

Konzept Fachklinik Hamburg-Mitte



Impressum

Herausgeber: Jugendhilfe e. V.

Verantwortlich: Christine Tügel • Vorstand Jugendhilfe e. V.
Repsoldstraße 4 • 20097 Hamburg • Tel.: 040 - 85 17 35 - 0

Verfasser: Christine Tügel/Horst Brinker/
Dr. Dagmar Klemisch/Ulrich Kreye

Fotos und Gestaltung: Uwe Scholz, Hamburg

Fachklinik Hamburg-Mitte Stationäre medizinische
Rehabilitation für Drogen- und Suchtmittelabhängige
Billhorner Deich 90i • 20539 Hamburg

Telefon: 040 - 57 00 25 - 250 • Fax: 040 - 57 00 25 - 298

E-Mail: fachklinik@jugendhilfe.de

Internet: www.fachklinik-hamburg-mitte.de

Ärztliche Leitung: Katrin Gabriel

Therapeutische Leitung: Dipl.-Psych. Horst Brinker

Hinweis zur Gender-Formulierung:

Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichten Lesbarkeit die männliche Form steht.



1.	Einleitung	5
2.	Allgemeines.....	5
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung.....	6
4.	Rehabilitationskonzept	11
4.1	Theoretische Grundlagen	11
4.1.1	Die ICF	13
4.1.2	Das biopsychosoziale Modell der Sucht	14
4.1.3	Das Transtheoretische Modell	15
4.1.4	Das Behandlungskonzept.....	16
4.1.4.1	Das Konzept der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen der Fachklinik Hamburg-Mitte	17
4.1.4.2	Das Konzept der supportiven Therapie der Fachklinik Hamburg-Mitte	20
4.1.4.3	Das Konzept der beruflichen Orientierung in der Fachklinik Hamburg-Mitte.....	21
4.1.4.4	Die Aufnahmephase	22
4.1.4.5	Die Entwöhnungsphase I	25
4.1.4.6	Die Entwöhnungsphase II	27
4.1.4.7	Das Konzept der Adaption	29
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	32
4.3	Rehabilitationsziele	34
4.4	Rehabilitationsdauer	37
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung.....	38
4.6	Rehabilitationsprogramm	40
4.7	Rehabilitationselemente	51
4.7.1	Aufnahmeverfahren	51
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	51
4.7.3	Medizinische Behandlung	58
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	61

4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	69
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken.....	73
4.7.7	Freizeitangebote	78
4.7.8	Sozialdienst	79
4.7.9	Gesundheitsbildung und Ernährung.....	81
4.7.10	Angehörigenarbeit	83
4.7.11	Rückfallmanagement	84
4.7.12	Pflege.....	86
4.7.13	Weitere Leistungen	88
4.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	88
5.	Personelle Ausstattung	90
6.	Räumliche Gegebenheiten	91
7.	Kooperation und Vernetzung	93
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	95
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	97
10.	Notfallmanagement	98
11.	Fortbildung	103
12.	Supervision	104
13.	Hausordnung / Therapievertrag	105
14.	Raumliste	110
	Literatur.....	114

1. Einleitung

Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen führen als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) durch.

Im Rahmen des gesetzlichen Auftrags der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen erbringt der Jugendhilfe e. V. ambulante und stationäre Leistungen. Die stationäre Leistungserbringung wird mit dem vorliegenden Konzept beschrieben. Die erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Fachklinik Hamburg-Mitte verfolgen die in den §§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Ziele. Das Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte ist so ausgerichtet, dass damit eine - ggf. auch nur drohende -

- Behinderung,
- Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder
- Pflegebedürftigkeit

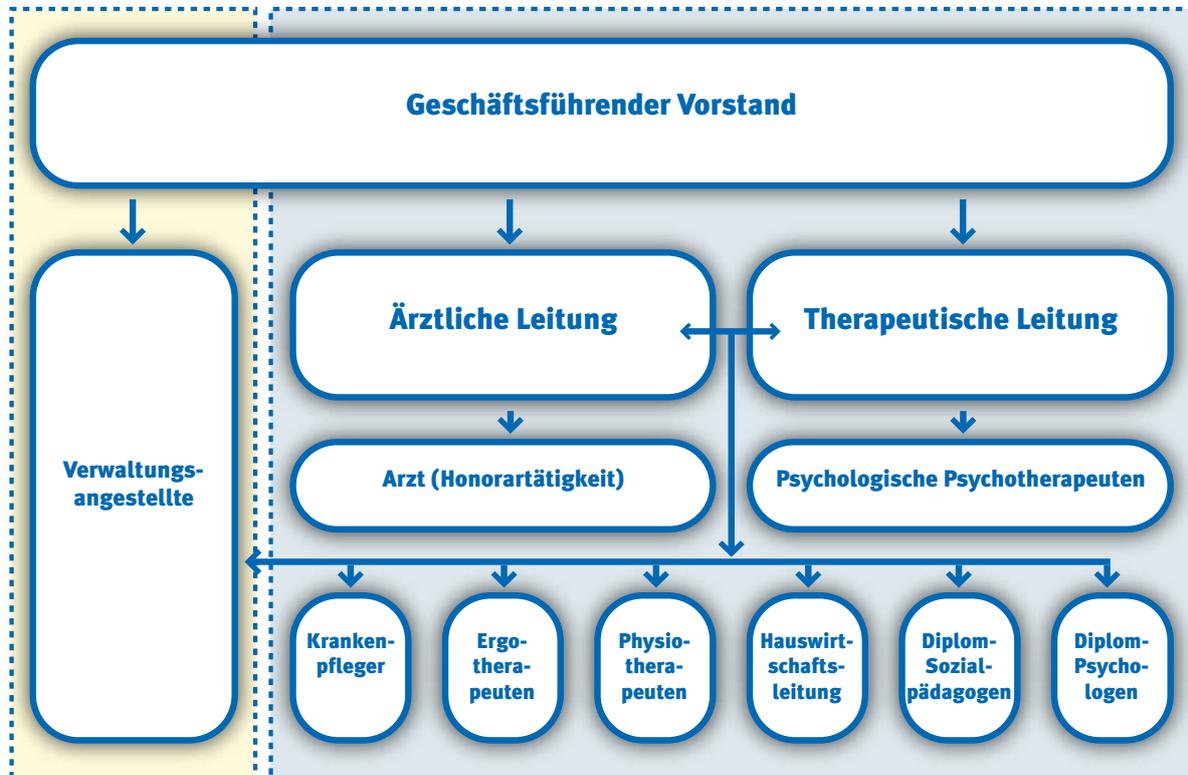
positiv beeinflusst werden kann.

2. Allgemeines

Für die **Konzeptentwicklung der stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen der Fachklinik Hamburg-Mitte** ist Diplom-Psychologe Horst Brinker verantwortlich. Er ist als Psychologischer Psychotherapeut der therapeutische Leiter der Fachklinik. Mitgewirkt an der Konzepterstellung haben die Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin, Dr. Dagmar Klemisch, der Leitende Arzt, Ulrich Kreye sowie die Diplom-Sozialökonomin, Christine Tügel. Die Erstellung der Konzeption wurde im Mai 2013 abgeschlossen. Die Fachklinik Hamburg-Mitte ist eine Einrichtung des Jugendhilfe e. V. Hamburg, dessen Hauptgeschäftsstelle sich in der Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg befindet. Erreichbar ist sie über Telefon unter der Nummer: 040- 57 00 25 – 250 und über Fax unter der Nummer: 040- 57 00 25 – 298, im Internet unter der E-Mail-Anschrift: fachklinik@jugendhilfe.de. Auf der Homepage unter www.jugendhilfe.de sind weitere Einrichtungen des Trägers sowie Kontaktadressen zu finden.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Organigramm der Fachklinik Hamburg-Mitte



Die Fachklinik Hamburg-Mitte hat im Juli 2012 als Rehabilitationseinrichtung für Suchtmittelabhängige ihren Betrieb aufgenommen. Sie verfügt über insgesamt 44 Plätze, 11 Plätze entfallen davon auf die integrierte Adaptionseinrichtung. Nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung oder ggf. der Adaptionphase kann sich bei Bedarf eine ambulante Nachbetreuung und bei gegebenem Rechtsanspruch eine Eingliederungshilfemaßnahme nach SGB XII anschließen. Auch zur Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation und zur Absicherung der Rehabilitationsfähigkeit ist Eingliederungshilfe nach SGB XII möglich. In beiden Fällen bietet die Clean WG entsprechende Leistungen im stationären (18 Plätze) und teilstationären Setting (7 Plätze) an. Die Fachklinik Hamburg-Mitte befindet sich gemeinsam mit der Clean WG auf einem

knapp 6.000 m² großen Grundstück. Auf dem Gelände stehen insgesamt drei Gebäude gleicher Bauart. Die Häuser A und B gehören zur Fachklinik Hamburg-Mitte. Das Haus B wird auch von der Clean WG genutzt. Die Nutzung beschränkt sich auf die Funktionsräume im Erdgeschoss. Das Haus C gehört zur Clean WG.

Der Gebäudekomplex Fachklinik Hamburg-Mitte und Clean WG ist barrierefrei. Die Häuser A, B und C verfügen über einen Personenaufzug.

Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation sind alle gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, in deren Zuständigkeit auch die berufliche Rehabilitation fällt. Federführender Leistungsträger ist die Deut-

sche Rentenversicherung Nord in Lübeck. Als Träger der Sozialhilfe ist die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz - Fachabteilung Drogen und Sucht - der Freien und Hansestadt Hamburg für die Eingliederungshilfe nach SGB XII federführend.

Jugendhilfe e. V. wurde 1957 gegründet. Der Vereinszweck besteht in der öffentlichen Gesundheitspflege, der Sozialarbeit, der Jugendhilfe und der Rehabilitation. Jugendhilfe e.V. arbeitet gemeinnützig und ist Träger ambulanter sowie stationärer Einrichtungen. Seit 1970 engagiert sich der Verein in der Beratung, Betreuung, Behandlung und Therapie von Suchtmittelabhängigen. Er unterhält zurzeit sechs ambulante und sechs stationäre Suchthilfeeinrichtungen sowie das Angebot eines Drogeninformationstelefons. Des Weiteren ist er seit 1976 in der Wohnungslosenhilfe aktiv und betreibt dort zurzeit eine stationäre und zwei ambulante Einrichtungen.

Die Einrichtungen des Jugendhilfe e. V. werden durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg gefördert. Je nach Finanzierungsart handelt es sich um Zuwendungen aus dem öffentlichen Haushalt, entsprechende Vergütungen auf der Grundlage des SGB XII oder mit der Deutschen Rentenversicherung Nord vereinbarte Pflegesätze.

Das **Kuratorium** ist das Aufsichtsorgan des Vorstandes des Jugendhilfe e. V.; die Kuratoren arbeiten ehrenamtlich:

Dr. med. Sibylle Quellhorst, Ärztin,
Vorsitzende

Dr. Matthias Steinmann, Richter, erster Stellvertreter

Dr. med. Matthias Angrés, Arzt
Ulf Gehrckens, Betriebswirt, zweiter Stellvertreter

Der **Vorstand** leitet und verantwortet die Arbeit des Jugendhilfe e. V. hauptamtlich:

Christine Tügel, Dipl. Sozialökonomin
Horst Brinker, Dipl. Psychologe

Einrichtungen des Jugendhilfe e. V. im Bereich der Drogen- und Suchthilfe

Kontakt- und Beratungsstellen für drogenabhängige Menschen

Drob Inn St. Georg
Stay Alive St. Pauli

Integrierte Drogen- und Suchtberatung

Viva Wandsbek

Suchtberatung für suchtgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene

Viva Wandsbek – Take care!
Viva Billstedt – Take Care!

Therapieeinrichtungen

Fachklinik Hamburg-Mitte
Betreutes Wohnen nach medizinischer Rehabilitation

Übergangseinrichtungen und Wohnprojekte

Projekt NOX
Projektverbund Wohngruppen
Assessment- und Behandlungszentrum
- Projekt Thedestraße
- Kriwo Wandsbek
- Clean WG
- Projekt Care

Einrichtungen des Jugendhilfe e. V. im Bereich der Wohnungslosenhilfe

Beratung für wohnungs- und obdachlose Menschen

Beratungsstelle Brauhausstieg

Sozialintegrative Beratung wohnungs- und obdachloser Menschen in vom Verein angemieteten Wohnungen

Projekt Domizil

Eingliederungshilfe für wohnungslose Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten in vom Verein angemieteten Wohnungen

Rue 66

Indikationsgruppen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken

Aufgenommen in die medizinische Rehabilitation der Fachklinik werden erwachsene Frauen und Männer, auch als Paare, die vorwiegend von illegalisierten Drogen abhängig sind. Aufgenommen werden weiterhin drogenabhängige Mütter und Väter mit nicht schulpflichtigen Kindern. Aufnahmeindikationen stellen die folgenden Diagnosen dar:

- F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Darüber hinaus können aber auch alkoholabhängige Rehabilitanden aufgenommen werden, wenn diese dem sozio-kulturellen Milieu der Gruppe der Konsumenten illegalisierter Drogen zuzurechnen sind. Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln und Tabak kommen als komorbide Indikationen in Betracht, wenn sie im Rahmen einer der vorgenannten Abhängigkeitserkrankungen auftreten.

- F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

Aufgrund der großen Anzahl substituitionsbehandelter Opiatabhängiger in Hamburg und Umgebung sowie der langjährigen Erfahrung bei der Behandlung und Betreuung dieses Personenkreises im Rahmen der Eingliederungshilfe (nach § 53 SGB XII) bietet die Fachklinik Hamburg-Mitte Beikonsum freien und rehabilitationsfähigen Rehabilitanden ein auf ihre Bedarfslage abgestimmtes Therapieprogramm an. Vorrangig wird dabei, wie auch bei den anderen Rehabilitanden, das Ziel der Abstinenz verfolgt. In besonderen Fällen besteht jedoch die Möglichkeit, im Anschluss an die medizinische Rehabilitation die Substitution fortzusetzen, wenn dies fachlich indiziert ist. Die dafür notwendige Vernetzung mit Hamburger Leistungserbringern (Drogenambulanzen, substituierenden Ärzten, Beratungsstellen, Eingliederungshilfeeinrichtungen) besteht. Aufnahmevoraussetzung für die medizinische Rehabilitation unter Substitutionsbehandlung ist eine nachgewiesene mindestens vierwöchige Beikonsumfreiheit sowie Rehabilitationsfähigkeit und –bereitschaft, die das Ziel einer gesellschaftlichen Integration unter Abstinenzbedingungen unterstützt. Im Rahmen der Eingliederungshilfe bietet der Verein Jugendhilfe durch das Leistungsangebot der Clean WG diese Vorbereitung auf die Anforderungen der medizinischen Rehabilitation an. Von anderen Bewerbern wird ein Nachweis über ihre Vorbereitungsmaßnahmen durch entsprechende Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe benötigt, der die vierwöchige Beikonsumfreiheit und die Rehabilitationsfähigkeit bescheinigt.

Psychische Komorbidität liegt bei drogenabhängigen Rehabilitanden statistisch gesehen bei ca. jedem Zweiten in Form von **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)** vor. Die Fachklinik sieht für diese Störungsbilder spezielle Indikationsangebote vor (siehe Abschnitt 4.1.4.1). Weitere Indikationsbehandlungen aus dem Formenkreis der **Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48)** sind vor allem für Angst- (F40, F41) und bei **Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)** für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1) und Anpassungsstörungen (F43.2) möglich. Bei den affektiven Störungen (F30-39) können vor allem die depressiven Störungsbilder (F32, F33) mitbehandelt werden. Aus der Gruppe der **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)** ist die Therapie von Essstörungen (F50) möglich. Die adulte Aufmerksamkeits-(defizit)störung (F90) kann therapeutisch basal (mit dem Ziel der Reduktion Therapie schädigender Verhaltensweisen) behandelt werden, so dass ein möglichst effektiver Reha-Verlauf auch für diese Störungsgruppe gewährleistet bleibt. Notwendige Anschlussbehandlungen werden im Bedarfsfall bereits während der Maßnahme eingeleitet.

Lage der Einrichtung und Infrastruktur

„Rothenburgsort ist insbesondere bei Arbeitnehmern dank der Industrie- und Gewerbebranche ein beliebtes Wohnviertel. Viele Grünflächen sowie der direkte Anschluss an die Innenstadt sorgen für eine hohe Lebensqualität.

Rothenburgsort liegt im Südosten der Hamburger Innenstadt und befindet sich zwischen der Nordelbe und der Bille. Dabei zählt der Stadtteil zum Bezirk Hamburg-Mitte. Etwa 8.300 Einwohner leben hier auf einer Fläche von 7,6 Quadratkilometern. Der Stadtteil besitzt ein größeres Wohngebiet,

das im Norden von Eisenbahnanlagen umgeben wird. Dahinter wird die Fläche in erster Linie von Industrie- und Gewerbeunternehmen genutzt. Im Westen von Rothenburgsort befinden sich die Stadtteile Hafencity, Hammerbrook, Veddel und Wilhelmsburg. Südlich liegen Spadenland und Tatenberg, die zum Bezirk Bergedorf gehören. Dazu zählt auch das östlich gelegene Moorfleet, während Billbrook, das ebenfalls im Osten liegt und Hamm-Süd, das nördlich zu finden ist, wiederum zu Hamburg-Mitte gehören. Aufgrund der anliegenden Industrie- und Gewerbeunternehmen ist das Quartier heute vor allem für Arbeitnehmer attraktiv. Dabei profitieren die Einwohner auch von der guten Infrastruktur und dem S-Bahnhof.“ (Rothenburgsort - Industrie, Arbeiten und Wohnen im Einklang mit der Natur www.hamburg.de/rothenburgsort/)

Rehabilitanden, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln von der Fachklinik Hamburg-Mitte ins Stadtzentrum fahren wollen, können dies von der S-Bahnhaltestelle Rothenburgsort aus mit der Linie S21 (Richtung Elbgaustraße) bis zum S-Bahnhof Hamburg-Hbf in sechs Minuten zum Kurzstreckentarif tun. Das Job-Center in der Norderstraße erreichen sie z. B. von da aus zu Fuß in ca. 10 Minuten.

Mit dem Bus fahren sie von der Haltestelle Billhorner Deich bis zum *Hauptbahnhof/ZOB* mit der Linie 120 in acht Minuten zum Nahbereichstarif. Bis zum Job-Center in der Norderstraße gehen sie noch einmal 8 Minuten zu Fuß.

Ein wichtiger Kooperationspartner der Fachklinik Hamburg-Mitte bei der beruflichen Orientierung und Integration, das *Groner Netzwerk Hamburg*, Heinrich-Grone-Stieg 1 in 20097 Hamburg ist von der S-Bahnhaltestelle Rothenburgsort mit der Linie S21 (Richtung Elbgaustraße) nach einmaligen Umsteigen am Hauptbahnhof (Linie S31

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Im Mittelpunkt der Rehabilitation abhängiger Menschen steht die Entwöhnungsbehandlung. Der Rehabilitationsansatz der Fachklinik Hamburg-Mitte ist theoretisch-wissenschaftlich auf der Grundlage evidenzbasierter Therapieverfahren fundiert. In der Entwöhnungsbehandlung sind drei Phasen vorgesehen, die die inhaltlichen Aspekte der AWMF-Leitlinien „Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide“ sowie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ umsetzen. Zum einen wird in der Aufnahmephase eine standardisierte Diagnostik und ICF orientierte Befunderhebung durchgeführt, um differentielle Indikationsentscheidungen zu ermöglichen. Zum anderen werden in der Entwöhnungsphase I spezifische Therapieverfahren angewendet, die sich hinsichtlich der zwei Hauptziele der Postakutbehandlung der Opioidabhängigkeit: (1) *Schadensminimierung in allen Lebensbereichen* und (2) *Suchtmittelfreiheit* als effektiv erwiesen haben. Als strukturierte Therapieprogramme werden rückfallpräventive Behandlungsmanuale eingesetzt, die den jeweiligen Konsumschwerpunkt Drogen oder Alkohol thematisieren („Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit“ von Klos und Görgens; „Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit“ von Altmannsberger). Die individualisierte Therapie orientiert sich an den Veränderungsphasen wie sie von Prochaska & DiClemente (1992) beschrieben wurden (→ Kap. 4.1.3 Das Transtheoretische Modell). Die Veränderungsstrategie innerhalb der Behandlung orientiert sich am Konzept des „Motivational Interviewing“ von Miller & Rollnick (2002). Die kognitive Therapie der Sucht nach Beck et al. (1993) bietet ein stringentes und praxistaugliches Fallkonzept

sowie Materialien und Fragebögen, die in die Ausgestaltung des Rehabilitationskonzeptes der Fachklinik Hamburg-Mitte Eingang gefunden haben.

Übende Verfahren wie Aktivitäts-, Sozial-, Kommunikations- und Rückfallpräventionstraining für verschiedene Zielbereiche wie: (drogenfreier) Sprachgebrauch, Freizeit, Arbeit und Sozialverhalten finden im Konzept, wie in der AWMF-Leitlinie empfohlen, ebenfalls Berücksichtigung. Diese Rehabilitationselemente werden im Kapitel 4.7 beschrieben.

Die Postakutbehandlung alkohol- und drogenbezogener Störungen oder einzelne ihrer Komponenten werden stationär in der Fachklinik Hamburg-Mitte durchgeführt, wenn

- gravierende Störungen im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich vorliegen,
- das soziale Umfeld des Rehabilitanden keine ausreichende Unterstützung bietet,
- keine berufliche Integration besteht,
- keine stabile Wohnsituation gegeben ist,
- wiederholte Rückfälle während der ambulanten oder teilstationären Postakutbehandlung vorgekommen sind.

In der AWMF-Leitlinie „Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide“ wird aufgrund der hohen Rate komorbider Störungen bei drogenabhängigen Patienten eine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Mitbehandlung gefordert. Neben Angst- und affektiven Störungen gehören Persönlichkeitsstörungen zu den häufigsten zusätzlichen psychischen Störungen bei Drogenabhängigen.

Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen stützt sich auf Linehans (1996a, 1996b) psychotherapeutischen Ansatz und Setting sowie auf unterstützende psychopharmakologische Behandlung. Der Behandlungsalgorithmus orientiert sich an der AWMF-Leitlinie „Persönlichkeitsstörungen“.

Danach wird die Wahl des therapeutischen Behandlungsfokus an der Symptomatik, wie sie gegenwärtig vom Rehabilitanden präsentiert wird, bestimmt. Ziel ist es, die Compliance für die Therapie sicherzustellen, um Behandlungsfortschritte realisieren zu können. Dementsprechend werden selbst-, fremd- und therapiegefährdende Verhaltensweisen i. S. einer dynamischen Hierarchisierung berücksichtigt: An oberster Stelle steht die **akute Suizidalität (ggf. auch Fremdgefährdung)**, in zweiter Position stehen Verhaltensmuster, welche die **Aufrechterhaltung der Therapie** oder deren Fortschritt unmittelbar gefährden, an dritter Stelle stehen Phänomene, die aus **Störungen der Verhaltenskontrolle** resultieren und den Patienten daran hindern, überhaupt therapeutische Lernprozesse zu machen oder aber Problemverhalten, das **schwere Krisen aufrecht erhält oder fördert**. An vierter Stelle stehen **Störungen des emotionalen Erlebens**. In diesem Punkt ist der Patient zwar in der Lage, seine Handlungen zu kontrollieren, leidet jedoch an intensiven negativen Emotionen oder zeigt Verhaltensmuster, um negative Emotionen zu vermeiden oder rasch wirksame positive Emotionen zu erlangen. Die Regulation der Affekte selbst ist also gestört. Symptome z. B. einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder auch ausgeprägtes Meidungsverhalten treten in diesem Stadium wieder häufiger auf. An fünfter Stelle stehen Probleme der Selbstverwirklichung und Alltagsbewältigung (Ausbildung, Arbeitsplatz, Partnerschaft etc.). Schließlich bleiben noch Probleme wie „Sinngelung“, Lebensplanung oder religiöse Orientierung, die keinen Krankheitswert aufweisen.

Im Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte ist vorgesehen, den skizzierten Stadien in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen indikationsspezifische Therapieangebote zuzuordnen, die entsprechende Funktionsdefizite kompensieren helfen. Auch hier erfolgt eine genauere Beschreibung der

Vorgehensweise und der Angebote weiter unten (siehe 4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen). Das Personal der Fachklinik Hamburg-Mitte ist entsprechend geschult und wird kontinuierlich in Schulungen und Fortbildungen weiter qualifiziert (awmf-postakut Opioid, 26). Die in der Entwöhnungsbehandlung verfolgten therapeutischen Strategien bei Persönlichkeitsstörungen werden im vorliegenden Konzept weiter unten ausführlicher beschrieben.

Da Opiatabhängige häufig mit dem Gesetz in Konflikt geraten und strafrechtlich belangt werden, sieht das Therapiekonzept der Fachklinik Hamburg-Mitte eine Behandlung justiziell belasteter Rehabilitanden im Rahmen der Strafzurückstellung (nach § 35 BtMG) vor. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe bzw. eines Strafrestes von längstens zwei Jahren kann gemäß § 35 BtMG zurückgestellt werden, „wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen“. Die Fachklinik Hamburg-Mitte sieht ca. ein Drittel ihrer Platzkapazität (11 Plätze) für die Behandlung im Rahmen der Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG vor. Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens wird in den Einrichtungen zwischen „freiwilligen“ und „35er-Rehabilitanden“ nicht grundsätzlich unterschieden. Delinquente Neigungen und ein devianter Lebensstil werden hingegen in der Therapie beachtet und bearbeitet. Vor allem aggressives Verhalten im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen in Verbindung mit Substanzabhängigkeit erfährt im Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte durch die Orientierung an der AWMF-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ systematische Beachtung. Besonderer Wert wird auf die ausführliche Befunderhebung aggressiven Verhaltens in der Vergangenheit gelegt. Dies gilt als bester Prädiktor für aktuelle Aggressionsbereitschaft. Auf einer

psychopathologischen Ebene machen sich Aggressionskomponenten unter anderem durch folgende Eigenschaften bemerkbar machen:

- feindselige Attributionen,
- eingeschränkte soziale Fertigkeiten,
- rigide kognitive Schemata,
- eingeschränkte Fähigkeiten zur Empathie und Perspektivenübernahme,
- Tendenz zur höheren Gewichtung negativer Informationen,
- eingeschränkte Impulskontrolle (siehe AWMF-Leitlinie „Aggressives Verhalten“, S. 9).

Auch für die hier genannten Funktionseinschränkungen und mentalen Schädigungen sieht das Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte Behandlungsstrategien im Rahmen der Indikationsangebote vor. Das multiprofessionelle Behandlungsteam arbeitet unter regelmäßiger Supervision eines erfahrenen, verhaltenstherapeutisch akkreditierten Supervisors.

4.1.1 Die ICF

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) beschreibt die in verschiedenen Bereichen vorliegenden Einschränkungen der Lebensqualität, welche wiederum zu Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (privat, beruflich) führen. Zentral im bio-psycho-sozialen Modell der ICF ist der Begriff der „funktionalen Gesundheit“. Danach ist eine Person funktional gesund, wenn

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches, dies schließt auch psychische Funktionen mit ein) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),

- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).
- Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können. Kontextfaktoren können in diesem Sinne Barrieren oder Förderfaktoren sein. Zu den Umweltfaktoren gehört auch, was sich u. a. auf die soziale, einstellungs- oder verhaltensbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z. B. soziale Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Werte, Überzeugungen, Dienstleistungen oder soziale Hilfesysteme. Personbezogene Faktoren sind Eigenschaften und Attribute der jeweiligen Person, u. a. Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohnheiten. Die Wiederherstellung, Besserung bzw. Vermeidung weiterer Verschlechterungen hinsichtlich der „funktionalen Gesundheit“ bei drohender oder bestehender Teilhabestörung ist zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Im stationären Rehabilitationskonzept ist das ICF-Modell für die Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs, strukturiert nach Gesundheitsfunktionen, Aktivitäten und vor allem Teilhabe unter Beachtung der Kontextfaktoren, sowie für die Interventionsplanung nutzbar.

Aufgrund der vielfältigen ambulanten und stationären Hilfeangebote des Jugendhilfe e. V. in der öffentlichen Gesundheitspflege, der Sozialarbeit, der Jugendhilfe sowie der Rehabilitation traf der Träger schon früh die Entscheidung, eine Vernetzung seiner Einrichtungen durch standardisierte soziale Diagnosen im Rahmen eines einheitlichen Berichts- und Dokumentationssystems anzustreben. Dafür bot sich als Grundlage die ICF an. Mit Unterstützung des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) wurde an der Implementierung eines geeigneten Core Sets für die Suchtkrankenhilfe gearbeitet, der mittlerweile auch seinen Niederschlag im Berichtswesen für die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII gefunden hat (siehe „Handbuch für Berichte im Bereich der Hamburgischen Eingliederungshilfe für Suchtkranke“). Auch im Rahmen der ambulanten Beratungstätigkeit befindet sich dieser Core Set in der Einführungsphase. Jugendhilfe e. V. hat für diesen ICF-Core Set ein Assessment für den Personenkreis Drogen konsumierender Menschen entwickelt. Bei der Evaluierung dieses ICF basierten Assessments wird Jugendhilfe von namhaften Vertretern der Rehabilitationswissenschaft unterstützt.

Im Rahmen des Therapiekonzepts der Fachklinik Hamburg-Mitte kommt der ICF ein besonderer Stellenwert zu. Mit dem vorliegenden ICF basierten Assessment liegt den einzelnen Professionen des multiprofessionellen Teams der Fachklinik ein Instrumentarium vor, mit dem teilhabe- und aktivitätsbezogene Funktionseinschränkungen sozialdiagnostisch erhoben werden können. Auf dieser Grundlage lassen sich für die weitere Reha-Planung konkrete Rehabilitationsziele ableiten.

Nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation werden nicht selten weiterführende Maßnahmen der (beruflichen) Eingliederungshilfe erforderlich. Bei der Verfolgung

gesellschaftlicher Teilhabeziele (insbesondere als Integration in Erwerbstätigkeit) kommt es darauf an, dass die in der medizinischen Rehabilitation begonnene Hilfeplanung von anderen Leistungsanbietern möglichst effizient weitergeführt werden kann. Um dies zu gewährleisten muss sich die Praxisrelevanz einer Fachdisziplinen übergreifenden Sprache zur Beschreibung der „funktionalen Gesundheit“ beweisen, die es ermöglicht, komplexe Wechselbeziehungen verständlich und eindeutig zu beschreiben. Mit der ICF ist dafür eine Voraussetzung geschaffen.

4.1.2 Das biopsychosoziale Modell der Sucht

Die diagnostische Einschätzung der „funktionalen Gesundheit“ mit Hilfe der ICF bildet den aktuellen Rehabilitationsbedarf und die Teilhabewünsche der Rehabilitanden ab. Für das therapeutische Vorgehen müssen jedoch weitere Informationen verfügbar gemacht werden.

Feuerlein (1998) beschreibt in seinem biopsychosozialen Modell der Sucht die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung als enge Verknüpfung von drei Faktoren:

Droge: die Substanzen (insbesondere Drogen wie Kokain und Opioide) besitzen ein hohes Suchtpotenzial, wodurch sich sehr schnell eine psychische und/oder körperliche Abhängigkeit entwickelt. Durch die Illegalität des Substanzkonsums besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für Kriminalisierung der Betroffenen und durch die Konsumform (häufig intravenöser Konsum) eine überproportionale Häufigkeit für Folgeerkrankungen wie z.B. Hepatitis und HIV.

Person: die Prävalenz genetischer oder anderer prädisponierender Faktoren (wie z.B. Traumata, Defizite in der Belastungsbewäl-

tigung) ist vergleichsweise groß. Auf dieser Grundlage kommt es bereits zu frühzeitigem Konsumbeginn, so dass auch das Auftreten einer Abhängigkeit nicht selten im Jugendalter liegt. Dadurch wird die Persönlichkeitsentwicklung gestört und es folgen weitere Schwierigkeiten, z.B. bezüglich der Bewältigung individueller Belastungen.

Umwelt: neben personenbezogenen Umweltfaktoren (z.B. instabile Familienbeziehungen, fehlendes soziales Netz) führt der Drogenkonsum meist zu sozialer Desintegration (frühzeitiges Verlassen der Schule ohne Abschluss, Kriminalität, Stigmatisierung und Ausgrenzung etc.), die wiederum den Einstieg in ein gesellschaftlich akzeptiertes Leben erschwert.

Das biopsychosoziale Modell der Sucht von Feuerlein ergänzt die ICF durch genetische und dynamische Aspekte, die als behandlungsrelevant angesehen werden müssen, weil sie in der Lebensrealität der Rehabilitanden wirksam werden. Als Beispiele dafür sind suchtbetonte Erfahrungen und Einstellungen zu nennen (z. B. Grundannahmen zu Suchtmitteln und Verlangen), welche prädisponierende Funktionen für zukünftiges Verhalten einnehmen können. Darüber hinaus ist der konsumierten Substanz bzw. dem Konsummuster von Drogen besondere Bedeutung zuzumessen, weil der Konsum an lebensweltliche Kontextbedingungen geknüpft ist, die bei der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien Berücksichtigung finden müssen (z. B. Verfügbarkeit von Drogen, Szeneverhalten).

Das vorliegende Konzept medizinischer Rehabilitation versteht den sozialgesetzlichen Auftrag als Prozess der Veränderung von Lernen und Verhalten, um gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. „Der Lernvorgang wird demnach 1. als Veränderung der Erkenntnisstruktur; 2. als Veränderung der Motivation; 3. als Veränderung der Gruppenzugehörigkeit und 4. als Erwerb körperlicher

Fertigkeiten verstanden.“ (Sozialpsychologie. 1969, 134)

Die hier skizzierten Wirkfaktoren im Lebensraum von Rehabilitanden finden ihren Niederschlag in der Ausarbeitung eines individuellen Störungsmodells. Das Störungsmodell bildet die Grundlage für therapeutische Entscheidungen und wird über den gesamten therapeutischen Prozess stetig verfeinert, indem neue problemrelevante Erkenntnisse und Beobachtungen in das Modell eingearbeitet werden. Die therapeutische Strategie folgt dabei einer Empfehlung Linehans: „Die Verhaltensanalyse erfordert eine Kettenanalyse der Ereignisse und der situativen Faktoren, die der betreffenden problematischen Reaktion vorhergegangen bzw. gefolgt sind. Die Analyse muss sehr detailliert mit besonderer Aufmerksamkeit auf die sich wechselseitig bedingenden Interaktionen zwischen der Umwelt und den kognitiven und emotionalen Verhaltensweisen der Patientin durchgeführt werden.“ (Linehan. 2008, 187)

4.1.3 Das Transtheoretische Modell

Für den oben angesprochenen Veränderungsprozess maladaptiver Verhaltensweisen hat das Transtheoretische Modell der Veränderung nach Prochaska und DiClemente (1982) zu einer differenzierten Behandlungsstrategie angeregt. Aufgrund der heuristischen Plausibilität besitzt dieses Modell eine hohe Popularität bzgl. der Erklärung von Verhaltensänderungen. Es fand neben der Suchtforschung Anwendung in verschiedenen Bereichen der Prävention. Gerade in der Suchtbehandlung ist die Analyse der Veränderungsbereitschaft essentiell, um darauf mit entsprechenden, angepassten Interventionen eingehen zu können. So erfordern unterschiedliche Stadien der Veränderungsbereitschaft wie z.B.

der Wunsch eines Betroffenen, Folgeerkrankungen zu behandeln, aber den eigenen Konsum nicht zu verändern oder das Erleben erster negativer Konsequenzen des Konsums unterschiedliche Interventionsschritte, um langfristig die Veränderungsbereitschaft hin zur Abstinenz zu erhöhen. In der Weiterentwicklung des Modells konnten zehn Prozesse und Strategien identifiziert werden, welche für die Umsetzung von Verhaltensänderungen notwendig sind. Der Veränderungsprozess verläuft in sechs Veränderungsphasen, welche dynamisch durchschritten werden. Das bedeutet, die Autoren gehen davon aus, dass Motivation ein veränderbarer Zustand ist und der Prozess der Veränderungsbereitschaft dynamisch ist (Mann & Günthner, S. 358, in Berger, 1999). Es gibt also auch immer wieder Rückschritte in vorangegangene Phasen. Die Phasen sind im Folgenden aufgelistet:

- **Absichtslosigkeit (*Precontemplation*):** In dieser Phase besteht keine Absicht, eigenes Verhalten zu verändern. Dies kann durch einen Mangel an Informationen oder Problembewusstsein bedingt sein oder auch durch Mutlosigkeit in Folge mehrfach gescheiterter Versuche.
- **Absichtsbildung (*Contemplation*):** In dieser Phase denkt die Person ernsthaft über eine Veränderung eigenen Verhaltens innerhalb des nächsten halben Jahres nach. Es besteht ein Problembewusstsein.
- **Vorbereitung (*Preparation*):** Es besteht eine klare Verhaltensabsicht, die Person ist motiviert. Es werden auf der Verhaltensebene Vorbereitungen getroffen.
- **Aktion / Handlung (*Action*):** Die Person verändert in dieser Phase bereits seit ca. einem halben Jahr ihr Verhalten. In dieser Phase besteht ein hohes Risiko für Rückfälle in frühere Phasen.

- **Aufrechterhaltung (*Maintenance*):** Verhaltensänderungen werden bereits seit ca. sechs Monaten beibehalten, zunehmend gefestigt und in das eigene Leben integriert. Rückfällen wird vorgebeugt.
- **Stabilisierung (*Termination*):** Das Problemverhalten wurde komplett aufgegeben. Die Phase ist gekennzeichnet durch hohe Zuversicht und Motivation bzgl. der Beibehaltung des neuen Verhaltens. Diese Phase ist umstritten, da sie viele Überschneidungspunkte mit der Phase vorher hat.

In Hinblick auf Veränderungsprozesse unterscheidet man kognitiv-affektive Strategien und verhaltensorientierte Strategien. Erstere beziehen sich insbesondere auf subjektive Bewertungsprozesse und das emotionale Erleben, während die verhaltensorientierten Strategien stark handlungsbezogen sind. Kognitiv-affektive Strategien kommen vor allem in den ersten drei Stufen zum Einsatz, später verstärkt verhaltensorientierte.

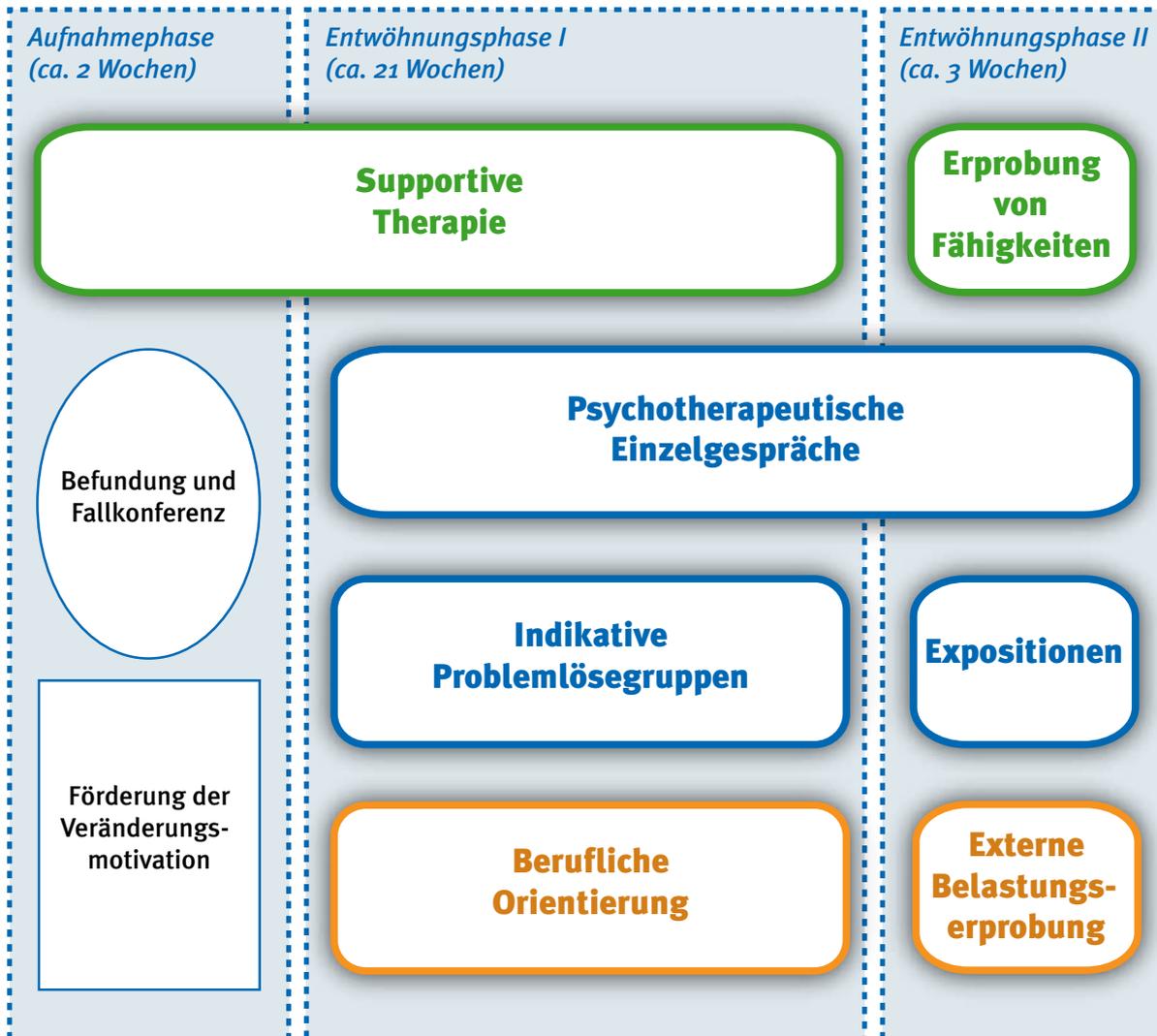
4.1.4 Das Behandlungskonzept

Inhaltlich basiert das Konzept der medizinischen Rehabilitation der Fachklinik Hamburg-Mitte auf den drei Angebotssäulen: berufliche Orientierung, individuelle Therapie sowie bedarfsbezogener Support. Die diesen Säulen zuzurechnenden Angebote sind so aufeinander bezogen, dass ein Therapieplan generiert werden kann, der in systematischer Weise individuellen Ansprüchen gerecht wird, so dass die Rehabilitanden einen persönlichen „roten Faden“ finden und ihre Therapie verfolgen können. Das vorliegende Rehabilitationskonzept verfolgt das Ziel, Rehabilitanden zur Selbsthilfe zu befähigen, in dem Einsicht in die auslösenden und aufrechterhaltenden Störungsbedingun-

gen ermöglicht wird, alte und neue Ressourcen zur Überwindung schlecht angepassten Verhaltens aktiviert und angemessene und

erreichbare Teilhabeziele, mit dem Fokus auf berufliche Orientierung und Integration, angestrebt werden.

Struktur der medizinischen Rehabilitation – Entwöhnungsbehandlung



4.1.4.1 Das Konzept der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen der Fachklinik Hamburg-Mitte

Das psychotherapeutische Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte ist verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Der Schwerpunkt der therapeutischen Strategien liegt dabei auf den Methoden der kognitiven Verhal-

tenstherapie. Dies schlägt sich vor allem im Einsatz verhaltenstherapeutischer Behandlungsmodulen der Rückfallprävention und des Skilltrainings nieder. Die Modularisierung von Behandlungskonzepten ermöglicht die Standardisierung therapeutischer Strategien und trägt damit dazu bei, die Kontinuität im Behandlungsprozess abzusichern. Daneben wird im vorliegenden Konzept jedoch auch

daran festgehalten, „klassische“ verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz zu bringen (z. B. operantes Konditionieren, Stimuluskontrolle), weil sie eine geringere Abhängigkeit von der Verbalisierungsfähigkeit, der Motivation und der Intelligenz der Rehabilitanden zeigen. Dieses Vorgehen soll auch bei fehlender oder begrenzter Einsichtsfähigkeit ein hohes Maß an Veränderungserfolg sicherstellen. Auf den wöchentlichen Fallbesprechungen wird viel Wert darauf gelegt, die aufrechterhaltenden Bedingungen maladaptiver Verhaltensweisen zu analysieren, um mit geeigneten Strategien darauf reagieren zu können. Das Team orientiert sich dabei an der wichtigsten lernpsychologischen Erkenntnis, dass Verhaltensänderungen vornehmlich dann eintreten, wenn der Organismus einen Vorteil von dieser Veränderung hat (vgl. Roth, 2011, 228).

Die kognitive Verhaltenstherapie stellt sich die Aufgabe, störungsrelevante Kognitionen als auslösende Ursache für unangenehme Gefühle bewusst und diese einer Überprüfung auf Angemessenheit zugänglich zu machen. Ziel ist die Korrektur irrationaler Einstellungen, die Stimmungsverbesserung und der Transfer rationaler Einstellungen in das konkrete Verhalten. Als Voraussetzung dafür wird die aktive Gestaltung des Wahrnehmungsprozesses, der Wahrnehmungsselektion und der Wahrnehmungsbewertung angesehen. Doch seit einigen Jahren wird bezweifelt, dass die kognitive Verhaltenstherapie in der jetzigen Form, z. B. bei schweren Persönlichkeitsstörungen, immer hilft. Schwere Persönlichkeitsstörungen haben etwas zu tun mit sehr ungünstigen frühen Entwicklungen. Einige Verhaltenstherapeuten benutzen etwa den Begriff des Schemas, um die entwicklungsbedingte Habitualisierung von Einstellungs- und Verhaltensmustern angemessener benennen zu können. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen fehlt für ihre schlecht angepassten Denk- und

Bewältigungsstrategien meistens das kritische Bewusstsein, das zur angemessenen Selbstreflexion befähigen würde. Das eigene Handeln, Denken und Fühlen empfindet der Betroffene als zu sich selbst gehörend (Ich-Syntonie), und es wird aus der Eigenperspektive nicht als störend oder krankhaft wahrgenommen. Diese früh erworbenen Schemata entwickeln sich i. d. R. nicht weiter und erweisen sich im Erwachsenenalter als maladaptiv. Auf die Frage, warum diese problematischen Persönlichkeitsmuster trotz ihrer schlechten Anpassungsleistung überdauern und warum sie darüber hinaus auch noch schwer zu verändern sind, hat die Neurobiologie Erklärungen gefunden, die wesentlich zu einer neuen Sichtweise der lernpsychologischen Prozesse innerhalb der Verhaltenstherapie beigetragen hat.

Namhafte neurobiologische Forscher sind sich darin einig, dass die gefühlsmäßige Bewertung von Ereignissen einen wesentlichen Einfluss auf die Repräsentation dieser Informationen im Gehirn ausübt. Die Speicherung relevanter Bewertungsschemata existenzieller Situationen findet danach in unterschiedlichen Hirnarealen statt, die wiederum die Bewusstseinsfähigkeit und den Grad ihrer Veränderbarkeit bedingen. „(Ich) unterscheidet drei Verarbeitungsstadien, die sich entlang eines Kontinuums anordnen: einen emotionalen Zustand, der nichtbewusst ausgelöst und ausgeführt werden kann; einen Gefühlszustand, der nichtbewusst repräsentiert werden kann; und einen bewusst gemachten Gefühlszustand, das heißt, einen Zustand, in dem der Organismus weiß, dass er sowohl Emotionen als auch Gefühl hat.“ (Damasio, 2006, 51)

Roth vertritt die Ansicht, dass die drei limbischen Ebenen des Gehirns im Zusammenspiel mit der kognitiv-kommunikativen Ebene der assoziativen Areale des Neocortex die Entwicklung unserer Persönlichkeit bestimmen (vgl. Roth, 2011, 90 ff). Er geht weiterhin davon aus, dass die untere

(vegetativ-affektive) Ebene und die darüber angeordnete Ebene (Amygdala und mesolimbisches System) „ein Leben lang egoistisch-egozentrisch“ bleiben. Die dritte limbische Ebene bildet „die Grundlage unserer bewussten individuellen und sozial vermittelten ‚Ich-Existenz‘.“ Roth betont, dass „diese Einflussnahme von ‚oben nach unten‘ (...) aber schwächer (ist) als die von ‚unten nach oben‘.“ Die vierte, rational-kommunikative Ebene sei „natürlich die am meisten dynamische und veränderbare Ebene“. Doch an der Wirksamkeit rational-kommunikativer Appelle für verhaltensrelevante Veränderungen von (maladaptiven) Persönlichkeitsmustern äußert er grundsätzlichen Zweifel: „Das eine ist, was sie sagen, und das andere was sie fühlen und tatsächlich auch tun.“ (ebenda, 102)

Aaron Beck, einer der Pioniere der kognitiven Verhaltenstherapie, stellt im Rahmen seines Fallkonzepts zur Behandlung von Abhängigkeitskranken die Frage nach der Qualität ihres „psychologischen Denkens“ (vgl. Beck, 1997, 97). Bedeutsam ist diese Frage vor dem Hintergrund der Einsichtsfähigkeit in habitualisierte Prozesse. Die „automatischen Gedanken“ werden im Beck'schen Therapieansatz als auslösende Bedingung für irrationale Annahmen und maladaptive Verhaltensweisen gesehen. In dem Maße wie diese „automatischen Gedanken“ rechtzeitig und adäquat wahrgenommen werden können, erhöht sich auch die Chance auf gegensteuernde rationale Bewertungen. Dies gelingt den Rehabilitanden jedoch häufig nicht, weil sie die Kompetenz zur Selbstwahrnehmung nicht erworben und ausgeprägt haben. Im Rahmen von psychischen Störungsbildern, die durch eine hohe Impulsivität geprägt sind, ist diese fehlende Selbstwahrnehmungskompetenz gleichsam das zentrale Merkmalskriterium (z. B. bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen; ADHS; Abhängigkeitssyndrom).

Das therapeutische Vorgehen in der Fachklinik Hamburg-Mitte verfolgt deswegen systematisch das Ziel die Kompetenz zur Selbstwahrnehmung zu fördern. Achtsamkeitsbasierte Methoden, wie sie bei Linehan, Marlatt oder Jon Kabat-Zinn ausgearbeitet vorliegen, sollen bereits von Beginn der Therapie an den Rehabilitanden die zentrale Bedeutung der achtsamen Wahrnehmung innerer Prozesse für die Bewältigung der Herausforderungen des Alltags verdeutlichen. Die rehabilitationsbegleitende Anlage des Achtsamkeitstrainings (Bohus, 2011) soll dabei die notwendige Motivation für die eigene Übungspraxis für die Zeit nach der Therapie festigen helfen.

Menschen mit chronifizierten psychischen Störungen versuchen unangenehme Gefühle dadurch zu kompensieren, dass sie sich weitgehend von der Umwelt isolieren, also Vermeidungsverhalten zeigen, um befürchteten Verletzungen oder Unlust zu entgehen. Dieses Verhalten ist ungünstig, weil es die Störung aufrechterhält, aber es ist ziemlich stabil, weil es aufgrund seines gefühlsregulierenden Effekts verstärkt wird. Abhängigkeitskranke lassen sich durch dieses Vermeidungsverhalten charakterisieren – dies gilt auch für die Zeit der Therapie. Wenn aber jemand so abgekoppelt ist, dann ist er allein mit positivem Feedback wie Zuwendung, Unterstützung, Problemlösen nicht zu erreichen. Dieses Feedback kommt nämlich nur begrenzt bei ihm an. Dieses Abgekoppeltsein bricht nicht so einfach auf, denn dazu muss das Problem aktiviert und an die Oberfläche geholt werden.

Im Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte sprechen wir deswegen viel stärker und viel direkter Emotionen an, als das in der „klassischen“ und kognitiven Verhaltenstherapie der Fall ist. Die Rehabilitanden sollen befähigt werden, einen Zugang zu ihren maladaptiven Emotionen zu finden, um sie von den adaptiven Gefühlen und Bedürfnissen un-

terscheiden zu lernen. Adaptive Emotionen bilden in der Reha-Maßnahme nämlich den Ausgangspunkt für positive Entwicklungs- und Veränderungsprozesse. Der Zugang zu den Emotionen soll über therapeutische Elemente der „Emotionsfokussierten Therapie“ ermöglicht werden, deren Grundpfeiler sind a) eine zunehmende Wahrnehmung von Emotionen, b) eine Verbesserung der emotionalen Regulierung und c) die Veränderung von Emotionen mithilfe von Emotionen (Greenberg, L. 2006, 89).

Problematische Persönlichkeitsstile äußern sich in sozialen Kontexten in Form von Beziehungskonflikten, die wiederum nicht selten zu Beziehungskrisen oder Beziehungsabbrüchen führen. Bei der hohen Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen im Rahmen von Abhängigkeitserkrankungen kennzeichnet dieses Phänomen wohl den zentralen Störungsfokus der medizinischen Rehabilitation.

Bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung sind die Teammitglieder dazu aufgefordert, sich selbst als authentische Interaktionspartner einzubringen. Hierbei ist es wichtig, dass jeder Therapeut seine eigenen Grenzen versteht und sie dem Rehabilitanden vermitteln kann. Durch diese Grundhaltung soll falsch verstandene Nachsichtigkeit und Akzeptanz aber auch übermäßige Rigidität (durch starre Regeln) gegenüber sozial inadäquaten Verhaltensweisen vermieden werden. Ziel ist es, in einer realitätsnahen und validierenden Beziehungsstruktur korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen (vgl. Linehan, 239).

4.1.4.2 Das Konzept der supportiven Therapie der Fachklinik Hamburg-Mitte

Neben der psychotherapeutischen Behandlung geht es bei der supportiven Therapie um die stützende Begleitung und Beratung

bei der alltäglichen Lebens- und Krankheitsbewältigung. Bausteine der supportiven Therapie sind die Strukturierung des Alltags, soziale Interaktion und Integration, sozialrechtliche Beratung (z. B.: berufliche Perspektiven, rechtliche Fragen, Rentenfragen, wirtschaftliche Sicherung, Wohnungsfragen), sowie Psychoedukation als Training wichtiger Gesundheitsaspekte, um eine Verbesserung der Resilienz anzustreben (Beispiele: Umgang mit Alltagsdrogen, Ernährung, Bewegung, Stressmanagement).

Falls notwendig und im Einverständnis mit den Rehabilitanden beinhaltet die supportive Behandlung auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Hausärzten, Kliniken, Behörden und Sozialversicherungen.

Die supportive Therapie ist vor allem in der Aufnahmephase von großer Bedeutung, weil durch eine zeitnahe Unterstützung der Rehabilitanden bei der Lösung ihrer aktuellen Probleme eine positive Therapiebeziehung hergestellt werden kann. „Wir meinen, dass jeder Psychotherapeut die Problem- und Lebenssituation, in der sich sein Patient befindet, in jedem Fall auch unter der Problembewältigungsperspektive betrachten und ausdrücklich prüfen soll, ob und wie er dem Patienten bei der Bewältigung bestimmter Schwierigkeiten helfen könnte und sollte. (...) Wann immer ein Therapeut seinem Patienten aktiv bei der Bewältigung einer wichtigen Schwierigkeit helfen kann, sollte er dies tun, wenn nicht ganz bestimmte Gründe dagegen sprechen, denn erfolgreiche Problembewältigungen sind die besten Bausteine für einen guten Therapieerfolg (Grawe. 1994, 751).

Im Verlaufe des Reha-Prozesses muss durch fortlaufend aktualisierte Verhaltens- und Funktionsanalysen festgestellt werden, ob die ursprünglichen Annahmen über auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen

des maladaptiven Verhaltens ihre Berechtigung auch unter Beweis stellen konnten. Nur auf diesem Weg ist zu entscheiden, ob bestimmte supportive Maßnahmen im Sinne des Störungsbildes produktiv sind oder nicht. In der Verzahnung zwischen supportiver Therapie und verhaltenstherapeutischen Analysen ergibt sich die therapeutische Chance, durch problemorientierte Unterstützung adaptive Verhaltensweisen kontingent zu verstärken und umgekehrt auch, maladaptives Verhalten durch Nichtbeachtung zu löschen bzw. aufrechterhaltende Bedingungen nicht aktiv herbeizuführen. Supportive Therapie ist somit eine zentrale Säule des Konzepts der Fachklinik Hamburg-Mitte, die sich durch alle Phasen bis zur Beendigung der medizinischen Rehabilitation durchzieht.

4.1.4.3 Das Konzept der beruflichen Orientierung in der Fachklinik Hamburg-Mitte

Bereits in der **Aufnahmephase** werden die Bedeutung der beruflichen Orientierung und die Vorbereitung auf die Erwerbstätigkeit für den weiteren Reha-Verlauf und den Wiedereingliederungsprozess in das Arbeitsleben in den Mittelpunkt der berufsspezifischen Befundungen gestellt. Mit dem Würzburger-Screening soll festgestellt werden, wie die grundsätzliche Einstellung der Rehabilitanden zu Beginn der Reha-Maßnahme in Bezug auf zukünftige berufliche Integration einzuschätzen ist. Danach werden - vertiefend - die Leistungsmotivation, die Qualifikation, berufliche Vorerfahrungen sowie die persönlichen Beschäftigungswünsche ermittelt. Die sozialpädagogischen, ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Mitarbeiter, die die vorliegenden beschäftigungsspezifischen Voraussetzungen explorieren, sind durch eine diesbezügliche Schulung speziell qualifiziert worden. Zum Abschluss der Aufnahmephase wird für alle

Rehabilitanden eine erste Empfehlung für die weitere Gestaltung der Maßnahme ausgesprochen.

So erhalten in der **Entwöhnungsphase I** Rehabilitanden, die in ihren Beruf zurückkehren wollen, oder solche, die bereits klare und realistische Berufsvorstellungen haben, das Angebot, im Rahmen des **MELBA**-Verfahrens einen Soll-Ist-Vergleich ihrer persönlichen Merkmalsausprägungen mit den Merkmalen der beruflichen Anforderungssituation vorzunehmen, um entsprechende Maßnahmen bei festgestellten Diskrepanzen einleiten zu können. Diese Maßnahmen können z. T. als interne Belastungserprobung (Arbeits-therapie: EDV, Bürokommunikation sowie Soziales, Hauswirtschaft), aber auch nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung als externe Belastungserprobung bei einem mit der Fachklinik Hamburg-Mitte kooperierenden Beschäftigungsträger durchgeführt werden.

Rehabilitanden, die noch nicht ausreichend motiviert und orientiert erscheinen, durchlaufen ebenfalls in der **Entwöhnungsphase I** eine für den Personenkreis der Drogen- und Alkoholabhängigen angepasste Version des **ZAZO-Trainings** (Fiedler/Hanna/Hinrichs/Heuft, 2011). Dieses Trainingsprogramm dient der Förderung der beruflichen Motivation und wurde am Universitätsklinikum Münster entwickelt. Das gesamte Team der Fachklinik wurde im Rahmen einer In-house-Schulung für die Durchführung dieses Trainings qualifiziert. Die durch das Training erzielten Effekte und Wirkungen in Hinblick auf die berufliche Motivation werden zukünftig durch Mitarbeiter des Universitätsklinikums Münster evaluiert, so dass weitere Anpassungen des Trainingsmanuals an die Bedürfnisse der Rehabilitanden möglich sind.

Qualitative Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit werden flankierend durch geeignete

Maßnahmen verschiedener Berufsgruppen zu beheben versucht. So werden beispielsweise in der Ergotherapie im Rahmen des Hirnleistungstrainings neuropsychologisch orientierte Verfahren angewandt, um Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, Merkfähigkeit und Gedächtnis sowie das Reaktionsvermögen zu verbessern. Physiotherapeutisch können körperliche Belastbarkeit gefördert und Funktionseinschränkungen korrigiert werden.

Rehabilitanden, die sich im Rahmen dieses Angebotes realistische berufliche Ziele erarbeiten konnten, erhalten in der **Entwöhnungsphase II** Gelegenheit, sich um weiterführende berufliche Integrationsmaßnahmen zu kümmern. Diese Abstimmung erfolgt, wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in Anspruch genommen werden sollen, in Absprache mit den Reha-Fachberatern, den ARGE-Fallmanagern und den Mitarbeitern der kooperierenden Beschäftigungsträger. In dieser Phase sind kurze Hospitationen bei in Frage kommenden Arbeits- und Schulungsstellen möglich, die hinsichtlich der Gestaltung von den zuständigen Mitarbeitern des Reha-Teams geplant und ausgewertet werden sowie ggf. auch begleitet werden können.

Liegt aufgrund des individuellen Reha-Bedarfs der Rehabilitanden eine Indikation für eine interne Adaption vor, so können die bereits begonnenen Schritte und eingeleiteten Maßnahmen in der **Adaptionsphase** der Fachklinik Hamburg-Mitte fortgesetzt werden. Mit Hilfe von therapeutischer Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Belastungserprobung wird eine möglichst realitätsnahe Anpassung an die zukünftige Beschäftigungssituation und an das soziale Umfeld angestrebt. Die berufliche Belastungserprobung ist hinsichtlich der Beschäftigungsart und des Umfangs mit den Kooperationspartnern weitgehend auf die

individuellen Belange der Rehabilitanden anpassbar. Eine enge Kooperation und Kommunikation mit den kooperierenden Beschäftigungsträgern ist sichergestellt. Natürlich sind förderliche Maßnahmen anderer Anbieter ebenso in die berufsorientierte Reha-Planung mit einbeziehbar. In der Adaptionphase können die Rehabilitanden im Rahmen eines qualifizierten **Bewerbungstrainings** bereits den Übergang in den Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit gestalten. In dieser Phase sollte es ihnen möglich sein, eine realistische Selbsteinschätzung der fachlichen und persönlichen Stärken vorzunehmen und den Berufswunsch und die Wahl des zukünftigen Arbeitsplatzes angemessen zu begründen.

4.1.4.4 Die Aufnahmephase

Am Aufnahmetag wird der Rehabilitand von den sie in der Reha-Maßnahme begleitenden Bezugstherapeuten begrüßt und über zentrale Rahmenbedingungen, wie Therapieprogramm, Rückfallregelung, Sicherheits- und Hygienevorschriften, Hausordnung, Krisen- und Beschwerdemanagement informiert. Die Bezugstherapeuten machen ihn mit dem Haus und der Bezugsgruppe bekannt und übergeben das vorgesehene Zimmer. Die Aufnahme in die Entwöhnungsbehandlung wird als sensible „Prägungsphase“ verstanden und deswegen so gestaltet, dass die Rehabilitanden sich eingeladen fühlen, einen wichtigen vor ihnen liegenden Lebensschritt mit Zuversicht anzugehen. Hier gilt ganz besonders das Versprechen an unsere Rehabilitanden aus dem Leitbild der Jugendhilfe e. V., dass wir den Hilfesuchenden mit Respekt begegnen und dass wir ihr Recht auf Selbstbestimmung achten. Das Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte sieht ein Tandem-Bezugstherapeutensystem aus Psychotherapie und sozialpädagogischer Beratung und Betreuung vor. Das Fachteam hält diese

Betreuungsform für besonders wichtig, weil neben den psychotherapeutischen Bedarfen die unterschiedlichsten sozialen Angelegenheiten meist schon von Beginn der Maßnahme an geregelt werden müssen. Hier gilt, dass ein Problem naher Support die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung fördern kann. Die Gestaltung des Support soll dabei möglichst nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien gestaltet werden (z. B. keine aufrechterhaltenen Bedingungen für maladaptives Verhalten aktiv herbeiführen, aber adaptives Verhalten kontingent verstärken).

In der Aufnahmephase wird neben der Befunderhebung durch die im Team vertretenen Professionen vor allem auch an der Veränderungsmotivation der Rehabilitanden gearbeitet. Die Befunderhebung ist Berufsgruppen bezogen beschrieben, d. h. dass sowohl der Erhebungsprozess algorithmisiert vorliegt, als auch die einzusetzenden Formulare, Checklisten, Fragebögen und Tests verbindlich festgelegt sind. Die Befunderhebung soll 14 Tage nach Aufnahme abgeschlossen sein. Das Ergebnis wird in dem dafür vorgesehenen Fallbesprechungsformular festgehalten. Auf der Fallkonferenz werden die berufsspezifischen Empfehlungen synthetisiert. Die Therapieplanung folgt dabei einer Top down - Logik: Zunächst werden auf der Störungsebene (somatische und psychische ICD 10-Diagnosen) durch Arzt und Psychologischen Psychotherapeuten/ Psychologen die für den Rehabilitanden rehabilitationsrelevanten Kriterien des diagnostizierten Störungsbildes herausgestellt und daraus die grundlegende therapeutische Vorgehensweise skizziert. Die therapeutischen Empfehlungen orientieren sich dabei an einschlägigen fachlichen Leitlinien (z. B. AWMF-Leitlinien, State of the Art-Empfehlungen, Therapiemanuale). Des Weiteren werden die somatischen und psychischen Befunde mit den subjektiven Beschwerden der Rehabilitanden abgeglichen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen

bezüglich der Reha-Anforderungen für das Team festgehalten. Die von den einzelnen Berufsgruppen eingebrachten Befunde und Empfehlungen werden nun vom Team gemeinsam - unter Verantwortung der ärztlichen und therapeutischen Leitung - zu einer Therapieempfehlung zusammengefasst. Die Zusammenfassung erfolgt systematisch auf den Zielebenen wie sie das Peer Review vorsieht (somatisch, psychisch, Aktivität, Teilhabe, edukativ). Der Zielfokus ist ICF basiert zu formulieren. Alle Teammitglieder der Fachklinik Hamburg-Mitte sind ICF geschult und führen für den angewendeten ICF-Core-Set ein eigens darauf abgestimmtes Assessment durch.

Hinsichtlich der Motivierung zur Veränderung werden die Neuaufnahmen in der dafür vorgesehenen Aufnahmegruppe zusammengefasst. In dieser Motivationsgruppe soll „mit der Technik der Waagemethapher“ nach Miller und Rollnick (1999) das Abwägen von Vor- und Nachteilen der Abstinenz erarbeitet werden. Die Entscheidungsmatrix ist Grundlage für die Generierung der individuellen Reha-Ziele. Die so gewonnenen Ziele werden vor dem Hintergrund der Befundung zu einem konsensualen Therapievertrag zusammengefasst, der schriftlich fixiert und unterschrieben wird. Als Hilfsmittel dafür soll die Goal Attainment Scale verwendet werden, auch, um den Prozess der Zielerreichung genauer verfolgen zu können. Der konsensuale Therapievertrag impliziert zugleich die Berücksichtigung von Indikationsstellungen, so dass der darauf basierende Wochenplan bedarfsbezogen individualisiert ist und den Rehabilitanden zugleich eine räumliche und zeitliche Orientierungshilfe in der Fachklinik Hamburg-Mitte bietet.

In der Aufnahmephase erreicht die Angebotsdichte noch nicht den zeitlichen Umfang der nachfolgenden Entwöhnungsbehandlung I, weil die Rehabilitanden neben der Erledigung von Behördengängen etc. weitere Zeit für

das Durcharbeiten psychologischer Tests und Assessmentfragebögen benötigen. Außerdem ist nicht selten die Belastbarkeit durch Restentzückigkeit noch eingeschränkt. Obligatorisch ist jedoch die Übernahme von Pflichten im Rahmen der gemeinsamen Lebensgestaltung im Rahmen der Fachklinik: wie Kochen, Mahlzeiten vorbereiten, Reinigung der Rehabilitanden-Zimmer und Gartenarbeit. Darüber hinaus wird von Beginn der Maßnahme an empfohlen, über die vorgesehene Teilnahme an den Bewegungs- und Entspannungsangeboten hinaus, dem nicht selten auftretenden Verlangen nach Suchtmitteln durch eigene Bewegungs- und

Entspannungsaktivitäten etwas entgegen zu halten. Durch die Teilnahme an den Bereichsversammlungen lernen die Neuaufnahmen die anderen Rehabilitanden kennen und erhalten die notwendigen Informationen über die Regeln des Zusammenlebens. Bei vielen Rehabilitanden sind zu Beginn der Maßnahme Fragen zur Kontaktgestaltung mit Angehörigen und Freunden zu klären. Hier muss die potenzielle soziale Ressource aber auch das mögliche Gefährdungspotenzial von Anfang an in Betracht gezogen werden. Der Ort zur Klärung dafür ist das Angehörigengespräch.

Typischer Wochenplan für die Aufnahmephase

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:30	Medikamentenvergabe						
8:00	Frühstück						
8:30	Hausdienste						
9:00	Ärztliche Untersuchung	Psychologisches Einzel	Sozialpädagogisches Einzel	Physiotherapeut. Einzel	Ergotherapeutisches Einzel	Frühstücksdienst	
9:30						Frühstück	
10:00	Entspannung (F092)	Behördenkontakte	Psychologische Testung 2	Entspannung (F092)		Ausflug in der Gruppe mit Bezugstherapeut (L034)	Gestaltungsgruppe ¹⁾
10:30	Einführung in das Notfall- und Regelsystem	Visite		Gesundheits-training 1 (Co8x)	ICF Assessment		
11:00				Behördenkontakte			
11:30			Walking (A021)				
12:00	Mittagessen						
12:30	Mittagsruhe						
13:00	Mittagsruhe						
13:30	Mittagsruhe						
14:00	Ärztliche Sprechstunde				Diätass. Einzel	Mittagessen	
14:30	Sozialpädagogische Sprechstunde / Medikamentenvergabe				Medikamentenvergabe		
15:00	Motivationsgruppe (CS 23)	Psychologische Testung 1	Motivationsgruppe (CS 23)	Achtsamkeitstraining (F051)	Walking (A021)	Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)	Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)
15:30					Angehörigengespräch (G130; D060)		
16:00	Orientierung im Haus / Gerätebenutzung	Vortrag: Rehabilitation					
16:30							
17:00	Vorstellung Flur A2 (D110)		Vorstellung Flur A2 (D110)			Sauna (K250)	
17:30	Abendessen						
18:00	Abendessen						
18:30	Abendessen						
19:00	Medikamentenvergabe						

¹⁾ alternativ: Bewegung und Sport in der Freizeit, ausdauerorientiert (L011); Soziale Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Bezugstherapeut (L034)

Standardgruppenangebote	Indikationsgruppenangebote	Einzelgespräche	Medizinische Angebote
-------------------------	----------------------------	-----------------	-----------------------

4.1.4.5 Die Entwöhnungsphase I

Die Entwöhnungsphase I ist die eigentliche Stammphase der medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik Hamburg-Mitte. Sie dauert – gemessen an einem sechs monatigen Bewilligungszeitraum – ca. 21 Wochen. In der Entwöhnungsphase I liegt der Schwerpunkt der Reha-Maßnahme auf der Einsichts-, Kompetenzen- und Ressourcenentwicklung. Das verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Konzept stellt in dieser Behandlungsphase die Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit. Durch die Verhaltensanalyse sollen die Rehabilitanden befähigt werden, den Ablauf ungünstiger Verhaltensprozesse zu verstehen, um eigene angemessene Verhaltensalternativen entwickeln zu können. Diese Arbeit findet in Gruppen und Einzelgesprächen nach einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Konzept statt und bildet den basalen Kern des Behandlungsplanes, von dem aus die Vernetzung mit den anderen Angeboten dieser Phase stattfindet. Die Erarbeitung des individuellen Störungsmodells erfolgt in erster Linie zunächst in den Einzelgesprächen und wird in der Problemlösegruppe unter den Augen der „Experten-Peergroup“ reflektiert und ergänzt. Diese Einzelfallarbeit in der Gruppe vermittelt den Rehabilitanden zunehmend Vertrautheit mit dem lerntheoretischen Modell und ist wesentliche Grundlage zur Erreichung des Ziels, sein eigener Therapeut zu werden.

Darüber hinaus werden durch die Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell der ICF alle wesentlichen Belastungsfaktoren erfasst, so dass die gewonnenen therapeutischen Erkenntnisse auf verschiedene Funktionseinschränkungen in den Aktivitätsdomänen der ICF (die für den Personenkreis typisch sind) Anwendung finden können. Die Angebote der Fachklinik sind so ausgerich-

tet, dass das Leistungsvermögen der Rehabilitanden optimal gefördert werden kann. Ziel ist es, das Belastungsausmaß auf allen reha-relevanten Ebenen zu reduzieren, so dass die Lebensqualität der Rehabilitanden verbessert wird. Damit soll auch die Chance auf ein Substanzmittel unabhängiges Leben erhöht werden, denn andauernde Unzufriedenheit mit den eigenen Lebensumständen ist ein günstiger Nährboden für den Rückfall in altes Suchtverhalten. Für diejenigen Funktionseinschränkungen und Schädigungen, die einer Veränderung nicht oder nur wenig zugänglich sind, muss die Akzeptanz für das Unabänderliche und damit die Frustrationstoleranz erhöht werden.

Typischer Wochenplan für die Stammtherapiephase (Entwöhnungsphase I)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag		
7:00	Medikamentenvergabe								
7:30	Frühstücksdienst								
8:00	Frühstück								
8:30	Morgenrunde (H080)								
9:00	ATL ¹⁾ 1 (E160)	Ärztl. Sprechstd.	ATL ¹⁾ 1 (E160)	Ärztl. Sprechstd.	ATL ¹⁾ 1 (E160)	Frühstücksdienst			
9:30	Ärztl. Sprechstd.	Problemlösegruppe „selbstsicher werden“ (G061)	Ärztl. Sprechstd.	Achtsamkeitstraining	Ärztl. Sprechstd.	Frühstück			
10:00	Gesundheits-training (Co8x)		Sozialpädagogische Beratung (D02x)		Sozialpäd. Einzel (D080)		Gestaltungsgruppe ⁵⁾	Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)	
10:30		Entspannung 1 (F092)							
11:00	SKT ²⁾ (G062)	Sozialpädagogische Sprechstunde (D02x)	Kochgruppe (C11x)	Visite	Persönlichkeitsstile (G062)				
11:30		Ernährungsberatung Einzel (C090)							
12:00	Mittagessen								
12:30	Mittagessen								
13:00	Wochenend-übergabe	Intervision / Supervision	Organisation	Fallkonferenz	Wochenend-übergabe				
13:30	Medikamentenvergabe								
14:00	Medikamentenvergabe					Mittagessen			
14:30	Sozialpädagogische Sprechstunde (D02x)	RPT ⁴⁾ Drogen (G094)	Hausaufgaben	Therapeutisches Einzel (G051)	Tabakentwöhnung (G093)	Medikamentenvergabe			
15:00	FKT ³⁾ 2 (F192)		Lern- und Berufsgruppe 1	Arbeits-therapie EDV (G151)	FKT ³⁾ 2 (F192)	Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)	Gestaltungsgruppe ⁵⁾		
15:30	Projektgruppe (E210)	Aktivgruppe (D090)		Projektgruppe (E210)					
16:00	Walking 1 (A021)	Akupunktur	Walking 1 (A021)	Ergotherapie Einzel (E020)					
16:30	Entspannung 1 (F092)	Physiotherapie Einzel (A06x)	Angehörigen-gespräch (G130)	FKT ³⁾ 2 (F192)	Walking 1 (A021)				
17:00	Versammlg. Flur 1 (D110)			Akupunktur	Versammlg. Flur 1 (D110)	Sauna (K250)			
17:30	Abendessen								
18:00	Medikamentenvergabe								
18:30	Medikamentenvergabe								
19:00	Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)								
19:30	Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)								
20:00	Spieleabend; Filmeabend								
20:30	Spieleabend; Filmeabend								

¹⁾ ATL (Aktivitäten des tägl. Lebens); ²⁾ SKT (Soziales Kompetenztraining); ³⁾ FKT (Freizeitkompetenztraining); ⁴⁾ RPT (Rückfallpräventionstraining); ⁵⁾ alternativ: Bewegung und Sport in der Freizeit (L011), ausdauerorientiert; Soziale Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Bezugstherapeut (L034)

Legende:	Standardgruppenangebote	Indikationsgruppenangebote	Einzelgespräche	Medizinische Angebote
----------	-------------------------	----------------------------	-----------------	-----------------------

4.1.4.6 Die Entwöhnungsphase II

In der Entwöhnungsphase II soll - orientiert an den Stadien des Wandels die Handlungskompetenz in realen Kontexten erprobt werden. Für diese Belastungserprobung sind maximal 3 Wochen vorgesehen. Leitend ist dabei der Grundgedanke, dass „(I)n der Phase des Aktivwerdens (...) sich die Patienten schon für bestimmte Veränderungen entschieden und damit begonnen (haben), ihr Verhalten zu ändern.“ (Beck.1997, 15) Therapeutisch wird die Methode des Expositionstrainings angewendet. Die Durchführung ist aber erst dann geboten, wenn ausreichende Motivation des Rehabilitanden besteht und wenn explizit festgestellt wurde, dass keine psychotischen Episoden in der Vorgeschichte auftraten (vgl. M.Linden/M.Hautzinger.2000, 168). Da die Expositionsbehandlung in den Reha-Prozess eingebunden ist, liegt in der Regel zum Zeitpunkt der Durchführung ein ausreichender Wissenstand über lern- und kognitionstheoretische Annahmen vor. Trotzdem wird - neben ausdrücklicher Aufklärung über die Risiken -, nachdrücklich betont, dass die Freiheit bleibt, jederzeit die Übung zu unterbrechen (ebenda, S. 169). Alle Übungsschritte, auch das Üben von Situationen mit größerem Schwierigkeitsgrad, geschehen nur mit dem Einverständnis der Rehabilitanden. Gleichwohl bleibt trotz der potenziellen Risiken zu betonen, dass gerade die Technik der Exposition „in der Rückfallprophylaxe intensiv angewandt und erforscht“ wurde (ebenda, S. 167) und als sehr effektiv gilt.

Begonnen wird mit dem Aufsuchen von Situationen, die für die Rehabilitanden eine besondere Bedeutung haben, in einem mittleren Anspannungsbereich, nach ausführlicher In-sensu-Vorbereitung. In der Regel stammen die situativen Beispiele aus dem Lebensumfeld wie Freundes- und Bekanntenkreis, Herkunftsfamilie, Arbeitsplatz. Eine

besondere Bedeutung kommt auch Situationen zu, die bislang weitgehend vermieden wurden, um unangenehme Befindlichkeiten wie Anspannung, Unbehagen und Angstreaktionen erträglich zu machen. Im Expositionstraining soll dieses Vermeidungssystem aufgebrochen werden. Die Auslösesituationen sollen aufgesucht werden, ohne dass es zu einem Konsumvorfall oder kognitiver Meidung kommt. Vielmehr sollen die tatsächlich vom Auslösereiz provozierten Gefühle und Gedanken wahrgenommen und mit therapeutischer Unterstützung ein neuer Umgang mit ihnen eingeübt werden. Die Situationen sollen erst verlassen werden, wenn es zu einem merklichen Abfall der physiologischen Erregung und zur Kontrolle maladaptiver Kognitionen gekommen ist (Habituation). Grundlage jeder Exposition in vivo ist das erarbeitete Störungsmodell vor dem Hintergrund der individuellen Lerngeschichte. Denn gerade zum Verständnis von Auslösung und Entstehung der Symptomatik ist es wichtig, gemeinsam erarbeitete Hypothesen über den Bedingungs- und Funktionszusammenhang der Erkrankung benennen zu können. Ziel der Expositionsbehandlung ist neben der Anwendung gelernter Copingstrategien bei Anwesenheit Rückfall induzierender Trigger (Drogenangebote, Drogenkonsum in der unmittelbaren Nähe etc.) die Realitätstestung in bislang gemiedenen Situationen. Deswegen werden die in der Entwöhnungsbehandlungsphase I gelernten Fähigkeiten und Fertigkeiten in den ICF-Aktivitätsbereichen „Kommunikation (z. B. ein Gespräch beginnen, aufrechterhalten und beenden), interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z. B. Beziehungen eingehen und beenden), Gemeinschaftsleben sowie soziales und staatsbürgerliches Leben (z. B. Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form)“ zum Teil auch unter Begleitung erprobt.

In der Entwöhnungsphase II werden in Hinblick auf die berufliche Orientierung die Zielannäherung, Ressourcenaktivierung und der Transfer (Modul 4 des ZAZO-Trainings) auf konkrete Beschäftigungsbereiche der externen Belastungserprobung vorbereitet. Neben der Bewerbung auf interessierende Stellen im Arbeits- und Beschäftigungssektor werden erste Vorstellungsgespräche vorbereitet und geführt. Hospitationen oder „Schnupperpraktikumstage“ werden ebenso geplant und anschließend ausgewertet.

Die in dieser Phase verstärkte Außenorientierung der Rehabilitanden dient als realitätsnahe Vorbereitung auf die gewünschten Teilhabeziele oder aber auch - falls erforderlich - auf die anschließende Adaptionsphase. Für Leistungsempfänger, die nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung spezielle Nachsorgeleistungen benötigen (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wie z. B. Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII), werden entsprechende Vorbereitungen getroffen.

Typischer Wochenplan für die Entwöhnungsphase II

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag			
8:00	Frühstück									
8:30	ATL ¹⁾ - Haus & Hof									
9:00	Soz.päd. Einzel (Vorb. Praktikum (Do80))	Praktikum (inkl. Wegezeiten und Pausen)	Praktikum (inkl. Wegezeiten und Pausen)	Behördenkontakte		Frühstück				
9:30										
10:00	Behördenkontakte					Gesundheitstraining (Co8x)	RPT ⁴⁾ : Alkohol (Go94)	Ausflug in der Gruppe mit Bezugstherapeut (Lo34)	Gestaltungsgruppe ⁵⁾	
10:30							Akupunktur (Fo99)			
11:00	Persönlichkeitsstile (Go79)					Therapeutisches Einzel Exposition in vitro (Go52)	FKT ³⁾ (E192)			
11:30										
12:00	Mittagessen					Mittagessen				
12:30	Mittagsruhe					Mittagsruhe				
13:00										
13:30										
14:00	Physio: Wirbelsäulengymn. (Ao65)			Arbeitstherapie: EDV, Bürokommunikation (Eo32) EDV-Basis-Schulung	Sportgruppe in der Halle (Ao51)	Mittagessen				
14:30										
15:00	SKT ²⁾ (Go62)	Hausaufgaben				Supportives Gespräch (Ho74); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (Ho73)	Supportives Gespräch (Ho74); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (Ho73)			
15:30		FKT ³⁾ (E192)	Achtsamkeitstraining 1 (Fo51)	Soz.päd. Einzel (Nachbereitung Praktikum (Do80))	Visite					
16:00	Männergruppe (Go64)	Bewerbungstraining		FKT ³⁾ (E192)	Familienbesuch / Exposition					
16:30										
17:00	Flurversammlung B2 (D110)		Flurversammlung B2 (D110)			Sauna (K250)				
17:30										
18:00	Abendessen									
18:30										

¹⁾ ATL (Aktivitäten des tägl. Lebens); ²⁾ SKT (Soziales Kompetenztraining); ³⁾ FKT (Freizeitkompetenztraining); ⁴⁾ RPT (Rückfallpräventionstraining); ⁵⁾ alternativ: Bewegung und Sport in der Freizeit (Lo11), ausdauerorientiert; Soziale Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Bezugstherapeut (Lo34)

Legende:	Standardgruppenangebote	Indikationsgruppenangebote	Einzelgespräche	Medizinische Angebote
----------	-------------------------	----------------------------	-----------------	-----------------------

4.1.4.7 Das Konzept der Adaption

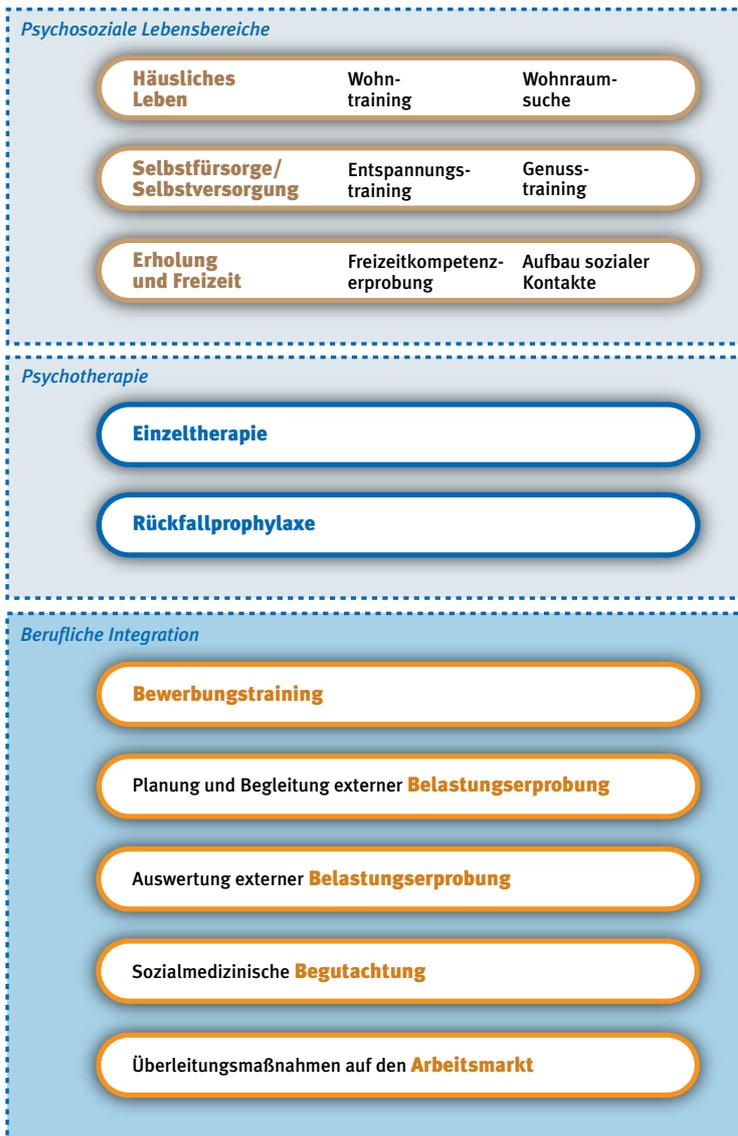
Für Rehabilitanden mit entsprechender Indikation kann sich nach erfolgreicher Beendigung der i. d. R. sechsmonatigen Entwöhnungsbehandlung eine Adaptionphase von bis zu vier Monaten unmittelbar anschließen. Erfolgreicher Abschluss bedeutet, dass die Leistungsempfänger hinsichtlich ihrer körperlichen Belastbarkeit und ihrer psychischen Stabilität voraussichtlich den Anforderungen einer externen Belastungserprobung gewachsen sein werden. Die Indikationsstellung erfolgt als sozialmedizinische Zwischenbegutachtung des quantitativen Leistungsvermögens, das unter den festgestellten Bedingungen des qualitativen Leistungsvermögens arbeitstäglich ausgeübt werden kann. Voraussetzung für den Übergang in die Adaptionphase ist eine Belastbarkeit von mehr als drei Stunden im Rahmen einer Beschäftigung.

Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass Rehabilitanden, die in die Adaptionphase wechseln, über ausreichende Krankheits- und Behandlungseinsicht verfügen und einen gefestigten Abstinenzwillen ausgebildet haben. Dementsprechend sollten sie für Risikosituationen, die zu einem Rückfall führen können, angemessene Bewältigungsstrategien entwickelt haben. Auch bekannte persönliche und psychische Konflikte sollten in der Entwöhnungsphase intensiv bearbeitet worden sein und die für die neue Anforderungssituation notwendige soziale Kompetenz

sollte vorliegen. In Hinblick auf den Aufbau von Autonomie sollten ausreichende Kompetenzen in den Bereichen Selbstversorgung, Aktivitäten des täglichen Lebens, soziale Kontakte und Freizeitgestaltung entwickelt worden sein.

Ziel der Adaption ist es, nach der stationären Entwöhnungsbehandlung mit therapeutischer Unterstützung unter Alltagsbedingungen die Integration in das Erwerbsleben vorzubereiten. Die Rehabilitanden sollen erfahren, wie sie die Anforderungen der selbständigen Lebensführung abstinenz bewältigen können.

Struktur der medizinischen Rehabilitation – Adaptionphase (ca. 4 Monate)



Die Adaptionsphase stellt die bereits in der Entwöhnungsbehandlungsphase II begonnene Realitätstestung jetzt unter den Schwerpunkt der beruflichen Belastungserprobung. Da die berufliche Orientierung und Wiedereingliederung von Beginn an wesentlicher Behandlungsstrang der medizinischen Rehabilitation war, sind die inhaltlichen Ziele für die Rehabilitanden bereits „von langer Hand“ geplant und vorbereitet. In der vorausgegangenen Phase wurden für Rehabilitanden mit Indikation für die Adaption bereits Bewerbungen für einen Praktikumsplatz erarbeitet und verschickt. Aufgrund der Kooperationsvereinbarung mit den kooperierenden Beschäftigungsträgern sind die Plätze zur externen Belastungserprobung meistens unmittelbar zu Beginn der Adaption verfügbar. Während der unterschiedlichen Praktika zur Belastungserprobung werden die Rehabilitanden am Arbeitsplatz besucht, so dass ein erfahrungsbezogener Austausch mit den Anleitern und ggf. auch mit den Arbeitskollegen stattfinden kann. Zielsetzungen, die über die externe Belastungserprobung, etwa im Sinne weiterführender Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, hinausgehen, werden mit den zuständigen Fallmanagern des Jobcenters bzw. der ARGE und den Reha-Fachberatern abgestimmt.

Im späteren Verlauf der Belastungserprobung wird bereits parallel dazu die Bewerbung auf einen Arbeitsplatz, eine Umschulung oder weitere Berufsvorbereitungsmaßnahmen oder Praktika vorbereitet. Das dafür angebotene Bewerbungstraining soll dabei neben der formalen Qualifizierung zum Abfassen einer Bewerbung einer realistischen Selbsteinschätzung dienen.

Das Adaptionskonzept basiert ebenfalls wie die Entwöhnungsbehandlung auf den drei Säulen berufliche Orientierung, individuelle Therapie sowie bedarfsbezogener Support. Im Sinne des transtheoretischen Stadienmodells verlagert sich in dieser Phase der

Schwerpunkt in der individuellen Therapie sowie beim bedarfsbezogenen Support auf die Begleitung und Reflexion der von den Rehabilitanden gemachten Erfahrungen im Alltag und der Erwerbstätigkeit und damit auf das Durchhaltevermögen. Der Fokus liegt dabei auf der Sicherstellung einer ausgewogenen Lebensweise wie sie bereits in der Entwöhnungsphase im Rahmen des Gesundheitstrainings vermittelt worden ist. Zur Festigung der vermittelten Kompetenzen dient im Rahmen der Selbstfürsorge ein an der konkreten Anforderungssituation ausgerichtetes Genusstraining, mit dem Ziel, eine individuelle Strategie zum Ausgleich für Stress- und Überlastungssymptome zu erarbeiten. Für die gesundheitliche Selbstfürsorge spielt dabei die regelmäßige Anwendung von Entspannungstechniken und Bewegung weiterhin eine wichtige Rolle, zu der erfahrungsgemäß immer wieder motiviert werden muss. Auch zur Aufrechterhaltung der Freizeitgestaltung und Pflege der sozialen Kontakte muss in der Regel ermuntert werden, weil die ungewohnte Belastungserprobung den Impuls zum „Nur-noch-Ausruhen-wollen“ hervorruft.

Für Rehabilitanden, die langjährige Sze-
neaufenthalte verzeichnen und demgemäß über keine oder nur geringe Erfahrungen im eigenständigen Wohnen verfügen, wurden bereits in der Entwöhnungsbehandlung, neben der Vermittlung von Kompetenzen in der Alltagsbewältigung, die Voraussetzungen für die Anmietung eigenen Wohnraums ermittelt. Häufig müssen Schulden und alte Mietforderungen (Barrieren) geregelt werden, um Aussicht auf eine Anmietung haben zu können. Andere Rehabilitanden verfügen noch über eigenen Wohnraum, haben diesen aber in exzessiven Konsumphasen unbewohnbar verkommen lassen. Die Rückkehr in diesen Wohnraum ist meist nur möglich, wenn umfangreiche Sanierungsarbeiten vorgenommen worden sind. Darüber hinaus kann die alte Wohnung gefährliche Trigger aktivieren

(Rückfallgefahr), so dass die Rehabilitanden alleine mit dieser Aufgabe überfordert sind und begleitet werden müssen.

Die individuelle Therapie findet im Einzelgesprächssetting in verminderter Frequenz statt (i. d. R. vierzehntägig). Auch sie dient in erster Linie dem Monitoring und der Krisenprophylaxe. Als Gruppenangebot wird mit der gleichen Zielsetzung die Problemlösegruppe „Rückfallprävention“ angeboten. Therapeuten müssen den Rehabilitanden immer wieder bewusst machen, dass Krisenzeiten wahrscheinlich ein stärkeres Bedürfnis nach Suchtmitteln hervorrufen und sie ggf. darauf ansprechen. Auch Gedanken der

Hoffnungslosigkeit bei Rückschlägen erhöhen das Rückfallrisiko und müssen ernst genommen und dürfen keinesfalls bagatelisiert werden. Die Ermutigung, Krisen als Chance zu begreifen, kann bei erfolgreichem Einsatz von Bewältigungsstrategien einen großen Fortschritt in der Therapie anzeigen (vgl. Beck, 233).

In der Adaptionsphase muss der Wochenplan ausreichend Zeit für die externen Belastungserprobungen berücksichtigen, in denen die individuellen Beschäftigungs- und Erprobungszeiten der Rehabilitanden unterzubringen sind.

Typischer Wochenplan für die Adaptionsphase

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag		
7:00	Frühstück								
7:30	Hausdienste								
8:00	Behördenkontakte	Externe Belastungserprobung: Beschäftigungsträger (inkl. Wegezeiten und Pausen)	Externe Belastungserprobung: Beschäftigungsträger (inkl. Wegezeiten und Pausen)	Arbeitsplatzbesuch (E142)	Externe Belastungserprobung: Beschäftigungsträger (inkl. Wegezeiten und Pausen)		*freiwillige Unterstützungsangebote		
8:30									
9:00	Therapeutisches Einzel (G051)								Frühstücksdienst
9:30	Entspannung								Frühstück
10:00									Einzelgespräch mit Wochenenddienst Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)
10:30									
11:00	Problemlösegruppe: Rückfallprävention (G061)								
11:30									
12:00	Mittagessen								
12:30	Mittagsruhe								
13:00									
13:30									
14:00	Bewerbungstraining (D053)					Mittagessen			
14:30									
15:00						Einzelgespräch mit Wochenenddienst Supportives Gespräch (H074); Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation (H073)			
15:30	FKT (E192)			Visite	Wohntraining (E160)				
16:00				Sozialberatung (D02x)					
16:30	Wohntraining (E160)	Genuss-training (E101)	Achtsamkeitstraining (F051)	Wohntraining (E160)	Bilanzierungsgespräch (E040)				
17:00	Versammlung B1 (D110)			FKT (E192)					
17:30			FKT (E192)						
18:00						Sauna (K250)			
18:30	Abendessen								

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Mit dem oben beschriebenen therapeutischen Rehabilitationsansatz der Fachklinik Hamburg-Mitte stellt sich das multiprofessionelle Team unserer Fachklinik auf das besondere Anforderungsprofil der Rehabilitanden ein. Es werden bei der Therapieplanung sowohl störungsspezifische Kriterien wie auch damit einhergehende Funktionseinschränkungen (i. S. der ICF) berücksichtigt. Insbesondere ist wegen der hohen Prävalenz weiterer rehabilitationsrelevanter Störungen (Komorbidität) eine differenzierte Indikationsstellung vorgesehen, die sich an den folgenden Untergruppen orientiert.

Der Gruppe, die durch eine teils **dramatische, emotional-instabile** und **impulsive** Symptomatik gekennzeichnet ist, werden vorwiegend die folgenden Störungsbilder zugeordnet: Neben dem Abhängigkeitssyndrom selbst sind hier Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (histrionische ~, narzisstische ~, emotional-instabile ~, dissoziale ~), aber ebenso die adulte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie unterschiedliche Essstörungen und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu finden (Kriterienüberlappung).

Daneben zeichnet sich eine weitere Gruppe von **selbstunsicher-vermeidenden** Rehabilitanden ab (ängstliche ~, abhängige ~, anankastische ~, passiv-aggressive ~). Rehabilitanden mit diesen Störungsbildern fühlen sich chronisch ängstlich und insuffizient (vgl. Moggi/Donati, 74). Hier fehlt i.d.R. das impulsive Moment, so dass im Vordergrund die affektive Dysregulation steht. Selbstunsicher-vermeidende Rehabilitanden zeigen sich von ihrem Persönlichkeitsstil her eher zurückgenommen, antriebsarm, hilfesuchend und wenig selbstbewusst. Dieser Gruppe sind i. d. R. auch Rehabilitanden mit

einer depressiven Symptomatik zuzurechnen.

In beiden Diagnose-Clustern können die maladaptiven Gefühls- und Verhaltensmuster als Ergebnis lebensgeschichtlicher Erfahrungen und Anpassungstendenzen interpretiert werden, durch die sich eine weitgehende Entmutigung zieht. In der therapeutischen Praxis zeigt sich aber auch bei einigen - eigentlich eher unsicher und ängstlich wirkenden - Rehabilitanden eine meist zunächst unerwartete Heftigkeit von Impulsdurchbrüchen, wenn die Kontrolle aufgegeben wird und keine angemessenen Ausdrucksmöglichkeiten für die negativen Gefühle zur Verfügung stehen. Diesen Rehabilitanden stehen in dieser Phase natürlich die Angebote der Problemlösegruppe „Kontrolle behalten“ offen.

Fehlende Affekt- und Impulskontrolle stellt ein erhebliches Problem in der Therapie dar und verschlechtert - nicht nur für die kontrollgestörten Rehabilitanden selber, sondern auch für die Mitglieder der therapeutischen Bezugsgruppe - die Aussicht auf einen günstigen Therapieverlauf. Die Fachklinik Hamburg-Mitte sieht deswegen mit der Problemlösegruppe „Kontrolle behalten“ ein spezielles Indikationsangebot für diese Teilgruppe vor. Die AWMF-Leitlinien „Persönlichkeitsstörungen“ sehen dafür einen Behandlungsalgorithmus vor, der Therapie gefährdende Verhaltensmuster (beispielsweise aggressive Durchbrüche, kriminelles Verhalten, Selbstverletzungen, rascher Partnerwechsel) immer als primären Behandlungsfokus definiert:

„Die Behandlungsplanung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt jenseits der spezifischen psychotherapeutischen Methode eine Hierarchisierung der Behandlungsziele sowie eine detaillierte Problemanalyse unter Berücksichtigung der Erhebung externer Bedingungen, akzentuierter Wahrnehmungen und Interpretationen, akzentuierter Denk-, Erlebens- und Bezie-

lungsmuster, akzentuierter Handlungstendenzen, manifester Verhaltens- und Interaktionsmuster und schließlich die Analyse spezifischer Reaktionen des sozialen Umfeldes.

Es wird empfohlen, die Diagnose, eingebettet in ein psychoedukatives Vorgehen und ein sinnstiftendes Erklärungsmodell, unter Bezugnahme auf die biographische Entwicklung mit dem Patienten zu kommunizieren. Zu Behandlungsbeginn ist die therapeutische Beziehung komplementär zu gestalten, d. h. der Therapeut passt sich an biographisch geprägte Beziehungserwartungen des Patienten an. Im weiteren Verlauf sind dysfunktionale Erwartungen nach und nach zu irritieren und zu neuen Erfahrungen anzuregen. In einer dialektischen Dynamik zwischen akzeptierender Wertschätzung und Irritationen von Selbstbild und erwarteten Interaktionsmustern liegt ein wesentlicher Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung.“ (AWMF-Leitlinien ‚Persönlichkeitsstörungen‘)

Konzeptionell ist die Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster bei eingeschränkter Affekt- und Impulskontrolle ebenso wie bei der selbstunsicheren und vermeidenden Variante in der Kombination von eng verzahnten therapeutischen Einzelgesprächen und indikativen Gruppenangeboten vorgesehen. Die Bearbeitung von Störungen des Gefühlsausdrucks- und der Verhaltenskontrolle in der Gruppe bietet den Vorteil, dass adaptive Verhaltensweisen durch Gruppenmitglieder kontingent verstärkt werden können. Es lassen sich aber auch Probleme innerhalb der sozialen Bezugsgruppe, die die therapeutischen Fortschritte zu gefährden drohen, im Einzelgesprächssetting aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses konstruktiv und zielführend bearbeiten. Ziel ist es, mit diesem Setting ein therapeutisches Mittel gegen die begründete Befürchtung verfügbar zu haben, Rehabilitanden mit

relevanten komorbiden Störungen würden der Gruppentherapie ihre Grenzen aufzeigen (Brückner, Eva, 41). Alle Rehabilitanden werden zu Beginn der Therapie über die therapeutischen Strategien aufgeklärt. Im obligatorisch abzuschließenden Therapievertrag werden typische Krisen beschrieben und der empfohlene Umgang damit vereinbart. Für die impulsiven Rehabilitanden ist eine an der DBT orientierte Vorgehensweise vorgesehen (Linehan, Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderlinestörung, 2008). Die therapeutische Gestaltung der Problemlösegruppe folgt im Wesentlichen den Kernstrategien der DBT: Validieren, Problemlösen, Kontingenzverfahren. Es kommen ein an Bohus orientiertes Skills-Training und Elemente von Deeskalationsstrategien zum Einsatz (Bohus, 2011).

Zunächst soll mit dieser Vorgehensweise eine Begrenzung unregulierter Affekte und Impulse erreicht werden, so dass maladaptive Impuls- und Affektdurchbrüche nicht zur Gefährdung der Reha-Maßnahme führen, da diese zum Schutze der anderen Rehabilitanden (aber auch der Mitarbeiter) disziplinarische Entlassungen nach sich ziehen müssten. Darüber hinaus wird durch die indikative Ausrichtung des Gruppensettings erst die Voraussetzung dafür geschaffen, dass Themen der Abhängigkeitsproblematik überhaupt bearbeitbar werden.

Die selbstunsicher-vermeidenden Rehabilitanden erhalten im Rahmen ihrer Problemlösegruppe „Selbstbewusstsein stärken“ ein Angebot, das auf die Erarbeitung eines Störungsmodells sowie die Förderung des individuellen Durchsetzungsvermögens und Selbstbewusstseins abgestellt ist. Selbstunsicher-vermeidendes Verhalten geht in der Regel einher mit der Schwierigkeit der Steuerung verschiedener Emotionen. Diese Dysregulation ist häufig Folge einer emotionalen Vulnerabilität und maladaptiver und inadäquater Strategien im Umgang mit Emotionen

(vgl. Linehan. Trainingsmanual, 2008). Deswegen sollen die Rehabilitanden befähigt werden, einen Zugang zu ihren maladaptiven Emotionen zu finden, um sie von den adaptiven Gefühlen und Bedürfnissen unterscheiden zu lernen. Adaptive Emotionen bilden in der Reha-Maßnahme nämlich den Ausgangspunkt für positive Entwicklungs- und Veränderungsprozesse. Der Zugang zu den Emotionen soll über therapeutische Elemente der „Emotionsfokussierten Therapie“ ermöglicht werden (Greenberg, L., 2006).

Neben den beschriebenen Indikationsangeboten werden in der dritten Problemlösegruppe abhängige Rehabilitanden ohne weitere spezifische Indikation therapeutisch zur Selbsthilfe angeleitet. Vor dem Hintergrund ihres individuellen Störungsmodells werden dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensmuster analysiert und alternative adaptive Strategien erarbeitet. Flankiert und vertieft wird diese individuelle Fallarbeit in der Gruppe auch hier durch das therapeutische Einzelgespräch. Hier ist auch der Ort, wo persönliche Schwierigkeiten und ggf. Krisen der Rehabilitanden gelöst werden können. Zur Förderung der Eigenmotivation und zum Einüben in die notwendige Selbsthilfekompetenz wird bei illegaler Substanzabhängigkeit das psycho-edukative Manual „Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit“ von Klos und Görgens als strukturierte Orientierungshilfe angeboten. Für Rehabilitanden mit (vorwiegender) Alkoholabhängigkeit findet die kognitiv-verhaltenstherapeutische „Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit“ von Altmannsberger Anwendung. Diese beiden psycho-edukativen Gruppen ergänzen auch die Indikationsgruppen störungsspezifisch, wenn dafür die psycho-sozialen Voraussetzungen vorliegen.

Weitere störungsspezifische Interventionen sind konzeptionell vor allem im Rahmen des

Einzelgesprächssettings vorgesehen. Sollte jedoch in der je aktuellen Belegungssituation der Fachklinik eine Häufung bestimmter Störungsbilder vorliegen, so kann optional ein störungsspezifisches Indikationsangebot in der Gruppe eingerichtet werden. Indikationsbehandlungen sind für Angst-, affektive und Essstörungen möglich. Die adulte ADHS sowie die PTBS können therapeutisch basal behandelt werden, so dass ein möglichst effektiver Reha-Verlauf gewährleistet bleibt. Notwendige Anschlussbehandlungen werden im Bedarfsfall bereits während der Maßnahme eingeleitet.

Kontraindikationen

- Akute Suizidalität
- Floride Psychose
- Gravierende hirnorganische Schädigung
- Intelligenzminderung mit gravierender Beeinträchtigung der kognitiven und emotionalen Einsicht in die eigene Abhängigkeit und der Introspektionsfähigkeit
- Vorrangig akutmedizinischer Behandlungsbedarf

4.3 Rehabilitationsziele

Der gesetzliche Auftrag der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke liegt primär in der Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Wesentliche Voraussetzung dafür ist das Erreichen und die Erhaltung von Abstinenz. Da i. d. R. vielfältige Belastungen die Lebensqualität von Suchtkranken einschränken, wird eine Behebung bzw. ein Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen angestrebt. Da auch die berufliche Integration als wichtiger Unterstützungsfaktor im Veränderungsprozess anzusehen ist, ist die Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (zum Beispiel

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes etc.) vorgesehen. Abhängige Menschen, die längere Zeit von der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen waren, sollen durch die schrittweise Adaptation wieder an berufliche und soziale Anforderungssituationen herangeführt werden. Für diejenigen Rehabilitanden, bei denen keine Vollremission ihrer Störungskriterien erreicht werden kann, werden Hilfen zur Krankheitsverarbeitung nötig. Auch nach erfolgreichem Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung können Maßnahmen zur Stabilisierung der erreichten Reha-Ziele (ambulante Nachsorge; Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen etc.) notwendig werden, um die möglichst dauerhafte Erhaltung beziehungsweise Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen (siehe Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, BAR 2006)

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimensionen „psychische Funktionen“ beziehungsweise „Körperfunktionen und Körperstrukturen“

In der ICF sind Körperfunktionen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychologischen Funktionen). Eine Schädigung ist eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder –struktur wie eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

- Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Abstinenzwunsches und der Befähigung hierzu,
- emotionale Stabilisierung,
- die Verminderung von negativen Affekten wie Verzweiflung und Angst,
- Entwicklung von Frustrationstoleranz und Antizipationsfähigkeit,
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls
- Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster.

Im Hinblick auf **körperliche Krankheits-symptome** liegen Rehabilitationsziele in den folgenden Bereichen:

- strukturelle und funktionelle (Teil-)Wiederherstellung durch die Abstinenz vom Suchtmittel
- gezielte medizinische Interventionen bei komorbiden somatischen Belastungen
- sowie im Erlernen eines gesünderen Lebensstils im Hinblick auf Bewegung und Ernährung.

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Aktivität“

In der ICF wird Aktivität als die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) definiert. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch haben kann, die Aktivität durchzuführen.

- Reduzierung von Rückzug aus wesentlichen sozialen Beziehungen
- (Wieder-)Erleben von Interesse und Neugier
- Verbesserung der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz (zum Beispiel Ausdauer, Umgang mit Stress, Zeitdruck, Publikumsverkehr, Verantwortung, Schichtarbeit)
- Verhütung der Gefährdung oder Zerstörung wesentlicher sozialer Beziehungen einschließlich derer am Arbeitsplatz durch unangemessenes und/oder aggressives Verhalten
- Verbesserung/Erhalt der Selbständigkeit und Selbstversorgung (zum Beispiel Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung und -aufnahme)
- Vermeidung/Beseitigung/Verminderung von Beeinträchtigungen des täglichen Lebens
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung / zu sportlichen Aktivitäten.

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Teilhabe“

Nach der ICF betrifft die Teilhabe Fragen der Eingliederung, des Einbezogenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Die Ziele der Rehabilitation sind folglich gerichtet auf eine Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen, zum Beispiel in den folgenden Bereichen:

- Arbeit und Beschäftigung,
- physische/psychische Unabhängigkeit,
- Selbstversorgung,
- häusliches Leben (zum Beispiel Haushaltsführung),
- soziales Leben (zum Beispiel Freizeitaktivitäten, ehrenamtliche Tätigkeiten),
- soziale Integration/Reintegration (zum Beispiel ins Erwerbsleben),
- soziale Kompetenz,
- Mobilität (Benutzung von Verkehrsmitteln).

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Kontextfaktoren“

Nach der ICF stellen Kontextfaktoren den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Diese können einen Einfluss auf den Menschen mit einem Gesundheitsproblem, auf dessen Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Zustand haben. Kontextfaktoren, die fördernd wirken, können die Leistung verbessern.

Als Kontextfaktoren für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind zu nennen: (Nicht-)Vorhandensein persönlicher Unterstützung und tragfähiger Beziehungen (zum Beispiel Familienmitglieder, Freunde/Freundinnen, Bekannte, Kollegen/Kolleginnen, professionelle Helfer/innen, Selbsthilfegruppen). Innerhalb der medizinischen Rehabilitation kommt es darauf an, in den folgenden Bereichen die Barrieren zu reduzieren bzw.

Förderfaktoren zu nutzen und herbei zu führen:

- in der individuellen Arbeitssituation
- bei den Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten sozialer Einrichtungen
- in der sozioökonomischen Sicherheit beziehungsweise Unsicherheit
- bei den soziokulturellen Strukturen (zum Beispiel Familie, Verwandtschaft, Gemeinschaften)
- in der persönlichen Umwelt (zum Beispiel Gestaltung der Wohnung)
- bei den Einstellungen und Wertesystemen (zum Beispiel Religiosität)

Ein übergeordnetes Ziel in der Entwöhnungsbehandlung ist die gesundheitsfördernde Veränderung der Lebensführung der Rehabilitanden. Ein entsprechendes psycho-edukatives Gesundheitstraining, das sich als Hilfe zur Selbsthilfe versteht, kann somit als der „gemeinsame Nenner“ aller therapeutischen Interventionen verstanden werden. **Psycho-edukative Rehabilitationsziele** sind:

- Besserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Rückfällen
- Reduzierung von Risikoverhalten (zum Beispiel körperliche und psychische Überforderung, inadäquates Freizeitverhalten, Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel)
- Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken
- Schulung der Körperwahrnehmung

Bei der Operationalisierung der individuellen Rehabilitationsziele orientiert sich das interdisziplinäre Team der Fachklinik Hamburg-Mitte an der sog. SMART-Regel wie sie im ICF-Praxisleitfaden 2 dargestellt ist. Danach soll die Zielformulierung passend sein (S = Specific). Sie soll angemessene Antworten auf die Fragen geben, welche spezielle Leistung verbessert werden soll und

ob das Ziel für alle Beteiligten verständlich formuliert worden ist. Des Weiteren soll das Ziel messbar sein (M = Measurable). Es ist damit die Frage nach geeigneten Indikatoren bzw. Messinstrumenten gestellt, mit denen das Ausmaß der verbesserten Leistung festgestellt werden kann. Rehabilitationsziele müssen grundsätzlich durch die Reha-Maßnahme erreichbar sein (A = Achievable), deswegen sollen mit dem Rehabilitanden ausschließlich realistische Ziele vereinbart werden. Die Ziele sollen aber auch bedeutsam in Hinblick auf das rehabilitationsrelevante Problem sein (R = Relevant) Hier kommt es darauf an, ob das formulierte Ziel auch mit den Zielen/Wünschen des Rehabilitanden übereinstimmt. Letztlich soll das Rehabilitationsziel zeitlich bestimmt (T = Timed) sein. Hier ist wichtig, dass das Ziel auch in einem gemeinsam vereinbarten Zeitraum erreicht werden kann.

Mit Abschluss der Aufnahmephase nach ca. zwei Wochen konnte sich der Rehabilitand wie das Behandlungsteam der Fachklinik Hamburg-Mitte Klarheit über die Rehabilitationsziele verschaffen. Diskrepanzen zwischen der Einschätzung des Therapeuten und dem Rehabilitanden werden in den jeweiligen Einzelgesprächen der unterschiedlichen Professionen bis zur Fallkonferenz konsensual geklärt. Falls sich auf der Fallkonferenz durch die Einschätzung anderer Teammitglieder eine abweichende Bewertung der vorliegenden Befunde ergibt, werden die neuen Erkenntnisse mit dem Rehabilitanden zurückgekoppelt und wiederum im gemeinsamen Einverständnis Korrekturen an den Zielformulierungen vorgenommen. Die vereinbarten Ziele werden schriftlich fixiert und sind wesentlicher Bestandteil des Therapievertrages. Durch den weiteren Verlauf der Entwöhnungsbehandlung zieht sich ein zielbezogenes Monitoring, so dass Stagnationen oder gar Rückschritte in der Zielerreichung zeitnah bemerkt werden kön-

nen. Verantwortlich für dieses Monitoring sind in erster Linie die Bezugstherapeuten sowie der Rehabilitand selbst, so dass die jeweiligen Beobachtungen und Einschätzungen über die Behandlungsergebnisse in die laufenden Fallbesprechungen eingebracht werden können. Zur Optimierung der therapeutischen Behandlung dienen die Intervention und die externe Supervision. Daneben sind die regelmäßig durchgeführten wöchentlichen Visiten der Ort, an dem der Behandlungsfortschritt und die –zufriedenheit festgestellt werden können.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Dauer der Behandlung richtet sich nach den Eingangsvoraussetzungen und den Erfordernissen des Einzelfalles. Es liegt in unserem Interesse, die Behandlungsdauer so kurz wie möglich aber so lange wie nötig zu nutzen. Die Behandlungszeit ist ausgerichtet auf die vorliegende Bewilligung des Leistungsträgers. Eine Anpassung, sowohl als Verkürzung, als auch Verlängerung ist möglich.

Die Behandlungszeit wird verkürzt, wenn:

- die vereinbarten Therapieziele erreicht wurden
- zum gegenwärtigen Zeitpunkt vereinbarte Ziele erreicht wurden und absehbar ist, dass der Rehabilitand an seine Grenzen gestoßen ist. Die Indikation für eine Fortsetzung der Therapie ist zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu prüfen.
- eine ausreichende eigene Motivation für die Behandlung absehbar nicht erreicht werden kann (z. B. bei nicht ausreichender Besserungstendenz eines hirneigenen Psychosyndroms) oder wenn der Rehabilitand seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt.

Die Indikation zur Verlängerung der Behandlungszeit liegt vor, wenn:

- der Rehabilitand längere Zeit brauchte, um sich auf den Therapieprozess einzulassen und dadurch die vereinbarten Ziele nicht in der bewilligten Zeit erreichen kann (z. B. bei sozial depravierten Rehabilitanden, nach längerer Haftzeit)
- der Rehabilitand zur Stabilisierung des erreichten Ergebnisses noch Zeit benötigt und dies eine positive Prognose verbessert

In der Regel ist für die **Entwöhnungsbehandlung** eine Dauer von sechs Monaten vorgesehen. An die Entwöhnungsbehandlung kann sich eine viermonatige **Adaptionsphase** anschließen. Voraussetzung für die Verlegung in das Adaptionshaus ist die erfolgreiche Beendigung der Entwöhnungsbehandlung sowie das Vorliegen vor allem beruflicher Reha-Bedarfe. Die Adaptionsphase wird mindestens vier Wochen vor Beendigung der Entwöhnungsbehandlung beim zuständigen Leistungsträger beantragt. Auch Rehabilitanden, die die Entwöhnungsbehandlung in einer anderen Fachklinik regulär beendet haben und sich für die Adaptionsbehandlung bewerben, können mit gültigem Kostenübernahmebescheid direkt aufgenommen werden.

Auffangtherapie: An der dreimonatigen stationären Krisenintervention können Rehabilitanden teilnehmen, deren regulär beendete Therapie noch nicht länger als ein halbes Jahr zurückliegt und die zur Vermeidung eines schweren, lang andauernden Rückfalls noch eine kurze Auffangtherapie benötigen. Voraussetzung für die Aufnahme in dieses stationäre Behandlungsangebot ist darüber hinaus die an den einschlägigen Empfehlungen orientierte fachlich begründete Feststellung einer Beratungsstelle, dass mit Blick auf das Reha-Ziel eine ambulante oder ganztägig-ambulante Entwöhnungsbe-

handlung voraussichtlich nicht ausreichend erfolgversprechend bliebe (vgl. Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Heft 12, S. 27 ff; sowie Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001). Das beschriebene Rehabilitationskonzept wird bei verkürztem Aufenthalt den individuellen Bedarfen angepasst.

Nachsorge: Nach der stationären Rehabilitation ist für Hamburger Rehabilitanden bzw. jene mit zukünftigem Lebensmittelpunkt in Hamburg die Teilnahme am zuwendungsfinanzierten Betreuten Wohnen im eigenen Wohnraum über in der Regel ein halbes Jahr möglich, ferner besteht das Angebot der ambulanten Reha-Nachsorge der Fachklinik Hamburg-Mitte.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Eine gezielte und individuelle Behandlungsplanung, an der die Rehabilitanden aktiv beteiligt werden, trägt wesentlich zum Erfolg einer Suchtbehandlung bei, deshalb wird die Behandlung ganz auf die persönlichen Bedarfe der Rehabilitanden zugeschnitten. In den ersten zwei Wochen der Aufnahme-phase erstellen wir eine sorgfältige Diagnose der Abhängigkeitserkrankung mit all ihren Auswirkungen auf den Körper, die Psyche und das soziale Leben. Dabei werden auch die Begleit- und Folgeerkrankungen berücksichtigt. Die von den einzelnen Professionen des multiprofessionellen Teams erfassten Beschwerden, Schädigungen und Funktionseinschränkungen werden im Komponentenschema der ICF dargestellt, so dass für das behandelnde Team wie auch für die Rehabilitanden selbst jederzeit ein Überblick über die Bedarfslage und den daraus abgeleiteten Zielen möglich ist. Der individuelle Rehabili-

tationsplan wird auf der ersten Fallkonferenz im Gesamtteam verabschiedet und liegt nach 14 Tagen vor. Dieser ausgearbeitete Plan ist die Voraussetzung für den Übergang in die Entwöhnungsphase I, denn mit Abschluss der Befundung werden die entsprechenden Indikationsangebote für die Hauptphase der Therapie festgelegt. Darüber hinaus werden zentrale Prognosen getroffen, die die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe betreffen. Für einen nicht unerheblichen Teil der Rehabilitanden muss bereits am Anfang der medizinischen Reha geklärt werden, ob wahrscheinlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt werden müssen oder ob ggf. Nachsorgeleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe notwendig werden.

In den kommenden vier Wochen wird der erarbeitete Reha-Plan umgesetzt und bewertet, ob die verfolgten Ziele, Methoden und Interventionen passgenau entwickelt worden sind. In diesen insgesamt ersten sechs Wochen der Reha verfolgen Team und Rehabilitanden primäre Ziele wie die Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Abstinenzwunsches, emotionale Stabilisierung, Entwicklung von Frustrationstoleranz sowie die Fähigkeit zur Krankheitseinsicht. In dieser Zeit wird der dafür notwendige Schutzraum dadurch aufrechterhalten, dass die Rehabilitanden maximale Unterstützung erhalten und externe Erledigungen und Ausgänge nur in Begleitung von Mit-Rehabilitanden oder Teammitgliedern machen, um noch nicht zu bewältigende Risikosituationen vermeiden zu helfen.

Nach insgesamt sechs Wochen wird auf einer weiteren Fallkonferenz ein Re-Assessment vorgenommen und, wenn nötig, der Reha-Plan entsprechend aktualisiert. Parallel dazu stellen die Rehabilitanden in ihrer therapeutischen Bezugsgruppe ihren Entwicklungsstand vor (Einschätzung der Selbstwirksamkeit). Falls keine sachlichen Gründe dagegen

sprechen, kann der Rehabilitand danach selbständig, im abgesprochenen (örtlichen und zeitlichen) Rahmen, seine externen Ziele verfolgen. Fortbestehende Probleme machen eine Einschränkung der Selbständigkeit solange notwendig bis die dafür erforderliche Bewältigungskompetenz verfügbar ist. Sechs Wochen vor Abschluss der medizinischen Reha wird in einer Fallkonferenz entschieden, ob die Beantragung einer Kostenübernahme für die interne Adaption fachliche Unterstützung findet. Für eine Fortsetzung der Maßnahme im Rahmen der Adaption spricht in erster Linie die Notwendigkeit beruflicher Belastungserprobungen bei externen Beschäftigungsträgern oder Arbeitgebern, deswegen sollte eine Beschäftigungsmöglichkeit vorhanden sein. Voraussetzung für den Übergang in die Adaptionsphase ist darüber hinaus der erfolgreiche Abschluss der Entwöhnungsbehandlung. Das Team der Fachklinik Hamburg-Mitte stellt dafür Kriterien geleitet fest (→ Adaptions-Checkliste), ob ein gefestigter Abstinenzwille ausgebildet werden konnte, ob persönliche und psychische Konflikte intensiv bearbeitet und für Risikosituationen Bewältigungsstrategien entwickelt wurden. Weiterhin sollten bekannte Beziehungsstörungen aufgearbeitet und der Rehabilitand sozial kompetenter geworden sein. Des Weiteren sollen Fortschritte im Aufbau von Autonomie vorliegen (Selbstversorgung; Kompetenz, die tägliche Routine durchzuführen).

Bei Erforderlichkeit einer beruflichen Belastungserprobung im Rahmen der Adaption wird bereits während der Entwöhnungsbehandlung zusammen mit dem Rehabilitanden sowie dem Reha-Fachberater ein Umsetzungsplan entwickelt und mit dem Anbieter einer Beschäftigung (Praktikum, Arbeitsgelegenheit, Umschulung) abgestimmt. Die Dauer der täglichen Beschäftigung wird nach sozialmedizinischen Gesichtspunkten der individuellen Belastbarkeit angepasst und

durch therapeutische Angebote (Rückfallpräventionsgruppe, Genusstaining, psychotherapeutisches Monitoring) und sozialrechtliche Beratung flankiert.

Vier Wochen vor Beendigung der Entwöhnungsbehandlung wird auf einer weiteren Fallkonferenz entschieden, welche externen Belastungserprobungen erfolgen sollen. Die ausgewählten Expositionen in vivo entstammen regelmäßig den Bereichen: Drogenkontakte und Drogenangebote, Kontakt zur Herkunftsfamilie/Partnerschaft und berufliche Anforderungen. In den verbleibenden drei Wochen werden die Expositionen ausführlich vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Die nachfolgende Darstellung des Rehabilitationsprogramms der Fachklinik Hamburg-Mitte orientiert sich an den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) wie sie für medizinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit empfohlen werden. Diese Reha-Therapiestandards ergänzen die individuellen Behandlungsalgorithmen der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften durch den Blick auf die Gesamtheit der Rehabilitanden. Die Fachklinik Hamburg-Mitte hat für die vorwiegend drogenabhängigen Menschen im Rehabilitationsprogramm eine Anpassung an ihre Bedarfe vorgenommen.

ETM 01 Allgemeine Psychotherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch		
F010 Psychologische Einzelberatung	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut	<p>In der Fachklinik Hamburg-Mitte liegt der therapeutische Schwerpunkt auf den indikativen Problemlösegruppen "Kontrolle behalten" (Impulskontrolle) und "Selbstbewusstsein stärken". Hier wird i. S. der ICF auf eine systematische Erarbeitung funktional angemessener Interaktionsmuster Wert gelegt. Psycho-educative Trainingsgruppen komplettieren das therapeutische Angebot. Die Gruppen werden einmal wöchentlich im Co-Therapeuten-Setting durchgeführt, so dass auch während der Urlaubs- und Krankheitszeiten die therapeutische Kontinuität gewährleistet ist. Die Problemlösegruppen werden in den ebenfalls wöchentlich stattfindenden Einzelgesprächen vor- und nachbereitet. Durch die Tandem-Bezugsbetreuung (Sozialdienst; Psychotherapie) kann auch hier die therapeutische Konstanz sichergestellt werden. Die Leistungserbringung erfolgt durch sozialpädagogische Suchttherapeuten und Diplom-Psychologen (approbiert oder in fortgeschrittener Ausbildung).</p>
F030 Therapeutische Intervention in Konfliktsituation	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut	
G020 Psychotherapeutische Krisenintervention	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	
G051 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	
G061 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsspez.: Problemlösegruppe; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	
G094 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprävention; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	

ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität

F100 Hirnleistungstraining einzeln	Diplom-Psychologe, Arzt, Ergotherapeut, andere qualifizierte Berufsgruppe	Der Konsum psychotroper Substanz über einen langen Zeitraum geht i. d. R. mit Antriebs- und Konzentrations-einschränkungen einher. Um die Rehabilitanden wieder auf die Erwerbsfähigkeit und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vorzubereiten, werden entsprechende Motivations- und Konzentrationstrainings angeboten. Die psycho-edukative Gruppe "Genusstraining" vermittelt Strategien im Umgang mit Stress und negativen Emotionen.
F110 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe; 4 Rehabilitanden	Diplom-Psychologe, Arzt, Ergotherapeut, andere qualifizierte Berufsgruppe	
G101 Psychoedukative Gruppe: Genusstraining; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	
G102 Psychoedukative Gruppe: Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	

ETM 03 Indikative Therapien: Förderung von psychosozialen Kompetenzen

Do80 Sozialtherapeutische Einzelbetreuung	Diplom-Sozialpädagoge, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	Viele drogenabhängige Menschen zeigen Schwierigkeiten, sich sozial kompetent zu verhalten. Soziale Kompetenzdefizite führen aber nicht selten in einen Teufelskreis aus sozialen Konflikten und Drogenkonsum. Drogen dienen einerseits dazu, unangenehme Gefühle erträglicher zu machen, verschärfen aber andererseits die sozialen Schwierigkeiten, so dass nach mehrjähriger Drogenkarriere häufig der Ausschluss aus der sozialen Gemeinschaft erfolgt. Das Team der Fachklinik Hamburg-Mitte legt großen Wert auf die Vermittlung sozial-kompetenter Verhaltensweisen, damit dieser Teufelskreis durchbrochen werden kann.
Do90 Sozialtherapeutische Aktivgruppe; maximal 9 Rehabilitanden	Diplom-Sozialpädagoge, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	
D110 Bereichsversammlung, Vollversammlung	Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe, Arzt, andere qualifizierte Berufsgruppen	
Go62 Psychotherapie (Gruppe), Verhaltenstherap.: Training sozialer Kompetenzen; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	

L031 Soziale Kommunikation und Interaktion: Dia- und Filmvorführung	qualifizierte Berufsgruppe, ggf. therapeutische Begleitung	
L032 Soziale Kommunikation und Interaktion: Musik und Bewegung	qualifizierte Berufsgruppe, ggf. therapeutische Begleitung	
L034 Soziale Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Bezugstherapeut	qualifizierte Berufsgruppe, ggf. therapeutische Begleitung	
Go64 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Geschlechtsspezifische Gruppe (für Männer); 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	
Go64 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Geschlechtsspezifische Gruppe (für Frauen); 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	

ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen

Do60 Angehörigengespräch einzeln	Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe	Die zentrale City-Lage und die gute räumliche Ausstattung der Fachklinik Hamburg-Mitte ermöglichen es, Angehörige mit in die Therapie einzubeziehen (Besucherzimmer sind vorhanden). Rehabilitanden, die als Paar aufgenommen werden, können ihre Beziehungskompetenz in einem paartherapeutischen Setting stärken. Die Therapeuten sind in der Paartherapie kompetent.
G172 Angehörigenseminar für Erwachsene; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	
G130 Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	
G140 Paartherapie, Familientherapie, methodenübergreifend	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	

ETM 05b Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

E020 Arbeitstherapie einzeln	Ergotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge	<p>Arbeits- und berufsbezogene Orientierung stellt in der medizinischen Rehabilitation der Fachklinik Hamburg-Mitte einen Schwerpunkt dar. Für die berufliche Integration der Rehabilitanden ist die zentrale Lage und die Kooperation der Klinik mit Beschäftigungsträgern ein wesentlicher Förderfaktor. Das Leistungsangebot trägt den unterschiedlichen Erwerbsbiographien Rechnung, so dass z. B. über die interne Belastungserprobung im Küchen- und Hauswirtschaftsbereich oder im neu ausgestatteten EDV-Schulungsraum schrittweise die berufliche Orientierung Gestalt annehmen kann. Externe Belastungserprobungen sind im Rahmen der Adaption erwünscht und können einen weiteren Schritt in die Erwerbstätigkeit ermöglichen. Die Erfahrungen in den verschiedenen Erprobungsphasen werden begleitet und systematisch reflektiert.</p>
E031 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft; 6 Rehabilitanden	Ergotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge	
E032 Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Büro-kommunikation; 6 Rehabilitanden	Ergotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge	
E040 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum	Arzt, Ergotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe	
E050 Arbeitsplatztraining	Ergotherapeut, Physiotherapeut	
E142 Arbeitsplatzbesuch	Ergotherapeut, Physiotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge	
E200 Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	Arzt, Diplom-Psychologe, Ergotherapeut	
Go63 Psychotherapie (Gruppe), verhaltensther. störungsspezif.: Arbeitsweltbezogene Problematik; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	
G151 Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	

G152 Durchführung interner Belastungserprobung in der Psychotherapie	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	
G161 Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung in der Psychotherapie	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	
G162 Durchführung externer Belastungserprobung in der Psychotherapie	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	
Ho71 Begleitung bei interner und externer Belastungserprobung	Gesundheits- und Krankenpflegeperson, sonstige qualifizierte Berufsgruppe	
Ho73 Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation	Gesundheits- und Krankenpflegeperson, sonstige qualifizierte Berufsgruppe	
Ho74 Supportives Gespräch	Gesundheits- und Krankenpflegeperson, sonstige qualifizierte Berufsgruppe	
Ho8o Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe	Gesundheits- und Krankenpflegeperson, sonstige qualifizierte Berufsgruppe	

ETM o6 Tabakentwöhnung

G093 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Tabakentwöhnung; 8 Rehabilitanden	Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchtttherap. Zusatzausbildung	Die meisten Abhängigkeitskranken rauchen. Während der Therapie bietet das Rauchen ein Erfahrungsfeld, das für die Abstinenztherapie wie auch für das Gesundheitsverhalten genutzt werden kann.
--	--	--

ETM 07 Entspannungstraining

Fo62 Progressive Relaxation nach Jacobson einzeln	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung	Zur Emotions- und Spannungsregulierung sind Entspannungsverfahren als therapeutische Strategien unverzichtbar. In der Fachklinik Hamburg-Mitte wird neben der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson auch noch Akupunktur nach dem NADA-Protokoll angeboten.
Fo69 Sonstige Entspannungsverfahren einzeln	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung	
Fo82 Progressive Relaxation nach Jacobson, Einführung in der Gruppe; 12 Rehabilitanden	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung	
Fo89 Sonstige Entspannungsverfahren, Einführung in der Gruppe; 12 Rehabilitanden	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung	
Fo92 Progressive Relaxation nach Jacobson, Durchführung in der Gruppe; 12 Rehabilitanden	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung	
Fo99 Sonstige Entspannungsverfahren, Durchführung in der Gruppe (Akupunktur) 12 Rehabilitanden	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung	

ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie

Lo11 Bewegung und Sport in der Freizeit, ausdauerorientiert	Physiotherapeut	
Lo12 Bewegung und Sport in der Freizeit zum Muskelaufbau	Physiotherapeut	

Lo22 Großes Spiel (z. B. Volleyball)	Physiotherapeut	<p>In der Suchttherapie sind Sport- und Bewegungsangebote von großer Bedeutung, weil sie nachgewiesenermaßen Suchtdruck und Verlangen reduzieren helfen. Sie leisten darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag bei der Entwicklung eines günstigen Gesundheitsverhaltens: sportliche Betätigung fördert die seelische und körperliche Ausgeglichenheit. Im Rahmen der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit können spezielle Indikationsangebote helfen, Rücken-, Atemwegs-, Herz-/Kreislauf- und Gefäßprobleme zu lindern oder zu heilen.</p>
Lo23 Rückschlagspiel (z. B. Tischtennis)	Physiotherapeut	
Bo19 Sonstige physiotherapeutische Einzelbehandlung	Physiotherapeut	
A101 Ausdauerorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln	Physiotherapeut	
Ao21 Geh- und Lauftraining mit definierter Belastung	Physiotherapeut	
Ao31 Dynamisches oder statisches Muskelaufbautraining an/mit Krafttrainingsgeräten	Physiotherapeut	
Ao51 Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Halle oder im Freien	Physiotherapeut	
Ao61 Sport- und Bewegungstherapie: Atemgymnastik	Physiotherapeut	
Ao62 Sport- und Bewegungstherapie: Herz-Kreislauftraining	Physiotherapeut	
Ao64 Sport- und Bewegungstherapie: Gefäßtraining	Physiotherapeut	
Ao65 Sport- und Bewegungstherapie: Wirbelsäulengymnastik	Physiotherapeut	

ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung

Co81 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Schutzfaktoren“;
maximal 15 Rehabilitanden

Arzt, Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge,
 Diätassistent, Ergotherapeut

Gesundheitstraining wird in der Fachklinik Hamburg-Mitte als Basisangebot verstanden. Ein achtsamer Umgang mit der eigenen Gesundheit

Co83 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Bewegung und körperliches Training“ maximal 15 Rehabilitanden	Arzt, Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diätassistent, Ergotherapeut	verlangt auch angemessenes Wissen über Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien bei speziellen Belastungen. Durch Einsatz aller Berufsgruppen werden relevante Gesundheitsinformationen praxisnah vermittelt.
Co84 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“ maximal 15 Rehabilitanden	Arzt, Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diätassistent, Ergotherapeut	
Co85 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Alltagsdrogen“ maximal 15 Rehabilitanden	Arzt, Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diätassistent, Ergotherapeut	
C421 Standardisierte Schulung bei chronischen Lebererkrankungen maximal 15 Rehabilitanden	multiprofessionelle Leistungserbringung: alle relevanten therapeutischen Berufsgruppen	

ETM 10 Ernährungsschulung und -beratung

Co82 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Gesunde Ernährung“ maximal 15 Rehabilitanden	Arzt, Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diätassistent, u. a.	Der Verzicht auf Drogenkonsum und Alkohol lässt nicht selten Ess- und Ernährungsprobleme in Erscheinung treten. Problemforcierend wirken sich dabei allgemeine gesellschaftliche Tendenzen zu ungesunder Ernährung aus, die durch übermäßigen Verzehr kohlehydrat-, eiweiß- und fetthaltiger Nahrung gekennzeichnet sind. Da gutes Essen neben einer protektiven Wirkung auch einen hohen Befriedigungswert besitzt, wird der Ernährungsberatung in der Fachklinik Hamburg-Mitte hohe Bedeutung zugemessen. Eine qualifizierte Hauswirtschaftsleiterin vermittelt nicht nur theoretisches Wissen, sondern unterstützt in der Zentralküche und in den Apartmentküchen des Adaptionshauses bei der Zubereitung gesunder Mahlzeiten.
Co90 Ernährungsberatung einzeln	Hauswirtschaftsleiterin mit diätetischer Fortbildung	
C100 Ernährungsberatung in der Gruppe maximal 15 Rehabilitanden	Hauswirtschaftsleiterin mit diätetischer Fortbildung	
C111 Psycho-edukative Kochgruppe maximal 9 Rehabilitanden	Hauswirtschaftsleiterin mit diätetischer Fortbildung	
C120 Praktische Übungen außerhalb der Lehrküche, z.B. Einkaufstraining maximal 4 Rehabilitanden	Hauswirtschaftsleiterin mit Fortbildung; ggf. Diplom-Sozialpädagoge	

ETM 11 Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung

E100 Gartentherapie maximal 12 Rehabilitanden	Ergotherapeut	Die kreativ- und gestaltungstherapeutischen Angebote sind ein wichtiges Mittel, um Rehabilitanden mit Problemen im sprachlich-kognitiven Bereich zu zeigen wie sie sich öffnen, auszudrücken und mitteilen können. Daneben soll der Spaß an sinnvollen Betätigungen gefördert werden, um eine sinnvolle Freizeitgestaltung zu ermöglichen.
E110 Ausdruckzentrierte Ergotherapie einzeln	Ergotherapeut	
E130 Ausdruckzentrierte Ergotherapie in der Gruppe; maximal 15 Rehabilitanden	Ergotherapeut	
E210 Projektgruppe; maximal 12 Rehabilitanden	Ergotherapeut	

ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie

E151 Einzeltraining der Aktivitäten des täglichen Lebens: Bereich körperliche Selbstversorgung	Ergotherapeut	Abhängige Menschen, die langjährig dem Kreislauf von Konsum und Beschaffung verhaftet waren, haben oft erhebliche Defizite in der Bewältigung von Alltagsanforderungen. Körperliche Selbstversorgung, aber auch Kenntnisse und Fähigkeiten in der Haushaltsführung und Geldverwaltung sind thematische Schwerpunkte in der Entwöhnungsbehandlung. Da Langeweile ein erheblicher Risikofaktor für die Abstinenz ist, werden Freizeitgestaltungen gemeinsam entwickelt und individuellen Bedürfnissen angepasst.
E152 Einzeltraining der Aktivitäten des täglichen Lebens: Bereich eigenständige Lebensführung	Ergotherapeut	
E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe; maximal 4 Rehabilitanden	Ergotherapeut	
E182 Selbsthilfettraining einzeln: Freizeitkompetenztraining;	Ergotherapeut, Physiotherapeut und andere qualifizierte Berufsgruppe	
E192 Selbsthilfettraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining; maximal 4 Rehabilitanden	Ergotherapeut, Physiotherapeut und andere qualifizierte Berufsgruppe	

ETM 13b Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

Co41 Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen	alle relevanten therapeutischen Berufsgruppen	<p>Neben den Leistungsangeboten, die der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit dienen, bildet die berufsbezogene klinische Sozialarbeit den flankierenden supportiven Schwerpunkt. Abhängige Menschen sind häufig langjährig arbeitslos. Arbeitslosigkeit, die nicht kurzfristig überwunden werden kann, ist und bleibt ein Risikofaktor für die Abstinenz, wenn nicht adaptive Bewältigungsstrategien verfügbar sind. Aber auch Rehabilitanden, die erste Schritte in Richtung berufliche Integration unternehmen, brauchen Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung. Hier sind Gespräche mit Betriebsangehörigen angezeigt, um authentische Feedbacks über den Leistungsstand und das Sozialverhalten nutzen zu können.</p> <p>Erwerbsfähige Rehabilitanden verbessern ihre beruflichen Integrationschancen, wenn sie sich formgerecht und individuell angemessen bewerben können. Bis die berufliche Wiedereingliederung realisiert werden kann müssen häufig längere Zeitstrecken mit wirtschaftlicher Unsicherheit überwunden werden. Betroffene Menschen brauchen hier Beratung, weil das Leistungswesen sehr komplex ist. Rehabilitanden, die zumindest mittelfristig nicht erwerbsfähig werden, erhalten Beratung in Rentenfragen.</p>
Do21 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge	
Do24 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge	
Do31 Beratung: Berufsklärung und leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten (Rehabilitatoren), Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt	
Do33 Beratung: Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, finanzielle Hilfen	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten (Rehabilitatoren), Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt	
Do34 Beratung: Stufenweise Wiedereingliederung inkl. Kontakt zu beruflichem Umfeld	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten (Rehabilitatoren), Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt	
Do35 Beratung: Arbeitsplatzbesuch, Dienstgang	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten (Rehabilitatoren), Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt	

Do51 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung; maximal 12 Rehabilitanden	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Arzt, Diplom-Psychologe, Ergotherapeut	
Do53 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining; maximal 12 Rehabilitanden	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Arzt, Diplom-Psychologe, Ergotherapeut	

ETM 14 Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit

Do10 Orientierende Sozialberatung einzeln	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge	<p>Maßnahmen, die der Absicherung der therapeutischen Erfolge dienen und Nachbehandlungen sicherstellen, sind in der medizinischen Rehabilitation unverzichtbar. Die Fachklinik Hamburg-Mitte verfügt über gute Kontakte in der Hilfelandschaft und ist mit wichtigen Vor- und Nachsorgeeinrichtungen vernetzt, so dass Anschlussmaßnahmen ohne zeitliche Verzögerung realisiert werden können. Für viele Abhängige ist die Fortsetzung der Schuldenregulierung von existenzieller Bedeutung, damit z. B. Wohnraum wieder verfügbar wird. Rehabilitanden, die nach Abschluss der Therapie wieder in die eigene Wohnung zurückgehen, brauchen Unterstützung bei der Wiederherstellung ihrer nicht selten sanierungsbedürftigen Wohnung.</p>
Do2x Sozialrechtliche Beratung	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge	
Do41 Vermittlung in Selbsthilfegruppe, ambulante Reha-Sportgruppe u. a.	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt und andere qualifizierte Berufsgruppen	
Do42 Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt und andere qualifizierte Berufsgruppen	
Do44 Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt und andere qualifizierte Berufsgruppen	
Do46 Einleitung häuslicher Pflege, ambulanter Hilfen und nachstationärer Betreuung	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt und andere qualifizierte Berufsgruppen	
Do47 Organisation von Schuldnerberatung und Schuldenregulierung	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt und andere qualifizierte Berufsgruppen	
Do48 Hausbesuch, Dienstgang, Therapiefahrt	Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Ergotherapeut, Diplom-Psychologe, Arzt und andere qualifizierte Berufsgruppen	

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Voraussetzung für die **Aufnahme** in die Fachklinik Hamburg-Mitte ist das Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung eines Reha-Trägers:

- Rentenversicherungsträger
- Krankenkasse oder
- andere Leistungsträger

Bei Aufnahme bedarf es einer abgeschlossenen Entgiftung.

Versicherte können von Montag bis Freitag aufgenommen werden. Der Aufnahmezeitpunkt wird bestimmt durch die:

- Position in der Warteliste
- medizinische Dringlichkeit
- soziale Dringlichkeit und
- Zuweisung in bestimmte Gruppen (z. B. substituierte Rehabilitanden; schwangere Frauen, Mütter und Väter mit noch nicht schulpflichtigen Kindern; Rehabilitanden nach §35 BtMG)

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

In der Fachklinik Hamburg-Mitte wird besonderer Wert auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team gelegt. In Hinblick auf das diagnostische Vorgehen bedeutet dies, dass eine Zusammenschau aller Befundergebnisse der beteiligten Berufsgruppen systematisch vorgesehen ist. Auf den regelmäßig stattfindenden Dienstbesprechungen und Fallkonferenzen des Teams besteht die Möglichkeit zur kontinuierlichen Überprüfung und gegebenenfalls auch zur Korrektur der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes. Durch das ICF-Assessment und der ICF-orientierten Interventionsstrategie werden sozialmedizinische Problemstellungen von Anfang an erfasst, so dass auch eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung möglich ist. In diesen Prozess ist der

Rehabilitand durch das Bezugsbetreuungssystem prozessbegleitend mit einbezogen. Seine Vorstellungen zur Lebensplanung werden ebenfalls erhoben. Diese können realistisch oder illusionär sein. Für die Rehabilitation ergibt sich daraus ein diagnostisches und therapeutisches Teilziel in Bezug auf die Erarbeitung einer realistischen Lebensplanung.

Das in der Fachklinik verwendete Dokumentationssystem ist so ausgestattet, dass die Bedeutung der diagnostischen Erkenntnisse der verschiedenen Berufsgruppen für die Therapieplanung und -gestaltung und für die sozialmedizinische Würdigung dem Team jederzeit verfügbar ist. Die dem Rehabilitationsplan und -verlauf zugrundeliegenden Diagnosen und Befunde einschließlich der prozessbegleitenden Korrekturen sind im ärztlichen Entlassungsbericht erkennbar. Die Diagnostik und Analyse der berufsbeziehungsweise arbeitsplatzbezogenen Probleme ist ein besonderer Schwerpunkt der Rehabilitation der Rentenversicherung und wird in der Fachklinik durch den Einsatz spezifischer Test- und Assessmentverfahren gründlich durchgeführt. Auch hier wird auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen großer Wert gelegt. Abhängigkeitskranke illegalisierter Drogen sind häufig schlecht qualifiziert und verfügen oft über keine oder nur wenige Berufserfahrungen. „Problemorientierte“ Belastungsproben nach detaillierter Anamnese und Befunderhebung eines Rehabilitanden sind somit i. d. R. erforderlich und werden durch die Fachklinik angestrebt.

Bei der Planung weiterführender Maßnahmen werden rechtzeitig die Rehabilitationsfachberater der Leistungsträger mit einbezogen (→Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen).

Diagnostik umfasst – so wie sie in der Fachklinik durchgeführt wird - sowohl die

Störungsperspektive als auch die Ressourcen- und die Veränderungsperspektive: Die Störungsperspektive erfasst die Abhängigkeitserkrankung selbst sowie die weiteren Defizite und Störungen im somatischen und psychosozialen Bereich. Die Ressourcenperspektive dagegen betrachtet die persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen einschließlich des Umfeldes, so wie es in der ICF-Systematik vorgesehen ist. Die Veränderungsperspektive bezieht sich vor allem auf die angestrebten Rehabilitationsziele sowie die Motive, Beweggründe und Fähigkeiten, diese Ziele zu erreichen, auch unter dem Blickwinkel möglicher ggf. neuer umweltbedingter Förderfaktoren [(Heft 12 3.3 Rehabilitationsdiagnostik (zu Beginn und während der Rehabilitationsleistung)].

Berichte von Vorbehandlungen werden regelhaft angefordert, weil fremdanamnestische Angaben und Diagnosen aus vorangegangenen, unterschiedlich indizierten Vorbehandlungen bei der Diagnostik wichtige Ergänzungen bilden. Wie weiter unten ausführlicher beschrieben (siehe 4.7.10 Angehörigenarbeit) werden Angehörige der betroffenen Person soweit wie möglich von Beginn an in den diagnostischen Prozess mit einbezogen.

Die soziale Diagnostik wird in der Fachklinik Hamburg-Mitte systematisch und standardisiert mit bewährten Dokumentationssystemen erhoben. Sie ist von großer Bedeutung, denn eine Abhängigkeitserkrankung spielt sich immer in einem bestimmten sozialen Kontext ab, und es bestehen vielfältige Wechselwirkungen zwischen sozialer Situation und abhängigem Verhalten. Die soziale Befunderhebung richtet sich einerseits auf Erfassung und Beschreibung der gegenwärtigen sozialen Situation und wird mit der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO) erfasst. Die manifesten sozialen Beeinträchtigungen andererseits, z.B. vor dem Hintergrund etwaiger Migration des

betroffenen Menschen und seiner Sozialisation, werden im Komponentenschema der ICF dokumentiert und abgebildet.

Sinnfragen spielen in der Behandlung Abhängigkeitskranker eine große Rolle. Sinnverlust bzw. das Nichtvorhandensein einer Lebensperspektive ist häufig eine wesentliche Begleiterscheinung der Erkrankung. Die Diagnostik erfasst deshalb auch die Lebenseinstellung und die Einstellung zu Wertefragen.

Medizinische Diagnostik

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Rehabilitanden liegen alle verfügbaren Vorbefunde, einschließlich etwaiger Berichte aus vorhergegangenen Therapien bereits vor. Durch die Einbeziehung von Vorbefunden und fremdanamnestischen Daten in eine gründliche Eigenanamnese wird sichergestellt, dass Suchtfolgeerkrankungen erfasst werden oder eine entsprechende Diagnostik frühzeitig eingeleitet werden kann.

Die Funktion des leitenden Arztes ist hier die eines Lotsen, der, anders als ein hausärztlich tätiger Kollege, auf Grund seiner sucht- und rehabilitationsmedizinischen Sichtweise und der Kenntnis der häufigen Defizite von Suchtpatienten hier frühzeitig motivierend steuernd und begleitend arbeitet. Für die bereits bekannten möglichen Suchtfolgeerkrankungen werden je nach Dringlichkeit, persönlichem Risikoverhalten und den Ressourcen des Rehabilitanden mögliche Behandlungen geplant.

Die notwendigen Kooperationspartner Institut für Interdisziplinäre Medizin (IFI) und Infektionsambulanz des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) werden in die Diagnostik und gegebenenfalls Behandlungsplanung von Hepatitiden und HIV-Infektionen eingebunden, bei diabetischen Erkrankungen, drogen- oder tabakkonsumbedingten Gefäßleiden oder *chronic obstruc-*

tive pulmonary disease (COPD) als Folge von Tabak- und inhalativem Drogenkonsum werden externe Kompetenzzentren wie Schwerpunkt- und Facharztpraxen einbezogen. Die im Hause angebotenen indikativen psychoedukativen Einheiten zum Gesundheitstraining (in curricularer Form) werden in Einzelgesprächen individuell vertieft. Darüber hinaus werden die Rehabilitanden motiviert, einer umfassenden Diagnostik zuzustimmen und an den vorgesehenen Untersuchungen mitzuwirken. Durch die ICF-basierte Befunderhebung zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss der Behandlung wird gewährleistet, dass fundierte Aussagen zum Leistungsbild des Rehabilitanden getroffen werden können.

Psychodiagnostik

In der Fachklinik Hamburg-Mitte ist die psychische Diagnostik ein zentraler Bestandteil der Diagnostik während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Substanzkonsum dient meistens der Kompensation oder zur Erleichterung subjektiver Missempfindungen. Häufig sind psychische Konflikte und erlebte Defizite der Grund für Drogenkonsum und nicht selten haben sich psychische Störungen herausgebildet, die mit dem Gebrauch von Drogen einhergehen. Die Persönlichkeitsstruktur, die das habituelle Verhalten wesentlich bestimmt, wird im konzeptionellen Ansatz der Fachklinik wegen des hohen Anteils an Rehabilitanden mit Persönlichkeitsstörungen besonders fokussiert. Daneben sind Anpassungsstörungen, neurotische Störungen, nicht selten - auch Psychosen oder psychosenahes Erleben sind diagnostisch zu berücksichtigen. Ebenso treten psychosomatische Störungen, die oft gerade nach Beendigung des Konsums der psychotropen Substanz manifest werden, öfter auf. Hirnorganische Veränderungen unterschiedlichster Ausprägung, die den Rehabilitationsprozess erheblich erschwe-

ren, treten besonders als Folge langjähriger Alkoholkonsums auf.

Die in der Fachklinik durchgeführte Psychodiagnostik trägt dazu bei, auf der Basis objektivierter Befunde die Rehabilitationsziele abzuleiten. Der Umfang der durchgeführten Diagnostik beschränkt sich auf die rehabilitationsrelevanten Symptome und Dimensionen der Persönlichkeit, des Erlebens und Verhaltens, die die Rehabilitationsmaßnahme begründen oder in einem Zusammenhang dazu gesehen werden.

Eingesetzte psychodiagnostische Instrumente und Techniken sind die folgenden Verfahren:

- Verhaltens- und Bedingungsanalyse: Erhebung der störungsspezifischen Anamnese unter lerntheoretischen Gesichtspunkten

Für die Therapieführung und die Erarbeitung diagnosegestützter psychotherapeutischer Interventionen ist über die beschreibende Diagnostik hinaus eine verstehende Diagnostik notwendig. Auf theoriegeleiteter Basis werden so Zusammenhänge über Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Symptome und bestimmter Verhaltensweisen hergestellt und damit verständlich gemacht.

Bei abhängigkeitskranken Menschen steht immer auch die Frage im Mittelpunkt, welche Funktionen der Konsum der psychotropen Substanz zur Regulierung der Beziehungen zu sich selbst und zur Umwelt und damit zur Regulierung des eigenen Wohlbefindens hatte. Zur Diagnostik gehört die Erfassung psychogenetischer Zusammenhänge, d.h. das Verstehen der Entstehung bestimmter psychischer Symptome und Strukturen aus der Biographie des betroffenen Menschen. Zunächst unerklärliche Verhaltensweisen, insbesondere auch Rückfälle, können bestimmte Konditionierungen als Ursache

haben oder durch systemische Fixierung aufrechterhalten werden bzw. haben ihre Ursache in bestimmten Arten der Krankheitsverarbeitung. Dies gilt es diagnostisch zu erfassen.

- Verhaltensbeobachtung im Rahmen der Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie ist die Verhaltensbeobachtung eine wichtige Informationsquelle im diagnostisch-therapeutischen Prozess. Der Bezugstherapeut der Fachklinik ist nicht wie in einzeltherapeutischen Settings auf die Datenquellen mündlicher und schriftlicher Exploration beschränkt und damit bruchstückhafter oder beschränkter Information ausgeliefert, sondern kann auf die Beobachtungen seiner Teamkollegen zurückgreifen. Diagnostisch können Verhaltensbeobachtungen der Feinanalyse einzelner Verhaltensweisen und ihrer Funktionalität dienen; therapeutisch können sie zum Erfassen des Therapiefortschritts und der Verhaltensänderung genutzt werden. Für die Protokollierung benötigt der Beobachter Hilfsmittel, die in Form von Checklisten verfügbar (z. B. für die Beobachtungsaufgaben der Pflegekräfte) sind (vgl. Linden/ Hautzinger, 2000, 47).

- Verlaufsbeobachtung

Die Verlaufsdiagnostik begleitet den Rehabilitationsprozess. Es werden Ergänzungen und Korrekturen an den Eingangsbefunden vorgenommen und die therapiebedingten Veränderungen festgestellt. Therapie- und Rehabilitationsplanung werden kontinuierlich an die aktuellen Befunde angepasst. In der Fachklinik Hamburg-Mitte geschieht dies kriterienbezogen im einheitlichen Dokumentationssystem. Die prozessbezogenen Fallbesprechungen erfolgen nach festgelegtem Terminplan oder anlassbezogen. Für die Fallführung sind die Bezugstherapeuten

verantwortlich.

- Psychischer/psychopathologischer Befund nach AMDP

Das AMDP-System, das zur Erhebung des psychopathologischen Befundes in der Fachklinik Verwendung findet, ist ein syndromales Diagnosesystem und ermöglicht die Erfassung psychiatrischer Erkrankungen anhand von Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen. Im Unterschied zur kategorialen Diagnostik werden die Diagnosen durch Erreichen bestimmter Punktezahlen ermittelt. Der Vorteil besteht darin, dass mit Hilfe einer erreichten Punktezahl Schweregrad und Verlauf der Erkrankung beurteilt und differenziert werden können. Während zur Erfassung subjektiver Beschwerden (z.B. Ängstlichkeit, Reizbarkeit) eher Selbstbeurteilungsskalen verwendet werden, werden zur Erfassung depressiver Kernsymptome eher Fremdbeurteilungsskalen bevorzugt. Das AMDP-System enthält sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsskalen, zählt aber zur Kategorie der Fremdbeurteilungsverfahren, da die Kodierung letztendlich nur durch den Beurteiler vorgenommen wird.

- Beziehungsklärung

Innerhalb der Verhaltenstherapie findet die therapeutische Beziehung zunehmend Bedeutung. Das Ziel des Beziehungsklärens (Immediacy) ist es, dem Rehabilitanden neue Lernerfahrungen im konstruktiven Bewältigen von Beziehungsstörungen zu ermöglichen. Da Persönlichkeitsstörungen funktional betrachtet Beziehungsstörungen sind, ist dieses diagnostisch-therapeutische Element von großer Bedeutung im Rehabilitationskonzept der Fachklinik (vgl. Linden/ Hautzinger, 2000, 15).

Daneben werden durch das psychologische Personal der Fachklinik Hamburg-Mitte die

nachfolgenden psychometrischen Verfahren eingesetzt.

Tests, die in der Aufnahmephase regelmäßig zur Befunderhebung eingesetzt werden und die durch Wiederholungsmessung der Evaluation des Therapieerfolgs dienen:

BSI

Das Brief Symptom Inventory (BSI), eine Kurzform der SCL-90-R, ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Ausgewertet ermöglichen die 53 Items Aussagen zur Symptombelastung, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten - analog zur SCL-90-R - zusammengefasst werden. Die Items sind sprachlich einfach formuliert und vermeiden psychopathologische Fachausdrücke, soweit sie nicht Einzug in die Umgangssprache erhalten haben. Die erhobenen Skalenwerte bieten in differenzierter Weise diagnostische Anhaltspunkte für spezifische Belastungen, so dass weitere vertiefende testpsychologische Untersuchungen erfolgen können.

BDI

Das Beck-Depressions-Inventar ist die weltweit am häufigsten verwendete Selbstbeurteilungsskala zur Erfassung depressiver Symptomatik. Die Skala umfasst 21 Items, die mit den Buchstaben A bis U gekennzeichnet sind und jeweils vier Aussagen enthalten, die - auf einen Bereich depressiver Symptomatik bezogen - Schweregrade unterscheiden. Die Items betreffen im Einzelnen:

- A: Traurigkeit
- B: Pessimismus
- C: Versagen
- D: Unzufriedenheit
- E: Schuldgefühle
- F: Strafwünsche
- G: Selbsthass
- H: Selbstanklagen

- I: Suizidimpulse
- J: Weinen
- K: Reizbarkeit
- L: Soziale Isolation
- M: Entschlussunfähigkeit
- N: Negatives Körperbild
- O: Arbeitsunfähigkeit
- P: Schlafstörungen
- Q: Ermüdbarkeit
- R: Appetitverlust
- S: Gewichtsverlust
- T: Hypochondrie
- U: Libidoverlust

Die Itemstufen sind mit 0 bis 3 gekennzeichnet, die Beantwortung erfolgt durch Auswahl der Aussage, die auf den gegenwärtigen Zustand des Rehabilitanden am ehesten zutrifft.

HEISA

Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ (HEISA-38) erfassen die Zuversicht Drogenabhängiger in 38 rückfallkritischen Situationen dem Konsum ihrer Problemdroge widerstehen zu können (Kompetenzüberzeugungen, Kompetenzzuversicht bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen). In der verwendeten Fassung bestehen die HEISA-Skalen aus 38 (HEISA-38) Items, die Rückfallrisikosituationen für vier faktoriell abgesicherte Bereiche (unangenehme Gefühle, Versuchungen und Verlangen, Leichtsinngigkeit im Denken und angenehme Gefühle) beschreiben. Für jede der Situationen (z. B. Ich bin zuversichtlich, dem Konsum meiner Problem drogen widerstehen zu können, wenn ich plötzlich den Drang nach Drogen verspüre) soll die Zuversicht, diese Situation ohne die bisherigen Suchtmittel bewältigen zu können, auf einer sechsstufigen Skala von 0 (überhaupt nicht zuversichtlich) bis 100 (total zuversichtlich) angegeben werden.

Tests, die regelmäßig in der Aufnahme- phase zur Befunderhebung eingesetzt werden:

SKID

SKID-I und SKID-II werden in der Fachklinik Hamburg-Mitte bei Rehabilitanden mit psychischen Störungen eingesetzt.

Das SKID-I dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) auf Achse I definiert werden. Außerdem werden Kodierungsmöglichkeiten für die Beurteilung von Achse III (körperliche Störungen) und Achse V (Psychosoziales Funktionsniveau) angeboten. Folgende DSM-IV-Diagnosen können im SKID-I auf Achse I beurteilt werden: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch Psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

Das SKID-II ist ein Verfahren zur Diagnostik der zehn auf Achse-II sowie der zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen. Das SKID-II ist ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen, dessen Items die Kriterien des DSM-IV repräsentieren und der als Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen dient. Im nachfolgenden Interview brauchen dann nur noch diejenigen Fragen gestellt zu werden, für die im Fragebogen eine «ja»-Antwort angekreuzt wurde. Durch dieses zweistufige Verfahren wird eine vergleichsweise geringe Durchführungszeit für das Interview erreicht.

FAMOS

Der Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) wird in der Fachklinik eingesetzt, um motivationale Ziele von Rehabilitanden im Sinne von zentralen Komponenten motivationaler Schemata zu erfassen. Die motivationalen Ziele werden als Annäherungsziele (14 Skalen, z.B. Inti-

mität/Bindung, Status und Leistung) und Vermeidungsziele (9 Skalen, z.B. Alleinsein/Trennung, Geringschätzung und Versagen) mit insgesamt 94 Items erfasst. Die Iteminhalte wurden hierfür aus plan- und schema-analytischen Fallkonzeptionen von Psychotherapiepatienten gewonnen. Neben einem Selbstbeschreibungsbogen existiert auch ein Fremdbeschreibungsbogen für Therapeuten, der die gleichen Skalen erfasst.

INK

Der Inkongruenzfragebogen (INK) wird als Selbstbeurteilungsinstrument eingesetzt, um die unzureichende Umsetzung motivationaler Ziele (Inkongruenz) von Rehabilitanden erheben zu können. FAMOS und INK sind in der psychologischen Diagnostik der Fachklinik wichtige Testverfahren um therapeutische Rehabilitationsziele zu generieren. Die Testergebnisse sind z. B. ein Entscheidungskriterium für die Festlegung von Expositionen, die in der Entwöhnungsphase II vorgesehen sind. Die Umsetzung von Annäherungs- und Vermeidungszielen wird im INK auf 14 bzw. 9 Skalen mit insgesamt 94 Items erfasst. Iteminhalte und Skalenstruktur sind vom Fragebogen Motivationaler Schemata (FAMOS; Grosse Holtforth & Grawe 2002) übernommen. Während der FAMOS die Intensität motivationaler Ziele (Wichtigkeit bzw. Schlimmsein) misst, erfasst der INK den Grad unzureichender Umsetzung dieser motivationalen Ziele (Zufriedenheit mit der Umsetzung von Annäherungszielen bzw. Eintreffen von Vermeidungszielen). Annäherungsziel-Skalen sind Intimität/ Bindung, Geselligkeit, Anderen helfen, Hilfe bekommen, Anerkennung/Wertschätzung, Überlegensein/Imponieren, Autonomie, Leistung, Kontrolle haben, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Das Leben auskosten, Selbstvertrauen/Selbstwert und Selbstbelohnung. Vermeidungsziel-Skalen sind Trennung, Geringschätzung, Erniedrigung/Blamage, Vorwürfe/Kritik, Abhängigkeit/Autonomie-

verlust, Spannungen mit anderen, Sich verletzbar machen, Hilflosigkeit/Ohnmacht und Versagen. Drei zusammenfassende Werte werden aus den Skalen des INK gebildet: Inkongruenz bzgl. Annäherungszielen (INK-A) und Inkongruenz bzgl. Vermeidungszielen (INK-V) sowie der Inkongruenz-Gesamtwert (INK-G).

Klinische Tests, die aufgrund anamnestischer Hinweise zur diagnostischen Abklärung durchgeführt werden

IES-R

Aufgrund der hohen Prävalenz traumatisierter Rehabilitanden wird in der Fachklinik ein entsprechender Test zur diagnostischen Abklärung eingesetzt. Die Impact of Event Scale-revidierte Version (IES-R: dt. Version: Maercker & Schützwohl, 1998) ist ein standardisiertes Instrument zur Selbstbeurteilung posttraumatischer Belastungsreaktion und damit wesentlicher negativer Traumafolgen. Beurteilungszeitraum sind die letzten sieben Tage. Der Fragebogen umfasst Items zu den drei Symptombereichen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) Intrusion, Vermeidung und Übererregung. Die Fragen werden auf einer vierstufigen Skala von „0“ (überhaupt nicht) bis „5“ (oft) kodiert. Für die Symptomprävalenzauswertung wurden die beiden höchsten Werte als Vorliegen der Symptomatik gewertet. Die IES-R verfügt über zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften (Maercker & Schützwohl, 1998).

IES – 27

Die Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung (IES-27) wird im stationären Setting der Fachklinik im Bereich der Klinischen Diagnostik bei Rehabilitanden mit Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) angewendet werden. Darüber hinaus liefert der IES-27 mit der Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen

Dysregulation Hinweise auf typische impulsive Verhaltens- und Erlebensweisen und damit Entscheidungshilfen für die Zuweisung zu den konzeptionell vorgesehenen Indikationsangeboten. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 27 Items. Jedes Item beschreibt ein Symptom, welches nach der Häufigkeit des Auftretens im zurückliegenden Monat bewertet werden soll. Dabei stehen fünf Antwortstufen von »gar nicht« bis »mehrmals täglich« zur Verfügung. Die IES-27 kann zu Screeningzwecken eingesetzt werden, um Patienten mit Verdacht auf BPS zu identifizieren. Im psychotherapeutischen Setting liefert die Skala Hinweise für die Therapieplanung. Die IES-27 ist veränderungssensitiv und empfiehlt sich daher als Evaluationsmaß für den Therapieerfolg.

Leistungstests, die regelmäßig eingesetzt werden und durch Testwiederholung der Therapieevaluation dienen:

d2

Der Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2) wird in der Fachklinik zur Untersuchung der individuellen Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit eingesetzt. Neben seiner Bedeutung für die berufliche Orientierung im Rahmen der Arbeits- und Betriebspsychologie (Berufsberatung, Eignungsdiagnostik) findet er Verwendung in der klinischen Psychologie (u. a. zur diagnostischen Klärung der ADHS).

Der Test d2 stellt eine standardisierte Weiterentwicklung der sog. Durchstreichtests dar. Er misst Tempo und Sorgfalt des Arbeitsverhaltens bei der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize (Detail-Diskrimination) und ermöglicht damit die Beurteilung individueller Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen.

Würzburger Screening

Mit Hilfe des Würzburger Screenings kann die Entscheidung getroffen werden, ob

bei einem Antragsteller auf medizinische Rehabilitation bzw. einem Rehabilitanden berufliche Problemlagen und der Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen vorliegen. Das Screening ist jedoch nicht dafür konzipiert, eine Aussage über die Ursachen und die indizierten Maßnahmen zur Behebung einer solchen Problemlage zu treffen. Zur bedarfsgerechten Behandlungssteuerung ist zusätzlich zum Würzburger Screening eine fundierte medizinische und berufsbezogene Diagnostik unerlässlich.

Das Würzburger Screening ist für Frauen und Männer zwischen 18 und 65 Jahren und den Einsatz in zwei Bereichen konzipiert:

- Zuweisungssteuerung für Antragsteller auf medizinische Rehabilitation bei sozialmedizinischen Diensten
- Behandlungsplanung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Die Klinikversion besteht aus den Skalen BB, SE und „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten“ (IBT). Sie umfasst neun Items und ist zum Einsatz in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gedacht. Sie bietet zu Beginn der Rehabilitation eine Hilfestellung für eine bedarfsgerechte Behandlungsplanung im Hinblick auf berufsbezogene Maßnahmen während der medizinischen Rehabilitation.

Tests, die im Rahmen der beruflichen Orientierung zur Abklärung der Leistungs- und Motivationsstruktur bei Bedarf eingesetzt werden:

LPS

Das Leistungsprüfsystem (LPS) fußt auf den Veröffentlichungen von Thurstone. 14 Untertests erfassen Thurstones Primärfaktoren, eine Arbeitskurve soll zudem Ausdauer, Motivation und Konzentration testen; erklärtes Ziel des Autors: ein höchst zweckmäßiges, ökonomisches Diagnoseinstrument zu schaffen, das die Begabungsstruktur von

Jugendlichen und Erwachsenen im gesamten Leistungsspektrum erfassen soll. Jeder der wichtigsten Primärfaktoren der Begabung wird mit zwei Untertests von je wenigstens 40 Aufgaben erfasst, um das Begabungsprofil abzusichern (Primärfaktoren: Sprachverständnis; schlussfolgerndes Denken; Wortflüssigkeit; Feldabhängigkeit, Gedächtnis; Raumvorstellung; Auffassungsgeschwindigkeit; Umgang mit Zahlen).

DIAMO

Ein diagnostisches Anliegen ist es, Rehabilitanden nach ihrer Motivationsstruktur zu gruppieren und ihnen entsprechende psychosoziale Interventionen bzw. Motivationstrainings im Hinblick auf eine ergebnisorientierte und effiziente Rehabilitation anzubieten. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei den beiden Bereichen Misserfolgvermeidung (MS) und Zielinhibition (MH) gewidmet werden. Erhöhte Werte zeigen im Bereich Misserfolgvermeidung passiv-resignative motivationale Tendenzen und im Bereich Zielinhibition vermeidendes Verhalten an. Das könnte als Hinweis für eine geringe Arbeitsmotivation interpretiert werden. Bei Rehabilitanden mit inhibierten Verhaltens-tendenzen wäre außerdem abzuklären, ob sie sich möglicherweise schon in einem Prozess innerer Kündigung bezüglich ihrer Berufsbiografie befinden.

4.7.3 Medizinische Behandlung

Der Leitende Arzt der Fachklinik Hamburg-Mitte legt bei der medizinischen Aufnahme und der Befundung zusammen mit dem Rehabilitanden die somatischen Ziele während der Rehabilitation fest. Hierbei bezieht er etwaige Vorbefunde, Vorerkrankungen und die beruflichen Ziele mit ein und erfasst den körperlichen Gesundheitszustand und die daraus resultierenden Funk-

tionsdefizite im Sinne der ICF. Im weiteren Verlauf werden interkurrente Erkrankungen ebenso berücksichtigt wie die Befunde und erarbeiteten Ziele der anderen an der Behandlungsplanung beteiligten Professionen also Reha-Pflege, Hauswirtschaft, Ergo- und Physiotherapie. Er koordiniert zusammen mit der psychotherapeutischen Leitung die Therapieplanung und die Gestaltung der Reha-Maßnahmen. Falls erforderlich, werden während der Rehabilitation schon Nachsorgepläne unter besonderer Berücksichtigung der Reintegration in das Erwerbsleben, an den bestehenden Arbeitsplatz, in die Familie und in die Gesellschaft erstellt. Die ärztliche Leitung bahnt weitere therapeutische oder medizinische Leistungen für die Zeit nach der Rehabilitation an, falls dies notwendig ist. Über den gesamten Reha-Prozess stellen ärztliche und psychotherapeutische Leitung sicher, dass die erhobenen Befunde, der Behandlungsverlauf sowie die sozialmedizinischen Daten dokumentiert werden, so dass die Entlassungsberichte innerhalb von 14 Tagen fertig gestellt werden können. Beide erstellen verantwortlich den Plan für die Fort- und Weiterbildung des Reha-Teams. Ebenso organisieren sie auch die Einbeziehung der Teammitglieder an internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Darüber hinaus sind die Implementierung rehawissenschaftlicher Methoden und deren Evaluierung wesentliche Aufgaben ihrer Leitungstätigkeit. Psychiatrische Kompetenz wird durch regelmäßige Konsile sowie auch anlassbezogen (bei differentialdiagnostischer Abklärungsnotwendigkeit) durch einen erfahrenen Facharzt sichergestellt. Die Konsiliar-Psychiater der Fachklinik Hamburg-Mitte vertreten auch den leitenden Arzt während dessen Urlaub und Krankheit. Außerhalb der regulären Arbeitszeit ist die ärztliche und therapeutische Rufbereitschaft eingerichtet, so dass während der Nachtstunden sowie an Sonn- und Feiertagen stets die Leitung erreichbar ist.

Das ärztliche und psychotherapeutische Leitungsteam ist in die Öffentlichkeitsarbeit der Fachklinik Hamburg-Mitte eingebunden und pflegt regelmäßige Kontakte mit zuweisenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, den Leistungsträgern, wissenschaftlichen Institutionen und Universitäten sowie Selbsthilfegruppen und Krankenkassen.

Mit ihrer Kompetenz und ihrer langjährigen Behandlungserfahrung von substanzabhängigen Menschen stellen die ärztliche und psychotherapeutische Leitung der Fachklinik Hamburg-Mitte die interdisziplinäre Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams sicher. Durch Kontakte mit Hausärzten, Betriebsärzten und Nachsorgeeinrichtungen wird die Vernetzung hergestellt. Die offenen Sprechzeiten des leitenden Arztes werden den Rehabilitanden im Wochenplan bekannt gegeben.

Der leitende Arzt verfügt über die Fachkunde *Suchtmedizinische Grundversorgung* und behandelt die Rehabilitanden, die Übergangswise Substitutionsmittel verabreicht bekommen, auf der Grundlage der Richtlinien der Bundesärztekammer.

Für Rehabilitanden und deren Angehörige werden Veranstaltungen zu Rehabilitationsplänen und -zielen, Krankheitsentstehung, Krankheitsbewältigung und gesundheitsbildende Maßnahmen angeboten. Konzeption und Durchführung des Gesundheitstrainings werden interdisziplinär gestaltet. Um den Rehabilitanden die Bedeutung des Gesundheitstrainings für eine gesunde Lebensführung aufzuzeigen, die auch wesentliche Grundlage für die Erhaltung von Abstinenz ist, wirkt er aktiv an der praktischen Durchführung mit.

Wöchentlich wird für alle Rehabilitanden durch die ärztliche und psychotherapeutische Leitung, unter Beteiligung der in die Behandlung einbezogenen Teammitglieder, eine Visite durchgeführt, in der die ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung, sozialme-

dizinische Beurteilung und der Therapieverlauf überwacht und der psychotherapeutische Prozess berücksichtigt werden.

Die ärztliche und psychologische Diagnostik (unter Einbeziehung des Facharztes für Psychiatrie) ist unabdingbar für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme und für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Die Schwere der Erkrankungen, die daraus resultierenden Funktionsstörungen und der Umfang der Begleit- und Folgekrankheiten werden festgestellt. Unter Zuhilfenahme der vorliegenden Befunde wird der Umfang der darüber hinaus notwendigen zusätzlichen Untersuchungen in der Klinik festgelegt. Die körperliche Belastbarkeit, Stoffwechselkrankheiten, kardiopulmonale, gastroenterologische, neurologische Krankheiten und psychische Co-Morbidität werden erfasst. Neben der ärztlichen und psychiatrischen/psychologischen Untersuchung und Befunderhebung besteht bei auffälligen Befunden, aber auch als Routine die Möglichkeit zu klinisch-chemischer Labordiagnostik (Alco-Test, Drogenscreening) und zusätzlichen fachärztliche Konsiliaruntersuchungen durch die Kooperationspartner der Fachklinik Hamburg-Mitte.

So werden bei chronischer Infektion mit Hepatitis B oder C sowie mit HIV in der Aufnahmephase die Möglichkeiten der Therapie und ein günstiger Zeitpunkt hierfür gemeinsam mit dem Rehabilitanden erarbeitet und gegebenenfalls während der Rehabilitation in Zusammenarbeit mit dem Hamburger IFI und dem UKE eingeleitet oder eine bestehende Behandlung fortgeführt. Analog wird bei weiteren möglichen Suchtfolgeerkrankungen wie alkoholbedingter Diabetes mellitus verfahren.

Ein besonderer medizinischer Behandlungsschwerpunkt in der Fachklinik Hamburg-Mitte ist die Tabakentwöhnung bei COPD.

Tabakentwöhnung bei COPD

Die meisten drogenabhängigen Menschen rauchen – nicht nur Tabak, sondern auch Substanzen wie Cannabis, Heroin oder Crack. Langjähriger inhalativer Drogenkonsum (zu dem auch der Tabakrauch zu zählen ist) führt zur Beeinträchtigung der Lungenfunktionen, häufig mit chronischem Effekt. Die Zahl von abhängigen Menschen mit ernst zu nehmenden Atemwegserkrankungen nimmt stetig zu. In der medizinischen Rehabilitation Abhängiger ist die Abstinenz von illegalisierten Drogen und Alkohol ein vorrangiges Ziel, das nicht in Frage gestellt werden kann. Nikotinabhängigkeit ist daran gemessen ein „Epiphänomen“. Deswegen wird das Tabakrauchen (von den Betroffenen gerne) als „einziger Lebensspaß, der noch bleibt“ betrachtet.

Tabakrauchen ist jedoch der wesentliche Risikofaktor bei COPD. Fortgesetzter Tabakkonsum ist mit einer ungünstigen Prognose in Hinblick auf die Atemwegsbeschwerden verbunden. „Die Tabakentwöhnung (hingegen) zeigt positive Effekte auf die Symptomatik, den Verlauf der Lungenfunktion und die Mortalität bei Patienten mit COPD. Eine Verbesserung der Lungenfunktion und die Minderung der Beschwerden sind nicht zu erwarten, wenn der Tabakkonsum lediglich reduziert wird.“ (Hauptaussagen der Leitlinien: Tabakentwöhnung bei COPD).

Die Fachklinik Hamburg-Mitte bietet Rehabilitanden, die unter COPD leiden, ein Tabakentwöhnungskonzept, das entsprechend der AWMF-Leitlinie (Nr. 020/005), sowohl medikamentöse als auch psychosoziale Unterstützung umfasst. Ein wesentlicher Schwerpunkt bei der Tabakentwöhnung liegt dabei auf der motivationalen Ebene, die Rehabilitanden zu einer neuen Einstellung in Bezug auf ihren Tabakkonsum zu bewegen. Zur Motivationssteigerung werden Strategien gemäß dem transtheoretischen Modell verwendet, die geeignet sind, die **Relevanz**

der **Tabakabstinenz**, die **Risiken durch die Fortsetzung** des Konsums, aber auch die **Reize und Vorteile des Verzichts** zu verdeutlichen. In der Behandlungsstrategie finden (befürchtete) **Hindernisse und Schwierigkeiten** sowie Ambivalenzen (wie Freude am Rauchen) Berücksichtigung. Die medikamentöse Unterstützung bei der Tabakentwöhnung wird in der Fachklinik Hamburg-Mitte auf die individuellen Besonderheiten der Rehabilitanden (wie Menge der täglich gerauchten Zigaretten) aber auch auf Vorlieben für Nikotin-Kaugummi oder -Pflaster etc. eingestellt. Das Konzept sieht einen frühen Behandlungsbeginn im Reha-Verlauf vor, weil die Nikotinersatztherapie mindestens 8 Wochen durchgeführt werden soll. Darüber hinaus sollen Raucher, die nicht ausstiegswillig waren, mit den genannten motivationsfördernden Strategien wiederholt angesprochen werden können.

Nach der AWMF-Leitlinie hat die Tabakentwöhnung einen positiven Effekt auf:

- Lungenfunktion, insbesondere Einsekundenkapazität (FEV₁)
- Diffusionskapazität

- Luftnot
- Husten
- Sputumproduktion
- Giemen (Wheezing)
- Bronchiale Hyperreagibilität
- Entzündung / Infekte der Atemwege
- Exazerbationsrate
- Mortalität

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengespräche werden in der Fachklinik Hamburg-Mitte auf verhaltenstherapeutischer Grundlage im Co-Therapeutensystem durchgeführt. Sie sind die Kernelemente der Entwöhnungsbehandlung. Bei der Planung und Durchführung der Rehabilitation orientiert sich das Team der Fachklinik am therapeutischen Setting der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, das eine Kombination aus therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen sowie

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Vortrag: Rehabilitation	Co70 Vortrag: Rehabilitation	60	1	1	alle
Visite		90	1	alle	alle
Arzt, Sprechstunde		25	3	1	
Arzt, Einzel	Co10 Ärztliche Beratung	60	1	1	4
Akupunktur	Fo89 Sonstige Entspannungsverfahren, Einführung in der Gruppe Fo99 Sonstige Entspannungsverfahren, Durchführung in der Gruppe	30	2	1	12
Tabakentwöhnung	G093 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Tabakentwöhnung	60	1	2	12

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

anderen Angeboten vorsieht. Im Wesentlichen wurde dieses Behandlungssetting wie auch der -algorithmus in die awmf-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen übernommen, auf die sich das Konzept der Fachklinik stützt. Aufgrund der hohen Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bestimmt dieser Ansatz die therapeutische Strategie in der Fachklinik Hamburg-Mitte.

Es gibt drei indikationsgeleitete Problemlösegruppen („unabhängig werden“, „Kontrolle behalten“, „Selbstbewusstsein stärken“, siehe auch P. 4.2), welche fortlaufend über den gesamten Verlauf der Entwöhnungsphase I stattfinden. Jeder Rehabilitand wird nach eingehender Diagnostik während der Aufnahme phase einer dieser Gruppen zugeordnet, welche dann im Therapieverlauf die Bezugsgruppe für ihn darstellt. Stellt sich anhand der Verlaufsdagnostik heraus, dass ein Wechsel in eine der anderen Problemlösegruppen sinnvoll wäre, so ist dies möglich.

Die **Problemlösegruppe „unabhängig werden“** wendet sich an Rehabilitanden ohne spezifische Zusatzindikation neben der Abhängigkeitsproblematik. Ziele dieser Gruppe sind: Aufbau von Problemlösefertigkeiten, Entwicklung von Lösungs- bzw. Veränderungsmöglichkeiten für das individuelle Problem bzw. Störungsbild, Förderung des Problembewusstseins und der Selbstreflexion, Verstehen der eigenen Verhaltens- und Reaktionsweisen (Störungsmodell), Auseinandersetzung mit Gefühlen, Verbesserung des Interaktionsverhaltens, Unterstützung anderer bei deren Problemlösungen.

Die **Problemlösegruppe „Kontrolle behalten“** wendet sich an Rehabilitanden mit Störungen der Impulskontrolle (siehe auch P. 4.2). Ziele dieser Gruppe sind neben dem Aufbau von Problemlösefertigkeiten die Verbesserung von Kommunikations-/ Interaktionsverhalten, die Entwicklung eines Bewusstseins für eigene Verhaltensabläufe mit dem Ziel der Steuerung und Veränderung

nach dem Prinzip „Erst denken, dann handeln“. Die Teilnehmer sollen lernen, eigenes Verhalten nicht zu verharmlosen, Verantwortung für eigene Handlungen zu übernehmen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist eine Sensibilisierung für Aggressivität und Einschüchterung im eigenen Verhalten. In dieser Gruppe soll neben selbstreflexiven Anteilen auch die Möglichkeit zur Erprobung und Einübung respektvoller Verhaltens- und Konfliktlösemöglichkeiten (zunächst im Rollenspiel, später außerhalb) gegeben sein. Die **Problemlösegruppe „Selbstbewusstsein stärken“** richtet sich an selbstunsicher-vermeidende Rehabilitanden. Ziele sind hier neben dem Aufbau von Problemlösefertigkeiten und der Entwicklung von Lösungs- bzw. Veränderungsmöglichkeiten für das individuelle Störungsbild die Identifikation eigener Stärken, die Steigerung der Selbstakzeptanz, der Umgang mit Gefühlen von Scham/ Schuld. Ein wesentliches Ziel ist darüber hinaus die Verbesserung von Kommunikations- und Interaktionsverhalten sowie die Entwicklung eines Bewusstseins für eigene Verhaltensabläufe mit dem Ziel der Steuerung und Veränderung. Rückzugstendenzen sollen nach Möglichkeit aufgebrochen werden und auch in dieser Gruppe besteht die Möglichkeit, nach Erarbeitung neuer Verhaltensstrategien diese auch in vivo zu erproben (Rollenspiel, außerhalb).

In der Aufnahme phase wird der Restenzügigkeit vieler Rehabilitanden Rechnung getragen und zunächst zweimal wöchentlich eine **Motivationsgruppe** angeboten, mit dem Ziel, an den therapeutischen Prozess durch die Stärkung der Abstinenzentscheidung heranzuführen. Mit der Erprobungsphase der Entwöhnungsbehandlung (Entwöhnungsphase II), für die maximal drei Wochen vorgesehen ist, werden entsprechend dem transtheoretischen Modell (siehe Punkt 4.1.3) die problemorientierten Gruppengespräche zugunsten einer Einzeltherapeu-

tischen Begleitung und Unterstützung der Expositionen in vivo beendet. In dieser Phase werden wöchentlich zwei therapeutische Einzelgespräche angeboten, die jeweils der Vor- und Nachbereitung des Erprobungsvorhabens dienen.

Die oben beschriebenen Problemlösegruppen flankierend werden in der **Entwöhnungsphase I** folgende weitere Gruppen angeboten. Bei der Zuweisung zu diesen Gruppenangeboten werden die Indikationsstellungen für die Problemlösegruppen berücksichtigt, so dass der auf gegenseitiges Vertrauen angewiesene Therapieprozess durch weitgehende Gruppenkonstanz und hoher Angebotsfrequenz innerhalb der Bezugsgruppe gewährleistet bleibt:

- Rückfallpräventionstraining
- Sozialtherapeutische Aktivgruppe
- Soziales-Kompetenz-Training
- Achtsamkeitstraining

Mit Beginn der **Entwöhnungsphase I** ist für jeden Rehabilitanden je nach Indikation die Teilnahme am „**Rückfallpräventionstraining Alkohol**“ oder „**Rückfallpräventionstraining Drogen**“ (Go94) (nach den Manualen von Altmannsberger bzw. Klos und Görger) vorgesehen. Ziele des Rückfallpräventionstrainings sind Einsicht in die Funktionalität des Problemverhaltens, Erwerb von kurz- und mittelfristigen Bewältigungsstrategien, positive Abstinenzentscheidung sowie Entwicklung und Förderung der Abstinenzfähigkeiten. Das Training findet jeweils einmal wöchentlich für 90 min. statt, die Teilnahme an 15 Sitzungen ist für jeden Rehabilitanden Pflicht. Ein Einstieg in das fortlaufende Training ist jederzeit möglich, um so zu gewährleisten, dass jeder Rehabilitand dieses Angebot direkt von Beginn an erhalten kann. Die **Sozialtherapeutische Aktivgruppe** (Do90) ist ebenfalls ein zentraler Therapiebaustein, an dem die Teilnahme für alle Rehabilitanden über den Verlauf der Entwöh-

nungsphase I Pflicht ist. Diese Gruppe findet einmal wöchentlich für 60 Minuten statt. Ein Einstieg ist jederzeit möglich. Ziel der Gruppe ist die Verbesserung der sachbezogenen Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten. Grundlegendes Prinzip der Gruppe ist die Trennung von Person- und Sachebene (siehe auch „Vier Seiten einer Nachricht“). Darüber hinaus erhält jeder neue Rehabilitand zu Beginn die Gesprächsregeln, auf welche im Verlauf immer wieder verwiesen wird. Es werden Texte zu moralischen Alltagsproblemen diskutiert.

Das **Gruppentraining sozialer Kompetenzen** (Go62) (nach Hinsch & Pfingsten, 2007) ist ein indikatives Angebot, das sich an Rehabilitanden, welche selbstunsichere und/ oder aggressive Verhaltensweisen zeigen, richtet. Ziele sind die Sensibilisierung für und Einübung von angemessenem, selbstsicherem Verhalten zwecks Erfolg in Beruf und Privatleben, die Stärkung von Selbstsicherheit im Umgang mit unterschiedlichen Situationen sowie ein kompetenter und konstruktiver Umgang mit Kritik. Ein wichtiges Element in diesem Angebot ist die Einübung neuer Verhaltensweisen im Rollenspiel. Ein Einstieg ist auch hier jederzeit möglich. Das Training findet wöchentlich 90 min. statt. Jeder Rehabilitand sollte an 12 Sitzungen teilnehmen. Das **Achtsamkeitstraining** (nach Bohus & Wolf, 2008) ist ein fortlaufendes Angebot für alle Rehabilitanden und beginnt bereits in der ersten Woche der Aufnahmephase. Ziel ist eine verbesserte Selbstwahrnehmung, um so zum einen frühzeitig Stress vermeiden bzw. reduzieren zu können und zum anderen Gefahrensituationen vorbeugen zu können. Weitgehend automatisch ablaufende Impulse und Reaktionen sollen zunächst wahrgenommen und im Verlauf allmählich verändert werden. Das Training hat einen sehr großen Übungsanteil, um anhand sinnlicher Erfahrungen einen besseren Zugang zu eigenen Emotionen und Körperreaktionen zu ermöglichen.

Seit dem Erscheinen umfänglicher Berichte zur Gesundheit von Frauen (1999) und Männern (Männergesundheitsbericht 2010) ist die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte in Therapie und Rehabilitation unumgänglich. Vor allem bei Abhängigkeitskranken zeigen sich in ausgeprägter Weise gesundheitsbelastende, riskante Verhaltensweisen, die sich aber geschlechtsspezifisch deutlich unterscheiden. „Gendersensibilität sollte systematisch im Angebotsspektrum von Einrichtungen implementiert werden: Gleich zu Beginn der Betreuungsprozesse sollte die Anamnese bzw. die Diagnostik die Geschlechterrollen und die spezifischen Sozialisationsbedingungen als (Frau oder Mann) systematisch in den Blick nehmen. Die (Frauen oder Männer) sollten wählen können, ob sie mit einer weiblichen oder einer männlichen Fachkraft das Erstgespräch führen, zumindest sollte jedoch für die längerfristige Betreuung Wahlfreiheit bezüglich des Geschlechts der Fachkraft bestehen. Auch in der Zielbeschreibung und Planung der Betreuung/Therapie müssen geschlechterspezifische Elemente und Vorgehensweisen berücksichtigt werden.“ (Martina Schu/Tom Wünsche u. a.: Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, S. 143). Die Fachklinik Hamburg-Mitte folgt diesen Empfehlungen.

In der Frauen- resp. Männergruppe, die sich über die gesamte Zeit der Entwöhnungsphase I erstreckt, werden – orientiert an den Therapie-Tools: Offene Gruppen 1 von Lindenmeyer (S. 265 ff) – Themen zur weiblichen und männlichen Identität bearbeitet. Diese themenzentrierten Gruppen werden ausschließlich von dem jeweiligen Geschlecht zugehörigen Therapeuten durchgeführt. Ziele dieser eher unstrukturierten Gruppen sind:

- „Erhöhung von Selbstachtung, Selbstfürsorge und Selbstbestimmung

- Reflexion und Optimierung von Kommunikationsmustern und Beziehungsverhalten in Partnerschaft, Familie und am Arbeitsplatz
- Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen“ (ebenda)

In der **Adaptionsphase** treten die gruppen-therapeutischen Angebote zugunsten von Einzeltherapie und Praktikum/ Arbeit zunehmend zurück. Da jedoch weiterhin ein regelmäßiger angeleiteter Austausch mit anderen Betroffenen indiziert ist, um die eigene Stabilität zu erhöhen, gibt es auch in der Adaptionsphase eine Problemlösegruppe (**Problemlösegruppe Rückfallprävention** - G061). Ziele dieser Gruppe sind neben der Unterstützung in der zunehmend selbständigen Lebensführung Rückfallprävention im „realen“ ungeschützten Alltag, Sensibilisierung für Gefahren, Förderung des Bewusstseins für eigene Verhaltensabläufe mit dem Ziel der Steuerung und Veränderung sowie die Übernahme von Verantwortung für eigene Handlungen und Entscheidungen. Diese Gruppe ist während der Adaptionsphase Pflicht für alle Rehabilitanden und findet einmal wöchentlich während des gesamten Adaptionsverlaufs statt.

Neben dieser Gruppe gibt es während der Adaptionsphase einen weiteren Pflicht-Therapiebaustein für alle Rehabilitanden, nämlich das **Genusstraining** (G101). Da die meisten Rehabilitanden im Verlauf ihrer Abhängigkeit die Fähigkeit des Genießens verlernt haben bzw. nie erlernt haben, diese jedoch eine bedeutsame Resilienzfertigkeit darstellt, soll ihnen in dieser Gruppe das Thema Genuss näher gebracht werden. Ziele der Gruppe sind neben der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Sinneserfahrungen die Unterscheidung von Genuss, Missbrauch und Sucht sowie die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse. Genuss soll als positive Verstärkung erlebt und in den Alltag eingeplant werden, um das individuelle Wohlbe-

finden zu fördern und damit die Rückfallwahrscheinlichkeit zu senken.

Die **ATL-Gruppe „Haus und Hof“** richtet sich an alle Rehabilitanden. Ziele dieser Gruppe sind Wiederherstellung, Erhalt und Verbesserung der eigenständigen Lebensführung (Haushalt, Mahlzeitenzubereitung, Mobilität außer Haus/ alltagsorientierte Therapie). Die Frequenz liegt bei dreimal wöchentlich 30 Minuten. Es werden gemeinsame Aufgaben geplant und durchgeführt (z. B. Putzen, Verkehrsnetzplan lesen und U-Bahn fahren etc.).

Für alle Rehabilitanden, welche die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, besteht das Angebot einer einmal wöchentlich stattfindenden 50minütigen **Nachsorgegruppe (G190)**. In dieser Gruppe werden die genannten Ziele verfolgt: Aufrechterhalten der Krankheitseinsicht und einer positiven Abstinenzentscheidung, Bearbeitung von Problemen im Alltag, Festigung von (Rückfall-) Bewältigungsstrategien, Sensibilisierung für Gefahren nach der Therapie, Bedeutsamkeit von fortgesetzter Hilfeanspruchnahme nach Therapieende, Vorbereitung auf Risikosituationen.

Angebote		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Haus & Hof	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Bereichsversammlung, Haus A, Flur 1	D110 Bereichsversammlung, Vollversammlung	30	2	1	11
Bereichsversammlung, Haus A, Flur 2	D110 Bereichsversammlung, Vollversammlung	30	2	1	11
Bereichsversammlung, Haus B, Flur 1	D110 Bereichsversammlung, Vollversammlung	30	2	1	11
Bereichsversammlung Haus B, Flur 2	D110 Bereichsversammlung, Vollversammlung	30	2	1	11
Therapeutisches Einzel	G051 Psychotherapie	60	1	1	33
Therapeutisches Einzel (Adaption)	G051 Psychotherapie	60	0,5	1	11
Sozialpädagogisches Einzel	Do80 Sozialtherapeutische Einzelbetreuung	60	1	1	33
Sozialpädagogisches Einzel	Do80 Sozialtherapeutische Einzelbetreuung	60	0,5	1	11

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

Achtsamkeitstraining	F051 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung	90	1	1	12
Achtsamkeitstraining	F051 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung	90	1	1	12
Motivationsgruppe	G102 Psychoedukative Gruppe: Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen	60	2	2	4
Angehörigengespräch	G130 Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch; Do60 Angehörigengespräch einzeln	60		1	11
Paartherapie	G140 Paartherapie, Familientherapie, methodenübergreifend	90	0,5	2	4
Angehörigenseminar	G172 Angehörigenseminar für Erwachsene bei Abhängigkeitserkrankungen	50	0,25	1	
Haus A & Hof 1	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus A & Hof 2	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus A & Hof 3	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus A & Hof 4	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus A & Hof 5	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus B & Hof 1	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4

Haus B & Hof 2	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus B & Hof 3	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus B & Hof 4	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Haus B & Hof 5	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe	30	3	1	4
Freizeitkompetenz-Gruppe 1	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining	30	3	1	4
Freizeitkompetenz-Gruppe 2	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining	30	3	1	4
Freizeitkompetenz-Gruppe 3	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining	30	3	1	4
Freizeitkompetenz-Gruppe 4	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining	30	3	1	4
Sozialpädagogisches Einzel	Do80 Sozialtherapeutische Einzelbetreuung	60	1	1	18
Aktivgruppe 1	Do90 Sozialtherapeutische Aktivgruppe	60	1	2	9
Aktivgruppe 2	Do90 Sozialtherapeutische Aktivgruppe	60	1	2	9
Problemlösegruppe: „unabhängig werden“	Go61 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Problemlösegruppe	90	1	2	8

Problemlösegruppe: „Kontrolle behalten“	Go61 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Problemlösegruppe	90	1	2	8
Problemlösegruppe: Selbstbewusstsein stärken	Go61 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Problemlösegruppe	90	1	2	8
RPT (Alkohol)	Go94 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprävention	90	1	2	12
RPT (Drogen)	Go94 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprävention	90	1	2	12
Persönlichkeitsstile	Go62 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Training sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten	90	1	2	12
Soziales-Kompetenz-Training	Go62 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Training sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten	90	1	2	12
Begleitung (Ergo)	Do48 Hausbesuch, Dienstgang, Therapiefahrt	120	1	1	2
Angehörigengespräch	G130 Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch; Do60 Angehörigengespräch einzeln	60	1	1	6
Freizeitkompetenz-Gruppe 1	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining	30	3	1	4
Freizeitkompetenz-Gruppe 2	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining	30	3	1	4
Freizeitkompetenz-Gruppe 3	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining	30	3	1	4

Problemlösegruppe: Rückfallprävention (Adaption)	Go61 Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Problemlösegruppe	90	1	2	11
Genustraining	G101 Psychoedukative Gruppe: Genustraining	60	2	2	11
Physiotherapie, Gruppe	A091 Gymnastikgruppe mit verhaltenstherapeutischer Zielsetzung	60	2	1	

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Neben den bereits unter 4.1.4.3 „Das Konzept der beruflichen Orientierung in der Fachklinik Hamburg-Mitte“ dargestellten Verfahren und Trainings werden die folgenden arbeitsbezogenen Gruppen vorgehalten:

Förderung beruflicher Motivation – ZAZO-Training (Go63): Dieses Training richtet sich an Rehabilitanden, welche noch ambivalent bzgl. einer Arbeitsaufnahme sind. Ziele des ZAZO-Trainings sind die Klärung der eigenen Motivation hinsichtlich einer Arbeitsaufnahme/ Weiterbildung, die Klärung von Gründen für mögliches bisheriges Versagen, das Ausloten eigener Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt, ein Verständnis für die Funktion von Arbeit sowie die Entwicklung von Lösungs- und Veränderungsmöglichkeiten für die individuellen arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden. Das Training, bestehend aus acht aufeinander aufbauenden Sitzungen, sollte in der Entwöhnungsphase I einmal wöchentlich 90 Minuten besucht werden. Hier ist ein zeitunabhängiger Einstieg ungünstig, da die Sitzungen aufeinander aufbauen.

An den Abschluss dieses Trainings schließt sich je nach Indikation die Teilnahme an der Gruppe Vorbereitung auf die Erwerbstätigkeit oder Alltagsplanung an.

Die Gruppe „**Berufliche Orientierung**“ (Do51) richtet sich an Rehabilitanden, welche bereits das ZAZO-Training absolviert haben oder von Beginn an, motiviert sind, zu arbeiten. Die Gruppe schließt an das ZAZO-Training an, findet einmal wöchentlich 60 Minuten statt und hat eine aufeinander aufbauende Sitzungsstruktur. Ziele der Gruppe sind die Reflexion und Auswertung bisheriger Arbeitserfahrungen oder aber deren Mangel, das Erkennen eigener Stärken und Schwächen, die Förderung grundlegender Arbeitskompetenzen und die Steigerung von Selbstsicherheit.

Für arbeitslose Rehabilitanden, die ausreichende reale Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben, findet in der Entwöhnungsphase II sowie in der Adaptionphase das **Bewerbungstraining** (Do53) statt. Dieses soll den Rehabilitanden Selbstvertrauen bzgl. eigener Stärken und Interessen geben, zudem Sicherheit im Umgang mit unbekanntem Situationen vermitteln. Bewerbungsverfahren und –unterlagen werden gemeinsam vorbereitet. Es werden Möglichkeiten der Stellensuche vermittelt und eingeübt. Die Gruppe findet neun Mal statt mit einer Frequenz von einmal wöchentlich à 45-60 Minuten. Ein Besuch beim Berufsinformationszentrum (BIZ) Hamburg gehört ebenfalls zum Programm. Für diejenigen Rehabilitanden, für die ein Einstieg in die reguläre Arbeitswelt unrealis-

tisch ist, gibt es am Ende der Entwöhnungsphase die Gruppe **Alltagsplanung** (D051). Hier werden Funktion und Bedeutung von Arbeit für das eigene Wohlbefinden vermittelt und damit auch die Bedeutung unbezahlter Arbeit als tagesstrukturierendes und sinnstiftendes Element verdeutlicht. Diese Gruppe besteht ebenfalls aus neun aufeinander aufbauenden Sitzungen, die wöchentlich 45-60 Minuten dauern.

Die reguläre Essenszubereitung wird als internes Beschäftigungs- und Erprobungsfeld für die Arbeitstherapie unter Anleitung der Hauswirtschaftsleiterin genutzt. Diese stellt gemeinsam mit der Gruppe interessierter Rehabilitanden einen Essensplan für die Woche nach Gesichtspunkten gesunder Ernährung auf und leitet diese dann entsprechend in der Umsetzung an. Ziele der Lehrküche/ Arbeitstherapie sind neben der Umsetzung gesundheitsrelevanter Aspekte der Essenszubereitung im Alltag die Förderung von Ausdauer und Durchhaltevermögen sowie die Förderung sozialer Kompetenzen wie Zusammenarbeit im Team, Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit, Einhaltung von Regeln (bzgl. Hygiene, Arbeitssicherheit etc.) sowie das Erlernen fachpraktischer Kompetenz für Rehabilitanden, die beispielsweise eine Arbeit im Gastronomiebereich anstreben.

Im ergotherapeutischen Bereich werden indikationsgeleitet folgende Gruppen angeboten: **Hirn-Leistungs-Training** (F110), **Ausdruckszentrierte Ergotherapie** (E130) sowie **Projektgruppe** (E210).

Die **Projektgruppe** ist für alle Rehabilitanden während der Entwöhnungsphase I vorgesehen. Sie findet mit einer Frequenz von zwei Mal pro Woche (90 Min.) statt. Hier verfolgte Ziele sind der Ausgleich von Defiziten und die Erweiterung des Verhaltensrepertoires und der sozialen Kompetenz im Rahmen von Planung und Durchführung eines gemeinsamen Projekts. Die Rehabilitanden lernen

wesentliche Fähigkeiten für das gesellschaftliche Zusammenleben wie Teamarbeit, Aufgabenverteilung und -delegation, Einhaltung von Regeln und der einem zugeschriebenen Rolle. Sie werden zudem angeregt, eigene Ideen zu entwickeln und Kreativität einzubringen. Beispiele für die Projektgruppe sind Planung, Vorbereitung und Durchführung einer Kanutour, Fotoprojekte zu verschiedenen Themen oder als Beispiel für ein länger fortlaufendes Projekt die Erstellung und Verwaltung einer klinikinternen Leihbücherei. Bei letzterem Angebot werden Bücher von den Rehabilitanden katalogisiert und es wird ein Ausleihsystem erstellt. Die Ausleihe und Rückgabe der Bücher erfolgt zu festgelegten Zeiten, die Verantwortlichkeit für Ausleihe und Rückgabe liegt für einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen bei jeweils zwei Rehabilitanden. Das Projekt wird edv-gestützt durchgeführt.

Das **Hirn-Leistungstraining** richtet sich an Rehabilitanden mit kognitiven Einschränkungen, die durch langjährigen Drogen- oder Alkoholkonsum sehr häufig vorzufinden sind. Das Training wird individuell gestaltet, z. T. unter Zuhilfenahme eines pc-gestützten Hirnleistungstrainings (Cogpack) und findet über den gesamten Therapieverlauf so lange wie für den einzelnen Rehabilitanden notwendig zweimal wöchentlich für 30 Minuten statt.

Die Gruppe **Ausdruckszentrierte Ergotherapie** richtet sich an Rehabilitanden mit gestörter Krankheitsverarbeitung und Einschränkungen im Spontanverhalten. Ziel ist es, eigenen Emotionen auf eine nicht sprachliche Weise Ausdruck zu verleihen. Die erstellten Werke finden Eingang in Einzeltherapie, Supervision und Fallbesprechung, um ein ganzheitliches Bild und darüber ein vertieftes Verständnis des Rehabilitanden zu ermöglichen. Die Gruppe findet zweimal wöchentlich (30 Min.) während der Entwöhnungsphase I statt. Eine Teilnahme ist pro Rehabilitand je nach Kapazität etwa acht Mal möglich.

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Frühstück	E191 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Aufbau von sozialer Kompetenz (Ergotherapeut, Physiotherapeut und andere qualifizierte Berufsgruppe) E200 Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung (Arzt, Diplom-Psychologe, Ergotherapeut) G052 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch: Expositionstraining Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	30	5	1	2
Mittagessen	E191 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Aufbau von sozialer Kompetenz (Ergotherapeut, Physiotherapeut und andere qualifizierte Berufsgruppe) E200 Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung (Arzt, Diplom-Psychologe, Ergotherapeut) G052 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch: Expositionstraining Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	30	5	1	2
Abendessen	E191 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Aufbau von sozialer Kompetenz (Ergotherapeut, Physiotherapeut und andere qualifizierte Berufsgruppe) E200 Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung (Arzt, Diplom-Psychologe, Ergotherapeut) G052 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch: Expositionstraining Dipl.-Psych. PPT, Dipl.-Psych. in Weiterbildung, Dipl.-Soz.päd. mit anerkannter suchttherap. Zusatzausbildung	30	5	1	2
Gestaltungsgruppe 1	E130 Ausdruckzentrierte Ergotherapie in der Gruppe	90	2	1	8 bis 12
Gestaltungsgruppe 2	E130 Ausdruckzentrierte Ergotherapie in der Gruppe	90	2	1	8 bis 12
Projektgruppe	E210 Projektgruppe	90	2	1	12
Arzt, Einzel	G151 Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie	30	1	1	9

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

Arzt, Einzel	G152 Durchführung interner Belastungs- erprobung in der Psychotherapie	30	2	1	3
Arbeitsthera- pie, EDV	G151 Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie	60	2	1	12
Arbeitsthera- pie, Küche	E031 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft	60	5	2	12
Lern- und Be- rufsguppe 1	G063 Psychotherapie in der Gruppe, verhal- tenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Arbeitsweltbezogene Problematik; D031 Beratung: Berufsklärung und leistungs- bildbezogene Einleitung von berufsförder- nden Maßnahmen D051 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung	90	1	2	9
Lern- und Be- rufsguppe 2	G063 Psychotherapie in der Gruppe, verhal- tenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Arbeitsweltbezogene Problematik; D031 Beratung: Berufsklärung und leistungs- bildbezogene Einleitung von berufsförder- nden Maßnahmen D051 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung	90	1	2	9
Ergo, Einzel	E020 Arbeitstherapie einzeln	30	2	1	9
Physio, Einzel	B019 Sonstige physiotherapeutische Einzel- behandlung	60	1	1	9
HLT-Gruppe 1	F110 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe	30	2	1	4
HLT-Gruppe 2	F110 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe	30	2	1	4
Begleitung (Soz.Päd.)	E040 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum	120	1	1	2
Begleitung (Psych.)	G151 Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung; E141 Hausbesuch E142 Arbeitsplatzbesuch	120	1	1	2

Bewerbungs- training	D053 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungs- training	45	1	2	12
Ergo, Einzel	E050 Arbeitsplatztraining E200 Verhaltensbeobachtung zur Leistungs- beurteilung F100 Hirnleistungstraining einzeln E110 Ausdruckzentrierte Ergotherapie einzeln E152 Einzeltraining der Aktivitäten des tägli- chen Lebens: Bereich eigenständige Lebens- führung	30	1	1	44
Bewerbungs- training	D053 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungs- training	45	1	2	12
Begleitung (Soz.Päd.)	E040 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum	120	1	1	2
Begleitung (Psych.)	G151 Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung; E141 Hausbesuch E142 Arbeitsplatzbesuch	120	1	1	2
Physio, Einzel	B019 Sonstige physiotherapeutische Einzel- behandlung	60	1	1	4

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Ent- spannungstechniken

Das Modul des Konzepts der Fachklinik Hamburg-Mitte „Bewegung und körperliches Training“ zielt auf die Motivation der Rehabilitanden, sich mit dem Thema Bewegung auseinander zu setzen und eine Verhaltensänderung in Angriff zu nehmen. Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Sport, Gesundheit und Wohlbefinden liefern die

Grundlage für die angestrebte positive kognitive und emotionale Bewertung des Sporttreibens. Bewegung ist ein wichtiger Aspekt von (nicht nur körperlicher) Entwicklung und Selbsterfahrung, der den Rehabilitanden während der Dauer der medizinischen Rehabilitation nahe gebracht werden soll. Darüber hinaus sollten die Rehabilitanden die wichtigsten Zusammenhänge zwischen der Entstehung von bestimmten Erkrankungen und Bewegungsmangel sowie die

gesundheitlichen Auswirkungen eines gezielten Trainings auf die Veränderung physiologischer Werte kennen. Hierzu gehören insbesondere die Zusammenhänge zwischen Ausdauertraining und präventiven Wirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem, zwischen Kraft- sowie Beweglichkeitstraining und funktionellen Auswirkungen auf den Bewegungsapparat. In Abhängigkeit vom Krankheitsbild bzw. den Beschwerden werden außerdem die spezifischen Auswirkungen bestimmter Trainingsmaßnahmen vermittelt. Die Vermittlung dieser kognitiven Ziele beschränkt sich jedoch nicht nur auf die theoretische Unterweisung (siehe Co83 Gesundheitstraining: Modul „Bewegung und körperliches Training“), sondern wird immer mit praktischen Erfahrungen der Rehabilitanden verknüpft. Eine sinnvolle Unterstützung hin zu einer stärkeren Integration von Bewegung in das alltägliche Leben bedarf weiterer Angebote, wie sie in der Fachklinik Hamburg-Mitte zur Verfügung stehen: Kurse zur Rückenschule, zu progressiver Muskelrelaxation, einfache Gymnastik, u. a. m. Welche weiteren Angebote im Einzelfall gesundheitlich und individuell angemessen sind, kann jeweils nur aufgrund einer Abstimmung mit den Wünschen, Vorstellungen, Kapazitäten und Fähigkeiten der Rehabilitanden erfolgen, wenn Bewegung als individuell positives und sinnvolles Erlebnis möglich sein oder werden soll.

Das Konzept des **Entspannungstrainings** der Fachklinik Hamburg-Mitte sieht eine aufsteigende Abfolge der Elemente Akupunktur/ Sauna, Entspannung und Sauna vor. Das bedeutet, dass zu Beginn der Therapie (Aufnahmephase und Beginn der Entwöhnungsphase I) Akupunktur und Sauna genutzt werden, um Craving und insbesondere noch vorhandene körperliche Entzugsymptome zu mildern, das Wohlbefinden zu fördern und damit die Rückfallwahrscheinlichkeit oder die Wahrscheinlichkeit für einen frühzeitigen

Therapieabbruch zu verringern. Im weiteren Therapieverlauf erlernen die Rehabilitanden das Verfahren der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson. Akupunktur wird zur Entspannung ebenfalls weiterhin angeboten. Beide Verfahren finden wöchentlich zweimal á 30 Minuten statt. Die Nutzung der hauseigenen Sauna wird mit dem Ziel der Entspannung, Selbstfürsorge und Steigerung der Genussfähigkeit insbesondere im fortgeschrittenen Therapieverlauf angeboten. Eine Form der Entspannung sollte über Entwöhnung und Adaptionsphase von jedem Rehabilitanden ausgeführt werden, um eine Alltagsroutine zu erreichen.

In der Fachklinik Hamburg Mitte werden die **somatischen Ziele** wie das des Konditionsaufbaus und eines gesunden Rückens zwischen dem Rehabilitanden und dem medizinischen und therapeutischen Personal durch einen gestuften Ablauf verfolgt. Leitgedanke ist hier stets die Stärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung sowohl bei Befindlichkeits- und leichten Gesundheitsstörungen als auch bei schwereren Krankheiten. Der gestufte Ablauf umfasst je nach Bedarf neben der klassischen Rückenschule, der Sport- und Bewegungstherapie und der Einübung von Entspannungstechniken auch die Psychoedukation zu Somatisierungsstörungen, Ernährungslehre, Tabakentwöhnung, Genussstraining und Sport in Zusammenarbeit aller therapeutischen Mitarbeiter.

Durch die bei der Befundung erfolgte Bestandsaufnahme der Ressourcen und Funktionsdefizite wird die Grundlage für eine Erfolgskontrolle auf jeder Stufe gelegt. Diese erfolgt durch eine ineinandergreifende Befundung durch alle Professionen des therapeutischen Teams. Hierdurch wird das Abbauen der Defizite bei gleichzeitigem Aufbau der Ressourcen mess- und fühlbar. Diejenigen Rehabilitanden, die weder eine ausreichende Selbstwirksamkeitserfahrung,

noch einen achtsamen Umgang mit sich und ihren körperlichen Ressourcen und Defiziten haben, erlernen diesen, um dies dann bei den vielfältigen Angeboten wie Schwimmen, Kanuausflügen, Wanderungen und Ballspielen umzusetzen.

Die **Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll** ist ein weiterer therapeutischer Baustein zur Therapieöffnung, Stabilisierung und zum Abbau des Craving. Für viele Rehabilitanden ist die Möglichkeit einer non-verbal vermittelten Achtsamkeitssteigerung und Entspannung ein wichtiger Einstieg in selbstwirksame Techniken wie progressive Muskelrelaxation oder Autogenes Training. Im Team sind neben dem leitenden Arzt, der anerkannter NADA Trainer ist, Mitarbeiter in diesem bewährten Verfahren zur Unterstützung der Suchttherapie geschult und zertifiziert.

Durch das Saunaangebot der Fachklinik Mitte wird dieses Konzept abgerundet, indem hier die geeigneten Rehabilitanden nach erfolgreicher Befundung, Unterweisung und Schulung selbst erheblich zu einem körperlich-seelischen Wohlbefinden beizutragen lernen.

Neben diesem allgemeinen Angebot kann auch auf spezifische Gesundheitsstörungen wie Gefäßkrankungen, Lungenerkrankungen oder anderen in der Kooperation zwischen Ärzten und Physiotherapeuten eingegangen werden und ein individuell abgestimmtes Gefäß- oder Atemtraining, etwa bei Folgeschäden der Abhängigkeit, wie COPD oder tiefe Beinvenenthrombose (TBVT), angeboten werden.

Behandlungsziele in der Physiotherapie bei Gefäßkrankungen

Durch körperliche Betätigung und einen aktiven, bewegungsfreudigen Lebensstil wird Gefäßkrankungen vorgebeugt. Dies ist

für vorgeschädigte Menschen aber auch für Raucher oder Übergewichtige wichtig. Unter Anleitung speziell fortgebildeter Physiotherapeuten erhalten Rehabilitanden Unterstützung, sich eine individuell angemessene Präventionsstrategie auszuarbeiten. Die empfohlenen Maßnahmen dienen der körperlichen Aktivierung, der Durchblutungsförderung, der Anregung des Stoffwechsels sowie zur Stärkung des Herz-Kreislaufsystems.

- Besserung der Durchblutung und des Stoffwechsels
- Besserung der Ausdauer, Kraft und Koordination
- Entstauung sowie Besserung des Lymphflusses, der aktiven Muskel-Venenpumpe und des Haut- und Unterhautstoffwechsels
- Schmerzreduktion und Verringerung der Hautreizung durch Reduzierung von Schwellungen

Physiotherapie bei Atemwegserkrankungen

Atemphysiotherapeutische Behandlungen zur Erhaltung und Wiederherstellung einer bestmöglichen Atemfunktion kommen für Rehabilitanden mit akuten und chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen in Frage, wie zum Beispiel:

- chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD/Lungenemphysem/chronisch obstruktive Bronchitis),
- Asthma bronchiale.

Voraussetzung für aktive Atemphysiotherapie ist das Wahrnehmen von Atembewegungen in Ruhe und Belastung aber auch krankheitsbedingter Atemformen wie z.B. zu angestregtes Ausatmen, Schonatmung oder vorzeitiges, uneffektives Husten. Das Verbessern der Wahrnehmung und die Vermittlung von Wissen über Atemvorgänge

unterstützen die bessere Einschätzung von Krankheitssymptomen und die gezielte Einleitung von therapeutischen Maßnahmen. Des Weiteren kann mit verbessertem Körpergefühl und erweitertem Wissen gezielt schädliches Verhalten vermieden werden, beispielhaft genannt sei das ungünstige Luftanhalten beim Bücken. Auf dieser Grundlage werden spezielle aktive und passive Techniken erlernt, die eine gestörte Atemfunktion lindern oder verhindern. Hier erfährt der Rehabilitand Hilfe zur Selbsthilfe.

Physiotherapeutische Behandlungsziele konzentrieren sich deshalb besonders auf die Atempumpfunktion; angestrebt werden Ziele wie:

- Verbesserung der Zwerchfellmobilität bei Elastizitätsverlust und Überblähung der Lunge,
- Entspannung und Stoffwechsellanregung überanstrengter Atemmuskulatur,
- Krafterhalt/ Kraft-/ Ausdauerverbesserung von Atemmuskulatur,
- Erhalt und Verbesserung der Beweglichkeit von Rippen- und Wirbelsäulengelenken.

Physiotherapie bei Rückenschmerzen

Die Physiotherapie setzt zur Behandlung von Gesundheitsproblemen wie Rückenschmerzen auf natürliche Reaktionen und Vorgänge im Körper (wie Muskelaufbau oder Stoffwechsellanregung), um die Gesundheit zu fördern oder wiederherzustellen.

Die Physiotherapeuten der Fachklinik führen eine Eingangsuntersuchung durch und wählen dann ein für den Rehabilitanden geeignetes Verfahren aus. Bewegungsübungen werden als Standardverfahren eingesetzt, um die betroffenen Bereiche der Wirbelsäule während der Rückenschmerz-Behandlung zuerst durch Zugbewegungen in Längsrich-

tung zu entlasten und später durch Muskelkräftigung zu stabilisieren. Ziel ist es,

- ein natürliches Muskelkorsett aufzubauen.

Es werden die langen Muskelstränge trainiert, die für die Beweglichkeit zuständig sind. Auch die tiefen, kurzen Muskeln in Bauch und Rücken, welche die Wirbelsäule stabilisieren, müssen gestärkt werden. Die entsprechenden Übungen sind meist nicht ganz einfach und müssen unter Anleitung eines Therapeuten genau erlernt werden. Ein weiteres wichtiges Ziel bei der physiotherapeutischen Therapie von Rückenschmerzen ist deshalb

- das korrekte Erlernen von Übungen, die der Rehabilitand dann selbstständig weiter durchführt. Übungen zur Verbesserung der Beweglichkeit und Stärkung der Bauch- und Rückenmuskulatur müssen oft über einen längeren Zeitraum regelmäßig absolviert werden.

Physiotherapeutische Übungen können nach und nach durch eine geeignete Sportart ersetzt werden. Physiotherapeuten können hier kompetent beraten.

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Physio, Einzel	B019 Sonstige physiotherapeutische Einzelbehandlung	60	1	1	4
Physio, Einzel	A101 Ausdauerorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln	60	1	1	1
Entspannung	F092 Progressive Relaxation nach Jacobson, Durchführung in der Gruppe	30	2	1	12
Entspannung 1	F092 Progressive Relaxation nach Jacobson, Durchführung in der Gruppe	30	2	1	12
Entspannung 2	F092 Progressive Relaxation nach Jacobson, Durchführung in der Gruppe	30	2	1	12
Walking 1	A021 Geh- und Lauftraining mit definierter Belastung	30	3	1	15
Walking 2	A021 Geh- und Lauftraining mit definierter Belastung	30	3	1	15
Akupunktur	Fo89 Sonstige Entspannungsverfahren, Einführung in der Gruppe Fo99 Sonstige Entspannungsverfahren, Durchführung in der Gruppe	30	2	1	12
Fitness	A031 Dynamisches oder statisches Muskelaufbautraining an/mit Krafttrainingsgeräten	30	2	1	10
Fitness	A051 Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Halle oder im Freien	30	1	1	15
Physiotherapie, Gruppe	Ao61 Sport- und Bewegungstherapie: Atemgymnastik	30	1	1	15
Physiotherapie, Gruppe	Ao62 Sport- und Bewegungstherapie: Herz-Kreislauftraining	30	1	1	15
Physiotherapie, Gruppe	Ao64 Sport- und Bewegungstherapie: Gefäßtraining	30	1	1	15
Physiotherapie, Gruppe	Ao65 Sport- und Bewegungstherapie: Wirbelsäulengymnastik	30	1	1	15

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.7 Freizeitangebote

Die Gestaltung von Freizeit ist ein bedeutsames strukturgebendes Element zum Aufbau einer Tagesstruktur und damit von entscheidender gesundheitspräventiver Bedeutung. Da der größte Teil der drogenabhängigen Menschen im Laufe ihrer Abhängigkeit weder Zeit noch Interesse für die bzw. an der Gestaltung von Freizeit hatte, ist die Entwicklung von Interessen und die Gestaltung von durch die Abstinenz hinzugewonnener Zeit essentieller Bestandteil der Therapie.

Im Rahmen der Therapie findet neben individuellen Freizeitangeboten und -möglichkeiten auch eine „Freizeitkompetenzgruppe“ (E192) statt, welche zum Pflichtprogramm jedes Rehabilitanden gehört. Diese Gruppe findet drei Mal pro Woche mind. 30 Minuten statt und beschäftigt sich mit der Nutzung freier Zeiten neben Arbeit o. ä. zwecks Strukturierung des Alltags und Sinngebung im eigenen Alltag. Die ersten drei Sitzungen finden als Blockveranstaltungen à 60 Minuten statt, um ein persönliches Freizeitprofil für jeden Rehabilitanden zu erarbeiten und auf dieser Grundlage weiter arbeiten zu können. Folgende Ziele werden in dieser Gruppe verfolgt:

- Ausbau bzw. Entwicklung von Hobbys
- Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Interessen
- Entdeckung möglichst vielfältiger Möglichkeiten der Freizeitgestaltung
- Abgleich von bisheriger Realität und individuellen Bedürfnissen
- Alltagsstrukturierung
- Freizeit als Quelle positiver Erlebnisse und Erfahrungen (u. a. durch Kontakte)

Diese Gruppe nutzt zum einen edukative Elemente, zum anderen soll auch der erlebnisorientierte Aspekt nicht fehlen. So werden bspw. gemeinschaftliche Aktivitäten geplant, die die Rehabilitanden in Eigenregie zwi-

schen den Sitzungen ausführen sollen. Über diese Gruppe hinaus werden in der Klinik an den Abenden und Wochenenden Freizeitangebote gemacht, um die eigene Freizeitplanung und -gestaltung noch weiter zu trainieren. Hier ist die zentrale Lage der Fachklinik im Hamburger Stadtteil Rothenburgsort von Vorteil, da in direkter Umgebung zahlreiche Freizeitangebote vorhanden sind. So hat bspw. der Wassersport eine große Bedeutung im Stadtteil und kann in der Fachklinik durch Nutzung der hauseigenen Kanus betrieben werden. Fußläufig zu erreichen ist auch der Sportverein FTSV Lorbeer, der Angebote in den Sparten Fußball, Karate/ QiGong und Gymnastik (Turnen, Freizeitsport, Ballspiele) für alle Altersgruppen anbietet. Ein sehr großes Sportangebot bietet darüber hinaus der Hamburger Verein „Sportspaß“ an, welcher ein Sportstudio direkt nahe der nächsten S-Bahn-Haltestelle (Berliner Tor) unterhält. Rothenburgsort verfügt darüber hinaus über ein gutes Netz an Fahrradwegen, über die man bspw. schnell die Innenstadt oder die Hafencity erreichen kann. Der Entenwerder Park ist durch seine direkte Elbanbindung attraktiv und zudem grenzt der Stadtteil an das Naherholungsgebiet der Dove-Elbe und Vierlande.

In der Fachklinik selbst ist es möglich, die hauseigene Sauna zu benutzen. Abends wird für Interessierte eine Spielgruppe angeboten und am Wochenende finden je nach Kapazität und Interesse seitens der Rehabilitanden gemeinsame Ausflüge mit einem Therapeuten in die nähere Umgebung statt (z.B. Radtouren, Spaziergänge, Besuch von Kino/ Theater/ Museum etc.). Alternativ wird unter ergotherapeutischer Aufsicht und Anleitung eine Kreativwerkstatt angeboten. Zudem ist die Möglichkeit gegeben, bei entsprechender Anzahl an interessierten Rehabilitanden unter Anleitung/ Mitwirkung eines Therapeuten, den hauseigenen Musikraum zu nutzen und ggf. eine Musikgruppe zu etablieren.

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Schwimmen	Lo11 Bewegung und Sport in der Freizeit, ausdauerorientiert (z.B. Schwimmen, Skilanglauf, Fahrradwandern)	30	1	1	15
Fitness	Lo12 Bewegung und Sport in der Freizeit zum Muskelaufbau	30	1	1	15
Sport, Spiel, Spaß	Lo22 Großes Spiel (z. B. Volleyball)	60	1	1	
Sport, Spiel, Spaß	Lo23 Rückschlagspiel (z. B. Tischtennis)	60	1	1	
Sport, Spiel, Spaß	Lo29 Sonstiges geeignetes Bewegungsspiel	60	1	1	

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.8 Sozialdienst

Das Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte sieht vor, dass die Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation in einem psychotherapeutischen sowie sozialpädagogischen Bezugssystem betreut werden. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass vor allem drogenabhängige Rehabilitanden aufgrund der erheblichen gesellschaftlichen Exklusion über ausgeprägten Beratungs- und Koordinierungsbedarf verfügen. Der sozialdienstliche Arbeitsansatz basiert grundsätzlich auf der standardisierten Erhebung aller sozialanamnestischen Informationen. Dazu wird die Hamburger Basisdaten-Dokumentation (BADO) verwendet. Durch die Ausrichtung des Rehabilitationskonzeptes an der ICF-Systematik wird ein ganzheitlicher Rehabilitationsansatz garantiert, in dem auch die sozialdienstliche Leistungserbringung integraler Bestandteil ist. Für diese Arbeit werden in der Fachklinik Hamburg-Mitte ausschließlich qualifizierte und entsprechend ausgebildete Mitarbeiter eingesetzt, die nach geregelter Verfahrensweise den einzelnen Re-

habilitanden verbindlich zugeordnet werden. Von den Rehabilitanden, häufig auch von ihren Angehörigen, werden Fragen und Erwartungen an die Beratung in der medizinischen Rehabilitation gerichtet, die ihre sozialen, persönlichen, finanziellen und sozialrechtlichen Angelegenheiten betreffen. Hierzu beraten die sozialdienstlich tätigen Mitarbeiter der Fachklinik im umfassenden Sinne. Für Angehörige wie für die Rehabilitanden selbst geht es dabei um Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung in das gesellschaftliche Leben. Die sozialdienstlich tätigen Mitarbeiter geben z.B. Auskunft über adäquate Rehabilitationsmöglichkeiten und den Weg ihrer Beantragung. Sie regen aber auch Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese ggf. in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ein.

Die sozialdienstliche Beratung und Koordination teilhabeorientierter Leistungen ist systematisch in die individuelle Rehabilitationsplanung der Rehabilitanden eingebunden, so dass die Zielerreichung der Maßnahmen prozesshaft im Gesamtteam überprüft

und Ziele ggf. korrigiert werden können. Darüber hinaus arbeiten die sozialdienstlichen Mitarbeiter aber mit allen am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten zusammen, so dass die Umsetzung teilhabeorientierter Zielsetzungen auch realisiert werden kann. Im Vordergrund dieser Vernetzung stehen dabei als Kooperations- und Ansprechpartner die Rehabilitationsträger (Deutsche Rentenversicherung Nord, Job-Center, Krankenkassen), die behandelnden Ärzte (im Rahmen somatischer wie psychiatrischer Vorbehandlungen, oder auch bei der Weiterführung von Substitutionsbehandlungen), die Leistungserbringer (ambulante Beratungsstellen, Eingliederungshilfeeinrichtungen, die ggf. eine Anschlussmaßnahme weiterführen), aber auch Selbsthilfegruppen und Angehörige der Rehabilitanden. Falls notwendig werden zeitnah auch weitergehende Maßnahmen (z.B. Einleitung/Vermittlung von häuslicher Versorgung, ambulanter

oder stationärer Pflege, Kurzzeitpflege, Betreuung Wohnen sowie Kontakte zu Selbsthilfegruppen) organisiert.

Das Konzept der Fachklinik Hamburg-Mitte sieht vor, dass die sozialdienstlich tätigen Mitarbeiter bei Bedarf zwischen den Rehabilitationsträgern und dem betroffenen Menschen vermitteln. Ihre Fallführung ermöglicht dem Team jederzeit einen Überblick über die teilhabeorientierten Zielsetzungen und die damit verbundene Terminierung einzelner Maßnahmen. Die Einholung einer Bewilligung für die geplante Maßnahme gehört zum Aufgabenspektrum der sozialdienstlichen Mitarbeiter. Die vielfältigen Außenkontakte verlangen einen behutsamen Umgang mit personenbezogenen Daten einschließlich der Sozialdaten. Alle Mitarbeiter des Jugendhilfe e. V. werden deswegen regelmäßig vom externen Datenschutzbeauftragten unterwiesen, so dass der Datenschutz gewährleistet ist.

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Soz.päd.-Sprechstunde	Do21 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven Do22 Sozialrechtliche Beratung: Wohnungsfragen Do23 Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung Do24 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen Do25 Sozialrechtliche Beratung: Klärung rechtlicher Fragen Do26 Sozialrechtliche Beratung: Teilhabe behinderter Menschen Do29 Sonstige sozialrechtliche Beratung	60	5	1	4
Soz.päd.-Beratung	Do21 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven Do22 Sozialrechtliche Beratung: Wohnungsfragen Do23 Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung Do24 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen Do25 Sozialrechtliche Beratung: Klärung rechtlicher Fragen Do26 Sozialrechtliche Beratung: Teilhabe behinderter Menschen Do29 Sonstige sozialrechtliche Beratung	20	1	1	13

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung

Die Abhängigkeit bringt bei den meisten Betroffenen eine Vernachlässigung der körperlichen und psychischen Gesundheit mit sich. Erkrankungen werden mit zunehmender Fokussierung auf den Suchtalltag nicht beachtet, Arztbesuche selten oder gar nicht wahrgenommen, häufig werden auch Körperpflege und Ernährung vernachlässigt. Daher kommt der Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit, Gesundheits- bzw. Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung in der Fachklinik Hamburg-Mitte eine wichtige Bedeutung zu. Als Grundbaustein zu diesem Themenbereich findet ein **Gesundheitstraining** (Co5) statt, welches wöchentlich (45-50 Min.) auf dem Programm „Aktiv Gesundheit fördern“ beruht und je nach Thema im Wechsel von den verschiedenen Berufsgruppen in Vortragsform durchgeführt wird. Ziel ist die Motivierung zu einer gesunden Lebensführung mit Sport, gesunder Ernährung und Stressreduktion. Auch der Umgang mit Alltagsdrogen spielt eine wichtige Rolle. Jeder Rehabilitand nimmt einmal während der Entwöhnungszeit an einem kompletten Durchlauf dieses Programms teil. Abgesehen von diesem Angebot sind die weiteren Therapiebausteine zum Thema Gesundheit (s. u.) indikative Angebote, welche sich an die Rehabilitanden richten, die Defizite in Haushaltsführung und Ernährung/ Selbstversorgung aufweisen.

Vertiefend wird für Rehabilitanden, die an einer **chronischen Lebererkrankung** leiden, eine standardisierte Schulung angeboten. Die Schulung verfolgt das Ziel, die Rehabilitanden über die Symptome, den Verlauf und die Folgen chronischer Lebererkrankungen zu informieren. Sie sollen dabei die wichtigsten diagnostischen Verfahren und ihre Bedeutung für die Behandlung kennenlernen. Im Einzelnen wird über Hepatitis unterschiedlicher Ätiologie, Fettleber und Leberzirrhose informiert.

Praktische Anwendung erfährt das Thema Gesundheit in der Ernährungsgruppe, der Kochgruppe und im Einkaufstraining. Ziele der **Ernährungsgruppe** (C10) sind die Vermittlung von Informationen zu gesunder Ernährung sowie die Motivierung zur Verhaltensänderung bei Rehabilitanden, die in diesem Bereich ein deutliches Wissensdefizit haben und bei denen körperliche Folgeschäden drohen oder bereits eingetreten sind. Diese Gruppe findet einmal wöchentlich für 60 Minuten statt und läuft über fünf Einheiten. Bei fortbestehendem Bedarf ist eine Wiederholung möglich.

Flankiert wird diese Gruppe durch die **Kochgruppe** (C11) und das **Einkaufstraining** (C120). Hier werden die Inhalte aus Ernährungsgruppe und individueller Ernährungsberatung in den Alltag transferiert. Einkauf und Essenszubereitung werden unter gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten mit dem Ziel einer längerfristigen Verhaltensmodifikation durchgeführt. Auch der Kostenaspekt wird bei Einkauf und Nahrungszubereitung mitberücksichtigt, um eine hohe Wahrscheinlichkeit der Umsetzung des Gelernten auf die Zeit nach der Therapie zu gewährleisten. Parallel zu den genannten Aspekten werden in beiden Gruppen auch Aspekte der Sozialkompetenz trainiert und gefördert, da Zusammenarbeit im Team, Pünktlichkeit und Verlässlichkeit sowie die Einhaltung der Hygienevorschriften Voraussetzungen für einen reibungslosen Ablauf der Gruppen darstellen.

Ein weiteres indikatives Angebot ist die Gruppe **Tabakentwöhnung** (Fo55). Dieses Angebot spricht Rehabilitanden an, die den Wunsch haben, das Rauchen aufzuhören oder solche, die motiviert werden können, über eine Nikotinabstinenz zumindest nachzudenken. Ziele der Gruppe sind eine Verbesserung des Problembewusstseins (Gesundheitsschädigungen) und die Verbesserung der Belastungsbewältigung ohne

Nikotinkonsum. Die Rehabilitanden sollen zur Erarbeitung von individuellen Strategien motiviert werden, auslösende Stimuli reduzieren lernen und durch Aufbau von Selbstkontrolle in die Lage versetzt werden, ihren Tabakkonsum zu reduzieren. Gegebenenfalls kommen Nikotinersatzstoffe zum Einsatz. Dieses Angebot findet einmal wöchentlich 60 Minuten über mind. sechs Termine statt (→ Tabakentwöhnung bei COPD, siehe

auch Punkt 4.7.3).

Koch- und Ernährungsgruppe sowie Einkaufstraining finden immer in Kleingruppen von vier Personen statt, d. h. außerhalb der regulären Selbstversorgungsstruktur der Rehabilitanden in der Klinik. Die reguläre Essenszubereitung findet im Rahmen der Arbeitstherapie unter Anleitung der Hauswirtschaftsleiterin statt (siehe auch Punkt 4.7.5 arbeitsbezogene Maßnahmen).

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Koch-Gruppe	C111 Psychoedukative Kochgruppe C112 Übungsstunde Ernährung nach einem standardisierten Schulungsprogramm	60	2	1	9
Ernährungsberatung, Einzel	Co90 Ernährungsberatung einzeln	60	1	1	9
Einkaufstraining	Praktische Übungen außerhalb der Lehrküche, z. B. Einkaufstraining	45	1	1	4
Gesundheitstraining 1	Co81 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Schutzfaktoren“ Co82 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Gesunde Ernährung“ Co83 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Bewegung und körperliches Training“ Co84 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“ Co85 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Alltagsdrogen“	60	1	1	15
Gesundheitstraining 2	Co81 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Schutzfaktoren“ Co82 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Gesunde Ernährung“ Co83 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Bewegung und körperliches Training“ Co84 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“ Co85 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Alltagsdrogen“	60	1	1	15
Chronische Lebererkrankungen	C421 Standardisierte Schulung bei chronischen Lebererkrankungen	60	1	1	15
Tabakentwöhnung	G093 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Tabakentwöhnung	60	1	2	12

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.10 Angehörigenarbeit

Mehr als bei anderen Krankheiten greift die Suchterkrankung tief in den Lebensraum des Rehabilitanden ein. Nicht selten sind nach langjähriger Abhängigkeit wesentliche soziale Bereiche erheblichen Belastungen und Konflikten ausgesetzt. Vor allem nahe Angehörige müssen lernen, sich mit dieser Situation zurechtzufinden. Dabei resultieren besondere psychische Belastungsfaktoren aus Veränderungen der Beziehungsstruktur zwischen dem Angehörigen und dem Erkrankten, so dass nicht selten ein ganz neuer Umgang miteinander gefunden werden muss. Für die Einbeziehung der Angehörigen in das medizinische Rehabilitationskonzept der Fachklinik sind insbesondere zwei Aspekte bedeutsam: zum einen sind Angehörige durch die Auswirkungen der vorliegenden Abhängigkeitserkrankung meist unmittelbar sozial und emotional betroffen; andererseits sind sie (ebenso häufig) die letzte verbliebene soziale Ressource, die den Prozess der gesundheitlichen Wiederherstellung unterstützend begleiten kann. In der Fachklinik Hamburg-Mitte werden Angehörige bereits frühzeitig in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen. In einer regelmäßig stattfindenden Angehörigen-gruppe wird ihnen Gelegenheit geboten, sich über den Krankheitsverlauf und die Behandlung informieren zu lassen. Darüber hinaus erhalten sie die Möglichkeit, Partnerschafts- bzw. Familienkonflikte sowie problematische

Interaktionsmuster zu bearbeiten und ihre eigene kommunikative Kompetenz zu verbessern (**G172 Angehörigenseminar für Erwachsene bei Abhängigkeitserkrankungen**). Probleme und Konflikte, für die die Gruppe kein angemessener Austauschort ist, können in eigens dafür vorgesehenen Paar- bzw. Angehörigengesprächen bearbeitet werden (**G13 Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch**). Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn minderjährige Kinder mit betroffen sind. Hier wird bei konfliktbeladenen Dynamiken Hilfe zur Wahrnehmung und Klärung von Partnerkonflikten bzw. konfliktbehafteten Familienstrukturen geboten und im Rahmen des Möglichen eine psychosoziale Kompromissbildung angestrebt. Aufgrund der wohnortnahen Rehabilitation ist eine Einbeziehung von Angehörigen von Hamburger Rehabilitanden ohne weiteres möglich. Sie können ohne großen zeitlichen und finanziellen Aufwand in die Behandlung einbezogen werden. Grundsätzlich ist aber auch für weiter entfernt lebende Angehörige eine Einbeziehung sicher gestellt, da die Fachklinik über eigens dafür vorgesehene Besucherzimmer verfügt. Wer als Angehöriger angesehen wird, vermag der Rehabilitand am besten selbst zu bestimmen. Als Angehörige können Ehe- bzw. Lebenspartner, Kinder und Eltern, aber auch wichtige Bezugspersonen wie Freunde und Arbeitskollegen gelten. Die Einbeziehung von Angehörigen ist auf jeden Fall mit dem Einverständnis des Rehabilitanden verbunden.

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Paargespräch	G130 Paargespräch; Do60 Angehörigengespräch einzeln	60	1	2	2
Angehörigen- gespräch	G130 Familiengespräch, Angehörigenge- spräch; Do60 Angehörigengespräch einzeln	60	1	2	
Angehörigen- seminar	G172 Angehörigenseminar für Erwachsene bei Abhängigkeitserkrankungen	50	1 mtl.	2	8

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfälle werden als im normalen Verlauf einer Suchtkarriere regelmäßig auftretende, kritische Phasen verstanden (Körkel 1991; Körkel u. a. 1995). Bestandteil des Rehabilitationsprogramms sind deshalb rückfallpräventive Maßnahmen, die das Auftreten von Abstinenzverletzungen verhindern bzw. im Falle von Abstinenzverletzungen das Bewältigungspotential erhöhen sollen, um das Abgleiten in eine schwere Rückfallphase zu verhindern.

Bei der Entwicklung von präventiven Hilfen orientiert sich das Team der Fachklinik Hamburg-Mitte am kognitiv-behavioralen Verlaufsmodell von Marlatt (1985; 1989), das viele praktische Interventionsmöglichkeiten bietet. In diesem Verlaufsmodell spielen bei Rückfällen vier Bedingungen eine große Rolle (siehe Körkel 1991, 327 f):

1. Ein unausgewogener Lebensstil mit zu vielen Belastungen, Verpflichtungen, Stressmomenten und zu wenigen Regenerationsmöglichkeiten als gefährdender „Nährboden“.
2. Auf der Grundlage dieses unausgeglichene Lebensstils bedeutet das Auftauchen einer Hochrisikosituation (z. B. eines kritischen Lebensereignisses, eines Stimmungstiefs, Kontakt zu Drogenabhängigen o. ä.) eine akute Gefährdung der Abstinenz.
3. Es kommt zur Abstinenzaufgabe, wenn auf die akute Hochrisikosituation aufgrund unzureichender sozialer Handlungs- und Bewältigungskompetenzen
4. und Fehleinstellungen nicht angemessen reagiert werden kann.

Zu den problematischen kognitiven Mustern zählen vor allem geringe Selbstwirksamkeitserwartungen bei auftauchenden Problemen, positive Alkohol- oder Drogenwirkungserwartungen sowie insbesondere

- im Alkoholbereich - die „first drink then drunk“-Einstellung. Nach Marlatt ist der erste Konsum von Alkohol/Drogen zunächst einmal als „Ausrutscher“ oder „Fehltritt“ einzustufen. Der erste erneute Konsum führt nicht automatisch zum schweren Rückfall, vielmehr sei die Erklärung und kognitive Verarbeitung, die sich die jeweilige Person liefert, entscheidend: Wenn er/sie den Konsum z. B. auf mächtige nicht zu bewältigende Kräfte, auf eigene Willensschwäche zurückführt und/oder den Konsum für nicht mehr kontrollierbar hält und von Scham- und Schuldgefühlen („Abstinenzverletzungseffekt“) geplagt wird, dann sei ein schwerer Rückfall wahrscheinlich. Ein schwerer Rückfall ist in diesem Modell nicht automatische Folge des ersten „Fehltritts“ sondern vor allem Folge der kognitiv-emotionalen Verarbeitung der Abstinenzverletzung.

Präventive Maßnahmen sind in diesem Modell bei allen vier Bedingungen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten möglich. Petry (1989), Lauer (1996), Steier u. a. (1995), Lauer u. a. (1995), Lindenmeyer (1995) und Zimdars (2002) liefern konkrete Vorschläge, welche spezifischen und unspezifischen Interventionsmöglichkeiten bestehen.

Sehr regelmäßig haben die Rehabilitanden – vor allem in den ersten Wochen der Therapie – Drogengedanken. Relativ gut hat sich die verhaltenstherapeutisch orientierte Technik des Gedankenstopps bewährt, um kurzfristig Erleichterung zu schaffen. Es wird den Rehabilitanden vermittelt, dass Drogengedanken ganz „normal“ assoziativ über Konditionierungsprozesse in vielen Situationen auftauchen, die früher mit dem Drogenkonsum verbunden waren. Andererseits haben die Rehabilitanden die Handlungsalternative, diese Drogengedanken zu vertiefen und auszumalen oder aber zu beenden. Drogengedanken „tauchen“ plötzlich auf, aber die Rehabilitanden selbst sind es, die damit um-

gehen können. Drogengedanken können gut gestoppt werden, indem die Rehabilitanden sich ein deutliches inneres Stopp-Signal geben und sich anschließend einer hinreichenden kognitiven Aufmerksamkeit erfordernden Tätigkeit („bewusste Ablenkung“) zuwenden, z. B. ein Gespräch aufnehmen.

Eine häufige andere Erscheinung sind Drogengespräche in der Einrichtung, vor allem durch neue Rehabilitanden. Da oftmals jahrelang Drogenthemen gesprächsbestimmend waren, liegt in der Regel ein stark verfestigtes Verhaltensmuster vor, für das erst noch Alternativen entwickelt werden müssen. Das Sprechen über detaillierte Drogenerfahrungen etc. löst bei den Gesprächsteilnehmern in der Regel begleitende physiologisch-emotionale Reaktionen – „Entzugskopien“ bzw. „Wirkungskopien“ – aus („Wir haben uns heiß geredet.“), so dass des öfteren Abbruch- und Rückfallgedanken auftreten. Wir gehen mit dieser Problematik so um, dass wir den Rehabilitanden die Problematik von Drogengesprächen vermitteln und ihnen mitteilen, dass sie 1) Drogengespräche in der Einrichtung unterlassen mögen und 2) andere Rehabilitanden, wenn diese Drogengespräche beginnen, kurz darauf hinweisen und auffordern diese abubrechen.

Abstinenzverletzungsrisikofaktoren sind mit dem Substanzkonsum assoziierte Personen und Orte sowie psychosoziale Belastungssituationen, in denen lange Zeit gewohnheitsmäßig Substanzkonsum erfolgte und die zu „Auslösereizen“ für Drogenverlangen geworden sind. Typische Hochrisikosituationen für viele Rehabilitanden sind die Konfrontation mit Orten der Drogenszene (z. B. Hauptbahnhofregion), mit Drogenabhängigen oder Gerichtsverhandlungen. Während der Therapie vermitteln wir zunächst, dass durch planerisches bewusstes Verhalten, Risikosituationen vermieden werden können: z. B. Benutzen einer anderen Bahnverbindung,

Vermeiden bestimmter Orte. Nach erfolgreicher Stabilisierung der Abstinenz werden anschließend für den Rehabilitanden typische Risikosituationen für die Expositionen in der Entwöhnungsphase II ausgewählt und vorbereitet. Die Durchführung erfolgt wie unter 4.1.4.6 Entwöhnungsphase II beschrieben.

Die Rehabilitanden nehmen an einem folgende Inhalte umfassenden psychoedukativ ausgerichteten Rückfallpräventionstraining teil. Dieses beinhaltet:

- Informationen zu Rückfällen, Rückfallhäufigkeiten und -verläufen
- die Vermittlung des Rückfallmodells
- Informationen zur Entstehung von Drogengedanken und Drogenverlangen und Erarbeitung entsprechender Bewältigungsmöglichkeiten
- die Erarbeitung typischer Rückfallgefährdungssituationen und die Erarbeitung von Bewältigungsmöglichkeiten
- die Bestimmung individueller Gefährdungssituationen und entsprechender Bewältigungsmöglichkeiten
- die Bewältigung von Abstinenzverletzungen
- die Erarbeitung eines Notfallkoffers

Des Weiteren werden erste Ausgänge aus der Einrichtung unter dem Aspekt der Antizipation von Gefährdungsmomenten systematisch vorbereitet und anschließend reflektiert. Positive Bewältigungserfahrungen der Rehabilitanden werden akzentuiert, die anderer Gruppenmitglieder zur Förderung von Modelllernen hervorgehoben. Der Rückfallprävention dient auch die fortlaufende Klärung akuter psychischer Belastungen und Probleme sowie das Erweitern sozialer Kompetenzen, um Belastungen und schwierige Situationen ohne den Rückgriff auf Suchtmittel bewältigen zu können.

Umgang mit Abstinenzverletzung („Fehltritt“)

Wenn Rehabilitanden nach einer Abstinenzverletzung zur Fortsetzung der Therapie und Auseinandersetzung bereit sind, erfolgt in der Regel die Fortsetzung der Therapie und die Aufarbeitung des Prozesses mit der Zielsetzung der Verbesserung rückfallpräventiver Handlungskompetenzen. Voraussetzung ist ein ehrlicher Umgang mit dem Vorfall sowie die zwischenzeitliche Aufnahme in eine Entzugsstation, um eine Krisenverschärfung zu verhindern und um den Abstinenzstatus wieder herzustellen.

Erstes Teilziel bei der Bewältigung der „Fehltrittsituation“ ist es, das Auftreten des „Abstinenzverletzungssyndroms“ (Marlatt 1985; s. o.) zu vermeiden. Hier sind oft die Auseinandersetzung mit Fehleinstellungen („wenn ein Rückfall erfolgte, ist alles sinnlos“; s. o.), weitere kognitiv ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Durcharbeiten eines Infoblattes über Rückfallprozesse; z. B. Körkel u. Kruse 1993), die Stärkung von Ressourcen und das Vermitteln von Selbstwirksamkeitserfahrungen sinnvoll.

Nach der Abstinenzverletzung erfolgt die ausführliche verhaltensanalytisch orientierte (z. B. Bartling u. a. 1992) Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Umständen, mit denen der „Fehltritt“ ggf. zusammenhing. Es werden dann Handlungsalternativen und Bewältigungsstrategien erarbeitet. Dieses kann durch schriftliche Ausarbeitungen, Rollenspiel o. ä. methodisch unterstützt werden (z. B. Lauer 1996).

Ein weiterer Schritt besteht in der gezielten Wahrnehmung und Nutzung vorhandener Bewältigungskompetenzen in rückfallkritischen Situationen. Es wird auf die Erfahrung zurückgegriffen, dass in der Vergangenheit bereits des Öfteren kritische Situationen

eingetreten sind, in denen kein Rückfall erfolgte. Mit dem Rehabilitanden wird konkret herausgearbeitet, wie die Situationen bewältigt wurden und wie diese erfolgreichen Bewältigungsstrategien ggf. genutzt werden können.

Ergänzend können zeitweilige äußere Kontrollen und Unterstützungen vereinbart werden wie vermehrte Urin- oder Alkoholkontrollen, Ausgangskontrolle, zusätzliche Therapiestunden, „Notfallpläne“, Einbeziehung anderer Personen - Mitrehabilitanden, Bezugspersonen-, Telefonkontakte o. ä. .

Für den Umgang mit Abstinenzverletzungen gibt es eine im Team vereinbarte und schriftlich niedergelegte Handlungsleitlinie (siehe Merkblatt im Anhang: **Rückfallregelungen in der Fachklinik Hamburg-Mitte**).

4.7.12 Pflege

Den Pflegekräften kommt in der Fachklinik Hamburg-Mitte eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Therapie-Compliance zu. Neben einer tagesstrukturierenden Funktion (Unterstützung bei Alltagsprozessen wie Aufstehen, Frühstückzubereitung und Organisation der eigenen Aktivitäten des Tages) sind sie für die Überwachung der medikamentösen Therapie zuständig. Rehabilitanden mit einer Medikamentenverordnung bekommen die Medikamente seitens des Pflegepersonals ausgehändigt. Zweimal pro Woche findet eine „Medikamentensprechstunde“ statt, welche jeder medikamentös eingestellte Rehabilitand einmal pro Woche wahrnimmt, um Fragen der Medikamenten-Compliance wie Nebenwirkungen, Schwierigkeiten im Umgang mit dem Medikament, Wohlbefinden etc. zu klären.

Auftretende Schwierigkeiten können so schnell und fortlaufend beobachtet und

durch Rückkopplung mit dem Arzt und dem Reha-Team ausgeräumt sowie mit dem Rehabilitanden bearbeitet werden. Dadurch sollen ungewollte Medikamentenabbrüche, die ggf. eine psychische oder somatische Dekompensation zur Folge haben, weitgehend unterbunden werden.

Zudem erfolgt im Rahmen des Gesundheitstrainings die Abgrenzung von Sucht und verordneter Medikamenteneinnahme, um wiederum Compliance und auch Akzeptanz der Betroffenen unter den Mit-Rehabilitanden zu erzeugen.

Darüber hinaus ist die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit (durch Urin- und Atemluftkontrollen) Aufgabe der Pflegekräfte. Pflegekräfte sind ausgebildet, die Reaktionen von Rehabilitanden auf bestehende oder potentielle Gesundheitsprobleme zu erkennen und zu behandeln (vgl. Gold/ Gühne, V), insofern liefern sie wichtige Informationen über das Gesundheitsverhalten der Rehabilitanden in der Fachklinik. Im Zusammenhang damit sind auch Beobachtungen seitens des Pflegepersonals während der therapiefreien Zeiten am Abend, in der Nacht und teilweise an den Wochenenden wesentlicher Bestandteil der Rehaplanung. Erfahrungsgemäß zeigen sich die Rehabilitanden außerhalb der regulären Therapiezeiten häufig anders als im Therapiealltag. Entsprechende Beobachtungen werden von den Pflegekräften dokumentiert und fließen zur Erfassung ei-

nes ganzheitlichen Bildes in die individuelle Behandlung mit ein.

Auch bei Fragen oder Beschwerden, die im Zusammenhang mit Begleit- und Folgeerkrankungen der Sucht auftreten, ist das Pflegepersonal auf Grund seiner Anwesenheit und Ansprechbarkeit in Zeiten ohne festes Therapieprogramm häufig der erste Ansprechpartner. Hier können entsprechende Fragen und Beschwerden in Abstimmung mit der Leitung geklärt und teilweise schon versorgt werden.

Im Rahmen des Rehabilitationskonzeptes der Fachklinik Hamburg-Mitte kommt den Pflegekräften auch aufgrund ihres Dienstesatzes in den Abend- und frühen Morgenstunden sowie an den Wochenenden eine besondere Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus und der Kompetenzentwicklung der Rehabilitanden zu. Aktiv unterstützen die Pflegekräfte den Rehabilitationsprozess in den therapiefreien Zeiten durch:

- lebenspraktisches Training
- Förderung der sozialen Kompetenz und Kommunikation
- Unterstützung bei der Freizeitgestaltung
- Verbesserung des Umgangs mit Erkrankungen
- Förderung des persönlichen Wohlbefindens und der Hygiene
- geistige Aktivierung

		Dauer	Anzahl	MA ¹⁾	RH ²⁾
Alltagsstrukturierende Gruppe	Ho80 Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe	30	5	1	15
Begleitung (Pflege)	Ho71 Begleitung bei interner und externer Belastungserprobung				11
Begleitung (Pflege)	Ho72 Begleitung nach verhaltenstherapeutischem Expositionstraining				11
Begleitung (Pflege)	Ho73 Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation				11
Pflegerische Unterstützung	Ho74 Supportives Gespräch				22

¹⁾ Mitarbeiter, ²⁾ Rehabilitanden

4.7.13 Weitere Leistungen

Die Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie der gesellschaftlichen Integration ist systematischer Bestandteil der Fallführung in der Fachklinik Hamburg-Mitte. Berufsfördernde und –orientierende Maßnahmen werden von Aufnahmebeginn an in die Therapieplanung integriert. Übergänge in externe Belastungs-erprobungen oder Umschulungen können so nahtlos realisiert werden. Die Fachklinik unterhält zu diesen Zwecken regelmäßige Kontakte zu den zuständigen Leistungsträgern und Kooperationspartnern. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden ebenfalls – zuständigkeitsbezogen – spätestens vier Wochen vor Beendigung der medizinischen Rehabilitation eingeleitet.

Bei vorliegender Erwerbsunfähigkeit werden sozialrechtliche Beratungen in Rentenfragen notwendig, ebenso Unterstützung bei der Rentenantragstellung.

Für einen Teil der Rehabilitanden ist zur Sicherung der Abstinenz sowie der Rehabilitationserfolge eventuell eine stationäre oder teilstationäre Eingliederungshilfemaßnahme nach SGB XII notwendig. Da Jugendhilfe e. V. diese Leistungen selbst anbietet, besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen Leistungsträgern. Falls der Rehabilitand eine Anschlussmaßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe in der Clean WG wünscht, können auf kurzem Wege Planungs- und Überleitungsgespräche mit dem Leistungsträger und dem Team der Clean WG erfolgen. Reicht zur Sicherung des Erfolges eine ambulante Nachsorgeleistung, so wird diese bei Bedarf entweder im Rahmen der Rentenversicherung oder als ambulante Nachsorge im Rahmen der Eingliederungshilfe beantragt.

Für Rehabilitanden mit behandlungsbedürftiger (somatischer oder psychischer) Komorbidität besteht eine ausdifferenzierte Vernetzung mit spezialisierten Fachärzten,

Institutsambulanzen und Krankenhausabteilungen. Substituierte Rehabilitanden, die aus medizinischen Gründen oder wegen Abbruchs der Entwöhnungsbehandlung das Abstinenzziel nicht erreichen konnten, erhalten Unterstützung bei der Wiederaufnahme einer geregelten Substitutionsbehandlung. Obligatorisch sind Kontaktaufnahmen zu Selbsthilfegruppen im Rehabilitationskonzept der Fachklinik Hamburg-Mitte verankert. Ebenso werden im Rahmen der teilhabebezogenen Maßnahmen Kontakte zu Sportvereinen bereits während der Entwöhnungsbehandlung hergestellt und die Rehabilitanden prozessbegleitend motiviert, diese Aktivitäten zur Sicherung der Abstinenz und Verbesserung der Lebensqualität kontinuierlich zu nutzen.

Da Rehabilitanden aufgrund längerer Wohnungslosigkeit nicht selten eigenständiges Wohnen erst wieder erlernen müssen oder in sanierungsbedürftige Wohnungen zurückkehren, wird dieser Anforderungssituation im Rahmen der Expositionsbehandlung und der Adaption besonderes Augenmerk geschenkt, mit dem Ziel, Überforderungen und damit Rückfallrisiken zu minimieren.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Hamburg-Mitte sieht eine systematische Vorbereitung auf die Entlassung der Rehabilitanden vor. Als Leitfaden dient hierbei die ICF-Systematik, die Informationen über somatische und psychische Schädigungen, Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen sowie kontextbezogene Barrieren bietet. Das Abschlussassessment und die testpsychologischen Untersuchungen bilden die Informationsgrundlage für die Entlassungsberatungen und -empfehlungen. Zusammen mit der ärztlichen Entlassungsuntersuchung,

die Veränderungen im Hinblick auf die Aufnahmebefunde feststellt und bewertet, fließen diese objektivierte Befunde in die sozialmedizinische Begutachtung des ärztlichen Entlassungsberichts ein. Der Rehabilitand wird ausführlich informiert und beraten und seine Stellungnahme dazu bei der Abschlussempfehlung berücksichtigt und dokumentiert. Der ärztliche Entlassungsbericht wird unter Verantwortung der ärztlichen und therapeutischen Leitungen erstellt und liegt den zuständigen Leistungsträgern spätestens 14 Tage nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung vor.

Die obligatorisch durchgeführte prozessbegleitende Erhebung der Rehabilitanden-zufriedenheit bezüglich der Therapiequalität findet mit der Entlassungsbefragung ihren Abschluss. Diese Befragung wird mittels des deQus-Kundenzufriedenheitsfragebogens in standardisierter Form erhoben und umfasst die Ebenen der Struktur-, Prozess- und

Ergebnisqualität. Die Ergebnisse werden im Behandlungsprozess und zum Entlassungszeitpunkt im Team kommuniziert und dienen der stetigen Verbesserung der rehabilitativen Leistungserbringung.

Zur vorzeitigen Entlassung von Rehabilitanden auf ärztlich-therapeutische Veranlassung kommt es, wenn:

- die Abstinenzmotivation fehlt. Dies zeigt sich durch fehlende und nicht zu erarbeitende Krankheitseinsicht;
- der Rehabilitand wiederholt gegen die Haus- und Therapieordnung verstößt, sodass auch mit entsprechenden Hilfeangeboten kein Arbeitsbündnis hergestellt werden kann;
- der Rehabilitand körperliche Gewalt gegen Mitrehabilitanden oder Mitarbeiter ausübt.

5. Personelle Ausstattung

In der Fachklinik Hamburg-Mitte arbeiten in der medizinischen Rehabilitation langjährig erfahrene Mitarbeiter verschiedener Profes-

sionen. Der Stellenplan der unmittelbar im Rahmen der medizinischen Rehabilitation tätigen Mitarbeiter (Vollzeitstellen) ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Bereich	Stellen- volumen	Bezeichnung
Medizinische Versorgung	0,75	Leitender Arzt
	0,5	Arzt (Facharzt für Psychiatrie und Neurologie)
	3	Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpflegerhelfer
Psycho- therapie	0,75	Leitender Psychologe (Psychologischer Psychotherapeut)
	5,75	Bezugstherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten oder i. A. und Sozialpädagogen mit drv-anerkannter Suchttherapieausbildung)
Fachtherapie	0,1	EDV-Training (externer Trainer)
	0,75	Hauswirtschafterin und diätetische Köchin
	2	Ergotherapeuten
	1	Physiotherapeut

6. Räumliche Gegebenheiten

Im Haus A befinden sich die Behandlungsplätze für die Entwöhnungsphase I. Es stehen 22 Einzelzimmer sowie drei Doppelzimmer für Paare oder Eltern mit Kind, jeweils mit eigenem Duschbad, zur Verfügung. Weiter stehen zwei Gruppen- und zwölf Einzeltherapieräume, eine Großküche mit angegliedertem Essraum sowie mehrere Aufenthaltsräume zur Verfügung. Im Erd- und Dachgeschoss befinden sich die Therapieräume, die Küche, der Essbereich und ein Aufenthaltsraum, der mit einem Fernsehgerät und einem Computer/Internetzugang ausgestattet ist. Im 01. und 02. Obergeschoss befinden sich die Einzel- und Doppelzimmer der Rehabilitanden sowie jeweils ein Aufenthaltsbereich, der mit einem Fernsehgerät ausgestattet ist. Die Zimmergröße beträgt bei fünf Einzelzimmern einheitlich ca. 23 m² inkl. Flur und Duschbad, bei allen anderen Einzelzimmern ca. 26 m². Die Doppelzimmer haben eine Raumgröße von ca. 42 m² inkl. Flur und Duschbad. Die genaue Auflistung der einzelnen Räumlichkeiten ist der Raumliste (siehe Anhang) zu entnehmen. Die Zimmer sind mit hellen freundlichen Möbeln, einem Telefon, einem Notruf am Kopfteil des Bettes und im Duschbad, Leselampen am Bett und Schreibtisch sowie einer elektrischen Außenjalousie zur Abdunkelung des Zimmers ausgestattet. Folgende Möblierung der Zimmer gehört im Haus A zum Ausstattungsstandard:

- Wandgarderobe im Flur
- Bett
- Nachttisch
- Kleiderschrank mit Wertfach
- Schreibtisch
- Schreibtischstuhl
- Pinnwand zur persönlichen Gestaltung
- Sessel

Im Haus B befinden sich die Behandlungsplätze für die Entwöhnungsphase II und die Adaptionsphase. Es stehen 22 Einzelzimmer sowie drei Doppelzimmer für Paare oder Eltern mit Kind, jeweils mit dazugehörigem Duschbad, zur Verfügung. Des Weiteren befinden sich im Haus B diverse Funktions- und Therapieräume, wie bspw. im Erdgeschoss ein Physiotherapieraum, ein EDV-Schulungsraum, ein Ergotherapieaum, ein Musikraum, ein Fitnessraum, eine Sauna inkl. Ruheraum sowie ein Badebereich für medizinische Bäder. Die im Erdgeschoss befindlichen Therapie- und Funktionsräume werden auch von der Clean WG genutzt. Im 01. und 02. Obergeschoss befinden sich die Einzelzimmer der Rehabilitanden sowie ein Aufenthaltsbereich, der mit einem Fernsehgerät ausgestattet ist. Die Zimmergröße beträgt bei sechs Einzelzimmern einheitlich ca. 23 m² inkl. Flur und Duschbad, bei allen anderen Einzelzimmern ca. 26 m². Im Dachgeschoss befinden sich drei Doppelzimmer mit einer Raumgröße von ca. 42 m² inkl. Flur und Duschbad sowie ein Aufenthalts- und Gruppentherapieaum, der mit einem Fernsehgerät und einem Computer/Internetzugang ausgestattet ist. Die genaue Auflistung der einzelnen Räumlichkeiten ist der Raumliste (siehe Anhang) zu entnehmen. Die Zimmer sind mit einer Küchenzeile, hellen freundlichen Möbeln, einem Telefon, einem Notruf am Kopfteil des Bettes und im Duschbad, Leselampe am Bett sowie einer elektrischen Außenjalousie zur Abdunkelung des Zimmers ausgestattet. Folgende Möblierung der Zimmer gehört im Haus B zum Ausstattungsstandard:

- Wandgarderobe im Flur
- Küchenzeile mit Herd und Kühlschrank
- Tisch mit zwei Stühlen
- Bett

- Nachttisch
- Kleiderschrank mit Wertfach
- Pinnwand zur persönlichen Gestaltung

Besonderheiten:

- Das Haus A verfügt über eine Großküche, in der Rehabilitanden die Mahlzeiten für sich und andere Rehabilitanden der Entwöhnungsphase I unter Anleitung eigenständig zubereiten.
- Die Fachklinik Hamburg-Mitte verfügt im Haus B über zwei Besucherzimmer für Angehörige von Rehabilitanden. Es handelt sich um je ein Einzelzimmer à ca. 20 m² inkl. Flur und eigenem Duschbad im 01. und 02. Obergeschoss des Hauses.

- Das Haus B verfügt über eine umlaufende Dachterrasse. Diese steht den Rehabilitanden der Entwöhnungsphase II und Adaptionphase zur Verfügung.
- Alle Gebäude sind mit einem elektronischen Schließsystem ausgestattet.
- Auf dem Gelände befinden sich drei Hochbeete, in denen Gemüse und Kräuter angebaut werden. Rehabilitanden, die sich im Garten betätigen, können die Pflege des Hochbeetes eigenverantwortlich übernehmen.
- Das Gartengelände bietet Möglichkeiten zum Aufenthalt und für gemeinsame Aktivitäten (Boule, Tischtennis, Grillen) im Freien.



Gruppentherapie



Aufenthaltsraum



Physiotherapie



Sauna



Einzelzimmer mit Küchenzeile



EDV-Schulungsraum

7. Kooperation und Vernetzung

Anerkennungen und Verbandszugehörigkeit

Die Fachklinik Hamburg-Mitte ist

- gem. §§ 35/36 BtMG von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz - Fachabteilung Drogen und Sucht - der Freien und Hansestadt Hamburg anerkannt
- Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankentherapie („buss“), Kassel
- Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (deQus)
- Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e.V., Wandsbeker Chaussee 8
- Mitglied im National Acupuncture Detoxification Association (NADA) - Deutsche Sektion e. V.
- Zertifiziert gemäß DIN EN ISO 9001: 2008 und deQus (Version 3.0) durch die Zertifizierungsstelle CERT IQ GmbH

Trägerübergreifende Kooperationsvereinbarungen

- Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg
- Rahmenvereinbarung zur Kooperation „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“
- Kooperationsvereinbarung Familie · Kind · Sucht
- Kooperationsvereinbarung zur Förderung der Erziehungsfähigkeit von substituierten drogenabhängigen Menschen mit regelmäßigem Umgang mit minderjährigen Kindern sowie der Stärkung des Kinderschutzes

Vernetzung mit dem ifi-Institut der Asklepiosklinik St. Georg in Hamburg

Am ifi-Institut, das zur Asklepiosklinik St. Georg gehört, bietet ein interdisziplinäres Team von Ärzten Diagnostik, Therapie und Beratung auf hohem medizinischen Niveau an, das seit Jahren von den Einrichtungen des Jugendhilfe e. V. genutzt wird. Das ifi-Institut für interdisziplinäre Medizin befindet sich im Haus K der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg. Die enge Kooperation des ifi-Instituts mit dem Krankenhaus bietet die Möglichkeit, bei Bedarf auf das umfangreiche Leistungsspektrum eines großen Krankenhauses zuzugreifen. Das Institut ist spezialisiert auf Infektiologie, Hepatologie und medizinische Vorsorge, also wesentliche medizinische Bereiche, die den von der Fachklinik zu versorgenden Personenkreis kennzeichnen. Ein besonderes Merkmal der Einrichtung ist die enge Verzahnung ambulanter und stationärer Medizin, so dass bei medizinischem Bedarf kurze Versorgungswege gegeben sind.

Vernetzung mit der Asklepios Klinik Nord – Suchtaufnahmestation

Die gute Zusammenarbeit des Jugendhilfe e. V. mit den suchtbefugten Stationen der **Asklepios Klinik Nord** besteht seit nunmehr drei Jahrzehnten. Das Klinikum befindet sich in 22419 Hamburg, Langenhorner Chaussee 560 und ist für die überbezirkliche Versorgung drogenabhängiger Menschen zuständig. Die Fachklinik Hamburg-Mitte kooperiert mit dem Team der Suchtaufnahmestation bei substanzbezogenen Rückfällen von Rehabilitanden, für die eine Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation in Frage kommt. Darüber hinaus wird das Versorgungsangebot der Asklepios Klinik Nord in Anspruch genom-

men, wenn eine stationäre psychiatrische Behandlung notwendig ist, weil eine psychische Dekompensation droht. Das Klinikum ermöglicht der Fachklinik Hamburg-Mitte eine unmittelbare Aufnahme behandlungsbedürftiger Rehabilitanden.

Kooperation mit Grone Netzwerk Hamburg GmbH - gemeinnützig -

Grone Netzwerk kooperiert mit der Fachklinik Hamburg-Mitte in Fragen der Bildung und der beruflichen Orientierung im Rahmen einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung.

Die Grone Netzwerk Hamburg wurde 2004 als gemeinnützige Tochter der Stiftung Grone-Schule gegründet. Damit erweiterte Grone zum ersten Mal sein Angebot vom Dienstleister für Bildung und Qualifizierung zum Beschäftigungsträger. Heute setzen sich 40 Mitarbeiter zielsicher, kreativ und mit

Engagement für ihre Teilnehmer und Auftraggeber ein. Zwischen Grone Netzwerk und Jugendhilfe e. V. ist ein Kooperationsvertrag abgeschlossen worden, der vorsieht, dass die Fachklinik Hamburg-Mitte die folgenden Angebote nutzen kann:

- Arbeitsgelegenheiten
- Berufliche Rehabilitation / Teilhabe am Arbeitsleben
- Berufskompetenzen
- Dienstleistungsberufe
- Gesundheit / Soziales
- Lager / Handel / Logistik
- Sprachen

Darüber hinaus bestehen weitere verbindliche Kooperationen für die medizinisch-berufliche Rehabilitation, wie bspw. mit der Stiftung berufliche Bildung (SBB) und dem Berufsförderungswerk (BFW) Hamburg GmbH.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Seit 2009 bereitet der Jugendhilfe e. V. die Zertifizierung seiner Einrichtungen vor. Die bereits durch Mitarbeiterbeteiligung erarbeiteten Grundsätze und Abläufe des internen Qualitätsmanagements basieren auf dem Manual zum Qualitätsmanagement in der stationären Suchttherapie von deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.) und bestimmen verbindlich die Arbeitsprozesse. Die Zertifizierung der Fachklinik Hamburg-Mitte ist am 08.08.2013 erfolgt.

Die Fachklinik beteiligt sich an den Qualitätssicherungsprogrammen der Deutschen Rentenversicherung (Rehabilitandenbefragung, Peer Review-Verfahren) einschließlich der Effektivitätskontrollen und dokumentiert die durchgeführten Leistungen angemessen gemäß der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL).

Die Fachklinik Hamburg-Mitte verpflichtet sich, die geltenden Richtlinien der zuständigen Leistungsträger während der medizinischen Rehabilitation einzuhalten.

Beschwerdemanagement

Als Rehabilitationseinrichtung ist die Fachklinik Hamburg-Mitte gemäß § 20 SGB IX verpflichtet, die mit dem Leistungsträger vertraglich vereinbarten Qualitätsstandards der angebotenen Leistungen sicherzustellen. Die Leistungsberechtigten haben insofern ein Recht auf Qualität (vgl. Lachwitz, Schellhorn, Welti, 2006, 163). Vor diesem Hintergrund ist die Fachklinik Hamburg-Mitte daran interessiert,

- Unzufriedenheit zu erfassen, um Ansatzpunkte zur Qualitätsverbesserung zu erhalten und
- den Anteil der unausgesprochenen Beschwerden zu minimieren.

Die Fachklinik Hamburg-Mitte initiiert Rückmeldungen über die Zufriedenheit mit den vorgefundenen Strukturen, den rehabilitativen Prozessen sowie den Ergebnissen der medizinischen Rehabilitation mittels standardisierter Verfahren (deQus „Fragebogen zur Patientenzufriedenheit“). Zum einen wird der Rehabilitand bereits zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung im Rahmen der Aufklärung über Ablauf und Zielsetzung der Entwöhnungsbehandlung auf sein Beschwerderecht hingewiesen. Dabei werden ihm schon bei Aufnahme alle Beschwerdewege erklärt. Ein ausgehändigtes Beschwerdeformular soll das Interesse der Fachklinik an der Rückmeldung über die Leistungserbringung unterstreichen und für den Rehabilitanden die Möglichkeit, sich zu äußern, möglichst barrierefrei gestalten. Zum anderen wird der Rehabilitand darauf hingewiesen, dass die Fachklinik ein grundsätzliches Interesse an der Zufriedenheit seiner Rehabilitanden hat und deswegen an festgelegten Stichtagen die Kundenzufriedenheit erfragt. Der Rehabilitand wird informiert, dass eine Zufriedenheitsbefragung ebenso standardgemäß zum Entlassungszeitpunkt stattfindet.

Die Mitarbeiter der Fachklinik werden dahingehend sensibilisiert, Unzufriedenheitsäußerungen zu erkennen und diese ernst zu

nehmen. Das implementierte Beschwerde-management hält sie dazu an, Beschwerden zu dokumentieren, zu bearbeiten oder weiterzuleiten. Dabei gilt die Grundregel, dass jeder, der eine Beschwerde annimmt, zum Beschwerdeverantwortlichen wird. Der Beschwerde führende Rehabilitand wird stets über die weitere Beschwerdebearbeitung und abschließend über das Ergebnis informiert. Für die Beschwerdebearbeitung werden die folgenden Informationen benötigt:

- Erfassung des Eingangszeitpunkts
- Inhalt der Beschwerde
- Welcher Beschwerdeweg wurde gewählt?
- An wen richtet sich die Beschwerde?
- Wer nimmt die Beschwerde an (Beschwerdeverantwortlicher)?
- Erwartung des Rehabilitanden (Wiedergutmachung, Verhaltensänderung)
- Dringlichkeit der Beschwerde

Der in der Fachklinik Hamburg-Mitte festgelegte Beschwerdebearbeitungsprozess

regelt die Verantwortlichkeit für einzelne Bearbeitungsschritte, ebenso ihre Reihenfolge. Des Weiteren werden die interne Kommunikation, die Dokumentation und die Überwachung des Prozesses beschrieben. Es wird insbesondere Wert auf eine schnelle und gründliche Bearbeitung gelegt und die Zugänglichkeit gewünschter Beschwerdewege gewährleistet. Hierbei spielt eine besondere Rolle, dass dem Rehabilitanden von der Fachklinik auch die Beschwerde beim zuständigen Leistungsträger ohne Behinderung oder Verzögerung ermöglicht wird.

Die Fachklinik Hamburg-Mitte wertet jährlich im Rahmen der beschriebenen Strukturen die eingegangenen Beschwerden aus und berichtet im Team über die Auswertungsergebnisse. Die erhaltenen Informationen gehen in die Verbesserungsvorhaben ein.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams ist in der Fachklinik Hamburg-Mitte durch eine festgelegte Kommunikationsstruktur innerhalb der Klinik- und Therapieorganisation geregelt. Diese Struktur sichert eine regelmäßige Zusammenarbeit aller Teammitglieder und ist am Wohle der Rehabilitanden orientiert.

Dienstbesprechungen (DB) finden täglich von Montag bis Freitag in der Zeit von 13 bis 14 Uhr statt, so dass sowohl bestimmte Schwerpunkte wie Intervention/ Supervision, Organisation der Dienstabläufe, Fallkonferenzen und Wochenendübergaben, aber auch aktuelle Aspekte wie Krisen bei Rehabilitanden oder auch Probleme im Betriebsablauf ihren Platz finden. Ausführliche Wochenendübergaben finden jeweils freitags und montags statt. Hiermit soll sichergestellt werden, dass durch klare Aufgabenbeschreibungen für das Pflegepersonal die Wochenenddienste geregelt und zielorientiert ablaufen. Dienstags finden in der Zeit von 13 bis 14 Uhr Interventionen statt, mit dem Schwerpunkt auf kollegiale Beratung bei therapeutischen Entscheidungen. Die externe Supervision findet in einem vierwöchigen Rhythmus statt und dauert 30 Minuten länger als die reguläre Dienstbesprechungszeit.

Mittwochs findet in der Zeit von 13 bis 14 Uhr die Dienstbesprechung statt, in der organisations- und verwaltungsförmige Themen besprochen werden. Donnerstags finden regelmäßig Fallkonferenzen statt.

Für die Dokumentation der Dienstbesprechung wird das Formular „Dienstbesprechungsprotokoll“ verwendet. Dieses Formular enthält die Gliederungspunkte: „Fallbesprechung, Aktuelles & Organisatorisches, Warteliste & Belegung, Schwerpunktthemen, Offene Arbeitsaufträge“. Arbeitsaufträge werden namentlich festgehalten und der Erledigungszeitraum vermerkt. Die Ergebnisse der Arbeitsaufträge werden auf den DB den Teammitgliedern vorgestellt. Für die Fallkonferenzen wird ein separates Fallbesprechungsformular genutzt.

Die Dienstbesprechungen finden in der Mittagsruhe der Rehabilitanden statt, so dass keine unnötigen angebotsfreien Zeiten entstehen. Die Fach- und Dienstaufsicht wird durch den leitenden Arzt und die therapeutische Leitung abgesichert. Bei Abwesenheit einer der beiden sind die Konsiliarärzte und die Psychologische Psychotherapeutin für die Vertretung vorgesehen.

10. Notfallmanagement

Die Fachklinik Hamburg-Mitte bietet als Neubau den großen Vorteil, dass sicherheits- und risikorelevante Aspekte bereits bei der Bauplanung berücksichtigt werden konnten. Darüber hinaus sind Auflagen der Baubehörde und der Feuerwehr in das Notfallkonzept eingeflossen, so dass die Betriebsaufnahme der Fachklinik Hamburg-Mitte auf einem durchdachten und schriftlich fixierten Notfallmanagement basiert.

Für **Erste-Hilfe-Maßnahmen** z. B. bei Verletzungen stehen auf den Fluren sowie den dazu gehörigen Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Fitnessraum sowie Zentralküche Verbandskästen zur Verfügung. Diese werden bei Bedarf bzw. mindestens einmal im Quartal durch den Sicherheitsbeauftragten überprüft.

Die Namen der Rehabilitanden werden in einer Zimmerliste geführt. Um für den Notfall die Zugangsmöglichkeit zu den Zimmern der Rehabilitanden sowie auch zu den Stationsbädern, -duschen und -toiletten sicher zu stellen, wurde eine zentrale digitale Schließanlage installiert. Für die Öffnung der Zimmer im Notfall steht jedem Mitarbeiter ein Zentraltransponder zur Verfügung. Vierkant-schlüssel zum Öffnen von Duschräumen und Bädern befinden sich an gekennzeichnetener Stelle im Pflege- und Arztzimmer sowie im Empfang.

Alle Rehabilitandenzimmer, Flurküchen und Bäder sind mit einer Notrufanlage ausgestattet. Die Rehabilitanden werden bei der Aufnahme durch das Pflegepersonal mit den Funktionen dieser Notrufanlage vertraut gemacht.

Weiterhin steht im Pflegezimmer ein Notfallrucksack mit einer Auflistung des Inhalts zur ärztlichen Notfallversorgung mit der Möglichkeit der kardiopulmonalen Reanimation

und der medikamentösen Behandlung zur Verfügung, der regelmäßig auf Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit durch das Krankenpflegepersonal überprüft wird.

Die Notfallmeldung durch die Rehabilitanden kann durch das Betätigen der Notrufanlage erfolgen. Die Aktivierungsinformation löst beim Empfänger ein akustisches und visuelles Signal aus und lässt gleichzeitig den genauen Aufenthaltsort des Rehabilitanden bei Bedienung der Notrufanlage erkennen.

Des Weiteren können Notfallmeldungen durch die Rehabilitanden entweder durch persönliche Vorstellung oder telefonisch über die Verbindung 130 im Pflegedienstzimmer bzw. das tragbare Diensttelefon erfolgen. Die Telefone sind mit den entsprechenden Rufnummern gekennzeichnet.

Die Weiterbehandlung des Rehabilitanden wird entweder hausintern oder durch ambulante bzw. stationäre Behandlung in einem auswärtigen Krankenhaus durchgeführt. Einer Liste sind Angaben z. B. über auswärtige Krankenhäuser, spezielle Fachabteilungen, D-Arzt-Ambulanzen mit den entsprechenden Telefon-Nummern sowie für Patiententransporte, Verlegungen und Konsiliaruntersuchungen zu entnehmen.

Medizinische Akten und Kadexe stehen zur Einsichtnahme in die medizinische Dokumentation und Verlaufskontrolle im Pflegedienstzimmer zur Verfügung.

Die Dokumentation der eingetretenen Notfälle durch den Erste-Hilfe-Beauftragten bildet die Grundlage für die jährliche Managementbewertung bzgl. Erste Hilfe- / Notfallmanagement.

Fortbildungen zu Erste-Hilfe- und Notfallmaßnahmen finden bereichs- und berufsübergreifend 2x im Jahr statt. Für die entsprechende Organisation und Durchführung ist der leitende Arzt zuständig.

Unfälle und Verletzungen von Rehabilitanden werden im Verbandbuch durch die Pflege festgehalten und der Unfallbogen ausgefüllt. Darüber hinaus erstellt die Pflege eine Unfallanzeige. Diese Unfallanzeige wird dann von der Mitarbeiterin der Verwaltung an die Berufsgenossenschaft BGW-Hamburg geschickt.

Im Falle eines gewalttätigen Übergriffes gegenüber Mitarbeitenden, Rehabilitanden oder Einrichtungsgegenständen, der nicht durch Ansprache bzw. Eingreifen beendet werden kann, wird unverzüglich über Telefon 130 vom Notfall „gewalttätiger Übergriff“ Kenntnis gegeben. Im Nachtdienst wird der Mitarbeiter der Clean WG über Telefon 212 (oder auch umgekehrt) informiert. Von hier aus werden alle weiteren Maßnahmen koordiniert und Hilfe organisiert (ggf. auch durch Benachrichtigung der Polizei).

Die Ergebnisse der **Brandschutzbegehungen** werden in den Brandschutzplan eingearbeitet und die Auflagen werden befolgt. Für die Fachklinik liegt ein durch Sachverständige geprüftes Brandschutzkonzept vor.

Die Regeln für das Verhalten bei Feueralarm sind schriftlich festgehalten und werden den Mitarbeitern in Unterweisungen bekannt gemacht. Darüber hinaus werden mit den Mitarbeitern Brandschutzübungen durchgeführt. Brandschutzbelehrungen werden durch den Brandschutzbeauftragten im Rahmen der regelmäßigen Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt und entsprechend protokolliert.

Bei der Erarbeitung der Regeln für das Verhalten im Brandfall hat die Sicherheit von Rehabilitanden und Mitarbeitern absoluten Vorrang. Die Regeln werden so aufbewahrt, dass sie für die Mitarbeiter jederzeit verfügbar sind. Jeder Mitarbeiter hat Zugriff auf die Brandschutzordnung im QM-Handbuch.

Flucht- und Rettungspläne liegen vor, in jeder Etage sind die Pläne gut sichtbar ausgehängt.

Bei baulichen Veränderungen und der Anschaffung von Mobiliar werden ebenfalls die Regeln des vorbeugenden Brandschutzes berücksichtigt.

Feuerlöscheinrichtungen werden vorgehalten und regelmäßig entsprechend den Vorgaben der Hersteller gewartet.

Die Klinik hat Vorsorge gegenüber möglichen **Katastrophen** getroffen. Diensthabende Mitarbeiter sind angewiesen, bei Notfällen die zuständigen Dienste und Behörden zu alarmieren (Feuerwehr, Polizei). Die entsprechenden Rufnummern werden an zentraler, leicht zugänglicher Stelle am Empfang und im Pflegezimmer bereitgehalten. Die Telefonanlage ist gegen Stromausfall durch selbst erzeugte Energie des Blockheizkraftwerkes gesichert. Es ist geregelt, dass bei Notfällen oder in unübersichtlichen Situationen leitende Mitarbeiter alarmiert werden.

Bei **technischen Notfällen** ist zunächst der Hausmeister unter der Telefonnummer 290 zu benachrichtigen. Dies gilt für Störungen am Personenaufzug, an der Notruf- und Brandschutzanlage, an der Heizungsanlage, am Feuerlöscher sowie an den Autos, damit erste Maßnahmen getroffen werden können (z.B. Befreiung von Fahrgästen im stecken gebliebenen Aufzug). Tritt die Störung außerhalb der Dienstzeit des Hausmeisters auf, wird der technische Bereitschaftsdienst informiert. Von dort aus werden dann Maßnahmen ergriffen, um den Schaden zu beheben.

Die Fachklinik hat mit der IAS AG einen Dienstleistungsvertrag für die **Bereiche Gefahrstoffe** abgeschlossen.

Diese Firma führt gem. §§ 16, 20 der Verordnung über Gefährliche Stoffe (GefStoffV)

regelmäßig (mind. einmal jährlich) eine systematische Ermittlung, Bewertung und Dokumentation des Umgangs mit Gefahrstoffen durch. Hierzu wird zunächst eine Bestandsaufnahme der in der Klinik vorkommenden Gefahrstoffe durchgeführt und in einem Gefahrstoffkataster dokumentiert. Bei den Lieferanten der Gefahrstoffe werden die EG-Sicherheitsdatenblätter angefordert. Auf dieser Grundlage werden dann Betriebsanweisungen erstellt. Die Betriebsanweisungen sind Gegenstand der Arbeitssicherheitsunterweisungen. Die Betriebsanweisungen werden im QM-Handbuch aufbewahrt und sind jederzeit einzusehen.

Zur Sicherstellung hoher **Hygienestandards** erfolgt zweimal jährlich eine Begehung der Fachklinik durch den Hygienebeauftragten. Während der Begehung findet bei Bedarf eine Belehrung der Mitarbeiter statt. Zudem werden Neuerungen besprochen, die den Bereich Hygiene betreffen. Der Hygienebeauftragte erstellt einen Bericht über die Begehung. Das Original verbleibt in seinen Akten. In diesem Bericht werden aufgetretene Mängel vermerkt.

Der Hygienebeauftragte verfolgt die Umsetzung der Maßnahmen zur Behebung der aufgetretenen Mängel und ist für die abschließende Bewertung zuständig. Die Protokolle sind durch Datum und Bearbeiter gekennzeichnet und werden im Büro der zuständigen Geschäftsführung für die Zeit von 10 Jahren aufbewahrt.

Darüber hinaus führt der Hygienebeauftragte einmal jährlich für alle mit Rehabilitanden im Kontakt stehenden Mitarbeiter eine Pflichtschulung durch, die Fragen und Anforderungen an die Personalhygiene beinhaltet. Die Händehygiene gehört zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Infektionen. Die unterschiedlichen Maßnahmen der Händehygiene (hygienische Händedesinfektion bei grober Verunreinigung der

Hände) dienen dem Schutz vor Verbreitung von Kontaminationen der Haut mit pathogenen Erregern, der Entfernung transienter Mikroorganismen und der Entfernung von Verschmutzungen. Als Voraussetzung für die Händedesinfektion dürfen in Arbeitsbereichen mit erhöhter Infektionsgefahr an Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke, einschließlich Uhren und Ringe getragen werden.

Das Fachpersonal der Fachklinik informiert den Hygienebeauftragten bei besonderen Vorkommnissen, z. B. Infektionen. Der Hausmeister wird befragt, ob sich Ungeziefer auf dem Gelände der Fachklinik befindet. Ebenfalls gibt es Nachfragen, ob im Bereich der Küche alles in Ordnung ist, hier könnte es z.B. Küchenschaben geben, die dann bekämpft werden müssten. Die Vertragsdienstleistungsfirma führt bei Bedarf anfallende Entwesungen (z.B. Ratten) und Desinfektionen (z.B. Wespen) durch, die durch die Hauptgeschäftsstelle beauftragt werden. Im Dienstzimmer der Pflege, im Bereich der Physiotherapie und in der Zentralküche der Fachklinik gibt es jeweils einen gültigen Hygieneplan. Auf jedem Flur gibt es einen Reinigungsplan.

Die Hygienepläne werden von dem Hygienebeauftragten in Zusammenarbeit mit der IAS AG erstellt und aktualisiert.

Weitere Informationen zum Bereich Hygiene (u. a. auch die Hygienestandards) sind im Intranet hinterlegt und für alle Mitarbeitenden einsehbar.

Von einer schwer verlaufenden **Infektionswelle** (z.B. Grippepandemie) wäre auch die Fachklinik betroffen. Auch wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit gering ist, wären die Folgen jedoch groß. Die entsprechenden Anweisungen und Merkblätter werden durch den leitenden Arzt und den Hygienebeauftragten verfolgt. Beim Eintreten ist die dann aktuelle Anweisung auf der Homepage des

RKI (Robert Koch Institut, www.rki.de) zu beachten. Um kurzfristig und ohne äußere Hilfe einen Rehabilitanden isolieren und behandeln zu können, wird ein Mindestbestand an Schutzkleidung und Desinfektionsmittel bevorratet.

Durch regelmäßige Informationen stellt die Leitung der Fachklinik Hamburg-Mitte sicher, dass die Mitarbeiter über die Begebenheiten und Vorschriften der Bereiche: Arbeitssicherheit, Brandschutz, Erste Hilfe/ Notfallmanagement, Gefahrstoffe und Hygiene unterwiesen werden. Dies erfolgt u.a. im Rahmen der Einarbeitung und der regelmäßigen Mitarbeiterunterweisungen und wird entsprechend dokumentiert. Darüber hinaus wird zu Beginn eines Jahres von der zuständigen Geschäftsführung festgelegt, wer, wann, welche Schulungen für das kommende Jahr durchführt:

- Arbeitssicherheit (1xjährlich)
- Brandschutzunterweisung Mitarbeiter (1xjährlich)
- Medizinisches und technisches Notfallmanagement (1xjährlich)
- Datenschutz (Unterweisung bei Einstellung)
- (Küchen-)Hygiene und Hygienepläne (Unterweisung bei Einstellung)
- Ersteinweisung Medizinprodukte (Hersteller/Lieferant/Ersteingewiesener)
- Arzneimittel, Betäubungsmittel (Unterweisung bei Einstellung)
- Betriebsanweisungen / Unterweisungen Gefahrstoffe (1xjährlich)
- Ersthelferausbildungen (über Berufsgenossenschaft)
- Arbeitseinweisungen für Rehabilitanden (Ergobereich, Fitnessraum, Sauna)
- Erste-Hilfe- und Notfallübungen (2x jährlich durch medizinisches Personal)

Die **kontinuierliche Risikoüberwachung** wird durch die vierteljährlichen Sitzungen

des Arbeitsschutzausschusses des Jugendhilfe e. V. gewährleistet, der auf Einladung der Geschäftsführung zusammentritt. Ihm gehören außer der Geschäftsführung, die Sicherheitsbeauftragten, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, zwei Vertreter des Betriebsrats und die Betriebsärztin an. Der Arbeitsschutzausschuss ist u. a. für die Planung der Gefährdungsanalysen der einzelnen Arbeitsplätze zuständig. Für die Erstellung des Protokolls ist die zuständige Geschäftsführung zuständig. Jedem Mitglied des Arbeitsschutzausschusses wird ein schriftliches Protokoll, welches zu Beginn der nächsten Sitzung verabschiedet wird, zur Verfügung gestellt. Einladungen und Protokolle sind durch Datum und Bearbeiter gekennzeichnet und werden von der zuständigen Geschäftsführung in der Aktendokumentation „Arbeitsschutzausschuss“ abgeheftet und für die Zeit von 10 Jahren in der Hauptgeschäftsstelle aufbewahrt.

Ortsveränderliche elektrische Betriebsmittel, die während des Betriebes bewegt werden oder leicht von einem Platz zum anderen gebracht werden können, während sie am Versorgungsstromkreis angeschlossen sind, werden regelmäßig sicherheitstechnisch überprüft.

Für die regelmäßige Überprüfung entsprechend der Unfallverhütungsvorschrift sind der Vertragsdienstleister sowie der Hausmeister zuständig. Die Prüfung erfolgt regelmäßig und wird dokumentiert. Die geprüften Geräte werden mit einem Prüfsiegel gekennzeichnet.

Ortsveränderliche Elektrogeräte, die nicht von der Klinik angeschafft wurden, dürfen von den Mitarbeitenden wie auch von den Rehabilitanden nur benutzt werden, wenn hierfür der Nachweis einer Funktionsprüfung erbracht wird.

Ein wichtiges Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung ist die **systematische**

Erfassung von fehlerhaften Dienstleistungen. Hinweise auf Fehler/Reklamationen können von internen oder externen Kunden eingehen. Sie werden systematisch erfasst und dokumentiert, so dass eine Bewertung der Reklamation sowie eventuell erforderliche Korrekturmaßnahmen möglich werden. In der Fachklinik Hamburg-Mitte wird eine Kultur gefördert, in der es möglich ist, Fehler zuzugeben, ohne dafür gleich bestraft zu werden. Wenn Fehler nicht vertuscht, sondern diskutiert werden, ist das der beste Schutz vor deren Wiederholung.

Darüber hinaus sind die Mitarbeiter der Fachklinik verpflichtet, nach abgeschlossener Bearbeitung eines Vorganges, der zu Gefährdungen hätte führen können, kritische Ereignisse und etwaige Korrekturmaßnahmen im Übergabeprotokoll zu dokumentieren.

Der Beauftragte für die Erfassung von Fehlern und kritischen Ereignissen spricht bei dringendem Handlungsbedarf die Vorgänge umgehend in der Geschäftsführung an. Hier wird festgelegt, welche Maßnahmen durch wen bis wann ergriffen werden. Der Beauftragte verfolgt die Umsetzung der Vorbeugemaßnahme und bewertet und dokumentiert zum Abschluss den Veränderungsprozess. 2-mal jährlich wird durch den Verantwortlichen für die Erfassung von Fehlern und kritischen Ereignissen im Rahmen der Dienstbesprechung über Vorkommnisse und daraus resultierenden Maßnahmen berichtet. Mindestens 1-mal jährlich werden die

eingegangenen Rückmeldungen bezüglich Fehler und kritischer Ereignisse in der Geschäftsführung im Rahmen der Managementbewertung ausgewertet.

Die von den zuständigen Mitarbeitern erfassten Unfallmeldungen werden jährlich aufgelistet und in der Risikobewertung berücksichtigt.

Eine **Risikobewertung** wird gemäß der Vorgaben der Berufsgenossenschaft-Hamburg durchgeführt. Es werden dafür Risiken nach den Dimensionen der Eintrittswahrscheinlichkeit (E) und der Auswirkung (A) klassifiziert und daraus der Risikowert berechnet. Die potenzielle Auswirkung eines Risikos wird in 4 Stufen unterteilt, abhängig von den materiellen und immateriellen Auswirkungen.

Risiken, bei deren Realisierung inakzeptable Auswirkungen eintreten, müssen unabhängig von der Eintrittswahrscheinlichkeit bearbeitet werden.

Bei allen anderen Risiken erfolgt die Bearbeitung nach folgender Dringlichkeitsabstufung:

- Es sind zwingend risikomindernde Maßnahmen zu treffen
- Es muss von Fall zu Fall über risikomindernde Maßnahmen entschieden werden
- Es müssen normalerweise keine Maßnahmen getroffen werden

11. Fortbildung

Wissenschaft und Praxis in der Psychotherapie und der Rehabilitation befinden sich in einem ständigen Wandel und Entwicklungsprozess. Fort- und Weiterbildungen gehören deswegen zu den Berufspflichten der Heilberufe. Für die Fachklinik Hamburg-Mitte sind Fort- und Weiterbildungen für alle Teammitglieder verbindlich vorgeschrieben, um eine ordnungsgemäße Berufsausübung zu gewährleisten und die dafür notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zu erhalten und zu entwickeln. Fortbildung ist also ein qualitätssichernder Teil der Berufsausübung. Interdisziplinäre Zusammenarbeit gilt als Kennzeichen von Rehabilitation. Teamarbeit kann jedoch nicht vorausgesetzt, sondern muss entwickelt werden. Der Verein Jugendhilfe e. V. Hamburg hat den Teamentwicklungsprozess der Fachklinik durch Unterstützung einer Organisationsberatung gefördert, so dass Techniken der Teamarbeit, darunter auch Fragen der Eigenständigkeit, der Weisungsbindung, der Kompetenz und der Verantwortungsteilung geklärt werden konnten. Diese moderierten Gesamtteamsitzungen sind auf große Akzeptanz gestoßen, so dass dieses Modell als Förderfaktor zukünftig beibehalten werden soll.

Fortbildungsbedarf, der im Fortbildungskonzept des Jugendhilfe e. V. seinen Niederschlag findet, wird in den folgenden Bereichen gesehen:

- Behandlungsstrategien bei (seltenerer) psychiatrischer Komorbidität innerhalb des Regelangebots der Fachklinik (z. B. bei schizophrenen Residuen; schizo-afektiven Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen etc.)
- Klientenzentrierte Kommunikation,

Grundsätze der Gesprächsführung mit Betroffenen und ihren Angehörigen

- Kenntnisse über Struktur und Leistungsangebot in Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere auch bezüglich der Schnittstellen und Verknüpfungsmöglichkeiten;
- Weiterentwicklungen in den Methoden und Strategien der jeweiligen Reha-Professionen

Der Verein Jugendhilfe, als Träger unterschiedlicher Reha- und Eingliederungshilfemaßnahmen, verfügt mit seinen derzeit 280 Mitarbeitern über ein großes Reservoir an qualifizierten Fachleuten, die im Rahmen interner Schulungen ihr Know-how weitergeben können. In der Fachklinik wird diese Möglichkeit genutzt und durch Referenten verschiedener Professionen der Kooperationspartner ergänzt. Vor allem sind solide Informationen über Struktur und Leistungsangebote in Gesundheits- und Sozialwesen in den eigenen Reihen verfügbar, weil Jugendhilfe e. V. seit mehr als 50 Jahren in diesen Hilfesegmenten verankert ist. Darüber hinaus bieten die Verbände und Organisationen (buss, deQus, vffr, ZIS, der Paritätische etc.) ihren Mitgliedern Fortbildungsmöglichkeiten, die sich auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft befinden. Psychologen und Ärzte unterliegen durch ihre jeweiligen Kammern der Fortbildungspflicht und nehmen im vorgeschriebenen Umfang an rehabilitationsrelevanten Fortbildungen der akkreditierten Fortbildungsinstitute teil. Traditionellerweise wird die Methode der „Motivierenden Gesprächsführung“ allen Fachkräften des Vereins als Basisqualifizierung angeboten.

12. Supervision

Neben der wöchentlich stattfindenden Intervention nimmt das Team der Fachklinik Hamburg-Mitte regelmäßig i. d. R. im 4-Wochen-Turnus externe Supervision in Anspruch. Der Supervisor ist durch die Psychotherapeutenkammer Hamburg akkreditiert und in der Verhaltenstherapie ausgebildet. Die Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist eine selbstverständliche qualitätssichernde Maßnahme der Rehabilitationseinrichtung.

Die externe Supervision beinhaltet sowohl Fall- wie Teamsupervision. Teamsupervision zielt dabei auf Verbesserung der

Kommunikationsprozesse in der Rehabilitationseinrichtung und befasst sich mit Rollenverhalten und Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam.

An der Fallsupervision nehmen alle Professionen und Mitglieder des Teams verpflichtend teil, um den Umgang mit einem bestimmten Rehabilitanden zu besprechen. Ziele sind vorrangig die Entlastung der Therapeuten und die Verbesserung der Therapie. Der Leitende Arzt sowie der Leitende Therapeut nehmen je nach Fokus an der Supervision des Teams teil. Darüber hinaus erhalten sie regelmäßig, i. d. R. im 4-Wochen-Turnus, Leitungssupervision.

13. Hausordnung / Therapievertrag

Therapievertrag

Nach ausführlicher Information über die Bedingungen der stationären medizinischen Rehabilitation sowie der Verpflichtung der Fachklinik Hamburg-Mitte, die geltenden Richtlinien der zuständigen Leistungsträger während der Entwöhnungsbehandlung einzuhalten, wird zwischen

der Fachklinik Hamburg-Mitte, Jugendhilfe e. V.
-nachfolgend Einrichtung genannt -

und

Herrn/Frau _____ geb. am: _____
-nachfolgend Rehabilitand genannt-

die Durchführung einer therapeutischen Behandlung bei dem Rehabilitanden vereinbart.

Ziel der Behandlung ist die Abstinenz von Suchtmitteln, die Stabilisierung der Persönlichkeit, die Befähigung zu einem eigenverantwortlichen Leben, die (Wieder-)Eingliederung in die Gesellschaft sowie der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Für die Zeit der Therapie vereinbaren wir:

- ✓ Ich verpflichte mich, wie im Aufnahmegespräch besprochen, an den vereinbarten Behandlungsangeboten sowie den Mahlzeiten verbindlich und aktiv teilzunehmen.
- ✓ Ich verpflichte mich, mit den Mitarbeitern der Einrichtung zusammenzuarbeiten.
- ✓ In den ersten sechs Wochen darf ich die Einrichtung nicht allein verlassen. Danach sind Ausgänge nach schriftlichem Antrag zu den festgelegten Zeiten auch unbegleitet möglich. Mir ist bekannt, dass diese Regelung nach therapeutischer Einschätzung individuell eingeschränkt wird.
- ✓ Ich bleibe frei von Alkohol, Drogen und nicht verordneten Medikamenten. Mir ist bekannt, dass der Konsum von Alkohol, Drogen und nicht verordneten Medikamenten in der Einrichtung untersagt ist. Ich verpflichte mich, keine Suchtmittel anzunehmen oder zu verkaufen.
- ✓ Ich verpflichte mich, das in der Einrichtung geltende Rauchverbot einzuhalten.
- ✓ Ich erkläre mich mit unangekündigten Alkohol-/Medikamenten- und Drogen-Tests einverstanden.
- ✓ Ich verpflichte mich, die mir zur Kenntnis gegebenen Rückfallregelungen der Einrichtung einzuhalten.

Rückfallregelung in der Fachklinik Hamburg-Mitte

Sollte es trotz der Vereinbarung im Therapievertrag zu einem Rückfall kommen, gilt folgendes:

Decken Sie den Rückfall gegenüber den Mitarbeitern sofort auf! Rufen Sie bereits von unterwegs in der Einrichtung an, um den Rückfall aufzudecken! Spätestens bei Eintreffen in der Einrichtung müssen Sie direkt zum Mitarbeiter gehen und den Rückfall benennen, sonst gilt er als nicht aufgedeckt.

Generell gilt: Nach dem 1. und 2. Rückfall (die beide von Ihnen aufgedeckt worden sein müssen!) ist der sofortige Aufenthalt in einer Entgiftungsstation unabdingbare Voraussetzung für die Fortführung der Therapie. Im Anschluss an die Entgiftungsbehandlung ist eine Wiederaufnahme möglich. Dies wird individuell von der Ärztlichen und Therapeutischen Leitung unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs und im Falle eines 2. Rückfalls in Rücksprache mit dem Leistungsträger entschieden.

Eine Entlassung nach Konsum von Drogen, Alkohol oder nicht verordneten Medikamenten erfolgt auf jeden Fall, wenn

- der Rückfall *nicht selbst aufgedeckt* wurde,
- der Versuch der *Manipulation von Urinkontrollen* erfolgte,
- *Konsum in der Einrichtung, auf dem Einrichtungsgelände* bzw. das *Einbringen von Drogen/Alkohol* und nicht verordneten Medikamenten in die Einrichtung bzw. das Einrichtungsgelände erfolgte;
- es sich um den *dritten Rückfall* handelt.

Ich habe diese Regelung zur Kenntnis genommen.

Hamburg, den _____
(Datum)

(Unterschrift Rehabilitand/in)

HAUSORDNUNG – Fachklinik Hamburg-Mitte

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

um einen für alle Therapieteilnehmer erfolgreichen Aufenthalt zu ermöglichen und den Therapieerfolg nicht zu gefährden, setzen wir die Einhaltung der nachfolgenden Regeln voraus.

Sie sind gemeinsam mit den anderen Therapieteilnehmern selbst verantwortlich für die Erledigung vieler praktischer Dinge des täglichen Lebens. Die konkreten Aufgaben erfahren Sie im Rahmen der Ergotherapie und von Ihrer Sozialpädagogischen Bezugsbetreuung. Damit nach Ihnen noch viele weitere Rehabilitanden von der Einrichtung dieses Hauses profitieren können, gilt es, schonend mit allen Sachen umzugehen. Wir sind sicher, dass Ihnen dies mit Hilfe der Gruppe und des Mitarbeiterteams nicht schwer fallen wird.

Wir hoffen, dass Sie bei uns eine angenehme Zeit verbringen und wünschen Ihnen viel Erfolg!

I. Regeln zur Unfallverhütung und zur Sicherheit aller Rehabilitanden

1) Elektrische Anlagen und Geräte:

Bitte wenden Sie sich bei allen Problemen mit elektrischen Anlagen, Geräten usw. immer an den Hausmeister!

Auf keinen Fall dürfen Sie selbst etwas reparieren, defekte Geräte anschließen und Geräte öffnen (auch die eigenen nicht!).

Persönliche Elektrogeräte:

In unserem Haus dürfen folgende mitgebrachte Geräte benutzt werden: Haartrockner, elektrische Zahnbürste, Netzgeräte für Handys, Rasierapparate und Notebooks.

2) Gartenarbeiten und Aufräumarbeiten auf dem Grundstück:

Alle Tätigkeiten, die üblicherweise im Garten zu machen sind, können von Ihnen grundsätzlich ausgeführt werden. Für den Umgang mit dem Rasenmäher und der elektrischen Heckenschere müssen Sie sich vor dem ersten Mal von einem Mitarbeiter einweisen lassen.

3) Feuer und Rauchen:

a) Offenes Feuer ist im Haus und auf dem Grundstück grundsätzlich verboten.

Dies schließt die Benutzung von Kerzen ein.

b) Rauchen:

In den Häusern der Rehabilitationseinrichtung ist das Rauchen generell untersagt. Für das Rauchen auf dem Klinikgelände steht ein Raucherunterstand zur Verfügung. Das Rauchen außerhalb des Raucherunterstandes ist auf dem Klinikgelände untersagt.

4) Heizung- und Warmwasseranlage:

Bei Problemen mit der Heizung ist dies unverzüglich dem Mitarbeiter mitzuteilen.

5) Gefahr- und Giftstoffe:

Es ist verboten Öl, Benzin, Lösungsmittel, lösungsmittelhaltige Farben usw. mit ins Haus zu bringen.

II. Zimmerausstattung:

1. Die **Möbel im Zimmer** dürfen nicht verändert und umgestellt werden.
2. Sie können die **Pinnwand** in Ihrem Zimmer selbst frei gestalten.
3. Jedes **Bekleben** der Wände, Türen und Möbel sowie die **Verwendung von Schrauben und Nägeln** ist untersagt.

Leuchten dürfen nicht mit Tüchern verhüllt oder sonst wie verändert werden, weil hierdurch Brandgefahren entstehen können.

III. Musik- und Fernsehgeräte:

1. Persönliche Musik- und Fernsehgeräte dürfen nicht verwendet werden.
2. Alle Fernsehgeräte in den Aufenthaltsräumen dürfen nur in Zimmerlautstärke betrieben werden.

IV. Mitfahrt in Kraftfahrzeugen in Rahmen des Therapieprogramms:

Es sind die Anweisungen des Fahrers zu befolgen. Es gilt Gurtpflicht (d. h. anschnallen) und selbstverständlich gilt auch hier das Rauchverbot.

V. Verbleib von persönlichem Eigentum bei Therapiebeendigung:

Bei Therapiebeendigung (Entlassung, Verlegung, Abbruch) nehmen Sie bitte ihr gesamtes persönliches Eigentum mit.

Für **persönliches Eigentum** jeglicher Art wird von der Einrichtung keinerlei Haftung übernommen. Der Rehabilitand ist verpflichtet seine Sachen ordnungsgemäß zu verwahren. Bei Verlassen der Einrichtung zurück gelassenes Eigentum wird von der Einrichtung ohne Aufbewahrung und Fristen entsorgt.

Ich bestätige, dass mir die Hausordnung für Fachklinik Hamburg-Mitte ausgehändigt und ich ausführlich darüber informiert wurde. Mit meiner Unterschrift willige ich in diese Hausordnung ein.

.....
(Name in Druckschrift)

Hamburg, den
(Datum)

.....
(Unterschrift Rehabilitand/in)

14. Raumliste

	A	B	C	D	E
	Raumbezeichnung	Raum Nr.	Technische Nr. / Turnummer	Beschriftung / Turschild Zeile 1	Beschriftung / Turschild Zeile 2
1					
2	Eingang Windfang Siedle	A.0.01.0	28		
3	Windfang / Flur EG	A.0.01.0	29		
4	Windfang / Treppenhaus	A.0.01.0	30		
5	Treppenhaus / Flur EG	A.0.02.0	31		
6	Flur EG / Vorraum Bereitschaft	A.0.04.1	32	Bereitschaftsdienst	
7	Vorraum Bereitschaft / Mitarbeiter WC	A.0.04.2	58		
8	Urinkontrolle	A.0.05.0	55		Urinkontrollen
9	Krankenpflege	A.0.06.0	54	Krankenpflege	
10	Bereitschaft / Krankenpflege Zwischentür	A.0.06.0	56		
11	Einzeltherapie	A.0.07.0	57		
12	Vorraum Einzeltherapie	A.0.07.1	50		N. N. Suchttherapeut
13	Vorraum / Mitarbeiter WC H	A.0.07.2	52	WC Mitarbeiter	Herren
14	Mitarbeiter WC Herren	A.0.07.2	53		
15	EG Vorraum / Rehabilitanden WC D	A.0.08.0	48	WC Rehabilitanden	Damen
16	Rehabilitanden WC D	A.0.08.0	49		
17	Gruppenraum	A.0.09.0	45	Therapeutischer Gruppenraum	
18	EG Vorraum / Rehabilitanden WC H	A.0.10.0	46	WC Rehabilitanden	Herren
19	Rehabilitanden WC H	A.0.10.0	47		
20	Essraum	A.0.11.0	44	Essraum	Aufenthaltsraum
21	Terrassentür Essraum	A.0.11.0	44a		
22	Wirtschaftsraum / Küche	A.0.12.0	42		
23	Küche / Lager	A.0.12.1	43	Lager	Lebensmittel
24	Wirtschaftsraum	A.0.12.2	39		
25	WC Ankleide	A.0.12.3	41		
26	Mitarbeiter Ankleide	A.0.12.4	40	Ankleideraum	Mitarbeiter
27	Küche	A.0.12.5	38	Küche / Hauswirtschaftsleitung	N. N.
28	WC	A.0.13.0	36	WC Rehabilitanden	Herren
29	Physiotherapie - Einzeltherapie	A.0.14.0	37		N. N. Physiotherapeutin
30	Ergotherapie - Einzeltherapie	A.0.15.0	34		N. N. Ergotherapeuten
31	Technikraum / Mitarbeiterterial	A.0.15.1	35	Technikraum	
32	Arzt	A.0.16.0	33	N. N. / Ärztliche Leitung	Arzt
33	Aufnahmebüro/Verwaltung	A.0.17.0	32	Aufnahmebüro / Verwaltung	N. N.
34	Treppenhaus / Flur 1.OG	A.1.02.0	33		
35	Treppenhaus / Flur 2.OG	A.1.02.0	100		
36	Rehabilitand 1	A.1.04.0	99		
37	Vorraum Rehabilitand 1	A.1.04.1	97	A.1.04.0	
38	Bad Rehabilitand 1	A.1.04.2	98		
39	Rehabilitand 2	A.1.05.0	96		
40	Vorraum Rehabilitand 2	A.1.05.1	94	A.1.05.0	
41	Bad Rehabilitand 2	A.1.05.2	95		
42	Rehabilitand 3	A.1.06.0	93		
43	Vorraum Rehabilitand 3	A.1.06.1	91	A.1.06.0	
44	Bad Rehabilitand 3	A.1.06.2	92		
45	Vorraum Rehabilitand 4	A.1.07.1	88	A.1.07.0	
46	Bad Rehabilitand 4	A.1.07.2	89		
47	Rehabilitand 5	A.1.08.0	87		
48	Vorraum Rehabilitand 5	A.1.08.1	85	A.1.08.0	
49	Bad Rehabilitand 5	A.1.08.2	86		
50	Rehabilitanden Paar 1	A.1.09.0	84		
51	Vorraum Rehabilitanden Paar 1	A.1.09.1	82	A.1.09.0	
52	Bad Rehabilitanden Paar 1	A.1.09.2	83		
53	Flur 1.OG / Aufenthalt Rehabilitanden	A.1.10.0	79	Aufenthaltsraum	
54	Terrassentür Aufenthaltsraum 1. OG	A.1.10.0	79a		
55	Putzmittelraum 1.OG	A.1.10.1	81	Reinigungsmittel	
56	Rehabilitanden Wa.+Tr.	A.1.10.2	80	Wäscheraum	
57	Rehabilitanden Paar 2	A.1.11.0	78		
58	Bad Rehabilitanden Paar 2	A.1.11.2	77		
59	Rehabilitand 10	A.1.12.0	75		
60	Vorraum Rehabilitand 10	A.1.12.1	73	A.1.12.0	
61	Bad Rehabilitand 10	A.1.12.2	74		
62	Rehabilitand 9	A.1.13.0	72		
63	Vorraum Rehabilitand 9	A.1.13.1	70	A.1.13.0	
64	Bad Rehabilitand 9	A.1.13.2	71		
65	Rehabilitand 8	A.1.14.0	69		
66	Vorraum Rehabilitand 8	A.1.14.1	67	A.1.14.0	
67	Bad Rehabilitand 8	A.1.14.2	68		
68	Rehabilitand 7	A.1.15.0	66		
69	Vorraum Rehabilitand 7	A.1.15.1	64	A.1.15.0	
70	Bad Rehabilitand 7	A.1.15.2	65		
71	Rehabilitand 6	A.1.16.0	63		
72	Vorraum Rehabilitand 6	A.1.16.1	61	A.1.16.0	
73	Bad Rehabilitand 6	A.1.16.2	62		
74	Rehabilitand 4	A.1.7.0	90		
75	Bad Rehabilitand 11	A.2.04.0	141		
76	Vorraum Rehabilitand 11	A.2.04.1	140	A.2.04.0	

	A	B	C	D	E
1	Raumbezeichnung 	Raum Nr.	Technische Nr. / Türnummer	Beschreibung Türschild Zeile 1	Beschreibung Türschild Zeile 2
77	Rehabilitand 11	A.2.04.2	142		
78	Rehabilitand 12	A.2.05.0	139		
79	Vorraum Rehabilitand 12	A.2.05.1	137	A.2.05.0	
80	Bad Rehabilitand 12	A.2.05.2	138		
81	Rehabilitand 13	A.2.06.0	136		
82	Vorraum Rehabilitand 13	A.2.06.1	134	A.2.06.0	
83	Bad Rehabilitand 13	A.2.06.2	135		
84	Rehabilitand 14	A.2.07.0	133		
85	Vorraum Rehabilitand 14	A.2.07.1	131	A.2.07.0	
86	Bad Rehabilitand 14	A.2.07.2	132		
87	Rehabilitand 15	A.2.08.0	130		
88	Vorraum Rehabilitand 15	A.2.08.1	128	A.2.08.0	
89	Bad Rehabilitand 15	A.2.08.2	129		
90	Rehabilitanden Paar 3	A.2.09.0	127		
91	Vorraum Rehabilitanden Paar 3	A.2.09.1	125	A.2.09.0	
92	Bad Rehabilitanden Paar 3	A.2.09.2	126		
93	Flur 2.OG / Aufenthaltsraum	A.2.10.0	122	Aufenthaltsraum	
94	Terrassentür Aufenthaltsraum 2. OG	A.2.10.0	122a		
95	Rehabilitanden Wa.+Tr.	A.2.11.0	123	Wäscheraum	
96	Vorraum Rehabilitanden Paar 2	A.2.11.1	76	A.2.11.0	
97	Putzmittelraum 2.OG	A.2.12.0	124	Reinigungsmittel	
98	Rehabilitand 22	A.2.13.0	121		
99	Vorraum Rehabilitand 22	A.2.13.1	119	A.2.13.0	
100	Bad Rehabilitand 22	A.2.13.2	120		
101	Rehabilitand 21	A.2.14.0	118		
102	Vorraum Rehabilitand 21	A.2.14.1	116	A.2.14.0	
103	Bad Rehabilitand 21	A.2.14.2	117		
104	Rehabilitand 20	A.2.15.0	115		
105	Vorraum Rehabilitand 20	A.2.15.1	113	A.2.15.0	
106	Bad Rehabilitand 20	A.2.15.2	114		
107	Rehabilitand 19	A.2.16.0	112		
108	Vorraum Rehabilitand 19	A.2.16.1	110	A.2.16.0	
109	Bad Rehabilitand 19	A.2.16.2	111		
110	Rehabilitand 18	A.2.17.0	109		
111	Vorraum Rehabilitand 18	A.2.17.1	107	A.2.17.0	
112	Bad Rehabilitand 18	A.2.17.2	108		
113	Rehabilitand 17	A.2.18.0	106		
114	Vorraum Rehabilitand 17	A.2.18.1	104	A.2.18.0	
115	Bad Rehabilitand 17	A.2.18.2	105		
116	Rehabilitand 16	A.2.19.0	103		
117	Vorraum Rehabilitand 16	A.2.19.1	101	A.2.19.0	
118	Bad Rehabilitand 16	A.2.19.2	102		
119	Treppenhaus / Flur DG	A.3.02.0	143		
120	Gruppenraum 2	A.3.04.0	164	Therapeutischer Gruppenraum	
121	Gruppenraum 3	A.3.05.0	163	Therapeutischer Gruppenraum	
122	Einzeltherapie	A.3.06.0	160	N. N.	Suchttherapeut
123	Flur DG / WC Mitarbeiter D	A.3.07.0	161	WC Mitarbeiter	Damen
124	WC Mitarbeiter D	A.3.07.0	162		
125	Flur DG / WC Mitarbeiter H	A.3.08.0	158	WC Mitarbeiter	Herren
126	WC Mitarbeiter H	A.3.08.0	159		
127	Einzeltherapie	A.3.09.0	157	N. N.	Dipl. Psychologe
128	Einzeltherapie	A.3.10.0	156	N. N.	Dipl. Psychologe
129	Einzeltherapie	A.3.11.0	155	N. N. / Therapeutische Leitung	Dipl. Psychologe
130	Teambesprechung	A.3.12.0	154		
131	Pausenraum	A.3.13.0	153		
132	Terrassentür Teambesprechung	A.3.13.0	154a		
133	Pausenraum	A.3.14.0	152	Pausenraum	
134	Einzeltherapie	A.3.15.0	151		
135	Vorraum Einzeltherapie	A.3.15.1	149	N. N.	Suchttherapeut
136	Technikraum	A.3.15.2	147	Technikraum	
137	Technikraum	A.3.15.2	150	Technikraum	
138	Therapie Einzelbüro	A.3.16.0	148		
139	Vorraum Therapieeinzelbüro	A.3.16.1	146	N. N.	Suchttherapeut
140	Einzeltherapie	A.3.17.0	145	N. N.	Suchttherapeut
141	Einzeltherapie	A.3.18.0	144	N. N.	Dipl. Psychologe
142	Treppenhaus / Flur KG	A.K.02.0	1	Kellergeschoss	
143	Flur KG / Flur KG	A.K.03.1	26	Lagerräume	
144	Putzmittelraum KG	A.K.04.0	25	Reinigungsmittel	
145	Hausmeisterwerkstatt	A.K.05.0	24	Hausmeisterwerkstatt	
146	Flur Rehabilitanden Baden	A.K.06.0	16	Sanitärbereich	Rehabilitanden
147	Vorraum / Rehabilitanden WC, Dusche D	A.K.06.1	22	WC/Dusche	Damen
148	Rehabilitanden WC, Dusche D	A.K.06.1	23		
149	WC, Dusche	A.K.06.2	21	WC/Dusche	Herren
150	Rehabilitanden Baden	A.K.06.4	20	Medizinische Bad	2
151	Rehabilitanden Baden	A.K.06.5	19	Medizinische Bad	1

	A	B	C	D	E
1	Raumbezeichnung 	Raum Nr.	Technische Nr. Türnummer	Beschreibung Türschild Zelle 1	Beschreibung Türschild Zelle 2
152	Vorraum / Rehabilitanden WC, Dusche H	A.K.06.6	17		
153	Rehabilitanden WC, Dusche H	A.K.06.6	18	WC/Dusche	Herren
154	Lager 1, Archiv	A.K.07.0	15	Lager	Aktenarchiv
155	Lager 2, Sonstiges	A.K.08.0	14	Lager	Wirtschaftsaufwand
156	Flur KG / Rehabilitanden Eigentum	A.K.09.0	27	Lager	
157	Lager 3, Vorräte	A.K.10.0	12	Lager	Lebensmittel
158	Lager 3, Aufzug Küche	A.K.10.0	13	Aufzug	Küche
159	Lager, Vorräte, Server	A.K.11.0	11	Technikraum	
160	Garderobe Mitarbeiter	A.K.12.0	5	Sanitärbereich	Mitarbeiter
161	Garderobe / Duschen Mitarbeiter	A.K.12.1	9	WC/Dusche	Damen
162	Garderobe / Waschen Mitarbeiter	A.K.12.2	8	Wäscheräum	
163	Duschen / Gaderobe Mitarbeiter	A.K.12.3	6	WC/Dusche	Herren
164	Flur Blockheizkraftwerk	A.K.13.0	2	Hausanschlussraum	Blockheizkraftwerk
165	Blockheizkraftwerk	A.K.13.1	4		Blockheizkraftwerk
166	Hausanschluss	A.K.13.2	3	Hausanschlussraum	
167	Eingang Windfang Siedle Haus B	B.0.01.0	165		
168	Windfang / Flur EG	B.0.01.0	166		
169	Windfang / Treppenhaus	B.0.01.0	167		
170	Treppenhaus / Flur EG	B.0.02.0	168		
171	Putzmittelraum EG	B.0.04.0	193	Reinigungsmittel	
172	Fitness / Vorber.m.Garderobe	B.0.05.0	187	Fitnessraum	Sanitärbereich
173	Flur EG / Fitness	B.0.05.0	191	Fitnessraum	
174	Fitness / Geräte	B.0.06.0	192		
175	Vorber.m.Garderobe	B.0.07.0	185		
176	WC-DU Herren	B.0.08.0	186		
177	WC-Du	B.0.09.0	188		
178	Vorraum / Vorber.m.Garderobe	B.0.10.0	189		
179	Flur EG / Vorraum	B.0.10.0	190	Sauna	Medizinisches Bad
180	Baden	B.0.11.0	184		
181	Vorber.m.Garderobe / WC-DU D	B.0.12.0	182		
182	WC-DU Damen	B.0.12.0	183		
183	Vorber.m.Garderobe / Sauna Vorb.	B.0.13.0	181	Sauna	
184	Sauna	B.0.15.0	180		
185	Sauna - Ruheraum / Tür zur Physiotherapie	B.0.16.0	178	Physiotherapieraum	
186	Sauna - Ruheraum / Vorbereich	B.0.16.0	179	Sauna	Ruheraum
187	Physiotherapie	B.0.17.0	177	Physiotherapieraum	
188	Physiotherapie Terrassentür	B.0.17.0	177a		
189	Ergoth. / Mitarbeiterterialraum	B.0.18.0	176	Mitarbeiterterialraum	
190	Ergotherapie	B.0.19.0	175	Ergotherapieaum	
191	Musik-Übungsraum	B.0.20.0	174	Musikraum	
192	PC-Übungsraum	B.0.21.0	173	EDV-Schulungsraum	
193	Garderobe	B.0.22.0	169	WC Mitarbeiter	Hausanschlussraum
194	Mitarbeiter WC Damen	B.0.23.0	170	WC Mitarbeiter	Damen
195	Mitarbeiter WC Herren	B.0.24.0	171	WC Mitarbeiter	Herren
196	Hausanschluss Wasser	B.0.25.0	172	Hausanschlussraum	
197	Treppenhaus / Flur 1.OG	B.1.02.0	193.1		
198	Putzmittelraum 1.OG	B.1.04.0	229	Reinigungsmittel	
199	Besuch Adaption	B.1.05.0	227	Besucherzimmer	
200	Besuch Adaption / WC-Dusche	B.1.05.1	228		
201	Rehabilitand 1	B.1.06.0	226		
202	Vorraum Rehabilitand 1	B.1.06.1	224	B.1.06.0	
203	Bad Rehabilitand 1	B.1.06.2	225		
204	Rehabilitand 2	B.1.07.0	223		
205	Vorraum Rehabilitand 1	B.1.07.1	221	B.1.07.0	
206	Vorraum Rehabilitand 2	B.1.07.1	221		
207	Bad Rehabilitand 2	B.1.07.2	222		
208	Vorraum Rehabilitand 3	B.1.08.1	218	B.1.08.0	
209	Bad Rehabilitand 3	B.1.08.2	219		
210	Rehabilitand 4	B.1.09.0	217		
211	Vorraum Rehabilitand 4	B.1.09.1	215	B.1.09.0	
212	Bad Rehabilitand 4	B.1.09.2	216		
213	Rehabilitand 5	B.1.10.0	214		
214	Vorraum Rehabilitand 5	B.1.10.1	212	B.1.10.0	
215	Bad Rehabilitand 5	B.1.10.2	213		
216	Terrassentür Aufenthaltszone 1.OG	B.1.11.0	211a		
217	Rehabilitand 11	B.1.12.0	211		
218	Vorraum Rehabilitand 11	B.1.12.1	209	B.1.12.0	
219	Bad Rehabilitand 11	B.1.12.2	210		
220	Rehabilitand 10	B.1.13.0	208		
221	Vorraum Rehabilitand 10	B.1.13.1	206	B.1.13.0	
222	Bad Rehabilitand 10	B.1.13.2	207		
223	Rehabilitand 9	B.1.14.0	205		
224	Vorraum Rehabilitand 9	B.1.14.1	203	B.1.14.0	
225	Bad Rehabilitand 9	B.1.14.2	204		
226	Rehabilitand 8	B.1.15.0	202	B.1.08.1	

	A	B	C	D	E
1	Raumbezeichnung 	Raum Nr.	Technische Nr. Türnummer	Beschreibung Türschild Zelle 1	Beschreibung Türschild Zelle 2
227	Vorraum Rehabilitand 8	B.1.15.1	200	B.1.15.0	
228	Bad Rehabilitand 8	B.1.15.2	201	B.1.09.1	
229	Rehabilitand 7	B.1.16.0	199	B.1.12.1	
230	Vorraum Rehabilitand 7	B.1.16.1	197	B.1.16.0	
231	Bad Rehabilitand 7	B.1.16.2	198	B.1.13.1	
232	Rehabilitand 6	B.1.17.0	196	B.1.15.1	
233	Vorraum Rehabilitand 6	B.1.17.1	194	B.1.17.0	
234	Bad Rehabilitand 6	B.1.17.2	195	B.1.16.1	
235	Treppenhaus / Flur 2.OG	B.2.02.0	230		
236	Putzmittelraum 2.OG	B.2.04.0	266	Reinigungsmittel	
237	Besuch Adaption	B.2.05.0	267	B.2.05.0	
238	Bad Adaption	B.2.05.1	265		
239	Rehabilitand 12	B.2.06.0	263		
240	Vorraum Rehabilitand 12	B.2.06.1	261	B.2.06.0	
241	Bad Rehabilitand 12	B.2.06.2	262		
242	Rehabilitand 13	B.2.07.0	260		
243	Vorraum Rehabilitand 13	B.2.07.1	258	B.2.07.0	
244	Bad Rehabilitand 13	B.2.07.2	259		
245	Rehabilitand 14	B.2.08.0	257		
246	Vorraum Rehabilitand 14	B.2.08.1	255	B.2.08.0	
247	Bad Rehabilitand 14	B.2.08.2	256		
248	Rehabilitand 15	B.2.09.0	254		
249	Vorraum Rehabilitand 15	B.2.09.1	252	B.2.09.0	
250	Bad Rehabilitand 15	B.2.09.2	253		
251	Rehabilitand 16	B.2.10.0	251		
252	Terrassentür Aufenthaltszone 2.OG	B.2.10.0	248a		
253	Vorraum Rehabilitand 16	B.2.10.1	249	B.2.10.0	
254	Bad Rehabilitand 16	B.2.10.2	250		
255	Rehabilitand 22	B.2.12.0	248		
256	Vorraum Rehabilitand 22	B.2.12.1	246	B.2.12.0	
257	Bad Rehabilitand 22	B.2.12.2	247		
258	Rehabilitand 21	B.2.13.0	245		
259	Vorraum Rehabilitand 21	B.2.13.1	243	B.2.13.0	
260	Bad Rehabilitand 21	B.2.13.2	244		
261	Rehabilitand 20	B.2.14.0	242		
262	Vorraum Rehabilitand 20	B.2.14.1	240	B.2.14.0	
263	Bad Rehabilitand 20	B.2.14.2	241		
264	Rehabilitand 19	B.2.15.0	239		
265	Vorraum Rehabilitand 19	B.2.15.1	237	B.2.15.0	
266	Bad Rehabilitand 19	B.2.15.2	238		
267	Rehabilitand 18	B.2.16.0	236		
268	Vorraum Rehabilitand 18	B.2.16.1	234	B.2.16.0	
269	Bad Rehabilitand 18	B.2.16.2	235		
270	Rehabilitand 17	B.2.17.0	233		
271	Vorraum Rehabilitand 17	B.2.17.1	231	B.2.17.0	
272	Bad Rehabilitand 17	B.2.17.2	232		
273	Treppenhaus / Flur DG	B.3.03.0	267		
274	Rehabilitand Paare 1 / Rehabilitand Paare 1	B.3.04.0	281		
275	Vorraum Rehabilitand Paare 1	B.3.04.1	278	B.3.04.0	
276	Bad Rehabilitand Paare 1	B.3.04.2	279		
277	Rehabilitand Paare 1	B.3.04.3	280		
278	Waschraum	B.3.05.0	277	Wäscherraum	
279	Flur DG / Aufenthaltsraum	B.3.06.0	276	Therapeutischer Gruppenraum	Aufenthaltsraum
280	Terrassentür Aufenthaltszone DG	B.3.06.0	276a		
281	Rehabilitand Paare 3 / Rehabilitand Paare 3	B.3.07.0	275		
282	Vorraum Rehabilitand Paare 3	B.3.07.1	272	B.3.07.0	
283	Bad Rehabilitand Paare 3	B.3.07.2	273		
284	Rehabilitand Paare 3	B.3.07.3	274		
285	Rehabilitand Paare 2 / Rehabilitand Paare 2	B.3.08.0	271		
286	Vorraum Rehabilitand Paare 2	B.3.08.1	269	B.3.08.0	
287	Bad Rehabilitand Paare 2	B.3.08.2	269		
288	Rehabilitand Paare 2	B.3.08.3	270		

Literatur

Altmannsberger, Walter (2004). Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe

Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen; Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 01.1

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Heft 12

AWMF-online - Leitlinien Psychiatrie / Persönlichkeitsstörungen

AWMF-online - Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen

AWMF-online - Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide

AWMF-online - Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie

Beck/ Wright/Newman/Liese (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz

Bohus, M. & Wolf, M.. interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. 1. korrigierter Nachdruck, Stuttgart, 2011.

Brückner, Eva: Verhaltenstherapeutische Gruppenarbeit in der stationären Entwöhnungstherapie. In: Basdekis-Jozsa, R.,

Krausz, M. (Hrsg.): Gruppentherapie in der Suchtbehandlung. Stuttgart 2006

Damasio, Antonio R. (2006). Ich fühle, also bin ich. Berlin: List

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht Leitfa-den zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007

Erlinger, R.. Wenn Sie mich fragen. Antworten zu Fragen der Alltagsmoral. 1. Auflage, München, 2009.

Fiedler/Hanna/Hinrichs/Heuft (2011). Förderung beruflicher Motivation . Trainingsprogramm für die Rehabilitation. Weinheim, Basel: Beltz

Gold, K., Gühne, M. (Hrsg.): Einzel- und Gruppenaktivitäten in der psychiatrischen Pflege. München 2008

Grawe, Klaus/Donati, Ruth/Bernauer, Friederike (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Greenberg, Leslie S. (2006). Emotionsfokussierte Therapie. Tübingen: DGVT-Verlag Handbuch für Berichte im Bereich der Hamburgischen Eingliederungshilfe für Suchtkranke

Heike Schäfer, Susanne Döll & Dagmar Müller: Bewegung und körperliches Training

Herpertz, S. C./ Caspar, F/ Mundt, Ch., Hrsg. (2008) Störungsorientierte Psychotherapie. München, Jena: Urban & Fischer

Hinsch, Rüdiger/Pfingsten, Ulrich (2007).
Gruppentraining sozialer Kompetenzen.
Weinheim, Basel: Beltz-Verlag

Holler, I.. Trainingsbuch Gewaltfreie Kommunikation. 5. Auflage, Paderborn, 2010.

ICF - Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F., Müller, B.: Melba. Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit. Siegen 1997

Klos und Görgens. Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit

Körkel, J., Kruse, G.: Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel ? Bonn 1993

Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart 1995

Lammers, C.H.. Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken. 2., vollständig überarbeitet und erweiterte Auflage, Stuttgart, 2007, 2011.

Lauer, G., Schreiber, S., Kunz, A.: Ein Alkoholrückfallpräventionstraining im Rahmen stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart 1995, 96-111

Linden, Michael/ Hautzinger, Martin, Hrsg. (2000). Verhaltenstherapiemanual. Heidelberg, Berlin, New York: Springer

Lindenmeyer, J. (Hrsg.). Therapie-Tools. Offene Gruppen 1. 1. Auflage, Weinheim, 2010.

Lindenmeyer, J. (Hrsg.). Therapie-Tools. Offene Gruppen 2. 1. Auflage, Weinheim, 2011.

Lindenmeyer, J.: In-vivo-Behandlung nach Rückfall. In: Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C.(Hrsg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Göttingen 1995, 217-226

Linehan, Marsha M. (2008). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. New York: CIP-Medien

Linehan, Marsha M. (2008). Trainingsmanual zur DBT der Borderline-Persönlichkeitsstörung. New York: CIP-Medien

Marlatt, G.A.: Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (Eds.): Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. New York: Guilford Press. 1985, 3-70

Marlatt, G.A.: Rückfallprävention: Modell, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung. In: Watzl, H., Cohen, R. (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin 1989, 16-28

Miller, W. R./ Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg 2004

McKay, M., Fanning, P., Honeychurch, C. & Sutker, C.. Selbstwert. Die beste Investition Ihres Lebens. Ein Trainingsbuch. 4. Auflage, Paderborn, 2010.

Moggi, Franz/Donati, Ruth (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Peer Review. Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale. Psychische und Abhängigkeitserkrankungen. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitationen

Petry, J.: Das sozial-kognitive Rückfallpräventionsmodell: Ein gruppentherapeutisches Basisprogramm. In: Watzl, H., Cohen, R. (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin 1989, 188-209

Rahmenvereinbarung zur Kooperation „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion → Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Stand: Oktober 2009

Reinhard, F. & Maercker, A.: Z Med Psychol 13 (2004), 29–36: Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal

Roth, Gerhard (2011). Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern. Stuttgart: Klett-Cotta

Schu, Martina/ Wünsche, Tom u. a.: Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Schultz von Thun, F.: Miteinander reden. Reinbek bei Hamburg 1994

Sozialpsychologie. 7. Band. 1. Halbband. Theorien und Methoden. Göttingen 1969

Steier, M., Kampe, H., Kunz, D.: Rückfälligkeit, Therapieabbruch und Rückfallprävention bei Drogenabhängigen. *Verhaltenstherapie u. Psychosoziale Praxis*. 1, 1995, 47-63

Zimdars, P.: Verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen bei Rückfällen während abstinenzorientierter stationärer Therapie: Von automatischen Reaktionen und bewussten Antworten. *Sucht*, 48, 2, 2002, 98-102



Fachklinik Hamburg-Mitte



Einzelzimmer



Ruheraum - Sauna



Fitnessraum