichen Rehabilitationskliniken für Suchtkranke, die der Deutsche Orden unterhält. Der Deutsche Orden, seit 1.1.1999 eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes mit Sitz in Weyarn (Bayern), verfolgt in diesem Bereich ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und karitative Zwecke. Gegenstand und Ziele der Körperschaft im Bereich des Gesundheitswesens sind unter anderem der Betrieb von teil- und vollstationären Einrichtungen der Behinderten- und

Altenhilfe, sowie der Suchtkrankenhilfe.

Unsere Einrichtung sieht sich dem Leitbild des Deutschen Ordens verpflichtet und ist in ihrer fachlichen Kompetenz eingebunden in das Rahmenkonzept der Suchthilfe des Deutschen Ordens.

Die Fachklinik ist dem Caritasverband (Diözese München-Freising) als Dachverband angeschlossen, sowie Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“).

Räumliche Gegebenheiten:

- Rehabilitandenzimmer als Einzel- und Doppelzimmer
- Eigener Frauenstock mit Einzel- und Doppelzimmern im 3.OG des Gebäudes
- Großer Therapiesaal
- Kleiner Therapiesaal
- Arztzimmer (inkl. Alkomat, Notfallkoffer, EKG, etc.)
- Nachtdienstzimmer (inkl. Notfalltasche, Defibrillator)
- Zusätzliche Besprechungsräume
- Diverse Büros
- Schreinerei
- Waschküche
- Fahrradwerkstatt
- Großküche
- Lehrküche
- Großzügiger Speisesaal
- Freizeitraum
- Kreativraum
- Zusätzlicher Aufenthaltsraum
- Sport- und Fitnessraum
- Volleyballfeld
- Eigene Kegelbahn in separatem Gebäude
- Eigener Joggingpfad auf dem Gelände

8 Team

Ein interdisziplinäres Mitarbeiterteam ermöglicht eine breite Basis therapeutischen Handelns. Zum Mitarbeiterteam gehören:

- Psychologischer Psychotherapeut (Klinikleiter)
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Innere Medizin (Leitender Arzt)
- Funktionsärztin mit Zusatztitel Suchtmedizin
- Diplom-Psychologen/innen, psychologische Psychotherapeuten/innen
- Diplom-Psychologen/innen, psychologische Psychotherapeuten/innen in Ausbildung
- Diplom-Sozialpädagogen/innen (FH) mit therapeutischer Zusatzausbildung
- Diplom-Sozialpädagogen/innen (FH)
- Ergotherapeuten/innen
- Schreinerin mit pädagogischer Weiterbildung

- Sporttherapeuten/innen (Sportlehrer/innen)
- Diätassistent/in
- Krankenschwestern/-pfleger im Tag- bzw. Nachtdienst
- Verwaltungskraft
- Fahrer
- zeitweise Praktikant/in

Das Leitungsteam bilden der Klinikleiter (psycholog. Psychotherapeut) sowie der leitende Arzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Innere Medizin). Der Klinikleiter ist außerdem Mitglied in der Bayerischen Akademie für Suchtfragen (BAS e.V.), im AK Sucht (dem Gesundheitsbeirat der Stadt München) sowie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht).

Examinierte Krankenschwestern/-pfleger sind vornehmlich über Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen präsent. Außerdem decken diese Krankenschwestern/-pfleger Zeiten ab, an denen kein/e Arzt/Ärztin in der Klinik präsent ist. Es besteht ein entsprechender Dienstplan. Zusätzlich besteht eine ständige ärztliche Hintergrundbereitschaft sowie zusätzlich eine turnusmäßig wechselnde Rufbereitschaft durch das therapeutische Mitarbeiterteam. Darüber hinaus bestehen turnusmäßig regelmässige Besprechungen und auch Fortbildungen durch die Klinikleitung bzw. die ärztliche Leitung.

9 Theoretische Grundlagen zum Verständnis der Abhängigkeitsstörungen

“Psychoaktive Drogen beeinflussen das Belohnungssystem des Gehirns, auch wenn sich das Gehirn nicht evolutionär entwickelt hat, um auf Drogen zu reagieren, sondern auf natürliche Verstärker wie Essen und Sex. Adäquate Antworten auf natürliche Verstärker waren evolutionär wichtig für das Überleben, den Fortbestand und die Fitness. In einer Schrulle evolutionären Schicksals entdeckten Menschen, wie sie dieses System künstlich mit Drogen stimulieren konnten.“ Diese prägnante Formulierung von Kelley & Berridge (2002; eigene Übersetzung) bringt den neurobiologischen Anteil der Sucht präzise auf den Punkt.

So prägnant diese Formulierung allerdings auch ist – sie umfasst nur einen Teil der Sucht-Phänomenologie. Die Entwicklung einer Sucht liegt nämlich nicht nur an physiologischen Erfahrungen bzw. an der Biologie, sondern sie ist mindestens ebenso sehr von sozialen und sogar gesellschaftlichen Randbedingungen geprägt. Daher greift eine Theorie der Sucht, die sich ausschließlich an (neuro)biologischen Befunden orientiert, grundsätzlich zu kurz, um die mit dem Begriff „Sucht“ assoziierten Phänomene zu erfassen.

Krankheitsdefinition

Wie bereits oben erwähnt sind die führenden Behandlungsindikationen unserer Fachklinik Abhängigkeitssyndrome von psychotropen Substanzen (ICD10: F10-F19).

Entsprechend der WHO-Definition ist die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen durch eine Reihe körperlicher und psychischer Phänomene gekennzeichnet:

- Unwiderstehlicher Drang, die jeweilige Substanz zu konsumieren
- Verminderung oder Verlust der Konsumkontrolle

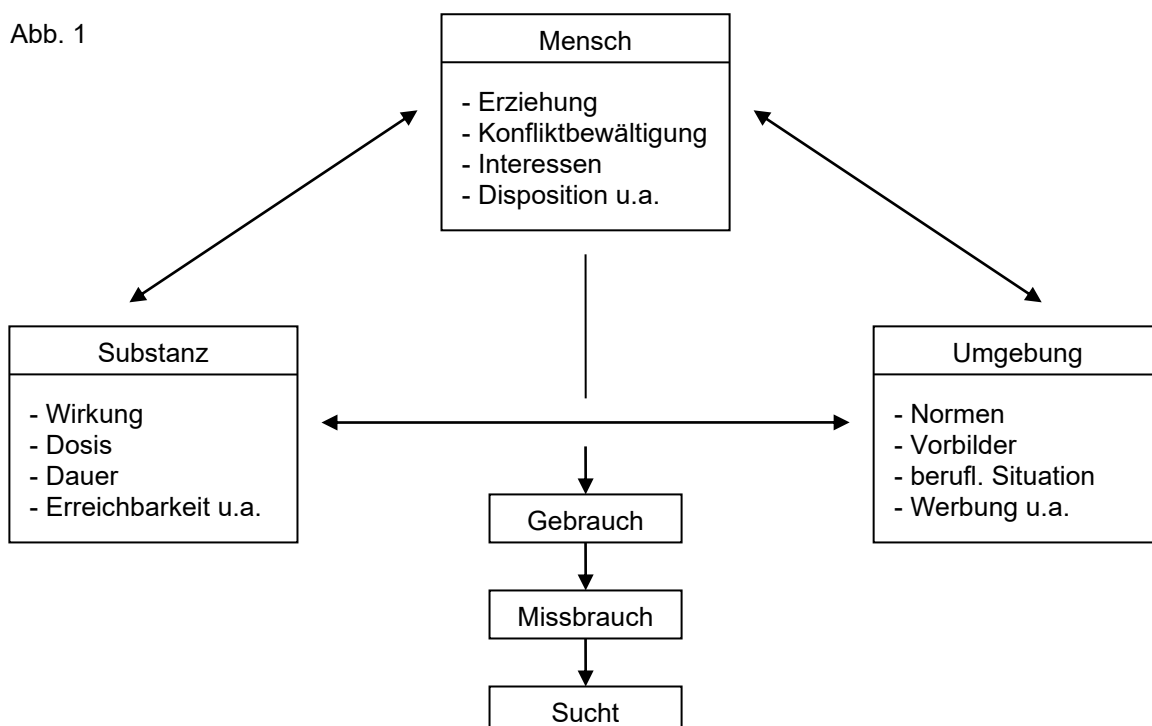
- Konsumzwang zur Verminderung von Entzugssymptomen
- Toleranzentwicklung
- Einengung von Wahrnehmung und Verhalten auf Substanzbeschaffung und den Substanzkonsum
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten, Interessen und Pflichten
- Fortsetzung des Suchtmittelkonsums trotz offensichtlicher schädlicher Folgen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene

9.1 Persönlichkeitstheorie und Krankheitsmodell

Obwohl viele Autoren nach einer für Abhängigkeitserkrankungen typischen „Suchtpersönlichkeitsstruktur“ forschten, konnte diese Annahme nicht bestätigt werden (Wanke, 1987; Ellgring, 1991). In neueren Studien wurde auf den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung und Suchtmittelkrankheit hingewiesen, wobei eine überproportionale Häufung von Suchterkrankungen und antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen auffällt (Driessen et al., 1994; Thomasius, 1998; Moggi, 2002). Unter dem Strich ist bis heute keine in sich konsistente Theorie zur Entstehung einer Suchterkrankung entwickelt. Aus dynamischer Sicht handelt es sich bei der Genese einer Abhängigkeit um ein prozesshaftes Geschehen vielschichtigen Ursprungs (Welz, 1987; Soellner, 2000). Bezüglich der Ursachen von Sucht gehen wir von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell aus. Die Entwicklung von süchtigem Verhalten hängt von der Befindlichkeit eines Individuums im Rahmen eines wechselseitigen multifaktoriellen Bedingungsgefüges ab, in dem genetische, biologische, psychische und soziale Faktoren eine wichtige, im Einzelfall jedoch unterschiedliche Rolle spielen.

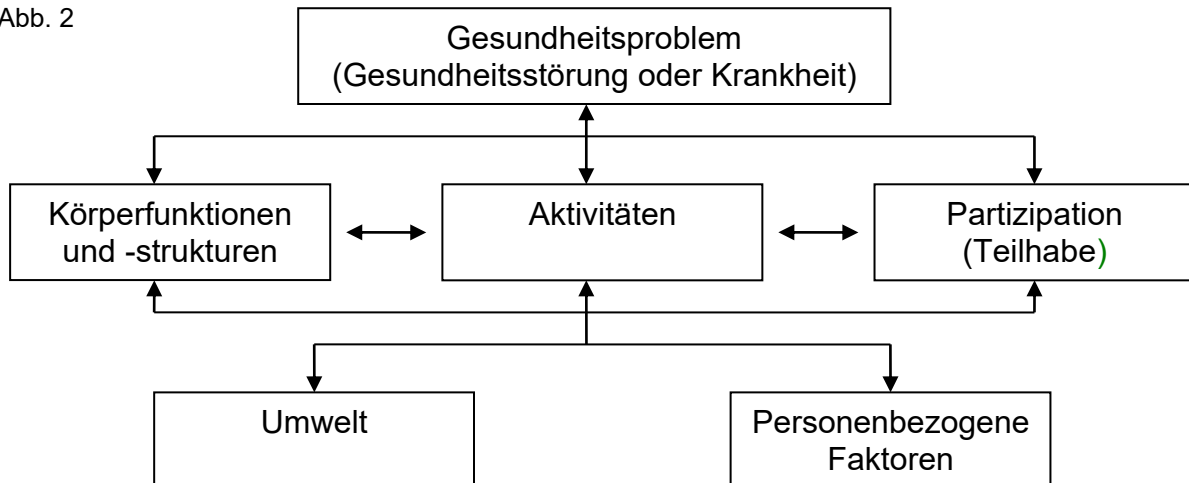
Das Modell des Suchtdreiecks nach Feuerlein (Feuerlein, 1989) spiegelt das mehrdimensionale Bedingungsgefüge zwischen Mensch, Umgebung und der Substanz wieder.

Abb. 1



Ein ähnliches Bedingungsgefüge beschreibt auch die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2005), das ebenfalls Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Komponenten beschreibt, sich aber eher mit den Krankheitsfolgen als mit der Krankheitsentstehung auseinandersetzt.

Abb. 2



Das Konzept der Würmtalklinik Gräfelfing wird der Vielschichtigkeit von Suchterkrankungen gerecht, indem es zentrale Aussagen verschiedener Blickwinkel in ein Gesamtkonzept integriert.

Die meisten Suchttheorien gehen - teils immanent, teils explizit - von einer gemeinsamen Grundvoraussetzung aus, nämlich von der Zielgerichtetheit menschlichen Handelns, wobei wesentliches Ziel menschlichen Handelns das subjektiv erlebte Gefühl des Wohlbefindens ist (Prinzip der Homöostase, bzw. Homöorhese). Auch die ICF benutzt den Begriff des Wohlbefindens als einen allgemeinen Begriff, der die „Gesamtheit menschlicher Lebensbereiche einschließlich physischer, mentaler und sozialer Aspekte umfasst“ (WHO, 2005).

Jede Handlung des Menschen wird ursprünglich getragen von diesem Streben nach Wohlbefinden. Dieser Ansatz bildet eine der Grundlagen unserer Arbeit, die sich durch Wertschätzung, Respekt und Achtung der Andersartigkeit des Gegenübers auszeichnet.

Auch im psychoanalytischen Denkmodell wird Sucht als missglückter Heilungsversuch, und damit als zielgerichtete Handlung gewertet (Senf und Broda, 2000). Psychoanalytische Theorien gehen davon aus, dass sich Sucht auf dem Boden von schweren Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Hier sind vor allem die narzisstische Persönlichkeitsstörung und das Borderline-Syndrom (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung) zu nennen. In neuerer Zeit wurde diese Sichtweise durch eine Traumatheorie der schweren Persönlichkeitsstörungen relativiert. Es zeigt sich inzwischen, dass sehr viele Rehabilitanden, die unter sogenannten „frühen Störungen“ leiden, in ihrer Kindheit und Jugend schwer körperlich misshandelt und/oder sexuell missbraucht wurden, oder die durch Nahrungsentzug oder Versagung anderer elementarer Bedürfnisse traumatisiert wurden (Saunders & Arnold, 1993). Die Folgen können gestörte Umweltbeziehungen wie stark gesteigerte Furchtsamkeit, Reizbarkeit, Mißtrauen, Aggressivität etc. sein. Der Konsum von

psychotropen Substanzen kann zu der Erfahrung führen, dass hierdurch Affekte besser kontrolliert und die psychisch und physisch erlebten Spannungen reduziert werden können.

Auch in lerntheoretischen Ansätzen findet sich diese Annahme wieder. Verhalten wird vor allem am Modell der Umgebungspersonen (z. Bsp. der Eltern oder der Peer Group) gelernt (Bandura, 1997), sowie durch Verstärkung von Verhalten. Wird aus dem nachahmenden Verhalten Genuss (bzw. Wohlbefinden, Entspannung) gezogen, spricht einiges dafür, dass es in ähnlichen Situationen wiederholt wird. So können bestimmte Schlüsselsituationen (sog. „Trigger“) den Konsum auslösen. Der Gebrauch kann allmählich zur Gewöhnung und schließlich zur Abhängigkeit führen. Sucht ist in dieser Lesart die Fixierung auf ein Verhaltensmuster und damit Ausdruck unbefriedigter elementarer materieller und psychosozialer Lebensbedürfnisse (Perlwitz, 1995). Aus Sicht der neueren kognitiv orientierten VT spielen zudem schon in Kindheit und Jugend erworbene Einstellungen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen), Werte und Verhaltensweisen eine die Abhängigkeit prädisponierende Rolle (Suhler, 2000; Bühringer, 2003).

Systemische Ansätze gehen darüber hinaus davon aus, dass es sich bei Suchtphänomenen nicht um die Erkrankung eines einzelnen Individuums, sondern um eine Beziehungsstörung handelt, deren Genese nur im Kontext des sozialen Umfeldes, insbesondere der Familie und der Gesellschaft verstanden und behandelt werden kann. Der Konsum von Suchtmitteln ist aus systemischer Sicht als sinnvolles Verhalten innerhalb des biographischen und aktuellen Kontextes zu verstehen. Wesentlicher Aspekt der Behandlung ist demnach auch die Fokussierung auf den situativen und den Beziehungskontext süchtigen Verhaltens.

Sozialpsychologische Theorien betonen ebenfalls die Einflüsse der Umgebung auf die Ausprägung süchtigen Verhaltens. Viele Faktoren wurden auf ihre Wirksamkeit bzgl. einer Suchtentwicklung untersucht, z.B. häusliches Milieu, sozioökonomische Bedingungen, Sozialisation, Schichtzugehörigkeit, Schulleistungen, Zukunftsperspektiven, gesellschaftliche Strukturen etc.. Für die soziale Schichtzugehörigkeit wurde z.B. festgestellt, dass Opiatkonsum im Gegensatz zu Cannabiskonsum häufiger bei Angehörigen der Unterschicht zu beobachten sei. Als Erklärung wird vermutet, dass hier eine niedrigere Frustrationstoleranz herrscht, bei gleichzeitig stärkerer Gegenwartsorientierung und Neigung zu sofortiger Bedürfnisbefriedigung im Gegensatz zu aufgeschobener, zukünftiger Bedürfnisbefriedigung (Wöbcke, 1995).

Interessante neue Beiträge zum Verständnis der Abhängigkeitserkrankungen kommen aus der Hirnforschung. Alle Suchtmittel wirken in spezifischer Form auf die verschiedenen Neurotransmittersysteme (Beck, 2000) und führen bei chronischem Missbrauch zu Verschiebungen der Dichte verschiedener Rezeptoren im Gehirn. Dieser Vorgang wird als Gegenregulationsversuch des Organismus verstanden und führt in der weiteren Folge zum Gewöhnungseffekt, der wiederum eine Steigerung der Dosis nach sich zieht, um den gleichen Effekt zu erzielen. Gut untersucht ist dieses Phänomen am körpereigenen Belohnungssystem. Dopamin als wichtiger Transmitter des Belohnungssystems wird ausgeschüttet, um lebensnotwendige Handlungen mit einem angenehmen Gefühl zu versehen. Die Wahrnehmung eines angenehmen Gefühls führt zur Wiederholung der Handlung. Hierdurch wird gewährleistet, dass notwendige Handlungen wie z.B. Essen, Trinken, Sexualität, also

selbst- oder arterhaltende Handlungen ausgeführt werden. Das Belohnungssystem reagiert immer dann mit Dopaminausschüttung, wenn ein Verhalten von der Großhirnrinde als erfolgreich bewertet wird (z.B. auch Handlungen im beruflichen oder sozialen Bereich), was wiederum zur Wahrnehmung eines angenehmen Gefühles (Wohlbefinden) führt (Schläpfer und Burri, 2000). Suchtmittel wirken als starker Aktivator des Belohnungssystems, d.h. es kommt über eine Dopaminausschüttung zur Induzierung angenehmer Gefühle, wie es sonst nur bei überlebensnotwendigen, erfolgreichen und gelungenen Handlungen der Fall ist. Suchtmittel werden zum stärksten Aktivator des Belohnungssystems und drängen andere überlebensnotwendige, gelungene, sozial und beruflich wichtige Handlungen in den Hintergrund.

Zusammenfassend wird Suchtmittelkonsum von uns als zielgerichtetes, auf dem Hintergrund sozialer und individueller Faktoren erlerntes Verhalten verstanden. Die Funktionalität des Suchtmittels sowie prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren spielen eine zentrale Rolle im Verständnis des Suchtmittelkonsums und des daraus resultierenden Behandlungsregimes (Kanfer & Goldstein, 1991; Meermann, 1991; Reinecker, 2003).

Drogengebrauch und Kriminalität

Eine Besonderheit ist die enge Verzahnung zwischen dem Gebrauch illegaler Drogen und kriminellem Verhalten. Verschiedenste Studien belegen den engen Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Kriminalität.

In einer Übersichtsarbeit über den Stand der internationalen Forschung in diesem Gebiet kommt Klär (2002) zu den folgenden möglichen Zusammenhängen zwischen Drogengebrauch und Kriminalität:

These	Erläuterung
„drug use leads to crime“	Drogenkonsum führt zu Kriminalität: Danach steigen Kriminalitätsraten bei Drogengebern in aktiven Konsumphasen deutlich an und sinken in Abstinenzperioden ebenso ab.
„crime leads to drug use“	Drogenkonsum ist das Resultat krimineller Orientierung: Diese These wird durch Beobachtungen gestützt, dass dem Drogengebrauch oft kleine sowie schwere Kriminalität vorangeht.
„common-cause-model“	Drogenkonsum und Kriminalität sind gemeinsamer Ausdruck devianter Orientierung: Danach wurzeln Drogenkonsum und Kriminalität in einer gemeinsamen Orientierung zu deviantem Verhalten. Der Zusammenhang von Kriminalität und Drogengebrauch ist über soziale und psychologische Faktoren oder subkulturelle Orientierungen vermittelt.

Eine empirische Klärung, welches dieser Modelle am ehesten zutrifft, ist auf Grund der Komplexität der Zusammenhänge kaum möglich. Insgesamt spricht jedoch einiges für das letztgenannte „common-cause-model“, wonach sowohl der Drogenkonsum als auch das kriminelle Verhalten Ausdruck eines insgesamt devianten Lebensstiles der betroffenen Person sind. Dies hat für die Therapie von

Abhängigen illegaler Drogen insofern eine besondere Bedeutung, als es zumeist nicht ausreicht, allein den Drogenkonsum in den Fokus der Behandlung zu stellen. Stattdessen gilt es, im Verlauf der Therapie auch das sonstige deviante Verhalten bzw. den entsprechenden Lebensstil zu thematisieren und zu problematisieren.

9.2 Multimorbidität

Das Krankheitsverständnis der Abhängigkeit kann sich nicht allein auf Theorien und empirische Befunde zur Suchtkrankheit stützen, da Abhängige in zunehmendem Maß unter zusätzlichen schweren psychiatrischen, internistischen, orthopädischen, neurologischen etc. Krankheiten leiden.

Exkurs: Psychische Komorbidität

Psychische Komorbidität meint zunächst das gleichzeitige Vorkommen von mehr als einer psychischen Störung, d.h. in unserem Fall: Es liegt neben der Suchterkrankung noch (mindestens) eine weitere psychische Erkrankung vor.

Aus verschiedenen Studien ergeben sich absolut gesehen unterschiedlich hohe Komorbiditätswerte (v.a. in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe bzw. deren Selektion sowie weiteren Faktoren); die Komorbiditätswerte sind jedoch generell als hoch zu bezeichnen. Bei Abhängigen von illegalen Drogen finden sich dabei generell höhere Komorbiditäten als bei Alkoholabhängigen; die höchsten Komorbiditäten finden sich jedoch bei Mehrfachabhängigen (Kandel et al., 2001).

In einer zusammenfassenden Überblicksarbeit stellte Behrendt et al. (2006) fest, dass bei Abhängigen von illegalen Drogen etwa 50-60 % der Personen eine weitere psychische Störung der ICD-10 Achse I vorweisen und ca. 50 % eine komorbide Persönlichkeitsstörung haben.

Weissinger, Bachmeier & Missel (2013) fanden in ihrer Studie, dass Rehabilitanden mit einer Suchtmittelabhängigkeit als Hauptdiagnose (ICD-10: F10-F19) zu 45,2% eine psychische Komorbidität aufweisen. Der Anteil mit komorbiden „depressiven Störungen“ lag hier bei 25,1%, der mit komorbiden „Persönlichkeitsstörungen“ bei 15,2% und der mit komorbiden „Angststörungen“ bei 4,9%.

Lieb & Isensee (2002) stellten in einer Übersichtsarbeit ebenfalls fest, dass sich in klinischen Stichproben bei ca. 50% der Personen mit einer Substanzstörung auch komorbide psychische Störungen finden lassen.

Es muss also davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der in den Rehabilitationseinrichtungen zu behandelnden Rehabilitanden zusätzlich zur Suchterkrankung mit mindestens einer weiteren psychischen Störung (und häufig auch mit mehreren komorbiden psychischen Störungen) belastet ist.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit diese Erkrankungen auslösenden oder aufrechterhaltenden Charakter für die Suchterkrankung haben. Dies gilt insbesondere auch für psychiatrische Erkrankungen, die die Sucht begleiten. Ätiologisch könnte hierbei (chronischer) Stress einer der wichtigen moderierenden Faktoren für die Entwicklung der jeweiligen Erkrankungen sein (Brady & Sinha, 2005). Es gibt - insgesamt betrachtet - unterschiedliche mögliche Zusammenhänge zwischen einer Suchterkrankung und der jeweils anderen psychischen Störung. Gouzoulis-Mayfrank (2008) unterscheidet die folgenden Modelle bzw. Möglichkeiten für Zusammenhänge der Komorbidität:

Modelle der	Modelle der	Bidirektionale	Modelle
-------------	-------------	----------------	---------

sekundären Suchtentwicklung	sekundären psychischen Störung	Modelle	gemeinsamer ätiologischer Faktoren
Psychische Störung ↓ Sucht	Sucht ↓ Psychische Störung	Sucht ↓↑ Psychische Störung	Gemeinsame Vulnerabilität ↓ ↓ Psychische Störung Sucht

Wenn ein Rehabilitand eine komorbide psychische Störung neben der Suchterkrankung hat, ist die entsprechende therapeutische Behandlung in der Regel an beiden Erkrankungen auszurichten. Die einzelnen Behandlungsbausteine bzw. Therapieelemente sind dabei aufeinander abzustimmen. Alternativ bietet sich in einzelnen Fällen auch die konsekutive (nacheinander folgende) Behandlung der Störungen an. Hier kommt es dann meist zunächst zur Behandlung der Suchterkrankung. Häufig benötigen komorbid erkrankte Rehabilitanden außerdem eine intensivere therapeutische Betreuung, und auch die Schwere der Erkrankung ist bei diesen Rehabilitanden oft stärker ausgeprägt.

Suchtkranke mit einer komorbiden psychischen Erkrankung zählen in der Regel zur Gruppe der Schwerstabhängigen. Sie missbrauchen länger und exzessiver Rauschmittel, wurden häufiger behandelt und leiden häufiger unter den diversen Folgen des Suchtmittelmissbrauchs (Toneatto et al., 2000). Die Kombination von Suchtmittelmissbrauch und zusätzlichen psychiatrischen Störungen findet sich besonders häufig bei arbeitslosen oder dauerhaft unterbeschäftigten Suchtkranken (Swartz et al., 2000). So missbrauchen z.B. 50 % der schizophren erkrankten Personen Rauschmittel (illegale Drogen und/oder Alkohol) (Batel, 2000). Rehabilitanden mit einem frühen Beginn der Drogenkarriere (unter 18 J.) leiden dabei überzufällig häufiger an antisozialen, passiv-aggressiven bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörungen als Abhängige mit späterem Beginn des Rauschmittelmissbrauchs (mit 18 J. oder später) (Franken, 2000).

Zudem gilt es in der medizinischen Rehabilitation, auch andere komorbide Störungen, z.B. internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen, konsequent zu diagnostizieren und ebenso soweit wie möglich zu behandeln, da auch diese einen entscheidenden Einfluss auf das Gesamtrehabilitationsergebnis haben können, wenn sie die Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben behindern oder zu beeinträchtigen drohen.

Dabei kommt den Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV besondere Bedeutung zu. Die Rehabilitanden werden im Rahmen der Gesundheitsinformationen ausführlich über diese Erkrankungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und die Infektionsprophylaxe informiert.

10 Therapeutische Grundfragen

10.1 Therapeutische Grundhaltung

In der praktischen Umsetzung unseres Konzepts orientieren wir uns an einem humanistischen Menschenbild, am Abstinenzgedanken und der Hilfe zur Selbsthilfe

unter Anleitung professioneller Therapeuten. Dabei ist uns, neben der fachlichen Aufklärung über die Suchterkrankung, das Erlernen neuer Verhaltensweisen mittels praktischer Trainingseinheiten besonders wichtig. Im Verlauf der Suchtentwicklung hat der Missbrauch von Substanzen u.a. auch dazu gedient, Befindlichkeiten zu steuern sowie Affekte abzuwehren. Daher kann Therapie nicht nur den Verzicht auf Suchtmittelkonsum meinen. An die Stelle, an der zuvor die Suchtmittelleinnahme stand, ist für die Zukunft ein Ausfüllen dieses entstehenden Vakuums lebensnotwendig. Daher ist sowohl auf psychotherapeutischer Seite eine Aufarbeitung persönlicher Defizite notwendig als auch die Notwendigkeit, im Arbeits- und Freizeitverhalten sowie im Sozial- und Beziehungsverhalten sinnvolle Alternativen zu entwickeln.

Menschliches Verhalten repräsentiert sich in neuronalen Erregungsmustern. Häufig wiederholtes Verhalten - Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit ist ein prominentes Beispiel hierfür - führt zu sich immer stärker und stabiler ausbildenden Verbindungen zwischen den an der neuronalen Repräsentation beteiligten Nervenzellen und deren Synapsen (Spitzer, 2004). Deshalb muss das Ziel einer jeden suchtttherapeutischen Behandlung die positive Veränderung der sich z.B. im Suchtmittelkonsum ausdrückenden gesundheitsgefährdenden neuronalen Erregungsmuster sein. Durch das Erlernen und Trainieren erfolgreicher Bewältigungsstrategien bzw. durch die Entwicklung positiver, gesundheitsfördernder Gedanken, Verhaltensweisen und Emotionen bilden sich neue Bahnungen aus, die sich nach entsprechend häufigen Wiederholungen ebenfalls durch eine hohe Stabilität auszeichnen (Grawe, 2004).

„Von zentraler Bedeutung für die Psychotherapie ist die Ziel-Werte-Klärung in der Interaktion mit den Rehabilitanden. Diese führt zu einer erheblichen Zieldifferenziertheit im Therapieprozess und bestimmt das therapeutische Handlungsfeld entscheidend“ (Klein, 2001). Diese These wird auch durch Beobachtungen der neueren Hirnforschung bestätigt. Die Ausbildung neuer neuronaler Erregungsmuster wird unter Mitwirkung von Dopaminrezeptoren deutlich begünstigt, wenn die Behandlung mit wichtigen motivationalen Zielen des Rehabilitanden verbunden ist. Zielgerichtetes Handeln ist motiviertes Handeln (Grawe, 2004). Dabei sollen die in Abstimmung mit den Rehabilitanden formulierten Ziele entsprechend der lösungsorientierten Therapie (Berg & Miller, 1993):

- bedeutsam für den Rehabilitanden sein
- überschaubar sein
- konkret, präzise und verhaltensbezogen sein
- eher das Vorhandensein als die „Abwesenheit von etwas“ zum Ausdruck bringen.

Ziele sollen eher einen Anfang als ein Ende beschreiben. Ziele sollen im Lebenskontext des Rehabilitanden realistisch und erreichbar sein. Daraus lässt sich ein wünschenswertes Vorgehen in der Behandlung ableiten, wie es vor allem in der Selbstmanagement-Therapie deutlich wird. Dort werden folgende sechs Therapieprinzipien benannt (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991):

- verhaltensorientiert denken
- lösungsorientiert denken
- positiv denken

- in kleinen Schritten denken
- flexibel denken
- zukunftsorientiert denken.

Neben der zentral wichtigen Klärung der Behandlungsziele setzt sich die Wirkungsweise effizienter Psychotherapie aus den Elementen Klärung und Bewältigung zusammen (Grawe, 1996). Zur Klärung gehören die Elemente verbesserte Selbstwahrnehmung, Motivierung, Reflexion und Akzeptanz. Zur Bewältigung gehören das Erlernen neuer Verhaltensweisen, die erfolgreiche Bewältigung („coping“) von Herausforderungen und Stresssituationen, sowie die Aneignung neuer Kompetenzen („skills“) zur Bewältigung schwieriger Zukunftsaufgaben (Klein, 2001). „Dauerhafte Veränderungen im Erleben und Verhalten können vor allem dadurch herbeigeführt werden, dass der Patient positive Bewältigungserfahrungen macht und/oder dadurch, dass er größere Klarheit über sich selbst gewinnt. Diese beiden wichtigen Erfahrungen können auf sehr unterschiedliche Weise herbeigeführt werden“ (Grawe, 1996).

Nach Grawe (1995) lässt sich ein großer Teil empirisch festgestellter Wirkungen der verschiedensten therapeutischen Vorgehensweisen als Ergebnis von vier therapeutischen Wirkprinzipien erklären. Diese Wirkprinzipien sind:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Klärungsperspektive.

Wirksame Psychotherapie verändert Bedeutungen, in denen sich der Patient im Verhältnis zu sich selbst und seiner Umwelt erfährt (Grawe, 1995). Es geht um ein verändertes Wollen, Wissen und Können zugleich (Klein, 2001). Dabei ist die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, „definiert als die Erwartung, ein gefordertes Verhalten erfolgreich ausführen zu können“ (Bandura, 1997) von großer Bedeutung.

Unser Ziel für die Therapie ist es daher zunächst, dass sich die Rehabilitanden mit ihrer Geschichte, dem, was sie sind und was sie nicht sind, mit ihren Stärken und Schwächen angenommen und willkommen fühlen. Am Beginn der Psychotherapie steht die Auseinandersetzung mit der Funktion des Suchtmittelkonsums, die in der Regel die Reflexion der Biografie einbezieht:

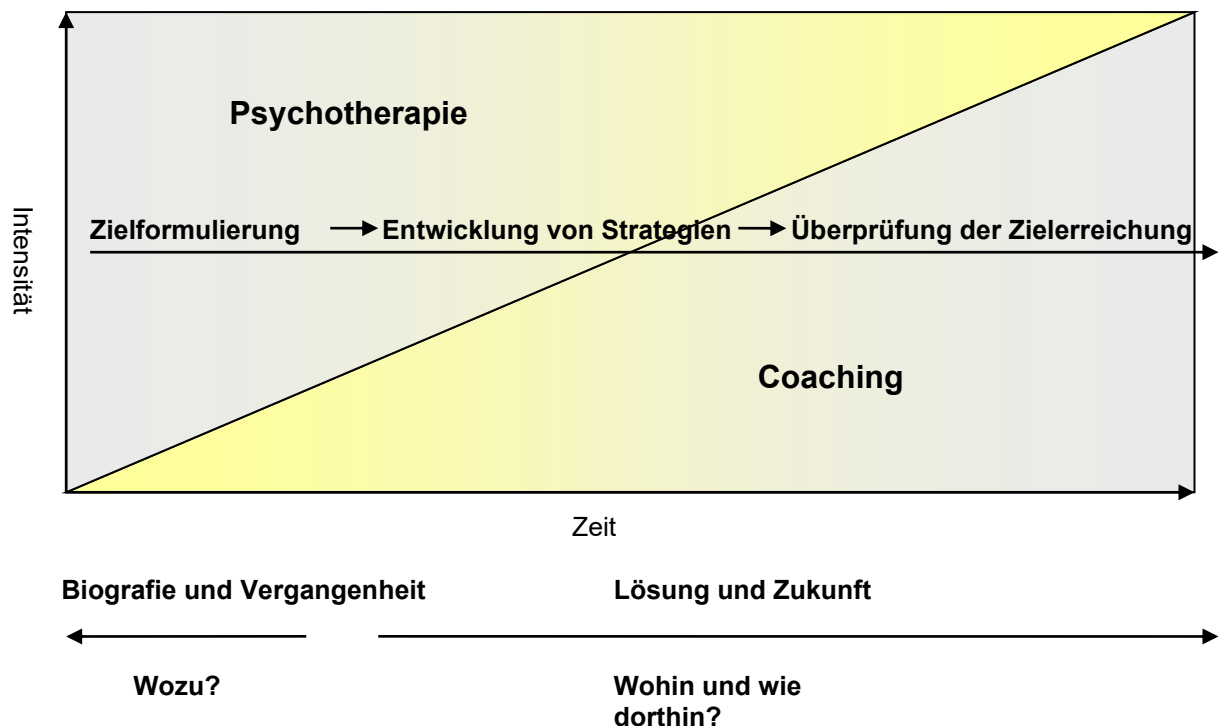
- Welche Ziele wurden mit dem Suchtmittelkonsum ursprünglich verfolgt?
- Haben diese Ziele heute noch Gültigkeit?
- Was ist die Funktion des Suchtmittelkonsums?
- Welches sind die aktuellen Behandlungsziele?
- Gibt es bereits erfolgreiche Strategien zur Zielerreichung?
- Welche Strategien kommen für die Zielerreichung in Frage?
- Woran wird die Zielerreichung festgestellt?
(Festlegen von Zielerreichungskriterien)

Die Intensität der psychotherapeutischen Interventionen (biographiebezogen) nimmt im Behandlungsverlauf zu Gunsten von Training der erarbeiteten Strategien in realitätsnahen Kontexten ab. Dabei dominieren zunächst biografiebezogene Inhalte

und später im Bereich des Coachings Inhalte, die die möglichst dauerhafte Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gemeinschaft fokussieren (SGB VI § 9 und SGB IX).

Aus den o.g. Ausführungen ergibt sich für uns ein Vorgehen, das sich in folgender Grafik verdeutlichen lässt:

Abb. 3



Der Begriff Coaching soll in diesem Zusammenhang die Auslösung und Begleitung einer gewollten Zukunft bedeuten. Dabei geht es um Standortbestimmung (Ressourcen) sowie die Entwicklung neuer Denk- und vor allem Handlungsoptionen, wobei Patient und Therapeut eine kreative Experimentierhaltung einnehmen. Im Zentrum des Coachings stehen die Lösungsorientierung und die Zukunft des Rehabilitanden.

Ein ähnliches Vorgehen lässt sich aus Peter Fiedlers Ansatz einer ressourcenorientierten Psychotherapie bei schwierigen und persönlichkeitsgestörten Menschen ableiten (Fiedler 2000, 2004).

Die Würmtalklinik Gräfelfing arbeitet entsprechend dem vorgelegten Konzept einerseits verhaltenstherapeutisch orientiert und integriert außerdem Verfahren weiterer Therapieschulen (u.a. humanistische Verfahren, Gesprächspsychotherapie, systemische Therapie). Dabei liegt der Fokus auf den oben erwähnten nachgewiesenen Wirkprinzipien, gepaart mit einer konsequent auf die Bedürfnisse des einzelnen Individuums gerichteten ressourcenorientierten Haltung der Therapeuten.

10.2 Die Rehabilitationsziele im einzelnen

Wesentliche Aufgabe der medizinischen Rehabilitation besteht darin, „die Betroffenen zu befähigen, mit Ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen vor allem ihre Funktionen im Beruf wahrzunehmen sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben.“ (Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung). Zentrale Behandlungsziele betreffen den Aufbau von Fähigkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft und damit die Förderung der Funktionsfähigkeit. „Funktionsfähigkeit“ umfasst dabei alle Aspekte der funktionalen Gesundheit (ICF).

Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und –strukturen).
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivität).
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (ICF, 2004, Seite 4)

Die hierfür relevanten Lernziele und Entwicklungsschritte sind u.a. der Erwerb lebenspraktischer und sozialer Kompetenzen, die Befähigung zur verbesserten Stressbewältigung, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit (Bühner, 1999).

Primäre Rehabilitationsziele sind somit:

- Die Förderung der funktionalen Gesundheit zur Befähigung der möglichst uneingeschränkten
 - Teilhabe am Arbeitsleben und
 - Teilhabe an der Gemeinschaft bzw. am gesellschaftlichen Leben.
- Der konstruktive Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln, was für die meisten Menschen die Notwendigkeit einer dauerhaften abstinenter Lebensweise bedeutet.

Diese übergeordneten Ziele lassen sich in verschiedenen Bereichen weiter konkretisieren:

Sucht:

- Entwicklung von Krankheitseinsicht
- Entwicklung und Förderung von Eigenmotivation zum drogenfreien Leben
- Kenntnis der Auslöser, Genese und Mechanismen der Drogenabhängigkeit
- Kenntnis der Funktionen des Drogenkonsums und Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien
- Einsicht in und ggf. Lösen von anderen Abhängigkeitsstrukturen (z. B. in

- Beziehungen)
- Aufbau einer rauschmittelfreien Genussfähigkeit
- Motivation zur Teilnahme an Nachsorge- bzw. Selbsthilfegruppen

Psychosozialer Bereich:

- Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung
- Erarbeitung von funktionalen Copingstrategien
- Aufbau und Stabilisierung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen durch Selbstwirksamkeitserfahrungen
- Erkennen eigener Grenzen und Bedürfnisse
- Verbesserung sozialer und emotionaler Kompetenzen
- Aufbau eines suchtfreien sozialen Umfeldes
- Klärung und Weiterentwicklung der Beziehungen zu den wichtigen Angehörigen
- Förderung von Selbstorganisation und Selbstversorgung
- Entwicklung einer aktiven Freizeitgestaltung
- Schuldenregulierung

Arbeit:

- Förderung vorhandener beruflicher Ressourcen und berufsbezogener Erfahrungen
- Realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Entwicklung oder Förderung von Grundfähigkeiten wie Ausdauer, Belastungsfähigkeit, Flexibilität, Konzentration, Antizipation, Lernfähigkeit, Problemlösefähigkeit, Konfliktfähigkeit und Zuverlässigkeit
- Entwicklung sozialer Kompetenzen im Feld Arbeit (Teamarbeit, Umgang mit Autoritäten, Frustration und Konflikten, Organisation von Unterstützung)
- Selbstwirksamkeitserfahrung
- Entwicklung einer realistischen Ausbildungs- bzw. Berufsperspektive

Gesundheit:

- Wissen über alle begleitenden Erkrankungen, insbesondere Infektionskrankheiten
- Wissen über die Folgen des Nikotinkonsums
- Erkennung von Zusammenhängen zwischen körperlich erlebten Symptomen und psychischen Konflikten
- Verbesserung des Ernährungsverhaltens
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Steigerung von körperlicher Belastbarkeit und Ausdauer, sowie Stressbelastbarkeit

11 Diagnostik

Um die vorstehend angestrebten Ziele mit den Rehabilitanden zu erreichen, ist eine differenzierte und prozessbegleitende Diagnostik unerlässlich.

Die diagnostische Klassifizierung auf der Ebene der Körperfunktionen und –strukturen bedient sich der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German

Modification)

Die ICD-10 liefert einen Rahmen, in dem Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen) klassifiziert werden. Zur Erreichung der im SGB IX formulierten zentralen Ziele „Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Teilhabe an der Gemeinschaft“ müssen neben der ätiologischen Diagnose vor allem die Folgen der Erkrankung, d.h. die sich aus dem Gesundheitsproblem ergebenden Beeinträchtigungen für die Teilhabe betrachtet werden. Grundlage hierfür ist die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2004). In der ICF werden Krankheitsfolgen, also die Funktionsfähigkeit und die Behinderung in Verbindung mit einem Gesundheitsproblem klassifiziert.

Schwerpunkt der Diagnostik ist die Erfassung der vorhandenen bzw. beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten und ihre Auswirkungen auf das individuelle Leistungsvermögen. So werden im therapeutischen Aufnahmegespräch Einschränkungen der Aktivitäten im täglichen Leben (Berufs- und Alltagsleben) erfragt.

Grundsätzlich gilt, dass die Ergebnisse der diagnostischen Verfahren mit dem Rehabilitanden besprochen werden, um ihm zu einer möglichst realistischen Selbstbetrachtung und Selbstbewertung zu verhelfen.

Aus den Ergebnissen der Diagnostik, und hier insbesondere aus der Betrachtung der Beeinträchtigungen der Teilhabe, ergibt sich das für die sozialmedizinische Beurteilung wichtige positive und negative Leistungsbild.

Angelehnt an die AWMF-Leitlinien für die Postakutbehandlung von Opiatabhängigen (Havemann-Reinecke et al., 2004) sind folgende Bereiche abzudecken:

Somatische Diagnostik

Im Rahmen der medizinischen Diagnostik erfolgt die körperliche Untersuchung, die Erhebung der Anamnese, die Bestimmung des Infektionsstatus, insbesondere Hepatitis B, C und HIV, falls indiziert und noch nicht erhoben, und die entsprechende Information des Rehabilitanden über die erhobenen Befunde. Unklare Befunde werden in Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen oder Klinikärzten im Rahmen von Konsiliaruntersuchungen geklärt.

Psychiatrische Diagnostik

Die psychiatrische Diagnostik beinhaltet die Erfragung der Krankheitsanamnese und die Erhebung des psychopathologischen Befundes.

Inhalte der Krankheitsanamnese sind:

- Suchtanamnese
- aktuelle psychiatrische Anamnese
- frühere psychiatrische Erkrankungen
- sonstige relevante frühere Erkrankungen
- Erfassung der Persönlichkeitsstruktur
- Biografie und Familienanamnese

Im weiteren Verlauf wird der psychopathologische Befund erhoben, in den auch Hinweise auf neuropsychologische und neurophysiologische Störungen einfließen. Der zu erhebende psychopathologische Befund umfasst im Wesentlichen die nachstehend genannten Eckpunkte der Symptomentexploration, welche im Folgenden kurz dargestellt werden.

- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration
- Auffassungsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Störungen der Intelligenz
- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen: Wahn
- Wahrnehmungsstörungen: Halluzinationen, sonstige Wahrnehmungsveränderungen
- Ich-Störungen
- Affektivität
- Zwänge, Phobien, Ängste
- Störungen des Antriebs und der Psychomotorik
- Suizidalität, Selbstverletzungen

Aus den erhobenen Informationen und den Beobachtungen des Verhaltens im weiteren Verlauf ergeben sich Rückschlüsse auf eventuell vorhandene psychiatrische Begleiterkrankungen.

Psychosoziale Diagnostik

- Ausführliche und fundierte biographische Anamnese (Herkunftsfamilie, psychosoziale Entwicklung)
- Suchtanamnese
- Erarbeitung eines funktionalen Bedingungsmodells
- Erhebung von Ressourcen

Im Rahmen der psychosozialen Diagnostik werden u.a. Aspekte der sozialen Integration beleuchtet. Psychosoziale Belastungen können Ursachen für soziale Desintegration und damit wichtige die Suchterkrankung aufrechterhaltende Aspekte sein.

Hinsichtlich der Diagnostik psychischer Störungen wird, wie im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung empfohlen, zweistufig vorgegangen. Ergeben sich bei der orientierenden psychologischen bzw. psychiatrischen Exploration Hinweise auf eine zusätzlich zur Suchterkrankung bestehende behandlungsbedürftige psychische Störung, so wird eine vertiefende psychologische bzw. psychiatrische Diagnostik durchgeführt oder die Rehabilitanden werden im Rahmen einer Konsiliarkooperation in einer spezialisierten Facharztpraxis vorgestellt.

Psychologische Testdiagnostik

Für die Psychodiagnostik hat der Deutsche Orden als Träger der Einrichtung ein eigenes computerbasiertes psychodiagnostisches Screening-Tool mit den folgenden Screening-Instrumenten entwickelt, welches in allen Rehabilitationskliniken des Deutschen Ordens eingesetzt wird*²:

GAD7	Angststörung
PHQ9	Depressive Störungen* ³
PHQ15	Somatisierung, somatische Symptomatik
PHQ-SM	Psychosoziale Belastungsfaktoren
ASRS-V1.1	Erwachsenen-ADHS
BIS-11	Barratt-Impulsivitätsskala
TCU	Behandlungsmotivationsskala
AUDIT-C	Alcohol Use Disorder Identification Test
BBGS	Brief biosocial Gambling Scale
CIUS	Compulsive Internet Use Scale
DIAMO	Diagnostik arbeitsbezogener Motivation
ASKU	Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala
IE-4	Skala zu Kontrollüberzeugungen
DAF	Deutscher Aggressionsfragebogen
BFI	Big Five Inventory
PC-PTSD	Primary Care PTSD Screen (Trauma Screening)
IES-R	Impact of Event Scale (Traumafolgestörung)
Fagerström-Test	Nikotinabhängigkeit

Diese Diagnostik kommt routinemäßig für sämtliche unserer Rehabilitanden zur Anwendung. Alle Tests werden von mit entsprechender Kompetenz und Erfahrung ausgestatteten Mitarbeitern ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Testung fließen wiederum in die weitere Behandlung ein.

Zur vertiefenden Diagnostik verwendet die Würmtalklinik indikativ und ergänzend ein computerbasiertes Hogrefe-Testsystem (HTS-5) mit der Möglichkeit einer psychodiagnostischen Testung mit den folgenden Testverfahren:

- D2 (Brickenkamp, R.)
- SCL-90-S (Franke, G.H.)
- PSSI (Kuhl, J. & Kazen, M.)
- IST-Screening (Liepmann, D., Beauducel, A., Brocke, B. & Nettelstroth, W)

Darüber hinaus sind hiermit - für besondere Anforderungen in Einzelfällen - psychodiagnostische Testungen in allen psychodiagnostischen Testverfahren, die durch das Hogrefe-Testsystem unterstützt werden, möglich.

Arbeitsbezogene Diagnostik

Neben dem Würzburger Screening zur Identifizierung beruflicher Problemlagen und der Zuordnung in eine BORA-Gruppe werden zur arbeitsbezogenen Diagnostik Anamnesegespräche zum schulischen und beruflichen Werdegang von den zuständigen Arbeits- und Ergotherapeuten durchgeführt (s.a. Kap. 15.2). Die

*² Die Umsetzung hiervon erfolgt mit Hilfe des Programms „Patfak“ der Firma Redline-Data ab Sommer 2018

*³: liefert in der Regel erst ca. 6 Wochen nach vollständigem Abklingen der Entzugssymptomatik valide Ergebnisse

Ergebnisse werden u.a. in einem entsprechenden arbeitsbezogenen Anamnesebogen dokumentiert.

Wir konzentrieren uns nicht nur auf die formalen Qualifikationen und die objektiven Parameter der Entwicklung in diesen Bereichen, sondern gleichermaßen einerseits auf charakteristische Konflikte und Barrieren in Schule und Beruf und andererseits auf die Ressourcen, Fähigkeiten, Potentiale und Wünsche bzw. Pläne des Rehabilitanden. Die allgemeine Berufsanamnese wird ergänzt durch eine umfassende Diagnostik und Problemanalyse, die sich nicht nur auf die Beurteilung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit beschränkt, sondern Einstellungen, Fähigkeiten, Interessen und die Bedingungen des realen sozialen Umfeldes einbezieht (s. a. ICF, 2004). Da viele Rehabilitanden bei Aufnahme arbeitslos sind und zum Teil schon über mehrere Jahre nicht gearbeitet haben, fehlen häufig arbeitsbezogene Grundqualifikationen. Arbeitsbezogene Fähigkeiten (modifizierte MELBA-Kriterien) werden gemeinsam mit den Rehabilitanden eingeschätzt und ggf. weiterentwickelt.

Die Zuweisung in arbeitstherapeutische Bereiche erfolgt nach dem ermittelten Rehabilitationsbedarf, wobei Wünsche und Neigungen der Rehabilitanden berücksichtigt werden. Während des gesamten Rehabilitationsverlaufs wird mehrfach in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden der bisherige Verlauf reflektiert und ggf. werden Rehabilitationsziele modifiziert bzw. neu formuliert.

Rehabilitationsbegleitende Prozessdiagnostik

Diese informelle, kontinuierliche Form der Diagnostik setzt sich mit den Fort- und Rückschritten, dem Verhalten und Konflikten in der Rehabilitandengruppe, den Einstellungen gegenüber dem Team und der Einrichtung, der Entwicklung der Therapiemotivation und Krankheitseinsicht, den Veränderungen der Leistungsfähigkeit und Anpassungsbereitschaft usw. auseinander und wird durch den die wichtigen Informationen sammelnden und bündelnden verantwortlichen Mitarbeiter im Austausch mit den Kollegen fortgeschrieben.

12 Leistungen der medizinischen Rehabilitation

12.1 Medizinische Behandlung

Die medizinische Diagnostik und Behandlung ist integrativer Bestandteil des Rehabilitationsplanes. Ergebnisse der medizinischen Eingangs- und Verlaufsdiagnostik fließen in die regelmäßigen Fallbesprechungen mit ein, so dass die Rehabilitationsziele sich auch an den körperlichen und psychischen Leistungsmerkmalen des Rehabilitanden orientieren.

Im Rahmen der Erstuntersuchung werden die Untersuchungsergebnisse des vorgeschalteten ärztlichen Gutachtens besprochen. Sind die gesamten Laborergebnisse in den genannten Gutachten oder aus der Entzugsbehandlung unauffällig, kann die routinemäßige Laboruntersuchung auf einen späteren Zeitpunkt verlegt werden.

Die medizinische Diagnostik umfasst neben der Suchterkrankung auch alle

körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen. Insbesondere andere psychische und psychiatrische Erkrankungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Psychosen) müssen erkannt werden, um entweder eine spezifische Behandlung einzuleiten oder um zu prüfen, ob der Rahmen der Einrichtung dem Störungsbild des Rehabilitanden gerecht wird. Letztlich gehen alle erhobenen Befunde, wie auch die Ergebnisse der Verlaufsdiagnostik, in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung am Ende der Behandlung ein.

Alle erhobenen relevanten Befunde werden mit den Rehabilitanden in Einzelgesprächen ausführlich besprochen und etwaige Konsequenzen bzw. Möglichkeiten der Behandlung aufgezeigt und bei entsprechender Indikation eingeleitet. Dabei besteht eine enge Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten und Kliniken der Region.

Weiteres Ziel der medizinischen Behandlung ist es, die Rehabilitanden zu einem bewussteren Umgang mit körperlichen und auch psychischen Symptomen zu motivieren und ihnen alternative Strategien zum Substanzgebrauch aufzuzeigen. Die regelmässige Arztvisite, eine tägliche Sprechstunde und im Bedarfsfall auch zusätzliche Termine sichern die kontinuierliche medizinische Versorgung der Rehabilitanden.

Ärztliche Aufgaben

Die Stellung des Arztes bzw. der Ärztin in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird bestimmt durch die Empfehlungsvereinbarung Abhängigkeitserkrankungen der Leistungsträger (2001) sowie die Strukturanforderungen der DRV (2010, 2014).

Durch den leitenden Arzt, evtl. weitere Ärzte und das diensthabende Pflegepersonal vor Ort ist eine durchgehende medizinische Versorgung in der Würmtalklinik sichergestellt.

Die fachärztliche Leitung koordiniert und verantwortet medizinische Diagnostik, Therapieplanung und -gestaltung. Er/Sie sorgt für die Einhaltung der Hygienebestimmungen, die mithilfe der Hygienebeauftragten der Klinik, des Hygieneplans und der regelmäßigen externen Hygieneberatung umgesetzt werden.

Die wöchentlichen Fallbesprechungen werden fachärztlich geleitet. Der leitende Arzt trägt die Verantwortung für die Dokumentation der Befunde, des Behandlungsverlaufes, der sozialmedizinischen Daten und die zeitnahe Erstellung der Entlassungsberichte. Sie übernimmt den Austausch und Kontakt mit den niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern. In den fachärztlichen Visiten wird jeder Rehabilitand mind. 14-tägig einzeln gesehen. Dies dient zur ärztlichen Untersuchung, Diagnosestellung, sozialmedizinischen Beurteilung und Überwachung des Therapieverlaufes unter Berücksichtigung des psychotherapeutischen Prozesses. Ein Facharzt ist für die Rehabilitanden täglich ansprechbar, eine ärztliche Sprechstunde erfolgt täglich. Ein fachärztlicher Hintergrunddienst ist jederzeit gewährleistet.

Somatische Therapie

Die Schwere der Erkrankungen, die daraus resultierenden Funktionsstörungen und der Umfang der Begleit- und Folgeerkrankungen werden festgestellt. Unter Zuhilfenahme der vorliegenden Befunde wird der Umfang der darüber hinaus notwendigen ärztlichen Untersuchungen festgelegt; körperliche Belastbarkeit, Stoffwechselkrankheiten, kardiopulmonale, gastroenterologische, neurologische und

psychische Co-Morbidität werden erfasst. Die medizinische Grundversorgung wird im Hause sichergestellt; bereits begonnene Therapien (z. B. Diabetes mellitus, Hepatitis) werden fortgesetzt. Im Vordergrund der Versorgung stehen die gegenwärtigen Beschwerden, die akuten und chronischen Erkrankungen.

Interkurrente und bereits diagnostizierte Erkrankungen, die nicht mit der Abhängigkeitserkrankung zusammenhängen, werden durch Fachärzte über die GKV abgerechnet. Dabei orientieren wir uns an den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung (DRV - Rundschreiben 09/2013). Die Rehabilitanden werden diesbezüglich gezielt informiert.

Weiteres Ziel der medizinischen Behandlung ist die Aufklärung und Sensibilisierung für psycho-physiologische Zusammenhänge (z.B. Somatisierung in Abwehr psychosozialer Konflikte), für suchtmittelbedingte Veränderungen der Sinnes- und Körperwahrnehmung (z.B. Schmerzempfinden) und die Anleitung zu einem bewussten Umgang mit körperlichen und psychischen Symptomen. Im Laufe ihrer Abhängigkeitsentwicklung haben die Rehabilitanden dabei häufig gelernt, die ärztlichen Beziehungs- und Behandlungsangebote in den Dienst ihrer Abhängigkeit zu stellen. Alternative Bewältigungsstrategien werden entwickelt und eingeübt, psychosomatische Beschwerden werden eingehend erläutert und der Einfluss psychischer Zustände auf das körperliche Wohlbefinden thematisiert. Ernährungsbezogene und sporttherapeutische Indikationen werden den Rehabilitanden möglichst verständlich vermittelt.

Bei psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Psychosen) wird eine spezifische Behandlung und ggfs. eine Medikation fortgeführt bzw. eingeleitet.

Soweit es erforderlich ist, werden niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen aller Disziplinen oder Fachabteilungen der umliegenden Krankenhäuser in die Behandlung mit einbezogen. In enger Kooperation mit ambulanten Fachärzten kann im Rahmen der stationären Rehabilitation eine medikamentöse Behandlung bei bestehender Hepatitis C durchgeführt werden, da diese und andere Begleiterkrankungen der Abhängigkeit sich negativ auf das Leistungsvermögen auswirken können. Die Aufnahme der Behandlung zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts ist zu prüfen.

Im Fall eines Alkohol- oder Drogenrückfalls kann eine Verlegung in eine geeignete Entgiftungsstation in München bzw. dem nahen Umland erfolgen.

Alle erhobenen relevanten Befunde werden mit den Rehabilitanden in Einzelgesprächen ausführlich erörtert und etwaige Konsequenzen bzw. Möglichkeiten der Behandlung aufgezeigt und bei entsprechender Indikation eingeleitet.

Zusammenfassend münden alle Befunde wie auch die Ergebnisse der Verlaufsdagnostik in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung am Ende der Behandlung.

12.1.1 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Würmtalklinik Gräfelfing sind examinierte Krankenpflegekräfte in enger Zusammenarbeit mit dem Ärzteteam für alle ärztlich angeordneten Pflegemaßnahmen, speziell für die Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen zuständig. Dies erfolgt unter Aufsicht und Kontrolle der fachärztlichen Leitung.

Das Krankenpflegepersonal stellt die Tagesmedikation bereit, sorgt für die Ausgabe der Medikamente und überprüft und dokumentiert die Einnahme. Es kontrolliert

gemäß ärztlicher Anordnung regelmäßig Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht etc.. Die Krankenpfleger/innen legen Verbände an und führen Salbenanwendungen und Einreibungen durch.

Alle erhobenen Parameter und alle Pflegemaßnahmen werden in der Patientenakte dokumentiert. Die medizinischen und pflegerischen Informationen aus dem Tag- und Nachtdienst werden anhand des Dienstbuches sowie der regulären Übergaben im Behandlungsteam kontinuierlich weitergegeben. Auch die angeordneten Alkohol- und Drogenscreenings werden per Atemalkohol- und Urinkontrollen vom Krankenpflegepersonal durchgeführt und dokumentiert.

Die Krankenpflegekräfte überprüfen regelmäßig, u.a. auch anhand regulärer morgendlicher, abendlicher und nächtlicher Zimmerrundgänge, die Befindlichkeit und Vitalfunktionen aller Rehabilitanden und sorgen bei Auffälligkeiten für schnelle ärztliche Hilfe.

Bei akuten interkurrenten Erkrankungen ist das Krankenpflegepersonal in der Lage, eine vitale Gefährdung zu erkennen, Sofortmaßnahmen und ggfs. das Notfallmanagement einzuleiten, erste Hilfe zu leisten und die ärztlichen Anordnungen umzusetzen.

Im Nachtdienst, der durchgehend durch das Krankenpflegepersonal gewährleistet ist, überwacht es den psychischen und physischen Zustand der Rehabilitanden und steht in telefonischem Austausch mit dem fachärztlichen Hintergrunddienst.

12.2 Psychotherapie

Die psychotherapeutische Behandlung findet in Einzel- und Gruppengesprächen statt. Dabei steht den Rehabilitanden während der Behandlung ein fester Bezugstherapeut zur Verfügung. Die psychotherapeutische Behandlung orientiert sich an den mit dem Rehabilitanden vereinbarten Rehabilitationszielen.

Wie bereits weiter oben beschrieben sind zentrale Bestandteile der Psychotherapie die Ressourcenaktivierung, die Problemaktualisierung, die aktive Hilfe zur Problembewältigung sowie die Erarbeitung einer Klärungsperspektive. Wichtige Anhaltspunkte für die o.g. Aspekte ergeben sich aus dem Erstinterview bzw. aus dem Rehabilitationsverlauf.

Vorhandene Ressourcen bzw. bereits erfolgreiche Bewältigungsstrategien werden mit dem Rehabilitanden herausgearbeitet. Im Rahmen der Problemaktualisierung werden die mit dem süchtigen Verhalten zusammenhängenden Einstellungen und Überzeugungen erfragt. Der Patient wird mit seinen bisherigen, wenn auch gescheiterten, Lösungsversuchen wertgeschätzt, die im Verlauf der Behandlung aktivierten problematischen Verhaltensmuster werden ebenfalls als zielgerichtete Handlungen verstanden und deren Funktionalität mit dem Rehabilitanden reflektiert. Wichtig ist aber in diesem Zusammenhang, dass nicht zu viel Zeit auf die Thematisierung und Aktivierung von Problemen verwandt werden darf, sondern dass der überwiegende Teil der Behandlung der Erarbeitung und Einübung von erfolgreicheren Bewältigungsstrategien und damit der Ausbildung neuer, positiver neuronaler Erregungsmuster gewidmet wird (Grawe, 2004). Das bedeutet, dass sich die psychotherapeutische Behandlung in der Würmtalklinik eindeutig durch Ressourcen- und Zukunftsorientierung auszeichnet und regressives Verhalten nach Möglichkeit verhindert wird.

12.2.1 Einzeltherapie

Jeder Rehabilitand erhält das Angebot eines einmal wöchentlichen Einzelgesprächs (50 Minuten Dauer; KTL G620). In den Einzelgesprächen wird versucht, zunächst eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Der Rehabilitand erfährt Wertschätzung gegenüber seiner Person und seiner Geschichte. Insbesondere werden seine Versuche, sein Problem zu lösen, ob erfolgreich oder nicht, gewürdigt. Den Rehabilitanden stark belastende Themen, wie z.B. sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen usw. können der Einzeltherapie vorbehalten bleiben. Die psychotherapeutische Arbeit bezieht die Angehörigen und Partner soweit möglich und indiziert ein (KTL G680). Unterstützt wird die Angehörigenarbeit durch eine offene Regelung der Besuchsmöglichkeiten, so dass hierdurch Vertrauen und Stabilität der Beziehungen sich auch durch direkte Kontakte weiterentwickeln können, in Richtung auf nicht abhängige, eigenständige Beziehungen. Im Rehabilitationsverlauf verändern sich die Themen innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung: Die Themen wechseln von zunächst stärkerer biografischer Prägung zu Schwerpunkten, die die Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft und damit die spätere Reintegration zum Inhalt haben.

12.2.2 Gruppentherapie in Bezugsgruppen

Die Therapie in den Bezugsgruppen findet zweimal wöchentlich für 90 Minuten statt (KTL G630). Die Teilnehmerzahl beträgt 6 - 9 Rehabilitanden. Die Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe hat in der Gesamtbehandlung einen hohen Stellenwert. Sie dient der Reflexion der eigenen Erfahrungen und Einstellungen und der dadurch geprägten Handlungsmuster und Bewältigungsstrategien sowie deren Auswirkungen im interaktionellen Raum. Die Rehabilitandengruppe insgesamt ist ein soziales Lernfeld, ein Kontext, in dem früher erlernte Bewältigungsstrategien auf ihre Aktualität und Nützlichkeit überprüft werden und in der Gruppentherapie thematisiert werden können. Durch die in früheren Kontexten erlernten Handlungsmuster entstehen vielfältige Spannungen und Konflikte unter den Rehabilitanden (Problemaktualisierung). Die Gruppentherapie dient hier als Lernfeld zur Konfliktbewältigung. Soziales Handeln, Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit kann unter kontinuierlichem Feedback der Gruppe erlernt bzw. gefördert werden. Auch hier kommt dem Aspekt der Selbstwirksamkeit eine zentrale Rolle zu. Eine Suchterkrankung resultiert u.a. auch aus gestörten Beziehungsmustern und führt in der Folge zu vielfältigen Problemen in den Beziehungen zur Umwelt. Die Bezugsgruppe bietet einen idealen Erfahrungsraum, in dem unter professioneller Anleitung neue Strategien entwickelt, eingeübt und deren positive Auswirkungen auf die Beziehungen erfahrbar gemacht werden können. Die Gruppe dient hierbei insgesamt als Lernfeld, auch im Hinblick auf eine gemeinsame Lösungssuche sowie durch das Lernen an Lösungsmodellen anderer Gruppenmitglieder (vgl. Yalom, 2010).

Die Therapeuten geben durch ihre konsequent wertschätzende Haltung gegenüber den Rehabilitanden ein positives Modell und prägen damit die Atmosphäre und die Dynamik in der Rehabilitationseinrichtung.

12.2.3 Indikative Gruppen

Neben den Bezugsgruppen werden verschiedene indikative Gruppen angeboten, die sich mit bestimmten inhaltlichen Themen beschäftigen. Es handelt sich dabei um halboffene Gruppen, die wöchentlich bzw. 14-tägig stattfinden. Der Zeitraum der einzelnen Gruppen ist unterschiedlich. Die Gruppenstärke beträgt ca. 8 – max. 15 Rehabilitanden. Folgende Indikativgruppen werden derzeit von uns angeboten:

- Psychoedukation (KTL C806)
- Rückfallprävention (KTL G673)
- Skilltraining (KTL G662)
- Eingangsgruppe (während der ersten Aufenthaltswochen; KTL F560)
- Konferenz und Wochenendbesprechung (KTL D640)
- Ausgängerbesprechung (ab Ausgängerstatus; KTL D630)
- Bewerbungstraining (siehe Kapitel 16 – Berufliche Integration / Reintegration, KTL H842)

12.2.3.1 Psychoedukation

Die Rehabilitanden eignen sich während ihrer Therapiezeit einen großen „Wissensinput“ über ihre Krankheit und damit verbundene Verhaltensdefizite an. Durch die Psychoedukation soll den Rehabilitanden geholfen werden, die wichtigsten Informationen über ihre Probleme und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu verstehen. Das Verstehen der eigenen Problematik ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung jeder längerfristigen Suchtentwicklung. Das Verstehen vertieft die Krankheitseinsicht, ist der erste Schritt für die Wahrnehmung des eigenen dysfunktionalen Verhaltens und als Folge Einleitung der notwendigen Veränderungsprozesse im suchtherapeutischen Prozess.

Bei der Psychoedukation geht es um die Vermittlung von Informationen über die Suchtproblematik und die daraus resultierenden notwendigen Veränderungsprozesse, die bessere Bewältigung von Stress und die Anleitung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil. Die Psychoedukation umfasst 10 Sitzungen und ist in Seminarform aufgebaut. Die Rehabilitanden durchlaufen bis zum Ende der Therapie alle Themenbereiche und weisen dies durch ein Formblatt, auf dem die Teilnahme vom Seminarleiter bestätigt wird, nach.

Themen der Psychoedukation sind u.a.:

Zur Diagnose Sucht? - Merkmale einer Suchtmittelabhängigkeit

Ursachen der Sucht - Grundlagen der Erkrankung

Krankheitseinsicht

Das Verhaltensdreieck: Gefühle – Gedanken - Verhalten

Belohnungsaufschub & Suchtverlagerung

Das Suchtgedächtnis I – Neurobiologie von Suchterkrankungen

Das Suchtgedächtnis II - Grundlagen der Rückfallprävention

Werte, Moral und Gewissen - Lebensstilaspekte

Sucht & berufliche Integration (BORA)

Informationen über Adaption und Nachsorgemöglichkeiten

12.2.3.2 Rückfallprävention

Die indikative Gruppe Rückfallprävention findet Bezugsgruppenweise jeweils 14-

tägig statt. Suchtmittel-Rückfälle und die Prävention von Rückfällen sind **die** zentralen Themen der Behandlung von Suchtmittelabhängigkeiten. Daher verdient die Entwicklung individueller Rückfall-Gefahrenmodelle und die Vermittlung der notwendigen Kompetenzen zur Rückfallverhinderung einen besonderen Raum innerhalb der Therapie.

Thematisch dienen uns u.a. die Manuale von Klos & Görgen (2009) „Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm“ sowie von Körkel & Schindler (2003) „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.“ als Vorlage. Weitere Materialien und Methoden wurden von uns spezifisch zusammengestellt bzw. individuell von uns entwickelt und an die Bedürfnisse der Rehabilitanden unserer Fachklinik angepasst.

Themen der Rückfallprävention sind:

- Allgemeine Informationen zu Rückfall und Rückfallhäufigkeit
- Pro und Contra von Abstinenz
- Externe Auslöser – Umgang mit möglichen Gefährdungssituationen, zwischenmenschlichen Konflikten, Konsumaufforderungen
- Interne Auslöser - Umgang mit unangenehmen/angenehmen Gefühlen, Drogenverlangen
- Meine persönlichen Rückfallvorläufer und Gefahrensignale
- Ablehnungstraining – Nein-Sagen lernen
- Schutzfaktoren
- Kriminalität und Konsum
- Umgang mit einzelnen Rückfallereignissen – Widererlangung von Abstinenz
- Gespräche mit Angehörigen über das Thema Rückfall
- Notfallplan

In dieser indikativen Gruppe wird u.a. mit den folgenden Methoden gearbeitet:

- Rollenspielen
- Arbeitsblättern
- Moderationskarten
- Gruppendiskussionen.

12.2.3.3 Skilltraining

Die Idee eines gesonderten Fertigkeitentrainings stammt ursprünglich aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zur Behandlung von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Linehan, 1996a, 1996b; Bohus & Wolf-Arehult, 2013; Sendera & Sendera, 2016). In letzter Zeit wurden zunehmend Erweiterungen und Adaptierungen dieser psychotherapeutischen Herangehensweise entwickelt, so insbesondere auch für Personen mit Suchterkrankungen, das sogenannte DBT-S (Kienast, 2016).

Das Wiedererlangen der Affektkontrolle, ohne hierbei auf psychoaktive Substanzen zurückzugreifen bzw. zurückgreifen zu „müssen“, und damit das Erlernen eines veränderten Umgangs mit den eigenen Gefühlen, kristallisiert sich in den letzten Jahren zunehmend als „psychotherapeutischer Kern“ für die erfolgreiche Bewältigung von Suchterkrankungen heraus. Auch Elemente aus dem Bereich „Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie“ spielen hier ergänzend eine Rolle.

Mit dem Skilltraining möchten wir erreichen, dass die Rehabilitanden durch gezieltes Üben und Wiederholen das in den anderen - v.a. indikativen - Gruppen Gehörte und theoretisch Gelernte schon während der Behandlung in ihren Alltag transferieren können. Erfolgserlebnisse durch Eigenwahrnehmung und die Spiegelung geänderten, verbesserten Verhaltens stärken das Gefühl von Selbsteffizienz der Rehabilitanden und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit, den Anforderungen eines drogen- und alkoholfreien Lebens gewachsen zu sein. Schwerpunkt des Skilltrainings ist die praktische Vermittlung und konkrete Einübung von suchtmittelfreien Bewältigungsfertigkeiten.

Das zugrundeliegende Curriculum umfasst die Schwerpunktthemen:

- Gefühle - Sucht
- Stress
- Achtsamkeit
- Entspannung & Spannungsregulation
- Aufmerksamkeit/Achtsamkeit – Sucht
- Strategien zur Krisenbewältigung (Skills bei Hochstress)

Diesen Themen ist jeweils ein Übungsmanual zugeordnet, die Rehabilitanden üben im Skilltraining neues Verhalten direkt ein.

12.2.3.4 Eingangsgruppe

Die Eingangsgruppe findet während der ersten Wochen der Rehabilitation jeweils zweimal pro Woche für je 60 Minuten statt. Die Eingangsgruppe hat verschiedene Themen und Inhalte:

- Die Erleichterung der Eingewöhnung in die Rehabilitation
- Die Verbesserung der intrinsischen Veränderungsmotivation
- Die Förderung einer positiven Haltung zur aktuellen Behandlung
- Die Förderung eines positiv besetzten Entschlusses zu zukünftiger Suchtmittelabstinenz
- Die Erklärung des Kliniksettings in der Würmtalklinik
- Die Förderung von aktiver Mitarbeit an der Behandlung

Neben der Vermittlung von Informationen über die Merkmale der stationären Therapie in unserer Fachklinik spielen Elemente und Methoden aus dem Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2004) hierbei eine besondere Rolle.

12.2.4 Weitere Gruppen

Konferenz und Wochenendbesprechung

Die Konferenz (KTL D640) und die Wochenendbesprechung (KTL D640) finden jeweils einmal wöchentlich statt und sind als Rehabilitandenvollversammlung konzipiert. Alle jeweils gerade in der Klinik anwesenden Rehabilitanden nehmen daran teil.

Therapeutische Schwerpunkte der Konferenz sind:

- Treffen und Einhalten verbindlicher Absprachen, Transparenz im Gesamt-Setting
- Klärung organisatorischer Fragen
- Förderung des Realitätsbezugs
- Sensibilisierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Klärung etwaiger aktueller Konflikte
- Aufbau einer der Situation angemessenen Selbstkontrolle
- Verbesserung der Konfliktbewältigung
- Stärkung der sozialen Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit

In der Wochenendbesprechung liegt der Fokus dagegen stärker auf der Klärung organisatorischer Fragen sowie der Planung des jeweils folgenden Wochenendes inkl. der zugehörigen Freizeitaktivitäten.

Ausgängerbesprechungen (KTL D630) / Gestaltung von Freizeit

Der Suchtmittelkonsum und die hierfür notwendigen Beschaffungsaktivitäten haben im Leben der Rehabilitanden vor der Therapie eine große Rolle gespielt und viel Zeit benötigt. Auch deswegen sind Defizite in der Freizeitgestaltung bei den Rehabilitanden unserer Fachklinik eher die Regel als die Ausnahme.

Darüber hinaus haben viele unserer Rehabilitanden erhebliche Sozialisations- und Entwicklungsdefizite. Eine sinnvolle Lebens- und Freizeitgestaltung konnte daher oft gar nicht erlernt werden. Bei anderen Rehabilitanden ist sinnvolles Freizeitverhalten im Verlauf der Suchtentwicklung verloren gegangen. Viele Rehabilitanden erleben Langeweile und wissen nur wenig mit sich selbst anzufangen. Sinnvolles Freizeitverhalten muss daher erst (wieder) eingeübt werden. Neben den Freizeitaktivitäten in der Klinik bzw. innerhalb der Behandlung (siehe Kapitel 17, 18 und 20) sind uns daher die Vorbereitung und Begleitung der einzelnen Freizeitaktivitäten unserer Rehabilitanden ein besonderes Anliegen.

Wir legen Wert auf eine konkrete Planung der Ausgänge, geben Hinweise und Informationen, machen Verbesserungsvorschläge und unterstützen sinnvolle Aktivitäten auch direkt. Neben der Planung der beruflichen Zukunft ist der Freizeitbereich wesentlich für eine günstige Prognose im Hinblick auf eine zukünftige Suchtmittelabstinenz.

Sondergruppen

Größere Krisen innerhalb der Rehabilitandengruppe, substantielle Regelverstöße, Fehlentwicklungen und Rückfälle behandeln wir vereinzelt und situationsbezogen z.T. in sogenannten „Sondergruppen“ (KTL G601 bzw. D640). Die damit verbundene Zielsetzung ist die Information und Auseinandersetzung mit besonderen Vorfällen und Dynamiken für den Einzelnen und die gesamte Rehabilitandengruppe sowie die Schaffung von Transparenz und Sicherheit über Entscheidungen und Entscheidungsabläufe, die alle anwesenden Rehabilitanden betreffen.

13 Soziale Kompetenzen

Die bei Rehabilitanden unserer Klinik in der Regel gestörten Sozialisationsbedingungen haben zu vielfältigen Defiziten im Sozialverhalten geführt,

die sich sowohl im beruflichen, wie auch im privaten Lebensbereich problematisch auswirken und z.B. zu Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolation und allgemeiner Lebensunzufriedenheit führen können. Dabei stellen soziale Kompetenzdefizite einerseits eine Ursache für späteren Suchtmittelkonsum dar, sie sind aber ebenso eine Folge eines süchtigen Lebensstils.

Aufgrund des durchschnittlich relativ jungen Alters und der meist nicht dem Alter entsprechenden Persönlichkeits- und Reifeentwicklung unserer Rehabilitanden sind insbesondere klare und nachvollziehbare Strukturen, Regeln und Grenzen in unserer Arbeit wichtig. Zusätzlich profitieren die Rehabilitanden von dem reichhaltigen Sport- und Freizeitangebot.

Aktive Beteiligung an der Behandlung / Förderung von Teilhabekompetenz

Um das gemeinschaftliche Anliegen der Rehabilitanden nach suchtmittelfreier Lebensführung zu stärken und zu fördern, ist eine aktive Mitwirkung der Rehabilitanden an der Behandlung notwendig und unabdingbar. Nicht zuletzt werden damit elementare Fähigkeiten zur Teilhabe an der Gemeinschaft und dem Arbeitsleben eingeübt.

Die Organisation des Alltagslebens, wöchentliche Treffen der Rehabilitanden untereinander und verschiedene gemeinsame Freizeitaktivitäten fallen in diesen Bereich der Rehabilitanden-Selbstverwaltung. Die entsprechenden Bereiche werden durch Mitarbeiter der Einrichtung professionell angeleitet und gecoacht.

Wochenreflexion

Die Wochenreflexion dient einerseits der Aktivierung von Selbsthilfe und aktiver Beteiligung, andererseits finden hier Absprachen in Bezug auf bestimmte Freizeitaktivitäten und auch das Zusammenleben in der Gemeinschaft statt. Es findet einmal wöchentlich (Dauer: je 60 Minuten) statt. Hier erhalten die Rehabilitanden außerdem ausführliche Rückmeldungen von ihren Mitrehabilitanden über ihre Therapiefortschritte oder noch zu bearbeitende Problembereiche.

14 Arbeit mit Angehörigen

Angehörige stellen im Sinne der ICF gerade bei jüngeren Rehabilitanden wichtige, die Sucherkrankung beeinflussende Kontextfaktoren dar. Häufig sind die familiären Beziehungen belastet. Die Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess trägt dazu bei, das Beziehungsgefüge zwischen dem Rehabilitanden und seinen wichtigsten Bezugspersonen wahrzunehmen und gegebenenfalls zu verändern. Im Vordergrund steht das gemeinsame Verstehen-Lernen der Erkrankung, die Klärung der Art und Funktion der Beziehungen und die Entwicklung angemessener Formen des Kontaktes.

Die Arbeit mit Angehörigen findet in Form von Familien-, Angehörigen- und Partnergesprächen statt (KTL G680).

Themenschwerpunkte sind:

- Erfahrungsaustausch über die Erlebnisse und Erfahrungen mit den Suchtkranken bzw. der Sucht
- Informationsvermittlung über Entstehung und Verlauf der Suchterkrankung und Förderung des Krankheitsverständnisses
- Funktionen und Auswirkungen der Drogenabhängigkeit innerhalb der Familie
- Möglichkeiten der Unterstützung durch Angehörige
- Co-Abhängigkeit (Bewusstmachung und Veränderung von Sucht unterstützenden Verhaltensweisen von Angehörigen)
- Offenheit und Austausch über Gefühle, Bedürfnisse und Erwartungen innerhalb des Familiensystems
- Kommunikation und Umgang miteinander
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven für das Familiensystem

Für viele Paare, von denen ein oder auch beide Partner suchtmittelabhängig ist/sind, zeigen sich nochmals gesonderte Fragestellungen und Problembereiche, die in diesen Gesprächen aufgearbeitet werden können. Bei Bedarf und Indikation können diese Gespräche über den gesamten Rehabilitationszeitraum verteilt stattfinden.

Alle Familienheimfahrten werden im Übrigen mit dem/der Bezugstherapeuten/in intensiv vor- und nachbereitet.

15 Erwerbsbezogene Maßnahmen

Aus der empirischen Forschung ist bekannt, dass eine Erwerbstätigkeit die Gesundheit fördert,

- wenn der Arbeitsplatz sicher ist
- wenn die berufliche Leistungsfähigkeit ausgeschöpft werden kann
- wenn der Betroffene realistische Chancen im Wettbewerb der Arbeitswelt hat
- wenn die beruflichen Anforderungen zum beruflichen Leistungsvermögen, der Qualifikation und den Neigungen des Betroffenen passen
- wenn Leistungsanreize wirksam sind
- wenn der berufliche Erfolg eintreten kann.

Eine erfolgreiche Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation verbessert die Gesundheit, verbessert die subjektive und objektive Lebensqualität und erhöht letztendlich die Lebenserwartung (Murray & Lopez, 1996). Für die Stabilisierung des Genesungserfolges ist die Teilhabe am Erwerbsleben eine wichtige Voraussetzung. Deshalb muss der Steigerung des individuellen Leistungsvermögens und damit der Reduzierung der Beeinträchtigungen an der Teilhabe am Arbeitsleben besondere Aufmerksamkeit zukommen.

Auf die schulische und berufliche Entwicklung wird in der Würmtalklinik daher ein besonderer Focus gelegt. Für die Stabilisierung des Genesungserfolges nimmt die Teilhabe am Erwerbsleben nach der Rehabilitationsbehandlung eine zentrale und unterstützende Rolle ein. Arbeit ist mehr als materielle Sicherung. Sie ermöglicht ein selbstbestimmtes, von fremder Unterstützung weitgehend unabhängiges Leben, sie stiftet Sinn und gibt dem Alltag Struktur. Entsprechend groß ist das Risiko eines Rückfalls für Personen, die trotz erfolgreicher medizinischer Rehabilitation langfristig

ohne Arbeit bleiben. In einer Zusammenfassung nationaler und internationaler Untersuchungen nennen Henkel et al. (2003) einen Faktor zwischen 1,5 und 2, um den die Rückfallrate Arbeitsloser nach einer Entwöhnungsbehandlung gegenüber Erwerbstätigen erhöht ist. Berufliche Integration ist aus Sicht des Betroffenen und aus ökonomischen Gründen der Erfolg versprechendste Ansatz, langfristig und wirksam die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung im Beruf zu beeinflussen (Irle, 2003).

Die Klientel in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger weist in der überwiegenden Mehrzahl besondere berufliche Problemlagen (BBPL) auf. Damit sind problematische sozialmedizinische Verläufe gemeint, wie z.B. häufige Arbeitsunfähigkeit, unterbrochene Erwerbsbiografien oder starke Zweifel, die geforderten Leistungen erbringen zu können. Als Indikator gelten neben erhöhten Arbeitsunfähigkeitszeiten, abgebrochenen Ausbildungen, häufiger Arbeitslosigkeit und negativen Erwartungshaltungen der Rehabilitanden auch hohe psychosoziale Belastungen an einem ggfs. vorhandenen Arbeitsplatz. Dazu zählen Konflikte im Beruf, Über- und Unterforderung, Arbeitsunzufriedenheit, erhöhtes Stresserleben, Ängste oder Burn-out-Risiken.

Dies wird u.a. durch eine Untersuchung an 1156 Rehabilitanden der Rehabilitationseinrichtungen des Deutschen Ordens mit dem Würzburger Screening belegt. Das Durchschnittsalter lag bei 32 Jahren; rund 86 % der Rehabilitanden waren bei Aufnahme arbeitslos und im Durchschnitt bereits seit 3,1 Jahren vor Aufnahme ohne Arbeit. 88 % zeigten eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen, bei knapp 3 % ergab das Screening eine hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen (Reimer, 2015). „Die jungen Drogenabhängigen haben häufig keine abgeschlossene Schulausbildung, keine Berufsausbildung, ihnen fehlt eine arbeitsbezogene Sozialisation insgesamt. Zentrales Thema muss es deshalb – anders als bei den meisten Alkoholikern – sein, die sinnstiftende und strukturgebende Wirkung von Arbeit erstmals überhaupt zu erfahren. Es geht darum, arbeiten und leben zu lernen und eine Integration in die Gesellschaft zu erreichen – bei den Alkoholikern geht es in der Regel um Re-Integration.“ (Roggmann, 2000, S. 125/126).

15.1 Ziele der arbeitsbezogenen Rehabilitation

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden im interdisziplinären Team im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben folgende Ziele mit dem Rehabilitanden verfolgt:

- Entwicklung einer realistischen und langfristig tragfähigen beruflichen Perspektive unter Berücksichtigung der Bedingungen des Arbeitsmarktes
- Kennen lernen unterschiedlicher Arbeitsbereiche; Entwicklung eigener beruflicher Fähigkeiten und Interessen
- Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung bzgl. der eigenen Leistungsfähigkeit
- Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer; Belastungsfähigkeit; Flexibilität; Konzentration; Lernfähigkeit; Problemlösefähigkeit und Zuverlässigkeit)
- Förderung sozialer Kompetenzen im Arbeitsbereich (Teamarbeit; Umgang mit Autoritäten; Umgang mit Frustration und Konflikten; Fähigkeit, andere anzuleiten)

- Förderung von Verantwortungsbewusstsein bezüglich der zur Verfügung gestellten Werkzeuge, Materialien etc.
- Unterstützung beruflicher Neuorientierung durch Arbeitstrainings und Arbeitserprobungen, ab der Adaptionsphase insbesondere durch externe Praktika, Arbeits- und Schulerprobungen.

Der Ausbildungsstand der Rehabilitanden in unserer Zielgruppe ist häufig unterdurchschnittlich. Eine arbeitsbezogene Sozialisation hat häufig kaum oder nie stattgefunden. Unsere Rehabilitanden sind lange aus dem Arbeitsleben entwöhnt oder haben u.U. auch noch nie gearbeitet. Ihnen fehlen dadurch vielfach basale Grundarbeitsfähigkeiten (Reimer, 2015). Daher werden in der Klinik ganz besondere, zielgruppenspezifische Anstrengungen und Leistungen zur arbeits- und berufsbezogenen Förderung unternommen:

15.2 BORA – orientierte Maßnahmen

Auf der Basis der BORA-Empfehlungen: „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (2014) wird in der Klinik ein komplexes Angebot verschiedener erwerbsbezogener Leistungen vorgehalten. Diese werden an der individuellen Problemlage im Einzelfall ausgerichtet, und zwar je nach BORA- Zielgruppenzuordnung der Rehabilitanden und ggfs. gruppenübergreifenden Funktionseinschränkungen, die sich negativ auf die Teilhabe am Arbeitsleben auswirken. Die Rehabilitanden unserer Fachklinik gehören in der überwiegenden Mehrzahl den BORA-Zielgruppen 3 (arbeitslose Rehabilitanden mit kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit, ALG I) und 4 (langzeitarbeitslose Rehabilitanden, ALG II) an. Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 2 (in Arbeit, mit beruflichen Problemlagen) treten nur vereinzelt auf (unter 10%)*.

Die medizinisch-berufliche, zielgruppenspezifisch orientierte Rehabilitation (BORA) erfolgt in einem gezielten, interdisziplinären Behandlungsprogramm zur effektiven Koordination aller arbeits- und berufsfördernden Maßnahmen.

Dies beinhaltet:

Eingangsdagnostik

- Klinische (Differenzial-)Diagnosen
- sozialmedizinische Diagnostik
- Arbeits- und Sozialanamnese: Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese,
- Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz
- Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens

Erwerbsbezogene Analyse

Erhebung der erwerbsbezogenen Probleme, Ressourcen und daraus abgeleiteter Behandlungsbedarfe anhand von

- Screeningverfahren (Würzburger Screening),

* Die Bora-Zielgruppe 1 (ohne berufliche Problemlage) ist in der stationären medizinischen Rehabilitation von langjährig Drogen- oder Alkoholabhängigen überhaupt nicht vertreten, die BORA-Zielgruppe 5 (Nicht-Erwerbspersonen, die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, z.B. Schüler, Studierende) nur sehr selten.

- Arbeitsbeobachtung als Assessment (Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung)
- Dokumentationssystem zum Abgleich von Fähigkeiten und Anforderungen (BORA-Programm, Reimer, 2015)

Therapie – und Teilhabeplanung:

- Bildung von Zielgruppen (BORA-Zielgruppe/ individuelle Funktionseinschränkungen mit negativer Auswirkung auf die Teilhabe)
- Zielplanung gemeinsam mit dem Rehabilitanden
- Individuell bedarfsgerechte Therapieplanung im interdisziplinären Team

Zielgruppenspezifische Therapeutische Leistungen

- Sozialberatung: sozialrechtliche Beratung (KTL D552), Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben (KTL D, Abklärung beruflicher und persönlicher Qualifikationen und Perspektiven, Einleitung spezieller Nachsorgeangebote, Einleitung weiterführender Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- ggf. Reha-Fachberatung, Arbeitgebergespräche
- berufsbezogene therapeutische Gruppenarbeit mit Fokus auf Selbstbild und Selbsteinschätzung, Problembewältigung am Arbeitsplatz (z.B. Stress, Mobbing, Autoritätskonflikte), Stressbewältigung, Motivierung zur Wiederaufnahme einer Arbeit, Umgang mit Ängsten, soziales Kompetenztraining
- Erwerbsbezug in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Ergotherapie (körperliche, geistige und psychische Förderung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltags- und Berufsleben, Erarbeitung von Grundarbeitsfertigkeiten im instrumentalen und sozio-emotionalen Bereich)
- Arbeitstherapie in Form von Arbeitsplatztraining/ arbeitsplatzbezogene Arbeitstherapie einzeln oder in der Gruppe
- Kognitives Training
- PC-Schulungskurse (Kenntniserwerb, Internetnutzung zur Stellensuche und Bewerbung, Überwindung von Schwellenangst)
- Belastungserprobung innerhalb der Einrichtung (projektorientierte Kleingruppe oder Einzelerprobung)

Alle arbeitsbezogenen Interventionen für Abhängigkeitskranke zielen direkt ab auf die teilhabeorientierte (Wieder-)Herstellung, Erhaltung und Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. Aktivitäten und Funktionen im sozialen und lebenspraktischen Bereich (vgl. Trost, 2004; Jahrreiss, 1996; Fuchs, 2000; Gödecker-Geenen, 2004; Hoffmann 2004). Durch geeignete Interventionen der Arbeits- und Ergotherapie sollen die berufsbezogenen personalen Ressourcen der Betroffenen gestärkt und letztere befähigt werden, trotz besonderer beruflicher Problemlagen eine nachhaltige berufliche Integration zu erreichen und zu größtmöglicher Selbständigkeit und Teilhabe im Privat- und Berufsleben zu gelangen.

BORA-zielgruppenspezifische Behandlungsmaßnahmen

Die Durchführung erwerbsbezogener therapeutischer Leistungen orientiert sich an den BORA-Zielgruppen, sowie an den individuellen Problemlagen der Rehabilitanden.

Für arbeitslose Rehabilitanden mit kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit (BORA-Zielgruppe 3) werden Leistungen aus den Bereichen: Umgang mit Ängsten und Konflikten, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Assessment- und Fallmanagementverfahren und ggfs. Gespräche mit dem Reha-Fachberater empfohlen.

Für langzeitarbeitslose Rehabilitanden (BORA-Zielgruppe 4) gelten darüber hinaus noch Therapieangebote wie Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation, interne Belastungserprobung / Betriebspraktika, externe Belastungs-erprobung und Einleitung weitergehender Maßnahmen (zum Beispiel Adaption) als zielführend. (vgl. AG BORA 2014, S. 17 ff.).

Integration in das Gesamtkonzept

Die arbeitsbezogene Behandlung ist ein wesentlicher Bestandteil des gesamten individuellen und indikationsgeleiteten Rehabilitationsplanes. Die aus der ausführlichen arbeitsbezogenen Diagnostik abgeleitete Behandlungsplanung wird unter fachärztlicher Leitung im multiprofessionellen Team in Abstimmung mit dem Rehabilitanden umgesetzt; der Behandlungsprozess wird ebenso wie in den anderen Funktionsbereichen anhand der Visiten, Fallkonferenzen und der Verlaufsdiagnostik und Zielerreichung überwacht, ggfs. modifiziert und in der elektronischen Patientenakte dokumentiert.

Die vereinbarten erwerbsbezogenen Ziele und vor allem die für jeden Trainingsbereich vereinbarten Fähigkeitsziele und Rehabilitationsmaßnahmen sind mittels eines selbst entwickelten EDV-Programmes (BORA-Programm) auf dem Zentralserver gespeichert, so dass alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Mitarbeiter jederzeit Zugang zu diesen Informationen haben. Erwerbsbezogene Ziele und Maßnahmen werden nicht nur im Bereich der Ergo- und Arbeitstherapie, sondern auch in den Bereichen Psychotherapie und Sozialtherapie thematisiert. Zudem ist die arbeitsbezogene Behandlung auch ein Ausdrucks- und Beobachtungsfeld für psychodynamische Prozesse, die in der interdisziplinären Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team aufgegriffen und reflektiert werden können. All diese Informationen fließen in den weiteren Behandlungsplan ein.

Alle Rehabilitationsmaßnahmen in allen Bereichen der Klinik sind auch auf das Ziel einer möglichst nahtlosen Integration in den Arbeitsmarkt (evtl. auch Schule oder Ausbildung) nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme ausgerichtet.

15.3 Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie ist gegenständlich und zweckgebunden an den Erfordernissen der Arbeitswelt ausgerichtet; unsere Arbeitstherapiebereiche sind entsprechend arbeitsweltnah und aktuell gestaltet (Handwerkliche Tätigkeiten, Küche und Service, EDV-Training, büropraktisches Training, Grundfertigkeiten mit Holz und Metall, Teamarbeit).

Bei der Arbeitstherapie lassen sich die Arbeitsmotivation, die Einstellung zur Arbeit, die Belastbarkeit und Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben (Arbeitsqualität und –tempo) gut erkennen.

Die Arbeitstherapie in der Würmtalklinik befasst sich zunächst mit der für den weiteren Behandlungsverlauf grundlegenden arbeitsbezogenen Diagnostik, d.h. mit einer genauen Betrachtung der schulischen und beruflichen Entwicklung und den prämorbidem und aktuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitanden. Zu Beginn der Behandlung ist die Arbeitstherapie insbesondere auf das Wiedererlernen von Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit, sowie auf eine vorsichtige Steigerung der Belastbarkeit ausgerichtet.

Es erfolgt eine Beobachtung des einzelnen Rehabilitanden im Erprobungsfeld. Dies geschieht bei der internen Belastungserprobung an einrichtungsinternen Arbeitsplätzen. Die Rehabilitanden werden in den trainierenden Belastungserprobungen und an den Modellarbeitsplätzen beobachtet und begleitet und reflektieren mithilfe von Assessmentverfahren (vgl. BORA-Konzept, s.o.) mit den Ergo- und Arbeitstherapeuten die Arbeitsprozesse. Der Verlauf der arbeitsbezogenen Behandlung wird in der elektronischen Patientenakte dokumentiert.

Im Rahmen der Ergo- und Arbeitstherapie fordern wir die Rehabilitanden zu einer Auseinandersetzung mit sich selbst in Bezug zur Arbeit auf und knüpfen damit an die Themen der stark reflexiven und verbal ausgerichteten psychotherapeutischen Verfahren an, oder ergänzen sie durch neue Sachverhalte. Bei der internen oder ggfs. später der externen Arbeitserprobung bietet die Arbeitstherapie die Möglichkeit, die erworbenen Verhaltensdispositionen zu hinterfragen und neue Verhaltensweisen zu erproben.

Für Rehabilitanden mit psychischen bzw. psychiatrischen Begleiterkrankungen erfolgt die Arbeitstherapie nach Maßgabe ihrer individuellen Voraussetzungen. Ziel ist hier weniger die Belastungserprobung und Erbringung von Arbeitsleistungen, als vielmehr das Etablieren von Tagesstruktur und sinnvoller Beschäftigung (vgl. Rink & Jörg, 1996).

Arbeitstherapie im Bereich Handwerk / Werkstatt

Die Würmtalklinik Gräfelfing hält einen eigenen Werkstattbereich vor, der über Holzarbeitsplätze sowie Arbeitsplätze in der Fahrradwerkstatt verfügt. Zusätzliche Einsatzbereiche bestehen im Garten- und Landschaftsbau, da die Klinik über einen eigenen Wald verfügt.

Übergreifende Inhalte und Aufgaben der Arbeitstherapie im Bereich Handwerk sind u.a.

- Arbeitsplanung
- Lesen und Verstehen technischer Unterlagen, z.B. von Betriebs- und Reparaturanleitungen
- Anfertigen von Skizzen, Plänen und Zeichnungen
- Ermittlung von Materialbedarf
- Einhaltung von Arbeitssicherheit und Unfallverhütung
- Planung und Koordination der Zusammenarbeit mit anderen Handwerkern im Team
- Umgang mit Maschinen, Montagewerkzeugen und Werkstoffen
- Zwischen- und Endkontrollen
- Wartung und Instandhaltung
- Entsorgung und Recycling.

Berufsfeldspezifische Anforderungen werden mittels Arbeitstherapie und Arbeitsplatztraining am Modellarbeitsplatz in der Holzwerkstatt, der Fahrradwerkstatt, sowie in der Gartenarbeit gemäß realer Anforderungsprofile vermittelt und deren Bewältigung trainiert.

Die arbeitstherapeutischen Tätigkeiten im Werkstattbereich dienen der Leistungsbeurteilung, dem Training von beruflichen Schlüsselqualifikationen, der Förderung spezifischer Kenntnisse, der Interessenfindung, der Vorbereitung des beruflichen Wiedereinstiegs und der Vermittlung von beruflichen Erfolgserlebnissen. Spezielle Ziele sind die Förderung handwerklicher Fertigkeiten, die genaue und sorgfältige Umsetzung von Vorgaben, die Selbstwertsteigerung durch ein sichtbares Arbeitsergebnis, sowie Ordnung und Sauberkeit am Arbeitsplatz.

Arbeitstherapie im Bereich Küche

In der Küche werden den Rehabilitanden wichtige theoretische und praktische Kenntnisse wie Kochen, Backen, Vorratshaltung, Umgang mit Lebensmitteln und deren Lagerung vermittelt, die grundlegend für eine zukünftig eigenständige Haushaltsführung oder auch eine entsprechende Berufsausbildung sind. Darüber hinaus werden notwendige Grundlagen der Abfallbeseitigung und –entsorgung vermittelt.

Weitere Ziele in diesem Bereich sind die Selbstwertsteigerung durch ein sichtbares Arbeitsergebnis sowie ebenfalls die Vermittlung von beruflichen Erfolgserlebnissen. Auch wesentliche soziale Fertigkeiten am Arbeitsplatz wie die Arbeit im Team, das Einüben gegenseitiger Verlässlichkeit werden hierbei eingeübt.

Arbeitstherapie im Bereich Service

Die Verantwortung für einen „restaurantähnlichen“ Service zu den Essenszeiten lassen ein planvolles, zielgerichtetes Handeln üben und lebenspraktische Tätigkeiten erlernen. Des Weiteren wird Essen als ein gemeinschaftsförderndes Ritual kennen und schätzen gelernt.

Auch wesentliche soziale Fertigkeiten am Arbeitsplatz wie die Arbeit im Team, das Einüben gegenseitiger Verlässlichkeit werden hierbei eingeübt.

Arbeitstherapie im Bereich Wald und Garten

Die Würmtalklinik verfügt über ein großzügiges Außengelände sowie einen eigenen Wald. Ein kleiner Teil des Geländes der Einrichtung ist als Nutzgarten mit Kräutern und Gemüse für den Eigenbedarf angelegt. Arbeitsanforderungen, die im Bereich Wald und Garten anfallen, sind: Pflanzen, Ernten sowie Garten- und Landschaftspflege.

Diese Tätigkeiten kommen dem Bedürfnis vieler unserer Rehabilitanden nach körperlicher Beanspruchung im Bereich Arbeit sehr entgegen. Sie ermöglichen darüber hinaus Erfolgserlebnisse für Rehabilitanden mit sprachlichen Schwierigkeiten – Erfolgserlebnisse, die sie so in anderen Bereichen des Berufslebens bisher kaum machen konnten. Weiterhin werden Informationen über gestalterische Aspekte und ökologische Fragen vermittelt.

Arbeitstherapie im Bereich Rooming

Die Tätigkeit im Rooming (Bereich Zimmerordnung, Sanitärbereich, Gemeinschaftsräume) sind ein Beitrag, Alltagsfertigkeiten zu erweitern (z.B. notwendige Wiederholung von Arbeitsprozessen oder das Engagement für gemeinschaftliche Belange fördern). Insbesondere zu Beginn der Rehabilitation bieten sich hier gute Möglichkeiten für eine stufenweise Förderung der Arbeitsbelastung. Dies trägt insbesondere auch einer häufig noch eingeschränkten physischen und psychischen Belastbarkeit zu Behandlungsbeginn Rechnung.

Darüber hinaus können hier auch wesentliche soziale Fertigkeiten am Arbeitsplatz wie die Arbeit im Team, das Einüben gegenseitiger Verlässlichkeit eingeübt werden.

Arbeitstherapie im Bereich Büro / Verwaltung (im Aufbau befindlich)

Am Modellarbeitsplatz Büro erfolgt eine gezielte Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten sowie berufsspezifischen Tätigkeiten anhand berufsnaher Situationen in Büro und Verwaltung. Arbeitsbezogene Maßnahmen umfassen hier das EDV-Training, die Arbeitstherapie im Rehabilitandenbüro sowie das Arbeitsplatztraining gemäß realer beruflicher Anforderungsprofile. Dies umfasst auch die Lese- und Rechtschreibkompetenz mit Förderung von Ausdruck, Rechtschreibung und Grammatik.

Inhalte und Aufgaben der Arbeitstherapie im Bereich Büro / Verwaltung sind u.a.

- Schulung im Umgang mit technischen Geräten (z.B. Drucker, Kopierer),
- Erledigung von Grundlagenaufgaben in diesem Bereich (Listen erstellen und Führen, weitere allgemeine Büroaufgaben, etc.),
- selbständige Überprüfung und Organisation der Arbeitsmaterialien und Werkzeuge,
- PC- Schulung/ Grundschulung im Umgang mit Word, Internetnutzung,
- Grundlagenwissen zur Arbeitshaltung, zur Arbeitsplatzergonomie, Gelenkschutz

15.4 Ergotherapie

Im Rahmen der Ergotherapie werden grundlegende körperliche, geistige und psychische Funktionen gefördert und gestärkt, um langfristig Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Teilhabe möglichst in sämtlichen Lebensfeldern zu erreichen. Hierzu werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Leistungen eingesetzt.

Ziel der Ergotherapie ist es, den Rehabilitanden eine gezielte Förderung und die Entwicklung von Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung anhand alltagsnaher Situationen zu ermöglichen. Individuelle Ressourcen, Erfahrungen und Gegebenheiten des Umfeldes finden hierbei Berücksichtigung.

Im Fokus der Ergotherapie steht die Selbstwirksamkeit: Erlernte Bewertungs- und Verhaltensweisen werden im Setting der ergotherapeutischen Maßnahme näher betrachtet, eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit bisherigen Schemata der Rehabilitanden angeregt und Alternativstrategien anhand alltagsnaher und alltagspraktischer Situationen erprobt. Dies erfolgt durch werktechnisch orientierte, kreative Angebote.

Werktechniken

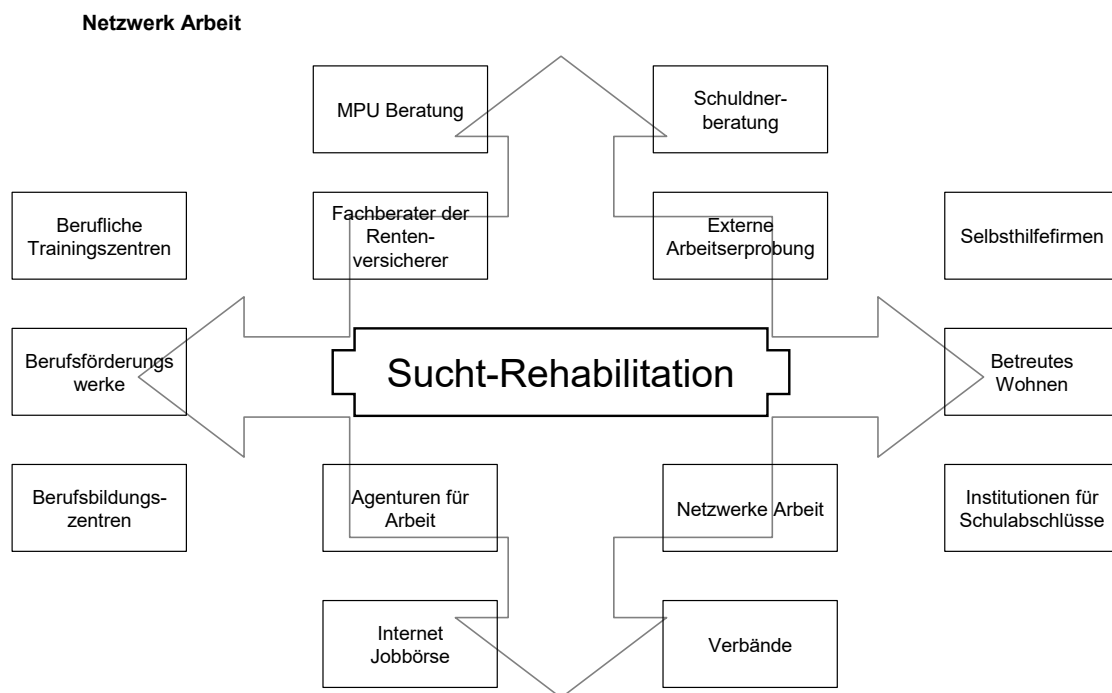
Therapiemittel der Ergotherapie sind Werktechniken. Bei uns sind dies v.a. Töpfern, Malen, Zeichnen sowie die Bearbeitung von Speckstein und Arbeiten mit Holz. Der Einsatz dieser Werktechniken geschieht differenziert im Hinblick auf spezifische, suchtttherapierrelevante Wirkungsweisen auf körperlicher, geistiger und emotionaler Ebene (Roggmann 2000, S.21).

Darüber hinaus kommen weitere Materialien in der Ergotherapie zur Anwendung, um z.B. Collagen zu erstellen. Dazu zählen neben Pappe und Papier auch Wolle, Gips oder Naturmaterialien. Mit Blick auf die berufliche Eingliederung gehört es auch zu den Aufgaben der Ergotherapie, die Belastbarkeit und Berufseignung festzustellen und die Grundarbeitsfähigkeiten im instrumentalen und sozio-emotionalen Bereich zu fördern.

15.5 Vernetzung im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben

Die Grundsätze der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Rehabilitationseinrichtung sind auch auf die Zusammenarbeit mit vorbehandelnden und nachbehandelnden bzw. betreuenden Personen und Institutionen anzuwenden. Ein optimaler Informationsfluss unter Berücksichtigung des informellen Selbstbestimmungsrechtes des Betroffenen fordert die Zusammenarbeit. Ziele, Rehabilitationspläne und Ergebnisse sind zwischen den Beteiligten auf der Grundlage eines gemeinsamen Rehabilitationsverständnisses so zu kommunizieren, dass sie von allen Beteiligten verstanden werden, so dass die Aktivitäten der weiter betreuenden Personen bzw. Institutionen auf den Erfolgen der Vorbehandler aufbauen können.

Abb. 4



16 Berufliche Integration / Reintegration

„Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation.“ (BAR, Praxisleitfaden ICF, 2006)

Erfahrungsgemäß bringt die Mehrzahl unserer Rehabilitanden vielfältige berufliche Defizite mit. Wir testen daher sämtliche Rehabilitanden mit dem Würzburger Screening (Löffler, Wolf, Gerlich und Vogel, 2008). Hiermit identifizieren wir Rehabilitanden mit sog. besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Für diese Rehabilitanden mit BBPL wird dann die Teilnahme am Bewerbungstraining sowie an weiteren berufsbezogenen Maßnahmen verpflichtend (BORA).

Wegen des hohen Anteils an Rehabilitanden mit BBPL nimmt die berufliche Wiedereingliederung als wesentlicher stabilisierender Faktor einen hohen Stellenwert im therapeutischen Gesamtkonzept unserer Einrichtung ein. Bekanntermaßen besteht eine hohe Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfällen nach Behandlungsende. Ziel ist daher, dass jeder Rehabilitand eine möglichst realistische berufliche Perspektive entwickelt. Dazu wird von seinem individuellen beruflichen Entwicklungsstand unter Berücksichtigung seiner sozialen Ressourcen ausgegangen. Außerdem soll der Rehabilitand die Möglichkeit haben, erste aktive Schritte in das Berufsleben hinein zu unternehmen. Von der anfänglichen Planung bis zur Aufnahme einer Praktikums- oder einer Ausbildungs-/Arbeitsstelle stehen wir unseren Rehabilitanden therapeutisch sowie durch Beratung und die Vermittlung von Informationen zur Seite.

Viele Rehabilitanden haben kaum oder nur sehr eingeschränkte berufliche Vorerfahrungen und sind in keiner Weise beruflich qualifiziert. Andere sind in ihrer Belastbarkeit noch eingeschränkt oder waren schon lange nicht mehr in ihrem Beruf tätig. Neben der klinikinternen Arbeitstherapie ergibt sich hieraus eine Indikation für eine sich anschließende externe Adaptionsbehandlung. Dort besteht dann für Rehabilitanden die Möglichkeit und auch Notwendigkeit, externe Praktika zur beruflichen Belastungserprobung zu absolvieren.

16.1 Bewerbungstraining

Zur Förderung der Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen wir indikativ Bewerbungstrainings durch. Die Bewerbungstrainings sind für Rehabilitanden mit BBPL verpflichtend. In den Bewerbungstrainings vermitteln wir Kenntnisse und Fertigkeiten für die Erstellung von Bewerbungsunterlagen sowie für das Verhalten in Bewerbungsgesprächen und am Arbeitsplatz. So werden im Rollenspiel Bewerbungs- und Vorstellungsgespräche eingeübt. Weitere Inhalte bestehen auch in dem Zusammentragen der noch fehlenden Bewerbungsunterlagen, der Information über Berufsmöglichkeiten sowie Klärung von Qualifizierungsvoraussetzungen, Information über weitere Schritte und Motivierung. Unsere Rehabilitanden werden außerdem angeleitet, eine schriftliche Bewerbung am Computer zu erstellen.

Methodisch arbeiten wir mit einer Vielfalt von Medien: mit Rollenspielen, Interaktionsübungen, Diskussionen, aber auch Wissensvermittlung per Flipchart und Video-Beamer. Dabei bemühen wir uns grundsätzlich um eine abwechslungsreiche

Darstellung der gebotenen Inhalte. Die einzelnen Module sind dabei so ausgestaltet, dass jeder interessierte Rehabilitand während seiner Therapie an jedem Modul mindestens einmal teilnehmen kann.

17 Vernetzung im Bereich Teilhabe an der Gemeinschaft

Wie bereits weiter oben ausgeführt, hat die Suchterkrankung bei vielen Menschen zu ausgeprägten Störungen in den sozialen Beziehungen geführt, so dass das Leben süchtiger Menschen häufig durch Rückzug und soziale Desintegration gekennzeichnet ist. Es ist deshalb wichtig, gemeinsam mit den Rehabilitanden, die aufrechterhaltenden Bedingungen für die jeweilige Lebenssituation zu erkennen, diesbezügliche Ziele zu formulieren, die die Bedürfnisse des Rehabilitanden widerspiegeln, und entsprechende Strategien zu entwickeln und einzuüben. Die Würmtalklinik unterhält daher Kontakte zu Vereinen, Selbsthilfegruppen und Institutionen, die bei der gesellschaftlichen Reintegration der Rehabilitanden hilfreich sein können.

18 Sport- und Bewegungstherapie

Sport und Bewegung nehmen in unserer Einrichtung einen hohen Stellenwert ein. Das Sportangebot hat die Ausbildung und Förderung der konditionellen Fähigkeiten der Rehabilitanden (Beweglichkeit, Schnelligkeit, Kraft und Ausdauer) zum Ziel. Dabei soll einerseits die regenerative Kapazität des Körpers erhöht werden und andererseits sollen verschiedene Lösungsstrategien vermittelt werden, „den Kopf frei zu bekommen“.

Das Sportprogramm ist dabei individuell gestaltet, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Leistungsvermögen gerecht zu werden. Folgende Einzelziele stehen dabei im Vordergrund:

- Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes
- Verbesserte Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Verbesserung des Selbstvertrauens bei gesteigerter Belastungs- und Selbststeuerungsfähigkeit
- Positives verbales und nonverbales kommunikatives Erleben
- Soziale Sensibilisierung und dadurch verbessertes Interaktionsverhalten
- Zunahme von Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit
- Umgang mit Sieg und Niederlage
- Lernen, selbständig zu handeln und dadurch die Freizeit sinnvoll zu gestalten

Die Teilnahme am Sport ist verbindlich. Durch die ärztliche Leitung wird eine somatische Diagnostik im Vorfeld durchgeführt. Zweimal pro Woche wird morgens in Selbstorganisation der Rehabilitanden gewalkt oder gejoggt. Die Spielzeiten für Volleyball sind in der Hausordnung festgelegt. Der Fitnessraum der Klinik kann von den Rehabilitanden nach ärztlicher Abklärung und Einweisung durch den Sportlehrer benutzt werden. Im Krafttraining können Rehabilitanden lernen, sich und ihren Körper besser einschätzen.

Durch Körperwahrnehmungseinheiten werden ein differenzierteres Körperbild sowie eine bessere Beweglichkeit erzielt. Im Sinne des Embodiment-Konzepts dienen all diese Maßnahmen besonders der Stimmungsregulation und der Entwicklung eines gesunden Körperempfindens.

Im Rahmen des Sportunterrichts werden auch Mannschaftssportarten unterrichtet, die das Miteinander und die Kooperation der Rehabilitanden untereinander verbessern sollen und einen Anreiz zum späteren Beitritt zu einem Sportverein darstellen. Diagnostisch unterstützend werden anthropometrische Messungen durchgeführt, um den Rehabilitanden ihre körperlichen Fortschritte motivierend vor Augen zu führen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, Sportverletzungen unterstützend zu behandeln, wobei die Sportmassage als regenerationsbeschleunigendes Mittel eingesetzt wird. Diese Maßnahme unterstützt den Trainingsprozess.

Weiterhin streben wir an, die Rehabilitanden zu regelmäßigen, langfristigen sportlichen Aktivitäten zu motivieren, da der Sport dazu beitragen kann, den Tagesablauf umzuorientieren und soziale Kontakte außerhalb der Klinik aufzubauen. Insgesamt sind alle diese Ziele in ihrer Kombination darauf angelegt, den Rehabilitanden zur Bewältigung der verschiedenen Bereiche des Alltagslebens, der Arbeit und der Freizeit (work-life-Balance) zu verhelfen, um den Prozess der Wiedereingliederung zu realisieren.

19 Ernährung

Eine große Aufmerksamkeit wird auch der Ernährung und den Essgewohnheiten geschenkt – beides wurde in der Regel während der Zeit des Suchtmittelkonsums stark vernachlässigt. Viele unserer Rehabilitanden haben vor der Rehabilitation entweder noch niemals eigenständig gelebt oder sie haben alternativ in den letzten Jahren ihres Lebens erhebliche Defizite in Bezug auf eine gesunde Lebensführung entwickelt. „Die konkrete Erfahrung mit einem in der Rehabilitationseinrichtung angebotenen gesunden vollwertigen Essen kann eine günstige Voraussetzung zur Umstellung des Ernährungsverhaltens sein“ (Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; DRV Bund, 2007). Wir legen daher Wert auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung. Auch das Besprechen der Speisepläne und die Aufklärung über gesunde Ernährung gehören zum diesem Themenbereich. Neben unserem Koch, der den Küchenbereich betreut, beschäftigt unsere Fachklinik auch eine Diätassistentin. Unser Fachpersonal unterstützt eine ausgewogene und gesunde Ernährung während und nach der Rehabilitation. Wir bieten in diesem Zusammenhang regelmässig Kochgruppen in der Lehrküche der Klinik sowie Unterstützung rund um das Thema „gesunde Ernährung“ an. Im Rahmen dieser Kochgruppen soll dieses Thema möglichst alltags- und praxisnah erlebbar werden. Es geht um eine Sensibilisierung für ausgewogenes und gesundes Essen, welches auch noch gut schmeckt. Ergänzend bieten wir indikativ auch diätetische Ernährungsberatung an.

20 Freizeitangebote

Die meisten Rehabilitanden haben aufgrund des langjährigen Drogenkonsums kaum sinnvollen und Sinn gebenden Umgang mit ihrer Freizeit gelernt. Darum bieten wir,

neben den in Kapitel 18 „Sport- und Bewegungstherapie“ genannten sportlichen Angeboten den Rehabilitanden die Möglichkeit, sich im Rahmen von Freizeitprojekten mit ihrem Freizeitverhalten - ihren Wünschen und Fähigkeiten - auseinanderzusetzen.

Aus diesem Grund finden regelmäßig verschiedene Freizeitprojekte statt. Zu diesen Freizeitangeboten gehören:

- Verschiedene sportliche Freizeitangebote, z.B. Bergtouren, Bouldern, etc.
- Malen
- Speckstein
- Kino
- verschiedene Ausflüge

Die dabei angewandten ergotherapeutischen Methoden sind ausdrucks- (z.B. Malen, künstlerisches Arbeiten mit Speckstein) oder auch kompetenzzentriert (z.B. Herstellen von Gebrauchsobjekten bzw. Spielen).

Alle Freizeitangebote werden von fachlich versierten Kräften angeleitet und begleitet. Weiterhin können die Rehabilitanden in ihrer Freizeit den Fitnessraum, einen großen Platz, auf dem Basketball, Volleyball, Tennis und Badminton gespielt werden können, eine große Wiese und die vor der Tür beginnenden Wald- und Feldwege zur Freizeitgestaltung nutzen. Auch die klinikeigene Bibliothek steht unseren Rehabilitanden jederzeit zur Verfügung und unterstützt die Möglichkeiten zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung.

All diese Aktivitäten dienen der Förderung der Teilhabe an der Gemeinschaft, dem „Einbezogen-Sein einer Person in einen Lebensbereich, der für sie von Bedeutung ist“ (vgl. BAR: Praxisleitfaden ICF 2006, S. 15).

21 Sozialberatung

Die Neuordnung des eigenen Lebens ist für die Rehabilitanden mit einer Vielzahl konkreter Aufgaben und Anforderungen verbunden. Es gilt, die neue Lebenssituation im gesellschaftlichen Rahmen zu verankern, sowie - nicht selten - eine Fülle von „Altlasten“ zu bewältigen, die sich aus dem bisherigen Leben und der Vernachlässigung sozialer Notwendigkeiten entwickelt haben. Verstöße gegen das Gesetz, eine hohe Verschuldung, Schwierigkeiten mit der Krankenversicherung oder Vermietern, Langzeitarbeitslosigkeit oder auch unvollständige Schul- und Arbeitspapiere sind hier häufige Probleme. Erschwerend kommen oftmals erhebliche Unerfahrenheit und Unsicherheit im Umgang mit Institutionen, Behörden und Ämtern hinzu.

Ständige Unsicherheiten und Überfordert-Sein mit der Bewältigung dieser Aufgaben können zu Destabilisierung und Resignation führen. Deswegen bieten wir unseren Rehabilitanden von Anfang an sozialarbeiterische Betreuung an. Ziel ist es, sie in eine so weit wie möglich entlastete und vorweg geordnete Situation entlassen zu können. Andererseits sollen ihnen Wege und Formen zur Bewältigung dieses Lebensbereiches aufgezeigt werden, die sie dann selbst anwenden können.

In folgenden Bereichen bieten wir unseren Rehabilitanden Sozialberatung an:

- Berufliche Integration / Reintegration
- Schuldnerberatung
- Wiederherstellung des Krankenversicherungsschutzes
- Beratung bei Mietangelegenheiten
- Sozialhilfebedarf
- straf-, sozial- und zivilrechtliche Angelegenheiten
- Freizeitgestaltung

Am Anfang des Rehabilitationsprozesses steht bei jedem Rehabilitanden eine detaillierte Befund- und Ressourcenerhebung, in der die spezifischen Notwendigkeiten und Stärken herausgearbeitet und ein flexibler Sozialberatungsplan erstellt wird. Dieser Sozialberatungsplan wird mit dem Sozialdienst erarbeitet.

22 Schuldnerberatung

Durch den hohen Kostenaufwand für die Drogenbeschaffung und der häufig kriminellen Aktivitäten der Drogenabhängigen entstehen bei vielen Rehabilitanden über die Jahre ihrer Abhängigkeit mehr oder weniger große Schuldenberge. Neben dem möglichen negativen Einfluss hoher Schulden auf die Motivation, sich ein normales, legales Leben aufzubauen, wachsen bei Nichtregulierung die Schulden und die Schwierigkeiten, sich finanziell zu konsolidieren. Ziel der Schuldnerberatung ist es, die Rehabilitanden durch die Schuldenregulierung so weit abzusichern, dass der Rehabilitationserfolg nicht gefährdet wird (vgl. Berner, 1995).

Unser Schuldnerberatungsangebot umfasst folgende Bereiche:

Krisenintervention (ab Tag der Aufnahme)

- Hilfestellung bei der Prüfung aktueller Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheide
- Formulierung von Anpassungsanträgen bei vorhandener Unterhaltsverpflichtung
- Hilfe bei der Auflösung der alten Wohnung, um Mietrückstände und Räumungsklagen zu vermeiden

Schadensanamnese (ab Tag der Aufnahme)

- Unterlagen zu den Zahlungsverpflichtungen anfordern, zusammenstellen und ordnen
- Anleitung der Kontaktaufnahme zum Gläubiger
- Bewertung und Überprüfung der aktuellen Forderungsaufstellung

Einkommen absichern

- Pfändungsschutzmaßnahmen
- Gläubiger durch Anschreiben auf Zahlungsunfähigkeit und Pfandlosigkeit hinweisen

Schuldenregulierung

- Ggf. Anträge auf Erlass etc. stellen
- Aushandeln von Ratenzahlungsmodellen

Vermittlung an eine weiterbetreuende Schuldnerberatungsstelle

- Übergabegespräch unter dem Aspekt der Zukunftsplanung, Einkommensverhältnisse, evtl. angesparte Tilgungsmittel etc.

Haushaltsführung (ab Tag der Aufnahme)

- Hilfestellung bei der Einteilung des monatlichen Barbetrags (bei Bedarf)
- Bewusstsein schaffen für die Kausalität vom Umgang mit Geld und der Verschuldung

Anträge bei finanzieller Bedürftigkeit

Viele Rehabilitanden sind aufgrund ihrer Drogenvergangenheit mittellos und bedürfen der finanziellen Unterstützung nach dem SGB II bzw. dem SGB XII. Wir helfen bei der Antragstellung und bieten individuelle Unterstützung an. Ziel ist hierbei die Autonomie im Umgang mit Behörden und die finanzielle Eigenverantwortlichkeit.

Rechtliche Angelegenheiten

Für einen Teil der Rehabilitanden sind noch während der Rehabilitationszeit strafrechtliche Verfahren anhängig. Aufgabe der Sozialberatung ist die Kontaktaufnahme zu Bewährungshelfern, Verteidigern, Staatsanwaltschaften und Richtern, zur Absprache des weiteren Vorgehens. Es wird angestrebt, Gerichtstermine – gegebenenfalls durch einen Antrag auf Verschiebung – möglichst so zu terminieren, dass der Rehabilitationsverlauf nicht ungünstig beeinflusst wird.

Weiterhin bieten wir Hilfe und Begleitungen zu Gerichtsterminen sowie für die Kostenübernahme der Fahrkosten an.

23 Struktur der medizinischen Rehabilitation

Die Entwöhnungsbehandlung in der Würmtalklinik („Phase I der medizinischen Rehabilitation“) dauert bei Alkoholabhängigen derzeit in der Regel 15 Wochen, bei Drogenabhängigen in der Regel derzeit 26 Wochen. Für Therapie-Wiederholer (als sog. Auffangtherapie) gelten z.T. kürzere Behandlungsdauern.

Die zweite Gruppe stellt insoweit erhöhte Anforderungen an die Therapiezeit, als durchschnittlich wesentlich größere Defizite vorliegen, die einer längeren Bearbeitung bedürfen. Es fehlen vor allem Sozialisationsprozesse, die zumeist während der Pubertät ausgeblieben sind wie ein Schul- oder Berufsabschluss oder die Erfahrung von tragfähigen Beziehungen sowie eigenen Erfolges. Alkoholranke haben im Gegensatz dazu häufig eher schon größere Teile dieses Entwicklungsprozesses durchlaufen oder eine persönliche Grundausstattung erfahren, bevor sie dann eine Suchtmittelabhängigkeit entwickeln. Darüber hinaus

spielen natürlich die verschiedenen Bewilligungszeiträume der Kostenträger eine wesentliche Rolle für diese unterschiedlichen Behandlungsdauern.

Sowohl bei Alkoholabhängigen als auch bei Drogenabhängigen kann sich an die Kerntherapie indikativ eine 12- bzw. 16-wöchige externe Adaptionsbehandlung („Phase II der medizinischen Rehabilitation“) anschließen.

23.1 Verlauf der Kerntherapie (Entwöhnungsbehandlung)

In den ersten Wochen geht es um die Eingewöhnung und das Einleben in die Abläufe der Klinik, wobei die Vermittlung von emotionaler Geborgenheit, Schutz und Akzeptanz von wesentlicher Bedeutung sind. Die Eingangsgruppe (vgl. 12.2.3.4) unterstützt diesen Prozess. Zur Seite steht ihm dabei außerdem ein erfahrener Rehabilitand, der als Coach die „Patenschaft“ übernimmt.

Psychotherapeutische Arbeit zu Beginn der Behandlung

Die psychotherapeutische Arbeit zu Beginn der Behandlung bezieht sich hauptsächlich auf den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, das Erkennen und Akzeptieren der eigenen Abhängigkeitserkrankung, die Festlegung der individuellen Therapieziele und die Verbesserung der intrinsischen Veränderungsmotivation.

Diese Zielsetzungen werden vor allem in der Eingangsgruppe, der Bezugsgruppe und durch die stattfindenden einzeltherapeutischen Sitzungen aufgegriffen. Gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten werden außerdem eine ausführliche Anamnese erstellt und die individuellen Therapieziele festgelegt.

Arbeitsbezogene Angebote zu Beginn der Behandlung

Während der ersten Wochen werden in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie eine individuelle berufliche Anamnese erhoben, arbeitsbezogene Ziele vereinbart und entsprechende arbeitstherapeutische Maßnahmen geplant.

Psychotherapeutische Angebote

Psychotherapeutischer Schwerpunkt ist die Aufarbeitung und Bewältigung der Suchterkrankung sowie etwaiger sonstiger psychischer Probleme vor dem Hintergrund der spezifischen Lebensgeschichte. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit der Genese, den Auslösern und den Mechanismen der Suchterkrankung sowie die Funktion und Bedeutung der Abhängigkeitserkrankung im familiären Kontext. Im Falle des Vorliegens einer komorbiden psychischen Erkrankung, ist die Rehabilitationsbehandlung an beiden Störungen auszurichten (vgl. Kapitel 9.2 Multimorbidität).

Weitere zentrale Themen sind die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Ich-Stärke, d.h. die Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Frustrationstoleranz, der Impuls- und Affektkontrolle und des Urteilens. Die daraus resultierende Neuorientierung beinhaltet die Entwicklung alternativer Problemlösestrategien auf der Basis vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten.

Zu diesem Zweck finden zweimal wöchentlich 90-minütige psychotherapeutische Gruppen (s. Kap. 12.2.2) und einmal wöchentlich einzeltherapeutische Sitzungen (s. 12.2.1) statt. Zusätzlich nimmt jeder Rehabilitand an verschiedenen Indikativgruppen (s. Kap. 12.2.3) teil. Weiterhin bieten wir dem Rehabilitanden die Möglichkeit, Familien- und/oder Partnergespräche in unserer Einrichtung wahrzunehmen (s. Kap. 14).

Arbeitsbezogene Angebote

Es wird darauf geachtet, dass jeder Rehabilitand während der Rehabilitation verschiedene Funktionen und Aufgaben übernimmt und sich in verschiedenen Arbeitsbereichen erprobt. Im Verlauf der Rehabilitation nimmt die Verantwortung in den Arbeitsbereichen und im Gruppenalltag zu. Die Möglichkeiten reichen dabei von der eigenständigen Ausführung einfacher Arbeitsaufträge, die Übernahme von Patenschaften für neue Rehabilitanden, die Mitverantwortlichkeit für bestimmte Arbeitsbereiche. Der Rehabilitand kann so eigene Fähigkeiten und Potentiale kennen lernen, seine Fähigkeiten hinsichtlich Verantwortungsübernahme, Organisation, Durchsetzungsvermögen, Umgang mit Kritik und Sympathieverlust entwickeln und dabei sein Selbstwertgefühl steigern.

Sozialtherapeutische Angebote

Im sozialtherapeutischen Bereich geht es in dieser Phase insbesondere um:

- Schuldenaufstellung und ggf. –regulierung
- Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten
- Planung und Reflexion von Außenkontakten
- berufliche Orientierung
- Suchen geeigneter Freizeitaktivitäten
- Erste Planung von und Kontaktaufnahme mit weitergehenden Maßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation (z.B. Adaption in anderer Einrichtung, ambulante Nachsorge, betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen, u.ä.)
- Planung und Orientierung bzgl. des zukünftigen Lebensumfeldes (z.B. Heimfahrten)

Weiterhin können die Rehabilitanden Einzelberatungsgespräche mit dem Sozialdienst, einem Mitarbeiter der Arbeits- bzw. Ergotherapie wahrnehmen sowie das Berufsinformationszentrum in München besuchen. Zusätzlich bieten wir allen Rehabilitanden die Möglichkeit, an einem Bewerbertraining teilzunehmen (s. Kap. 17.1).

Außenkontakte während der Kerntherapie

Ab der dritten Behandlungswoche kann nach Antrag wöchentlich am Wochenende Besuch empfangen werden (zusätzliche Ausnahmeregelung für eigene Kinder). Heimfahrten sind in der Regel erst in der zweiten Hälfte der Kerntherapie möglich.

Auch das Maß an Außenorientierung in Form von Ausgängen wird sukzessive gesteigert. Die Rehabilitanden beginnen mit kürzeren Ausgängen in die nähere Umgebung, die im weiteren Verlauf zeitlich und räumlich ausgedehnt werden.

Realitätstraining

Neben Familienheimfahrten, die in aller Regel am Wochenende stattfinden, bieten wir für geeignete Rehabilitanden in Einzelfällen die Möglichkeit eines bis zu 5-tägigen Realitätstrainings (zzgl. zweier Reisetage).

Mögliche Inhalte von Realitätstrainings sind:

- Überprüfung neu erworbener Strategien und Übertragung auf den realen Lebenskontext
- Vorsprache bei Arbeitgebern zur Sicherung des Arbeitsplatzes
- Behördengänge
- Arbeitssuche
- Wohnungssuche
- In Einzelfällen: Kurz-Praktikum bzw. Arbeitsversuch

23.2 Ganztägig ambulante Rehabilitation

Die ganztägig ambulante Behandlung bedeutet eine Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes suchtkranker Rehabilitanden auf das tagesklinische Setting, wobei die Schutzstrukturen über die reduzierte Klinikpräsenz des Rehabilitanden hinaus stabilisierend auf die Aufrechterhaltung des abstinenten Status einwirken sollen.

Die konkrete Erprobungsphase selbstbestimmten Lebens erstreckt sich somit für jeden Rehabilitanden der ganztägig ambulanten Behandlung über den Umfang bisher konzipierter externer Behandlungsbestandteile (Freizeitbereich und Heimfahrt) hinaus, auf den Abend, die Nacht und das Wochenende.

Über die grundsätzliche Eignung zur Rehabilitationsbehandlung hinaus führen wir ganztägig ambulante Rehabilitationsbehandlungen (oder auch ganztägig ambulante Entlassphasen) ausschließlich bei vorhandenem bzw. günstigem sozialen Umfeld durch. Wir überprüfen die Eignung zur Durchführung der Rehabilitation in ganztägig ambulanter Form in einem eigenen, obligatorischen Vorgespräch.

23.3 Wechsel der Behandlungsform während der Maßnahme

In geeigneten Fällen besteht die Möglichkeit eine zu Behandlungsbeginn stationäre Rehabilitation im Behandlungsverlauf in eine ganztägig-ambulante Behandlungsmaßnahme umzuwandeln (Wechsel der Behandlungsform während der Maßnahme). Gerade durch solche Wechsel der Behandlungsform während der Maßnahme wird eine schrittweise Ablösung heraus aus dem vorherigen stationären fachklinischen Rahmen hin zu einem möglichst selbstbestimmten Leben unterstützt, so dass sich der jeweilige Rehabilitand im Verlauf der Behandlung im eigenen Lebenskontext weiter stabilisieren kann (dies gilt sinngemäß grundsätzlich auch für Kombinationsbehandlungen, siehe Abschnitt 23.4 dieses Konzeptes).

Durch das Angebot einer ganztägig ambulanten Rehabilitationsbehandlung ergibt sich die Möglichkeit eines Wechsels der Behandlungsform (von vollstationär zu ganztägig ambulant) noch während der Maßnahme. Der Behandlungsprozess kann somit – trotz des Wechsels in der Behandlungsform – nahtlos fortgeführt werden.

23.4 Kombitherapie

Seit 2014 ist es möglich, Kombi-Therapien gem. „Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014“ durchzuführen.

Anders als bei dem zuvor beschriebenen „Wechsel der Behandlungsform während der Maßnahme“ wird hierbei bereits vor Beginn der Rehabilitation einrichtungsübergreifend eine individuelle Kombination verschiedener Behandlungsformen vereinbart. Eine solche Kombination von unterschiedlichen Behandlungsformen ist dabei in der Kooperation mit jeder anerkannten ambulanten Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitserkrankungen möglich. Eine geplante Kombibehandlung sollte möglichst vorab zwischen den verschiedenen Leistungserbringern abgesprochen bzw. koordiniert werden. Ziel ist es, möglichst ziel- und passgenaue Kombinationen von Behandlungsformen anzubieten, die den jeweiligen Rehabilitanden möglichst optimal unterstützen. Organisatorische Details laufen gemäß des o.g. gemeinsamen Rahmenkonzeptes von DRV und GKV zur Kombinationsbehandlung ab.

24 Umgang mit Rückfällen / Wiederaufnahme nach Abbruch

Im Gegensatz zu fast allen anderen psychischen Störungen zeichnen sich substanzbedingte Störungen dadurch aus, dass allein mit dem Symptomverzicht, d.h. mit dem Substanz-Verzicht, die Wende zum Besseren eingeleitet ist. Rückfälle in den Substanzgebrauch gehören zum Prozess der Suchterkrankung und auch zum Prozess des „Clean“-werdens.

Ein Rückfall kann immer sowohl als Beendigung des therapeutischen Vertrags, aber auch als Ausdruck und Symptom der vorliegenden Krankheit verstanden werden. Im zweiten Fall ist ein Beziehungsabbruch methodisch fragwürdig und oft auch unmenschlich. Deshalb erfordern beide Sachverhalte eine gründliche und individuelle Würdigung des Einzelfalls, wobei die Persönlichkeit des Rehabilitanden, seine Ressourcen und Grenzen, die Genese seiner Suchterkrankung und ihr bisheriger Verlauf, der bisherige Rehabilitationsverlauf und die Umstände des Rückfalls etc. berücksichtigt werden müssen (Körkel, 1992). Auf diese Weise kann die Basis für eine sinnvolle Entscheidung gefunden werden, die ermöglicht abzuschätzen, ob es zum jetzigen Zeitpunkt adäquat ist, die Behandlung fortzuführen. Deshalb wird jeder Rückfall mit dem Rehabilitanden einzelfallbezogen erörtert und im Anschluss eine individuelle Entscheidung durch die Klinikleitung getroffen. Möglich sind hierbei sowohl die Entlassung als auch eine Weiterbehandlung.

Ein Rückfallklärungsprozess setzt dann ein, wenn der Patient signalisiert, dass er weiterhin unsere Hilfe in Anspruch nehmen möchte. In diesen Fällen besprechen wir zunächst mit dem jeweiligen Rehabilitanden Verlauf und therapeutische Konsequenzen des Rückfalls. In der Klärungszeit geht es zunächst um eine möglichst genaue Rekonstruktion des Rückfalls und seiner Hintergründe. Wenn die Kooperationsbereitschaft des Rehabilitanden dies erlaubt, wird versucht, den Rückfall zu „bearbeiten“ und somit die Behandlung fortzusetzen.

Unser Vorgehen sieht jedoch unter den folgenden Bedingungen eine vorzeitige Entlassung des Rehabilitanden vor:

- Fortbestehende massive Verleugnung oder Bagatellisierung des Rückfalls
- Keine aktuell entwicklungsfähig erscheinende Abstinenzmotivation
- Negative oder destruktive Einstellung zur Behandlung (Mitwirkungspflicht)
- Offenkundige und fortgesetzte Unehrllichkeit
- Überwiegen dissozialer Impulse (z.B. mit massiver Gefährdung anderer Rehabilitanden oder durch Einfuhr von Suchtmitteln in die Einrichtung)

Die Kriterien für die Fortführung oder Entlassung aus der Einrichtung folgen einer einheitlichen Grundrichtung und sollten transparent und nachvollziehbar sein. Die Behandler halten sich - von therapeutischen Erwägungen ausgehend - offen, einzelfallbezogene Entscheidungen zu treffen (vgl. Breuer, 2007). Hintergrund unserer Arbeit ist ein für diese Situation entwickeltes Rückfallkonzept (vgl. Körkel, 1995).

Wiederaufnahme nach Abbruch

Im Falle eines Abbruchs und nachfolgenden Wiederaufnahmewunsches des Rehabilitanden wird zunächst ein Wiederaufnahmegespräch geführt, in dem die Hintergründe des Abbruchs, die Behandlungsmotivation und Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden geprüft werden. Nach Abstimmung mit dem Kosten- und Leistungsträger wird über die Wiederaufnahme und Fortsetzung der Behandlung im Einzelfall entschieden.

25 Beendigung der Rehamaßnahme

25.1 Vorbereitung des Rehabilitanden auf die Entlassung

Bereits einige Zeit vor einer geplanten Entlassung beginnen erste Überlegungen in Richtung auf die Ausgestaltung der zukünftigen Lebenssituation des Rehabilitanden. Je nach individueller Lebenssituation gestaltet sich dieser Prozess sehr unterschiedlich aufwendig: Hier wird z.B. die weitere Wohn- und berufliche Situation fokussiert sowie möglichst eine Nachsorge vorbereitet und eingeleitet (vgl. Punkt 25.2 „Nachsorge“ dieses Konzepts). Ziel ist es, durch ein systematisches Entlassmanagement eine im Rahmen des Entlassungsprozesses für die Anschlussversorgung des Rehabilitanden bestehende Versorgungslücke bereits im Vorfeld zu schließen bzw. erst gar nicht entstehen zu lassen.

25.2 Nachsorge

Eine sich anschließende Sucht-Nachsorge stellt einen zentralen Baustein zur Sicherung des bisherigen Behandlungserfolges dar und wird deshalb von uns aktiv angeregt, befürwortet und in der Umsetzung unterstützt. Alle Rehabilitanden und Rehabilitandinnen werden während des Aufenthalts über verschiedene Möglichkeiten der ambulanten bzw. stationären Nachsorge informiert. Nach Möglichkeit wird eine geeignete Nachsorge auch schon während der Entwöhnungsbehandlung direkt über uns eingeleitet. Alle Fragen über Zuständigkeit und Gewährung von

Nachsorgeleistungen werden im Vorfeld durch uns geklärt. Nach Möglichkeit findet zusätzlich eine direkte Übergabe mit der nachbehandelnden Einrichtung statt.

Neben Kontakten zu den verschiedensten Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen sei an dieser Stelle besonders die intensive Zusammenarbeit mit dem Adaptionshaus Kieferngarten in München erwähnt, welches unter gleicher Leitung steht.

25.3 Arten der Beendigung

Wir unterscheiden die folgenden Arten der Beendigung (nach Kerndatensatz und Vorgaben der DRV für den Reha-Entlassbericht):

„1“ = regulär nach Beratung/Behandlungsplan (planmäßig)

Als regulär abgeschlossen gilt die Betreuung, wenn diese einschließlich einer evtl. erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Betreuungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Betreuungsziel früher erreicht werden konnte.

„2“ = vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung (planmäßig)

Die Betreuung wird durch die Einrichtung beendet, wobei die zu Betreuungsbeginn bestandenen Probleme nicht vollständig gelöst sind oder die Ziele des Behandlungsplanes nicht vollständig erreicht wurden. Vorzeitig auf ärztlich/therapeutische Veranlassung wird der Klient entlassen, wenn eine Belastbarkeit für die Betreuung nicht oder nicht mehr besteht, weitere spezielle Diagnostik oder Betreuung erforderlich oder eine Fortsetzung der Betreuung nicht Erfolg versprechend ist.

„3“ = vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis (planmäßig)

Die Betreuung wird auf Initiative bzw. auf Wunsch des Klienten aus dringenden persönlichen Gründen beendet, aber mit Einverständnis der Einrichtung.

„4“ = vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klient (unplanmäßig)

Die Betreuung wird auf Initiative des Klienten beendet, ohne dass das Einverständnis der Einrichtung bzw. des Behandlers vorliegt.

„5“ = Disziplinarisch (unplanmäßig)

Aus disziplinarischen Gründen wird ein Klient z.B. entlassen bei (ggf. wiederholtem) Konsum in der Einrichtung oder grober Missachtung der geltenden Regeln des Behandlungsvertrages.

„6“ = außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung (unplanmäßig)

Es erfolgt abweichend von der geplanten Betreuungsdauer, also nicht planmäßig, ein Wechsel in ein anderes Betreuungsangebot oder eine Verlegung in ein Krankenhaus, ohne dass die Indexbetreuung fortgesetzt werden kann.

„7“ = planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform (planmäßig)

Die Betreuung wird planmäßig abgeschlossen, aber in einer anderen Betreuungsform fortgesetzt. Beispielsweise wird eine begonnene stationäre Rehabilitation anderenorts teilstationär oder ambulant fortgesetzt oder nach Abschluss einer stationären Entwöhnungsbehandlung schließt sich eine Adaptionstherapie an, oder eine ambulante Betreuung wird planmäßig abgeschlossen und es schließt sich eine Vermittlung in eine stationäre Rehabilitation an.

„9“ = verstorben (unplanmäßig)

25.4 Entlassungsuntersuchung und sozialmedizinische Beurteilung

In der letzten Aufenthaltswoche vor einer (geplanten) Entlassung wird eine umfassende ärztliche Abschlussuntersuchung inkl. ausführlicher sozialmedizinischer Beurteilung durchgeführt. Vorbestehende somatische und psychische Erkrankungen werden nochmals kontrolliert und in Bezug auf ihre jeweiligen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit beurteilt. Grundlage dieser Beurteilung sind die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Diese veröffentlicht die DRV seit 2025 im Internet in einem eigenen Portal unter www.begutachtung-drv.de. Hier finden sich alle aktuell relevanten Informationen und Vorgaben. Auf Wunsch erhält der Rehabilitand bereits am Entlasstag einen vorläufigen Kurarztbericht.

25.5 Erstellung des Entlassungsberichtes

Möglichst zeitnah nach der Entlassung erstellen wir einen ausführlichen, zusammenfassenden Entlassungsbericht der durchgeführten Rehabilitationsbehandlung und versenden diesen an den jeweiligen Kostenträger sowie etwaige weitere Empfänger (z.B. den Rehabilitanden selbst). Die Erstellung des Entlassungsberichtes erfolgt anhand des Leitfadens der Deutschen Rentenversicherung in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

26 Notfallmanagement

Bestandteil des Qualitätsmanagement-Handbuchs ist eine Anleitung zum Krisenmanagement. Darin ist geregelt, wie in einem Notfall zu reagieren ist, welche Maßnahmen vor Ort ergriffen werden müssen und wie die weitere Notfallversorgung einzuleiten ist. Diese Abläufe sind allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Würmtalklinik Gräfelfing bekannt. Ziel ist es, für alle Rehabilitanden und Mitarbeiter ein professionelles und stets funktionierendes Notfallmanagement vorzuhalten. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden von erfahrenen und sachkundigen Referenten regelmäßig in Erster Hilfe geschult. Des Weiteren sind zwei Mitarbeiter als Ersthelfer ausgebildet. Bei medizinischen Notfällen werden über die Leitstelle Rettungswagen und Notarzt angefordert.

In den Zimmern der Rehabilitanden und in den Behandlungsräumen der Würmtalklinik Gräfelfing hängt ein Ablaufdiagramm für den medizinischen und den technischen Notfall. Die darauf festgelegte Vorgehensweise ist für alle Personen, die sich in der Würmtalklinik aufhalten, verbindlich. Die Klinik verfügt in allen Räumen über ein elektronisches sog. „Schwestern-Notrufsystem“.

Neben der ärztlichen Präsenz im Hause während des Tagdienstes gibt es einen durchgängigen ärztlichen Hintergrunddienst. Ein trägerinterner Zusammenschluss der Ärzte aus der Fachklinik Grafrath und aus der Würmtalklinik deckt diesen ärztlichen Hintergrunddienst im Rahmen eines in der Einrichtung verfügbaren Dienstplans verbindlich ab.

Im Arztzimmer befindet sich ein Notfallkoffer, der mit der Aufschrift ‚Notfallkoffer‘ gekennzeichnet ist. Der Notfallkoffer darf nur vom Arzt oder einer ausgebildeten Fachkraft (z.B. Krankenschwester oder –pfleger, Rettungsdienstpersonal) genutzt werden. Ein verantwortlicher Arzt überprüft nach jedem Gebrauch und nach Ablauf der Siegelmarke, die am Koffer angebracht ist, den Inhalt auf Haltbarkeit und

Vollständigkeit. Die Siegelmarke wird vom Arzt angebracht, das Prüfintervall richtet sich nach den Ablaufdaten der Medikamente und des Verbandsmaterials. Im Nachtdienstzimmer befindet sich ein frei zugänglicher Defibrillator.

In der Würmtalklinik finden sich Verbandskästen im Empfang (DIN 13169), in der Schreinerei, in der Küche, Lehrküche, Fahrradwerkstatt und Garage (jeweils DIN 13157). Es wird ein zentrales Verbandsbuch am Empfang der Klinik geführt, in welches jeder Vorfall einzutragen ist. Die Verbandskästen werden einmal im Quartal auf Vollständigkeit kontrolliert und bei Bedarf aufgefüllt.

Entsteht eine Notfallsituation im Nacht- oder Wochenenddienst, ist der Nachtdienst angehalten, sich ohne jede Verzögerung an den Ort des Notfallgeschehens zu begeben, um die Situation schnellstmöglich einzuschätzen. Findet der Mitarbeiter eine nicht ansprechbare Person vor, oder erscheint die Situation anderweitig bedrohlich (z. B. Schmerzen im Brustbereich oder Luftnot), muss sofort die Rettungsleitstelle (Tel. 112) mit einer entsprechenden Notfallmeldung informiert werden. Personen, die unter Suchtmittleinwirkung stehen, sind bis zum Eintreffen der Rettungskräfte nach Möglichkeit bei Bewusstsein zu halten. Der betroffene Rehabilitand darf nicht alleine gelassen werden und muss ständig beobachtet werden. Die Rettungskräfte sollen am Eingang der Klinik empfangen und unverzüglich zum Ort des Notfallgeschehens geleitet werden.

Ein technischer Notfall ist z.B. bei Brand oder einer Explosion gegeben. In diesen Fällen gilt immer „Personenrettung vor Brandbekämpfung“. Der Evakuierungsplan der Würmtalklinik ist zu beachten. Um einen genauen Überblick der im Haus anwesenden Personen zu erhalten, ist es wichtig, dass bei der Evakuierung das Anwesenheitsbuch und die Ausgängerliste mitgenommen werden.

Gefährliche Seuchen (Pandemien): Besteht bei einer Person, die sich in der Fachklinik befindet, der Verdacht auf eine gemeingefährliche Infektionserkrankung, sind Fenster und Türen des Raumes zu schließen und der Personenverkehr in angrenzende Flur- bzw. Gebäudeteile zu unterbinden. Diese Maßnahmen sind so lange aufrecht zu erhalten, bis anderweitige Anweisungen vorliegen. Jeder Verdachtsfall ist unverzüglich dem Arzt zu melden. Alle weiteren Maßnahmen zur Abgrenzung der infektionsverdächtigen Personen erfolgt in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt gemäß den Anforderungen aus dem Infektionsschutzgesetz. Verlegungen werden in Abstimmung mit dem zuständigen Ministerium entschieden.

27 Interne Vernetzung

Tägliche Besprechungen gewährleisten den Informationsfluss zwischen den Mitarbeitern. Behandlungsinterventionen müssen unter den verschiedenen Berufsgruppen abgestimmt sein, damit sie ihre volle Wirkung entfalten können. Die enge Abstimmung unter den Mitarbeitern verhindert, dass Rehabilitanden von verschiedenen Mitarbeitern unterschiedliche Signale bekommen. Jeden Morgen findet mit allen anwesenden Mitarbeitern eine Besprechung statt, in der alle relevanten aktuellen Informationen ausgetauscht werden. In morgendlichen und abendlichen Übergaben mit den nächtlichen Bereitschaftsdiensten werden die Vorkommnisse aus den jeweiligen Zeiträumen berichtet. Die regelmäßigen internen Fallbesprechungen und externen Supervisionen dienen ebenfalls der Entwicklung

und Abstimmung der Rehabilitationsmaßnahmen. Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist als qualitätssichernde und -förderliche Beratung in Rehabilitationseinrichtungen Abhängigkeitskranker unerlässlich.

Interne Fallbesprechungen (interne Supervision) finden regelhaft sowie zusätzlich anlassbezogen statt.

Für die regelmässigen internen Fallbesprechungen gelten folgende Vorgaben:

- Die erste interne Fallbesprechung mit Fallvorstellung im gesamten Behandlerteam findet in der ersten Behandlungswoche statt.
- Die zweite regelmässige interne Fallbesprechung findet nach vier – sechs Wochen Behandlung statt – diese beinhaltet auch die Vorstellung der konkreten Therapieziele, der Psychodiagnostik sowie der individuellen Besonderheiten.
- Die dritte regelmässige Fallbesprechung erfolgt spätestens sechs Wochen vor Behandlungsende und beinhaltet im Wesentlichen die berufliche und soziale Zukunftsplanung, die Planung und Initiierung notwendiger Anschlussmassnahmen sowie die Abstimmung der sozialmedizinischen Einschätzung und daraus resultierende Folgen.

Die anlassbezogenen internen Fallbesprechungen finden zusätzlich statt und ergänzen diese. Anlässe für solche internen Fallbesprechungen können z.B. Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf, Fragen zu therapeutischen Behandlungsschwerpunkten, besondere persönliche Situationen von Rehabilitanden o.ä. sein.

An den internen Fallbesprechungen (interne Supervision) nehmen grundsätzlich mindestens folgende Personen(-gruppen) teil:

- Therapeutische Leitung (appr. Psychotherapeut)
- Ärztliche Leitung (Ersatz Fachärztin)
- Bezugs-Psychotherapeut/in
- Bezugs-Arbeitstherapeut/in
- Sozialdienst
- ggf. weitere Mitarbeiter/innen

Die externe Supervision findet ebenfalls regelmässig (durchschnittlich alle sechs Wochen über zwei Stunden) durch einen anerkannten und besonders ausgebildeten externen Supervisor statt. Die Teilnahme an der externen Supervision ist für alle jeweils anwesenden Teammitglieder verpflichtend. Inhalte der externen Supervision können einerseits die Supervision der Behandlung einzelner Rehabilitanden (sogenannte Fallsupervision) oder auch die Supervision der Zusammenarbeit des gesamten Rehteam (sogenannte Teamsupervision) sein.

28 Externe Vernetzung

Die Würmtalklinik Gräfelfing ist integrierter Bestandteil des regionalen und überregionalen Suchthilfesystems. Die - auch trägerübergreifende - Zusammenarbeit mit anderen Partnern wie z.B. Akut- bzw. Entzugsabteilungen, Krankenhäusern, Drogen- und Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Arbeitgebern und Firmen, Bildungsträgern, der Sozial-, Wohnungs- und Arbeitsverwaltung, Vereinen und kulturellen Initiativen, sowie den Leistungsträgern, der kommunalen Administration und den maßgeblichen politischen Organisationen, erfolgt zum Nutzen der

Rehabilitation der Rehabilitanden, der kontinuierlichen Fortführung der Rehabilitationspläne und –ziele sowie dem Informations- und Erfahrungsaustausch. Auch die Teilnahme an diversen Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln (z.B. AK Sucht der Stadt München, ständiger Ausschuss Praxis der bayerischen Akademie für Suchtfragen (BAS e.V.), AK Justiz und Therapeuten in Bayern, QZ Adaption des buss e.V. etc.) belegen diese enge Vernetzung. Darüber hinaus bestehen selbstverständlich besonders enge Kontakte zu den übrigen Suchthilfeeinrichtungen des Deutschen Ordens (und hier insbesondere zum Adaptionshaus Kieferngarten sowie zur Beratungsstelle „Tal 19 am Harras“ und zu „Therapie Sofort“).

29 Qualitätssicherung

Im § 37 SGB IX sind die medizinischen Einrichtungen aufgefordert, sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen sowie ein internes Qualitätsmanagement zu implementieren. Hierin sind die zentralen Prozesse der Einrichtung beschrieben und mit den Mitarbeitern verbindlich vereinbart.

Die Würmtalklinik Gräfelfing wurde erstmalig bereits im Jahr 2001 auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert. Die letzte Rezertifizierung erfolgte am 21.03.2018 auf der Basis des Qualitätsmanagement–Verfahrens des Deutschen Ordens „DO-QUA.R“ (Deutscher Orden – Qualitätsmanagement – Rehabilitation), welches die Grundlage des Qualitätsmanagementsystems ist. Die Würmtalklinik Gräfelfing erbringt somit gemäß den gesetzlichen Vorgaben nach § 37 SGB IX und nach einem von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitation (BAR) anerkannten Verfahren den Nachweis, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen.

Ein funktionierendes Verbesserungssystem, welches sicherstellen soll, dass bei aufgetretenen Fehlern oder Problemen kontinuierlich Lösungen gesucht werden, trägt dazu bei, so dass sich die Einrichtung mit all ihren Prozessen zu einem selbst lernenden System entwickelt. In das Verbesserungssystem fließen auch die Ergebnisse externer Qualitätssicherungsprogramme ein. Ein hoher Qualitätsstandard der Behandlung ist Voraussetzung dafür, dass deren Effektivität gewährleistet werden kann. Das gleiche Ziel verfolgt das Reha-Qualitätssicherungsprogramm (Reha-QS) der deutschen Rentenversicherung, das „eine am Patienten orientierte generelle Qualitätsverbesserung in der medizinischen Rehabilitation, die Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens, mehr Ergebnisorientierung und, beim Thema Weiterentwicklung der Behandlungsqualität besonders wichtig, die Förderung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ fordert (Egner, 2003).

Wichtige Voraussetzung für die Überprüfbarkeit der Behandlungsqualität ist die Dokumentation von Behandlungsprozess und -ergebnissen durch die Mitarbeiter der verschiedenen Fachabteilungen.

Während des gesamten Klinikaufenthaltes wird der Rehabilitationsverlauf regelmäßig in Form von Kurzprotokollen zu den Einzel- und Gruppensitzungen und allen wichtigen Ereignissen und Fortschritten dokumentiert. Diese Dokumentationen bilden die Grundlage für die Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens, die Teamsitzungen sowie für die Fallsupervisionen.

Sämtliche therapeutischen Leistungen werden nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung Bund dokumentiert.

Konzeptqualität

- fundiertes theoretisch-wissenschaftliches Konzept
- einheitliches Störungs- und Behandlungsmodell
- Differenzierung der Behandlungsangebote
- spezielle Programme zur beruflichen und sozialen Reintegration
- regelmäßige Fortschreibung des Rehabilitationskonzeptes gemäß wissenschaftlicher Erkenntnisse und sozialpolitisch und gesellschaftlich veränderter Rahmenbedingungen

Strukturqualität

- angemessene räumliche und materielle Ausstattung der Einrichtung
- adäquate personelle Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeiter

Prozessqualität

- Entwicklung von Rehabilitationszielen
- regelmäßige Überprüfung der Zielerreichungskriterien
- Verfahren der Therapiesteuerung
- Supervision
- Einsatz einer Routinebasisdokumentation (PATFAK)

Ergebnisqualität

- empirische Absicherung der Wirksamkeit
- Nachweis des sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges

Internes Qualitätsmanagementsystem

- gemeinsames Qualitätsverständnis
- Organisationsentwicklung
- QM-System nach den Vorgaben der BAR

Als Maßnahmen werden durchgeführt bzw. sind dafür vorgesehen

- interne Qualitätszirkel und interne Audits
- Teilnahme am einheitlichen Zertifizierungsverfahren nach den Vorgaben der BAR
- Peer Review Verfahren
- Rehabilitandenzufriedenheit jährlich
- Mitarbeiterzufriedenheit jährlich
- Rehabilitandendokumentation und Auswertung (PATFAK)

30 Datenschutz

Der Datenschutz ist zentral über den Deutschen Orden als Träger der Klinik geregelt. Als betrieblicher Datenschutzbeauftragter des Deutschen Ordens fungiert die Firma MerentisDataSec GmbH. Die Datenschutz-Richtlinien werden von dort überarbeitet, novelliert und sind auf der Homepage des Deutschen Ordens im geschützten Bereich für alle Mitarbeiter jederzeit zugänglich. Des Weiteren gibt es in der Klinik einen internen Datenschutzkoordinator, der an den regelmäßigen Schulungen durch den zentralen Datenschutzbeauftragten des Deutschen Ordens teilnimmt und somit die entsprechende Implementierung von Datenschutzbestimmungen in der Klinik sicherstellt. Einmal pro Jahr führt der Datenschutzkoordinator eine Pflichtschulung zum Thema Datenschutz für alle Mitarbeiter der Klinik durch. Jeder neue Mitarbeiter wird explizit zum Datenschutz belehrt. Seit 01.05.2018 gilt zudem die „Kirchliche Datenschutzregelung der Ordensgemeinschaft päpstlichen Rechts (KDR-OG)“ als Äquivalent zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) (Es gilt eine eigene Rechtsordnung der Kirche zum DS aufgrund des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts aus § 137 Abs. 3 Weimarer Reichsverfassung i.V.m. Art. 140 GG).

31 Anhang

Anlage 1: CL 3.2 – 02 Mustertherapieplan – Wochenplan mit KTL-Ziffern;

Hervorhebung der erwerbsbezogenen Maßnahmen

Anlage 2: Mustertherapieverlaufsplan in der Indikation „Abhängigkeit von Alkohol“ (8501)

Anlage 3: Mustertherapieverlaufsplan in der Indikation „Abhängigkeit von illegalen Drogen“ (8502)

32 Literatur

- Arbeitsgruppe BORA (2014). (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control, W.H. Freeman & Company
- Batel, P. (2000). Addiction and Schizophrenia. In: European Psychiatry, Mar; 15(2)
- Beck, T. (2000). Neurobiologische Grundlagen der Sucht, Abhängigkeiten, 3
- Behrendt, K., Bühringer, G., Heinemann, A. & Rommelspacher, H. (2006). Drogenabhängigkeit. (Suchtmedizinische Reihe, Band 4). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Berg, I.K. & Miller, S.D. (2000). Kurztherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz, Auer.
- Berner, W. (1995). Schuldnerhilfe. Ein Handbuch für die soziale Arbeit. Neuwied, AG der Verbraucherverbände
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives Skilltraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual. Schattauer
- Bonet, U. et al. (2004). AWMF-Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen. Fortschr Neurol Psychiat. 72, Thieme
- Brady, K.T. & Sinha, R. (2005). Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of chronic stress. Am J Psychiatry, 162, 1483-1493
- Breuer, M. (2007). Alle Rückfälle sind gleich? – Entwurf einer Typologie. Konturen, 2, 36-37
- Bühringer, G. (2003). Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln. In: Reinecker, H., Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, Hogrefe
- Bühringer, G. & Metz, K. (2008). Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2 (3. Aufl.). Berlin: Springer
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006). Praxisleitfaden ICF 2
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Illegale Drogen
- Derogatis, L.R. (1986). SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In Collegium Internationale Psychiatricum Sclerum (Hrsg.), Internationale Skalen der Psychiatrie (S. SCL-90-R). Weinheim: Beltz

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2004). Cannabis, Basisinformationen
- Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T. & Dilling, H. (1998). Psychiatric comorbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction*, 93
- DRV Bund (2007). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- DRV Bund (2007). Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.
- DRV Bund (2007). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung
- DRV Bund (2010). Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen.
- DRV Bund (2011). Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (23.09.2011).
- DRV Bund (2014). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.November 2014.
- DRV Bund (2014). Strukturqualität von Rehaeinrichtungen - Anforderungen der deutschen Rentenversicherung. 2. überarb. und erw. Aufl. Juli 2014.
- DRV Bund (2015). Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform nach einer stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 04.03.2015.
- DRV Bund (2015). KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen. (6.Aufl.) Download über www.deutsche-rentenversicherung.de.
- Egner, U. (2003). Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und die Berichte zur Qualitätssicherung der BfA: Weiterentwicklung der Behandlungsqualität. In: Qualität ist, wenn....., Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung. Schriftenreihe des Fachverband Sucht e.V., Neuland
- Ellgring, H. & Vollmer, H. C. (1991). Veränderungen von Persönlichkeitsfaktoren in der Therapie. In: Heigl-Evers A. et al. (Hrsg.): Suchttherapie, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, Vandenhoeck & Ruprecht
- Empfehlungsvereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der verschiedenen Leistungsträger (2001)
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka M. (1989). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme
- Fiedler, P. (1999). Dissoziative Störungen und Konversion. Psychologie Verlags Union
- Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe
- Fiedler P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapeutenjournal, 1/2004

- Franke, G.H. (2002). SCL-90-R. Symptomcheckliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version. 2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Franken, I. H. & Hendriks, V. M. (2000). Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. In: Drug and Alcohol Dependence, Jun 1; 59(3)
- Fuchs, P. (2000). Ergotherapie im Suchtbereich, Praxis ergotherapie, (2.Aufl.), Dortmund: verlag modernes lernen.
- Geschwinde, Th. (1990). Rauschdrogen. Springer
- Gödecker – Geenen, N. (2004). Klinische Sozialarbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. In W. Schwarzer (Hrsg.), Lehrbuch der Sozialmedizin. (5. Aufl.) (S. 441 – 455) Dortmund: verlag modernes lernen / borgmann publishing.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2008). Komorbidität von Sucht und anderen psychischen Störungen – Grundlagen und evidenzbasierte Therapie. Fortschr Neurol Psychiat, 76, 263-271
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40
- Grawe, K. (1996). Klärung und Bewältigung. Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Veränderungsprinzipien. In: Reinecker, H.S. & Schmelzer, D. (Hrsg.). Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Göttingen, Hogrefe
- Grawe K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe
- Havemann-Reinecke, U., Küfner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N. & Vollmer, H.C. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. Sucht, 50 (4), 226-257
- Hoffmann, P. (2004). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In W. Schwarzer (Hrsg.), Lehrbuch der Sozialmedizin. (5.Aufl.) (S. 411-440) Dortmund: verlag modernes lernen / borgmann publishing.
- Irle H. (2003). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.
- Jahrreiss, R. (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit – Eine Herausforderung für die stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker. In Sucht und Erwerbsfähigkeit, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Bd.17 (S.113-130), Geesthacht: Neuland.
- Kandel, D.B., Huang, F.Y. & Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. Drug Alcohol Depend, 64, 233-241
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). Selbstmanagement-Therapie, Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer.
- Kanfer, F. & Goldstein, A. (1991). Helping people change. A textbook of methods. Pergamon
- Kelley, A. & Berridge, K. (2002). The Neuroscience of Natural Rewards: Relevance to Addictive Drugs. The Journal of Neuroscience, May 1, 22(9), 3306–3311
- Kienast, T. (2013). Umgang mit Sucht. In: Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives Skilltraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual. Schattauer, 347-381
- Klär, I.I. (2002). Die Validität und Reliabilität von Studien zur Delinquenz bei Drogenkonsumenten. In: Rihs-Middel, M., Jacobsagen, N. & Seidenberg, A. (Hrsg.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Bern: Huber

- Klein M. (2001). Die Bedeutung der Psychotherapie für die Drogenhilfe. In: Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (Hrsg.). Drogenhilfe: Sozialarbeit, Psychotherapie und Medizin. Der Stellenwert der verschiedenen Professionen. Tagungsbericht 2000. Niederkrüchten: Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (2001)
- Klos, H. & Görgen, W. (2009). Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm. Göttingen, Hogrefe
- Körkel, J. (1992). Der Rückfall des Suchtkranken. Springer
- Körkel, J. (1995). Stationärer Rückfall – Ende der Therapie. Neuland
- Körkel, J. & Schindler, Chr. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003, Sucht 51 (Sonderheft 1) (2005)
- Krystal, H. & Raskin, H. A. (1983). Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion. Vandenhoeck u. Ruprecht
- Lieb, R. & Isensee, B. (2002). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi, F. (Hg.). Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Huber, 31-62
- Linehan, M.M. (1996a). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien
- Linehan, M. (1996b). Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien
- Löffler, S., Wolf, H.-D., Gerlich, Chr. und Vogel, H. (2008). Das Würzburger Screening. Manual zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Würzburg: Eigenverlag
- Meermann, R. & Vandereyken, W. (1991). Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Schattauer
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus (2. Auflage)
- Moggi, F. (Hrsg.) (2002). Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Huber
- Murray, C.J.L. & Lopez A. (1996). The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank.
- Perlwitz, E. (1995). Psychologie süchtigen Verhaltens. In: Bartsch N. & Knigge-Ilner H., (Hrsg.). Sucht und Erziehung, Band 1
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2004). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Leben lernen, Klett-Cotta
- Reimer, A. (2015). Drogenpatienten sind anders. Arbeitsbezogene Maßnahmen für eine meist jüngere und schlecht ausgebildete Klientel. Konturen online,
<https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-2-2015-die-bora-empfehlungen/drogenpatienten-sind-anders/>
- Reinecker, H. (2003). Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Hogrefe
- Rink, J, Jörg, R. (1996). (Re)-Integration ins Arbeitsleben: Programm für Patienten/innen mit Comorbiditätsdiagnosen, Sucht und Erwerbsfähigkeit,

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Bd.17, (267-288), Geesthacht: Neuland.

- Roggmann, B. (2000). Kurzanalyse ergotherapeutischer Behandlungsweisen. Praxis Ergotherapie. (4.Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Saunders, E. & Arnold, F (1993). A Critique of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline Psychopathology in Light of Findings about Childhood Abuse. Psychiatry, Vol. 56 (May 1993)
- Schläpfer, E. & Burri, R. (2000). Das Gehirn und die Wirkung von Drogen. Abhängigkeiten, 6
- Sendera, A. & Sendera, M. (2016). Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Springer, 4. Auflage
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) (2000). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Thieme
- Smith, N.T. (2002). A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. 97 (2002)
- Soellner, R. (2000). Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit. Huber
- Spitzer, M. (2004). Selbstbestimmen. Spektrum
- Suhler, P. (2000). Verhaltenstherapie. In: Senf W. & Broda M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Thieme
- Swartz, J. A. (2000). Severe mental illness and substance use disorders among former Supplemental Security Income beneficiaries for drug addiction and alcoholism. Archive of General Psychiatry, Jul; 57(7)
- Thomasius, R. (1998). Persönlichkeitsstörungen bei Konsumenten illegaler Drogen - Komorbidität, Entwicklungspfade und Auswirkungen auf die Behandlung. Persönlichkeitsstörungen, PTT 3
- Toneatto, T. et al. (2000). Diagnostic subgroups within a sample of comorbid substance abusers: correlates and characteristics. In: American Journal of Addiction, 93(3):253-264
- Topel, H. (1991). Euphorie und Dysphorie - Zur Neurobiologie der Stimmungen und des Suchtverhaltens
- Trost, A. (2004). Abhängigkeitserkrankungen. In W. Schwarzer (Hrsg.), Lehrbuch der Sozialmedizin. (5.Aufl.) (S. 277-334). Dortmund: verlag modernes lernen / borgmann publishing.
- Wanke, K. (1987). Zur Psychologie der Sucht. In: Kisper K. P. et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3: Abhängigkeit durch Sucht. Springer
- Weissinger, V., Bachmeier, R. & Missel, P. (2013). Sucht und Komorbidität im Bereich der stationären Entwöhnung – Eine Erhebung des Fachverbandes Sucht e.V. In: Sucht aktuell, 20, 1, 01/2013, 44-72
- Welz, R. (1987). Epidemiologie des Drogenmissbrauchs. In Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.E., Müller, C. & Strömgren, E.. Abhängigkeit und Sucht (Psychiatrie der Gegenwart 3). Springer
- WHO (2004). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- WHO (2009). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification
- Wöbcke, M. (1995). Rauschmittelmißbrauch, Prävention und Therapie, Kösel
- Yalom, I.D. (2010). Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch, Klett-Cotta