



Behandlungskonzeption

Tagesrehabilitation Ulm

**Die Zieglerschen Suchtrehabilitation
gemeinnützige GmbH**

Für die Konzeption verantwortlich:

Dr. med. Annett Höse
Ärztlich-therapeutische Leitung

Stand: Jan. 2017

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Allgemeines	5
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	6
3.1.	Zur Betriebsaufnahme der Klinik	6
3.2.	Zielgruppen, Behandlungsdauer	6
3.3.	Standort der Einrichtung und Versorgungsgebiet	6
4.	Rehabilitationskonzept	7
4.1.	Theoretische Grundlagen	7
4.1.1.	Spezifika ganztägig ambulanter Entwöhnungsbehandlung	7
4.1.2.	Das Menschenbild: Ein tiefenpsychologisch orientiertes Persönlichkeitsmodell	8
4.1.3.	Die Abhängigkeitserkrankung: Ein psychoanalytisches Krankheitsmodell	9
4.1.4.	Der therapeutische Zugang: Ein psychoanalytisch – interaktioneller Behandlungsansatz	10
4.1.5.	Die „therapeutische Beziehung“ als elementare Größe veränderungsrelevanter Prozesse	11
4.2.	Rehabilitationsindikation und –kontraindikation	12
4.2.1.	Zielgruppe der ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung	12
4.2.2.	Allgemeine Voraussetzungen	12
4.2.2.1.	Formale Voraussetzungen	13
4.2.2.2.	Motivationale Voraussetzungen	13
4.2.2.3.	Medizinische Voraussetzungen	13
4.2.2.4.	Soziale Voraussetzungen	14
4.2.3.	Kontraindikation	14
4.3.	Rehabilitationsziele	14
4.4.	Rehabilitationsdauer	16
4.5.	Individuelle Rehabilitationsplanung	16
4.5.1.	Aufnahmephase	17
4.5.2.	Intensivphase	17
4.5.3.	Abschlussphase	18
4.6.	Rehabilitationsprogramm	20
4.6.1.	Behandlungsformen	20
4.6.1.1.	ganztägig ambulante Hauptbehandlung	20
4.6.1.2.	ganztägig ambulante– ambulante Kombibehandlung	20
4.6.1.3.	stationär – ganztägig ambulante Kombibehandlung	21
4.6.1.4.	(Erweiterte) ganztägig ambulante Entlassform	21
4.6.1.5.	Behandlung von Patienten mit Alkohol- und begleitender Drogenabhängigkeit	23
4.6.1.5.1	Integrierter Teil der Behandlung	23
4.6.1.5.2	Substanzspezifischer Teil der Behandlung	24
4.6.2	Maßnahmen im Rehabilitationsprogramm	25
4.7	Rehabilitationselemente	25
4.7.1	Aufnahmeverfahren	25
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	25
4.7.3	Medizinische Therapie	26
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	27
4.7.4.1	Einzelpsychotherapie	27
4.7.4.2	Gruppenpsychotherapie	27
4.7.4.3	andere Gruppenangebote	27
4.7.4.3.1	Kunst- und Gestaltungstherapie	27
4.7.4.3.2	Training soziale Kompetenz	28
4.7.4.3.3	Themenzentrierte Indikationsgruppen	28
4.7.4.3.4	Feedbackrunde und Tagesabschlussrunde	28
4.7.4.4	Sonstiges - Literaturstudium	28
4.7.5	Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker	28
4.7.5.1	Diagnostik und Behandlungsplanung	29
4.7.5.2	Klinikbezogene Strukturen	30
4.7.5.3	Medizinisch-berufliche BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie	31
4.7.5.4	Dokumentation inkl. KTL-Codierung	33
4.7.5.5	Qualitätssicherung	33
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	33

4.7.6.1	Bewegungstherapie	33
4.7.6.2	Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	35
4.7.7	Freizeitangebote	35
4.7.8	Sozialdienst	35
4.7.9	Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung.....	35
4.7.9.1	Tabakentwöhnung.....	35
4.7.9.2	Ernährungsberatung- und schulung.....	36
4.7.9.3	Gesundheitsbildung	36
4.7.10	Angehörigenarbeit	36
4.7.11	Rückfallmanagement.....	37
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	37
4.7.13	Weitere Leistungen.....	37
4.7.13.1	Nachsorge	37
4.7.13.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	38
4.7.14	Beendigung der medizinischen Rehabilitation	38
4.7.14.1	Entlassvorbereitung	38
4.7.14.2	Entlassungsuntersuchungen und Entlassungsbericht.....	38
4.7.14.3	Kriterien zur Beendigung der medizinischen Rehabilitation	38
5	Personelle Ausstattung	39
6	Räumliche Gegebenheiten.....	39
7	Kooperation und Vernetzung	40
8	Maßnahmen der Qualitätssicherung	41
9	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	41
10	Notfallmanagement.....	42
11	Fortbildung	42
12	Supervision	42
13	Hausordnung/ Therapievertrag.....	42
	Literatur.....	45
	Anhang	47

1. Einleitung

Die Tagesrehabilitation erbringt Leistungen zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen nach § 6 SGB IX in Verbindung mit § 5 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V.

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

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

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen, Partizipation).

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung.

Ferner sind die Kontextfaktoren der betreffenden Person von wichtiger Bedeutung für die Funktionsfähigkeit, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie lebt sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft). Kontextfaktoren können sich positiv insbesondere auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, gute Leistungsbereitschaft der Person) oder negativ (zum Beispiel Barrieren, fehlende Teilzeitarbeitsplätze, Migration, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, mangelnde Motivation der Person).

Nach dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation ist eine Krankheit mit Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten und auf die Partizipation verknüpft. Während sich die akutmedizinische Behandlung mit der direkten Beeinflussung der Körperfunktionen und -strukturen beschäftigt, besteht die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Wesentlichen darin, die durch die Gesundheitsstörung beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten („Krankheitsfolgen“) unter Berücksichtigung der Kontext- und personenbezogenen Faktoren zu

beeinflussen. Nicht die direkte Behandlung und Beseitigung der Erkrankung, sondern die Befähigung der betroffenen Person im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen sowie die Optimierung der Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) stehen somit im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation.

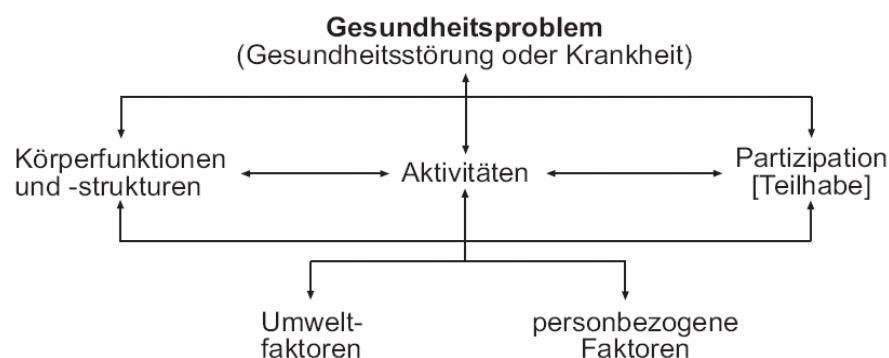


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit nach der ICF

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

2. Allgemeines

Das vorliegende Konzept ist am Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganzzeitig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 10. Juni 2010 ausgerichtet und wurde im Rahmen fälliger Konzeptnovellierung aller Kliniken der Suchthilfe der Zieglerschen überarbeitet. Verfasser sind die Ärztlich-therapeutische Leiterin der Klinik, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung und die Fachliche Geschäftsführerin der Suchthilfe der Zieglerschen, Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie mit tiefenpsychologisch orientierter Ausbildung.

Die Tagesrehabilitation Ulm ist eine Einrichtung der Suchtrehabilitation gemeinnützige GmbH der Zieglerschen Anstalten, Wilhelmsdorf. In den Gesellschaften „Zieglersche Anstalten Suchtkrankenhilfe gemeinnützige GmbH“ und „Zieglersche Anstalten Suchtrehabilitation gemeinnützige GmbH“ des Unternehmensbereichs „Suchthilfe“ der Zieglerschen sind insgesamt ungefähr 240 Mitarbeitende beschäftigt. Neben zwei Tagesrehabilitationen betreiben die Gesellschaften als weitere Einrichtungen

der medizinischen Rehabilitation in inzwischen über 100-jähriger Tradition die Fachkliniken Ringenhof (Wilhelmsdorf) und Höchsten (Bad Saulgau).

Der Unternehmensbereich Suchthilfe der Zieglerschen als Träger der Tagesrehabilitationen verfügt über enge Beziehungen insbesondere zu den umgebenden Beratungsstellen in der Trägerschaft der Diakonie und der Caritas sowie zu den unterschiedlichen Organisationen der Selbsthilfe. Der Unternehmensbereich Suchthilfe fühlt sich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Behandlungskonzepte in der Suchtkrankenbehandlung verpflichtet. In diesem Zusammenhang spielen die intensivierten Kooperationen mit den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie in Bad Schussenried, Zwiefalten und Ravensburg-Weissenau eine herausragende Rolle.

Die Zieglerschen nehmen als Wilhelmsdorfer Werke evangelischer Diakonie außerdem Aufgaben in folgenden Bereichen wahr:

- ✚ Altenhilfe,
- ✚ Behindertenhilfe,
- ✚ Jugendhilfe,
- ✚ Förderung hör- und sprachbehinderter Menschen,
- ✚ Ausbildung von Menschen in Sozial- und Gesundheitsberufen.

Die Zieglerschen beschäftigen an 34 Standorten in 10 Landkreisen in Südwürttemberg über 2.700 Mitarbeitende. Ungefähr 800 ehrenamtlich tätige Menschen prägen das christliche Profil der Zieglerschen.

Die Tagesrehabilitation führt bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung bzw. einer Alkoholabhängigkeit mit begleitendem Konsum von THC und/ oder Ecstasy („Partydrogen“) gantztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation durch. Bei Vorliegen von nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten werden diese mitbehandelt.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1. Zur Betriebsaufnahme der Klinik

Die Tagesrehabilitation Ulm nahm im November 2004 ihren Betrieb mit 24 Plätzen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker auf.

3.2. Zielgruppen, Behandlungsdauer

Behandelt werden erwachsene Frauen und Männer, die von Alkohol abhängig sind (12 Wochen) und ggfls. begleitend einen Gebrauch von THC und/ oder Ecstasy („Partydrogen“) aufweisen (20 Wochen). Weitere Therapieformen sind Kombitherapie und gantztägig ambulante Entlassform.

3.3. Standort der Einrichtung und Versorgungsgebiet

Am Rande des Zentrums von Ulm, der innovativen, dynamischen und verkehrsgünstig gelegenen freien Reichsstadt, liegt die Tagesrehabilitation 15 Gehminuten entfernt vom Hauptbahnhof. Sie ist mit Bus und Bahn sehr gut zu erreichen (drei Gehminuten). Im gleichen Gebäude befinden sich die Sucht-Tagesklinik, die psychiatrische Institutsambulanz sowie das Medizinische Versorgungszentrum der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie, ferner die Suchtberatungsstelle der Caritas und Diakonie. Gefasst sind alle Einrichtungen als „Suchttherapiezentrum Ulm“. Im selben Haus findet sich die Agentur für Arbeit.

Zum Stadtzentrum mit Münster, Fischerviertel und angrenzender Donau ist es nur ein kurzer Spaziergang. Hier laden ruhige Parks und romantische Plätze mit großem Erholungswert ein.

Das Versorgungsgebiet umfasst Ulm, den Alb-Donau-Kreis und die angrenzenden Landkreise. Ulm kann sowohl von Aalen im Norden, von Günzburg im Osten, von Memmingen und Biberach im Süden und von Göppingen im Westen in weniger als einer Stunde mit der Bahn erreicht werden.

Konkret heißt das, dass Suchtkranke aus den Wohnorten mit den Postleitzahlen 730.., 733.., 877.., 861.., 884.., 890.., 891.., 892.., 893.., 894.., 895.. und 896.. im Einzugsgebiet der Tagesrehabilitation Donautal leben. In diesem Einzugsgebiet wohnen über 1,2 Millionen Menschen.

Behandlungsplätze: 24

Anschrift: Wilhelmstraße 22, 89073 Ulm, Telefon 0731/ 175 88 0

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen

Die Tagesrehabilitation führt bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung bzw. einer Alkoholabhängigkeit mit begleitendem Konsum von THC und/ oder Ecstasy („Partydrogen“) gantztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation durch. Bei Vorliegen von nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten werden diese mitbehandelt.

Die vorliegende Behandlungskonzeption beruht auf einem tiefenpsychologisch- orientierten Krankheits- und Persönlichkeitsmodell; das therapeutische Vorgehen beruht auf der psychoanalytisch- interaktionellen Methode, welche wiederum in der Ichpsychologie und Objektbeziehungstheorie gründet. Neurobiologische Aspekte der Suchtentstehung und die daraus resultierenden Therapieansätze fließen ein.

4.1.1. Spezifika gantztägig ambulanter Entwöhnungsbehandlung

Im Rahmen der zunehmend wichtiger werdenden wohnortnahen medizinischen Rehabilitation und des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ stellt das gantztägig ambulante Entwöhnungsangebot ein Intensivmodul in der Entwöhnungsbehandlung dar. Dieses Intensivmodul ist eng mit allen anderen Modulen der Suchtbehandlung verbunden. Es kann zusammen mit vor- und nachsorgenden Modulen durch psychosoziale Beratungsstellen und psychiatrische Institutsambulanzen den Schwerpunkt der Entwöhnungsbehandlung bilden, kann jedoch ebenso in Form von Kombinationsbehandlungen mit vollstationärer Rehabilitation oder als (erweiterte) gantztägig ambulante Entlassform mit vollstationärer

Behandlung kombiniert werden. Als nahe am Wohnort angesiedelte Therapieeinrichtung verbindet die Tagesrehabilitation die Vorteile einer stationären Intensivbehandlung mit den Vorteilen einer ambulanten engen Einbeziehung des üblichen Lebensumfelds der Rehabilitanden.

Die ganztägig ambulante Behandlung bietet besondere Vorteile hinsichtlich Teilhabe, Aktivität und Nutzung stabilisierender Umweltfaktoren: Betroffene suchtkranke Menschen müssen ihr soziales Umfeld (zum Beispiel Familie, Kinder, Haustiere) nicht verlassen. Therapie kann deshalb in einem direkten Bezug zum Alltag stattfinden. Aufgrund des regionalen Einzugsgebiets können Angehörige und Arbeitgeber in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden. Lebenspraktische Problemstellungen wie Behördengänge, Schuldenregulierung, Arbeitsamtsgespräche und Ähnliches können direkt begleitet und engmaschig vor- und nachbereitet werden. Die wohnortnahe Behandlung gewährleistet außerdem die fortlaufende Einbindung in die bisherige Selbsthilfegruppe. Im vertrauten Umfeld können neue Kontakte im Freizeitbereich aufgebaut werden, die nach der Therapie fortgeführt und vertieft werden können. Es ist erwiesen, dass nach einer hochfrequenten Therapiemaßnahme der Übergang in eine niederfrequente ambulante Weiterbehandlung wesentlich zur Sicherung der Abstinenz beiträgt. Deshalb profitieren unsere Patienten von unserer engen Kooperation mit den ortsansässigen Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen.

4.1.2. Das Menschenbild: Ein tiefenpsychologisch orientiertes Persönlichkeitsmodell

Das Therapiekonzept der Tagesrehabilitationseinrichtungen basiert auf den neuen suchtmmedizinischen Erkenntnissen und integriert psychodynamische, neurobiologische und lerntheoretische Grundlagen. Im Mittelpunkt steht die Psychotherapie, die sich am Persönlichkeitsmodell der Tiefenpsychologie orientiert, wobei vor allem Befunde aus der Bindungsforschung, der Entwicklungspsychologie und Psychopathologie dabei einen prägenden Einfluss auf das Verständnis der Suchterkrankung haben (STORK 1986; STERN 1992; DORNES 1994; EMDE 1991; KERNBERG 1985/1988; WURMSER 1997).

Vom Beginn des Lebens an wird Erleben und Verhalten des Menschen durch ein Wechselspiel zwischen genetischer Ausstattung, Außenreizen und deren intrapsychischen Verarbeitung geprägt. Vor allem Ergebnisse der empirischen Entwicklungspsychologie haben dieses Bild komplexer Austausch- und Interaktionsprozesse eindrucksvoll bestätigt und in diesem Zusammenhang klassische Positionen psychoanalytischer Entwicklungspsychologie deutlich korrigiert. Genannt werden soll an dieser Stelle das Symbiosekonzept (MAHLER 1979), das bisher beanspruchte, die wesentlichen Entwicklungsmerkmale zwischen zweitem und sechstem Lebensmonat erkannt zu haben. Heute wissen wir, dass die Mutter-Kind-Beziehung in ihrer symbiotischen Ausschließlichkeit im Rahmen normaler Entwicklung nicht anzutreffen ist. STERN (1992) lieferte mit seiner Säuglingsforschung beeindruckende Belege für die aktiven Beziehungsmöglichkeiten des Säuglings und Kleinkinds. Die Befunde verdichten sich im Bild des „kompetenten Säuglings“ (DORNES 1994). Seine aktive Rolle wird durch angeborene „Wahrnehmungs- und Verhaltenspotentiale“ sowie durch „angeborene Vorstellungen von interaktionellen Abläufen“ (STORK 1986) ermöglicht.

Die komplexen Reiz- und Anforderungssituationen (auf Seiten des Säuglings Trieb-, emotionale und Entwicklungsbedürfnisse, von außen Verhaltenserwartungen) setzen ein entwicklungsförderndes Be-

ziehungsklima voraus; dieses begünstigt die entwicklungsnotwendige aktive Rolle des Säuglings und Kleinkinds dauerhaft. STANDKE (1993) spricht in diesem Zusammenhang von „hinreichend guten Objekten“, WINNICOTT von der „holding function“ der Mutter, und STORK (1986) verweist auf die entwicklungsnotwendige frühe „Gegenwärtigkeit des Vaters“ und damit auf die von Beginn an reale „Dreidimensionalität“ der frühkindlichen Beziehungswelt.

Die komplexen Interaktionen zwischen Kleinkind und seiner Lebenswelt finden ihren Niederschlag in intrapsychischen Strukturbildungen. Bis heute bleibt S. FREUDS Strukturtheorie der menschlichen Persönlichkeit (1923) mit ihrem Instanzenmodell ES, ICH und ÜBER-ICH ein hilfreiches Modell, um uns die „Innenbefindlichkeit“ des Menschen (STANDKE 1993) in ihrer strukturellen und psychodynamischen Dimension (weitestgehend unbewusste Konflikte innerhalb oder zwischen den drei Instanzen) nahezubringen. Das Freud'sche Strukturmodell wurde u.a. zur Grundlage für eine psychoanalytische Theorie menschlicher Charakterbildung (KÖNIG 1997).

Wird menschliche Entwicklung gestört, verläuft sie unter einschränkenden und eventuell vulnerabilisierenden Bedingungen, ist sie im Kern bedroht, führt dies zu pathologischen Strukturbildungen in der menschlichen Psyche und in Folge zu intrapsychischen pathologischen Konflikten bzw. zu Defiziten der Persönlichkeitsbildung (WURMSER 1987).

Die Erforschung pathologischer Strukturbildungen im Kontext menschlicher Entwicklungsverläufe (KERNBERG 1988, ROHDE-DACHSER 1996) eröffnete den Blick für sensible Entwicklungsphasen, während derer Kleinkinder in besonderer Weise prägar sind. Beziehungserfahrungen des Kleinkinds und des Heranwachsenden in diesen Entwicklungsphasen bestimmen in ganz besonderer Weise den Verlauf ihrer weiteren psychosozialen Entwicklung.

Beeinträchtigungen und Störungen während solcher Entwicklungsphasen können einen allgemein vulnerabilisierenden Einfluss haben, der psychische Erkrankungen, darunter auch Abhängigkeitserkrankungen, begünstigen kann. (HEIGL et al. 1983, ROST 1992, WURMSER 1997). So ist die Abhängigkeitserkrankung zu verstehen vor dem Hintergrund der fehlenden Passung kindlicher Bedürfnisse und den Möglichkeiten des Bezugsperson, diese zu **erkennen** und zu befriedigen.

4.1.3. Die Abhängigkeitserkrankung: Ein psychoanalytisches Krankheitsmodell

International werden Abhängigkeitserkrankungen in ihren Krankheitsursachen als „multiphänomenal“ und „multikausal“ betrachtet (ROST 1992). Neben konstitutionellen Faktoren (EMDE 1991) und weiteren „konkurrierenden Ursachen“ (WURMSER 1997) wie z.B. „psychosoziale(n) Konflikte(n)“ (BURIAN 1994) haben aus der Sicht psychoanalytischer Forschung insbesondere persönlichkeitsprägende Beziehungserfahrungen als protektive oder vulnerabilisierende Faktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die Krankheitsentstehung (STANDKE 1993, HEIGL-EVERS et.al.1988) und -aufrechterhaltung.

ROST (1992, S. 137) fasst die psychoanalytische Position in den Worten zusammen: *“In der Sicht der Psychoanalyse ist das Symptom Sucht Ausdruck, Lösungs- und Bewältigungsversuch einer tief in der Persönlichkeit und ihrer individuellen Entwicklung gelegenen und oft verborgenen Grundstörung“* (vgl. auch WURMSER 1987, S. 286).

Diese von der Psychoanalyse vertretene Dualität von Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung eröffnet ein komplexes Feld krankheitsrelevanter Wirkfaktoren. BURIAN (1994, S. 30) sieht

den Vorteil psychoanalytischer Ansätze und Zugangsweisen im Erfassen und Behandeln von Abhängigkeitserkrankungen „*in dem Verstehen der Dynamik von äußerem Verhalten, innerem Erleben und Affekt*“. Je nach Schweregrad der Entwicklungsstörung eines Menschen ersetzt die Suchtmittelwirkung spezifische psychosoziale Funktionen, über die der oder die Betroffene aufgrund der zugrundeliegenden Störung nicht verfügt. Die destruktivste Ausprägung von Sucht und Abhängigkeit (mit einer nicht zu übersehenden selbstzerstörerischen Qualität) korrespondiert in der Regel mit einer schweren Selbstwertstörung, verbunden mit einer grundsätzlich eingeschränkten Beziehungsfähigkeit. Die Funktion der Substanzwirkung ist in diesem Falle die eines Objektersatzes (ROST 1992).

Ichpsychologische Suchttheorien (KRYSTAL & RASKIN 1983; HEIGL-EVERS et al. 1988; BÜCHNER 1993) befassen sich mit Suchtphänomenen, die sich auf dem Hintergrund struktureller Störungen von Ich-Funktionen (v.a. Affektstörungen, Triebstörungen u. Störungen der Selbstwertregulation; KRYSTAL & RASKIN) als „artifizielle Ich-Funktionen“ (BÜCHNER 1993) interpretieren lassen. Es handelt sich in diesen Fällen um weniger selbstzerstörerische Formen von Abhängigkeit. Die Drogenwirkung ist über die Länge der Jahre gesehen zwar ebenfalls verheerend, diese Wirkung wird aber nicht wie im ersten Fall aggressiv provoziert. Vielmehr wird das Suchtmittel gezielt zur Unterstützung von Lebensvollzügen eingesetzt. Ein weiterer Typus der Abhängigkeitserkrankung bezieht sich auf eine „relativ gesunde und entwickelte Persönlichkeit“ (den neurotischen Charakter) und tritt hier eher im Sinne eines „Durchgangssyndroms“ auf (ROST 1992). Die Suchtmittelwirkung unterstützt hier die Steuerung und Kontrolle von mitunter heftigen, sich widerstreitenden Affekten. Die Funktion der gesuchten Drogenwirkung lässt sich folglich als „pharmakologisch verstärkte Verleugnung von Gefühlen“ (WURMSER 1987, S. 222) beschreiben.

4.1.4. Der therapeutische Zugang: Ein psychoanalytisch – interaktioneller Behandlungsansatz

Betrachtet man Abhängigkeitserkrankungen als Erkrankungen mit funktionaler Bindung an die suchtauslösende Grundstörung, sieht sich ein Behandlungsansatz zwei Anforderungen gegenüber. Zum einen gilt es, die Abhängigkeitserkrankung mit ihrer akuten Symptomatik in einer der Komplexität des Krankheitsbildes angemessenen Weise zu behandeln. Gefragt sind hier an erster Stelle medizinische Maßnahmen, aber auch Maßnahmen wie Kriseninterventionen, Beratungsangebote zur Klärung drängender akuter sozialer, beruflicher oder finanzieller Fragen.

Die zweite Anforderung betrifft die Lösung der Verflechtung von Abhängigkeit und zugrundeliegender Psychopathologie. Strebt eine Behandlung einen dauerhaften Verzicht auf Suchtmittel an, entsteht an dieser Stelle eine Herausforderung für das behandelnde Team. Es gilt, die Suggestivkraft des Suchtmittels, die in seiner substituierenden Funktion zu suchen ist, durch befriedigende Beziehungserfahrungen und einen „gesunden“ Entwicklungshunger sowie die Fähigkeit zu personaler Abgrenzung zu ersetzen. An späterer Stelle wird hierauf noch detaillierter Bezug genommen.

Die Einrichtungen des Unternehmensbereichs Suchthilfe der Zieglerschen arbeiten mit einem psychoanalytisch- interaktionellen Behandlungsansatz. Der Ansatz nimmt in direkter Weise Bezug auf das Persönlichkeitsmodell und das Krankheitsverständnis, wie sie in diesem Konzept vertreten werden; er entspricht einer langen tiefenpsychologischen Tradition der beiden Stammkliniken Ringgenhof und Höchsten. Dieser Behandlungsansatz wird durch verhaltenstherapeutische und systemische Elemente

ergänzt (VOLMER 1995, KULICK, 1995). Hier spielen insbesondere strukturierte psychosoziale Trainingsprogramme, wie zum Beispiel das Gruppentraining Sozialer Kompetenzen, das Ablehnungstraining und der Erwerb von Problemlösekompetenzen eine herausragende Rolle.

4.1.5. Die „therapeutische Beziehung“ als elementare Größe veränderungsrelevanter Prozesse

Aktuelle Ansätze in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen beziehen sich nicht mehr auf orthodoxe psychoanalytische Vorstellung von einer „one-body-psychology“ (BALINT 1988). Psychoanalytisch-interaktionelle Modelle sind an deren Stelle getreten (HEIGL-EVERS et al. 1988/1977/1997/1983).

Gültigkeit behalten klassische psychoanalytische Grundannahmen wie die weitgehende Unbewusstheit psychischer Prozesse sowie die „Determiniertheit psychischer Strukturen aus vorangegangener psychischer Entwicklung“ (BILITZA 1993, HEIGL-EVERS 1988).

Neu an psychoanalytisch-interaktionellen Behandlungsansätzen ist die produktive Inspiration durch die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie (KERNBERG 1988). BILITZA und HEIGL EVERS (1993) beschreiben die Vorzüge der Objektbeziehungstheorie wie folgt: „Als ein besonderes Verdienst psychoanalytischer Objektbeziehungstheorie gilt der Brückenschlag zwischen dem Handeln in der Außenwelt und dessen psychischer Repräsentierung in der Innenwelt; psychische Struktur und Dynamik werden in der normalen Entwicklung wie auch in der Pathogenese als der innere Niederschlag von erlebten, äußeren Interaktionen verstanden“. Konkret wird davon ausgegangen, dass Erfahrung als Vernetzung komplexer Information in Form von „Objekten“ verinnerlicht (repräsentiert) wird. Es kann sich dabei um die Bezugsperson einer bestimmten Lebensphase handeln, z.B.: „die - kalte - dominierende - Mutter - meiner - Kindheit“; Objekte können Interaktionserfahrungen repräsentieren wie: „Ich - kann - meine - Meinung - nicht - vertreten“; oder es kann sich um die Internalisierung „atmosphärischer Objekte“ handeln (KAFKA 1998) wie z.B.: „die unerträgliche - Mittagstisch - Situation“. Beziehungsorientierte Therapieansätze bieten gerade bei Intensivtherapien Behandlungsvorteile. Das dichte kommunikative Klima einer Tagesrehabilitation beinhaltet die Chance, konfliktträchtige und suchtauslösende Erfahrungen im Bereich von Beziehungen (v.a. Primärbeziehungen) über Beziehungserfahrungen im „Hier-und-Jetzt“ des Rehabilitationsalltags einer bewussten Bearbeitung zugänglich zu machen.

Für unseren tiefenpsychologischen Behandlungshintergrund ergeben sich aus diesem beziehungsorientierten Ansatz zwei wesentliche Positionen:

1. Die Patientin oder der Patient wird im Therapieprozess von Beginn an als Interaktionspartnerin oder -partner betrachtet. Die Wertschätzung ihrer oder seiner Persönlichkeit, das einfühlsame Interesse an ihrer oder seiner Lebens- und Leidensgeschichte stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Abhängigkeitserkrankung wird im Kontext ihrer Konfliktbewältigungsstrategien gesehen und bewertet. Durch diese bewusst gewählte Voreinstellung wird zweierlei bewirkt: Der Patientin oder dem Patienten wird eine Kompetenz zuerkannt, an seinem oder ihrem Heilungsprozess aktiv und eigenverantwortlich beteiligt zu sein. Durch diese therapeutische Haltung wird eine zentrale Schwachstelle in der psychischen Struktur abhängigkeits-

krankter Persönlichkeiten von Therapiebeginn als veränderungswirksam thematisiert: der Mangel an selbstbewusster und selbstverantworteter Eigensteuerung des Lebens.

2. Der zweite Effekt betrifft die Übertragungsdynamik. Das Angst reduzierende Kommunikationsklima erhöht die Bereitschaft, missglückte Beziehungserfahrungen einer bewussten Bearbeitung zugänglich zu machen. Der oder die Bezugs- oder Einzeltherapeut/in als die zentrale Übertragungsperson steht im Sinne einer „Drei-Personen-Psychologie“ (BUCHHOLZ 1997) in zwei sehr unterschiedlichen Beziehungsarrangements mit der Patientin oder dem Patienten. Einmal ist sie oder er Dialog-Partner/in. Sie oder er bringt sich „selektiv-authentisch“ in die Beziehung ein, ist sozusagen eine „Person zum Anfassen“. Zum andern ist die Therapeutin Beobachterin bzw. der Therapeut Beobachter des kommunikativen Geschehens. Sie oder er bezieht eine neutrale Position, analysiert den Prozess, formuliert Hypothesen und wählt Interventionen aus dem Angebot „supportiver“ und „expressiver“ Interventionstechniken aus (LUBORSKY 1995). Dieses strukturierende und fokussierende Vorgehen führt dann zu guten Ergebnissen, wenn es der Therapeutin oder dem Therapeuten gelingt, konflikthafte Beziehungsthemen in der therapeutischen Übertragung erfahrbar zu machen und zum andern die „Hier - und - Jetzt - Erfahrungen“ aus dem Klinikalltag in diesen Prozess korrigierender emotionaler Erfahrungen zu integrieren.

4.2. Rehabilitationsindikation und –kontraindikation

4.2.1. Zielgruppe der ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung

Behandelt werden erwachsene Frauen und Männer, die von Alkohol abhängig sind und ggfls. begleitend einen Gebrauch von THC und/ oder Ecstasy („Partydrogen“) aufweisen. Behandelt werden Patienten mit einem Abhängigkeitssyndrom von Alkohol (ICD 10 F10.2) sowie Patienten mit einem Abhängigkeitssyndrom von Alkohol und Gebrauch von Cannabinoiden (ICD 10 F12.1), Sedativa oder Hypnotika (ICD 10 F13.1) und/ oder Halluzinogenen (ICD 10 F16.1).

Trotz sorgfältiger Indikationsstellung kann es sich im Verlauf der ganztägig ambulanten Behandlung herausstellen, dass die ganztägig ambulante Maßnahme nicht zielführend ist. Dies kann sich zum Beispiel in häufigen Rückfällen äußern, oder aber durch Zuspätkommen, wodurch der Behandlungserfolg in Frage gestellt ist.

Eine weitere Indikation für die Nutzung der Tagesrehabilitation besteht in der Durchführung der (erweiterten) ganztägig ambulanten Entlaßform, mit der eine vollstationäre Behandlung abgeschlossen wird.

4.2.2. Allgemeine Voraussetzungen

Für die Behandlung in einer Tagesrehabilitation gelten einige settingspezifische Voraussetzungen sowie die üblichen Voraussetzungen für die Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation als Entwöhnungsbehandlung.

4.2.2.1. Formale Voraussetzungen

- ✚ Die Tagesrehabilitation muss gut erreichbar sein (innerhalb von maximal 45 Min. Fahrzeit mit dem öffentlichen Nahverkehr).
- ✚ Vor Behandlungsbeginn muss die Kostenzusage des Leistungs- bzw. Kostenträgers vorliegen.

4.2.2.2. Motivationale Voraussetzungen

Die Bereitschaft, regelmäßig und aktiv am gesamten Therapieprogramm teilzunehmen sowie eine eigenverantwortliche Haltung einzunehmen oder zu entwickeln, muss gegeben sein und wird in aller Regel durch Vorgespräche sowie vorbereitende Kontakte zwischen der Institution, die den Sozialbericht erstellt und der Tagesrehabilitation überprüft. Die Alltagsgestaltung in der therapiefreien Zeit sowie Bewältigungskompetenz des Alltags soll nachvollziehbar sein. Die Abstinenzfähigkeit bedarf der individuellen Einschätzung unter Berücksichtigung einer besonderen Rückfallgefährdung in der 4.-6-Abstinenzwoche durch neurophysiologische Anpassungsprozesse. Deswegen kann es sehr sinnvoll sein, Patientinnen und Patienten direkt aus der Entgiftungs- oder tagesklinischen Behandlung zu übernehmen, um diese Phase zu begleiten. Anamnestisch gelebte Abstinenz ist über wochenlange Zeiträume erforderlich. Es besteht neben der nachgewiesenen Abstinenzfähigkeit die Bereitschaft zu Abstinenz und Veränderung.

Um eine gezielte Indikationsstellung für das Behandlungsangebot zu ermöglichen, erwarten wir vorhergehende Kontakte mit einer Suchtberatungsstelle oder einer psychiatrischen Institutsambulanz bzw. eine qualifizierte stationäre oder tagesklinische Entgiftungsbehandlung.

Eine weitere wichtige motivationale Voraussetzung ist die Bereitschaft, die vorhandenen Sozialkontakte zu überprüfen und eventuell zu verändern.

4.2.2.3. Medizinische Voraussetzungen

- ✚ Vorliegen der Rehabilitationsfähigkeit und hinreichender körperlicher und psychischer Belastbarkeit: psychiatrische, neurologische und internistische Substanzfolge- und Begleiterkrankungen sollen vor Beginn der Behandlung in der Tagesrehabilitation behandelt werden; sie dürfen die Teilnahme am Therapieprogramm nicht beeinträchtigen.
- ✚ Abschluss einer eventuell notwendigen Entgiftung vor Beginn der Behandlung

4.2.2.4. Soziale Voraussetzungen

- ✚ Fester Wohnsitz im Einzugsbereich der Tagesrehabilitation
- ✚ Tragfähige soziale Beziehungen (Paarbeziehung, Kinder, Eltern, Geschwister, Freunde usw.), die die Abstinenzbemühungen unterstützen
- ✚ Cleanes Umfeld
- ✚ Bereitschaft der Angehörigen, sich in den Therapieprozess mit einbeziehen zu lassen
- ✚ Bezug zur Arbeitswelt erhalten
- ✚ Bei Vorhandensein eines Arbeitsplatzes: die Kooperation des Arbeitgebers, insbesondere der zuständigen Personalverantwortlichen, im Rahmen der Behandlung ist von Vorteil. Probleme am Arbeitsplatz (Fehlzeiten, Leistungsminderung, Kommunikationsprobleme, Mobbing etc.) sollen in der Rehabilitationsbehandlung berücksichtigt werden (Konzept zur MBOR).
- ✚ Es muss erkennbar sein, dass die Nächte sowie therapiefreien Tage (Sonn- und Feiertage) therapeutisch sinnvolle Probephasen für die Alltagserprobung der neuen Verhaltensweisen darstellen. Häufig - allerdings nicht in zwingend - ist ein intaktes soziales Netz eine günstige Voraussetzung hierfür.
- ✚ Szenekontakte können vermieden werden

4.2.3. Kontraindikation

Nicht behandelt werden Frauen und Männer,

- ✚ die jünger als 18 Jahre sind,
- ✚ die keinen festen Wohnsitz haben,
- ✚ die nicht hinreichend in ein soziales und abstinenzförderndes Umfeld integriert sind,
- ✚ die aktuell substituiert werden,
- ✚ bei denen eine akute Suizidalität besteht,
- ✚ bei denen eine Abhängigkeit von Opioiden (ICD 10 F11.2) besteht,
- ✚ die einer intensiven internistischen und/oder psychiatrischen Behandlung bedürfen und/oder deren Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist.

4.3. Rehabilitationsziele

Während Menschen, die einen Substanzmissbrauch betreiben, ohne bereits eine Abhängigkeit entwickelt zu haben, durchaus aussichtsreich einen kontrollierten Konsum anstreben und beibehalten können, ist der kontrollierte Konsum für Menschen, die eine Abhängigkeit entwickelt haben, kein realistisches Therapieziel. Vor diesem Hintergrund fußt das Rehabilitationskonzept der Tagesrehabilitationseinrichtungen weiterhin auf einer Abstinenzorientierung. Vor diesem Hintergrund können derzeit keine Patientinnen und Patienten, die substituiert werden, behandelt werden. Sinnvoll erscheint jedoch eine abstinenzorientierte Behandlung in der Absetzphase eines Substituts, um das dann neurophysiologisch bedingte craving sowie die damit verbundene Rückfallgefahr angemessen begleiten zu können. Eine konzeptionelle Weiterentwicklung für diese Klientel wird geprüft.

Rückfälle werden in der vorliegenden Konzeption als Symptom der Abhängigkeitserkrankung verstanden, nicht als Zeichen mangelnder Abstinenzmotivation.

Die Rehabilitationsziele orientieren sich an den zwei großen Themenbereichen der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit durch die Befähigung zu einem abstinenten Leben. Zunächst steht das abhängige Konsumverhalten im Mittelpunkt der Rehabilitation, wobei das Ziel der Abstinenz angestrebt wird. Im weiteren Verlauf erfolgt die Befähigung der Patienten zu einer abstinenten, teilhabeorientierten, aktiven, lebensbejahenden, selbstverantwortlichen Lebensführung und Leistungsfähigkeit. Die Förderung der Teilhabefähigkeiten in allen wesentlichen Lebensbereichen im Sinne der ICF der WHO ist eine wichtige Voraussetzung hierfür. Der Sicherung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, so dass die arbeitsbezogenen Aspekte der medizinischen Rehabilitation einen wichtigen Schwerpunkt bilden.

Die Stärke der ganztägig ambulanten Behandlung liegt in der Aufrechterhaltung der sozialen Bezüge während des gesamten Therapieverlaufs, also der Nutzung stabilisierender Umweltfaktoren. Dadurch kann die unmittelbare Lebensrealität direkt in den therapeutischen Prozess mit einfließen. Die Therapie trägt so zur Integration und Alltagsbewältigung bei und vermittelt Fertigkeiten zu einem konstruktiven Freizeitverhalten nach dem Konzept der Aktivitäten.

Unsere Erfahrung zeigt, dass folgende Rehabilitationsziele von Bedeutung sind:

- ✚ Suchtsymptomatische Verleugnungshaltung ist abgebaut oder vermindert, Krankheitseinsicht sowie Krankheitsakzeptanz sind gefördert und stabil
- ✚ Sachkenntnisse über Sucht und deren Folgeerkrankungen liegen vor
- ✚ Biographiebezogene Plausibilität für die Abhängigkeitserkrankung ist gewonnen
- ✚ Risikosituationen werden zuverlässig erkannt und alternative Verhaltensweisen sind erprobt
- ✚ Es herrscht eine hilfreiche Gewichtung der langfristigen Ziele vor; hilfreich ist eine Lebensplanung, die zu einer sinnerfüllten Lebensgestaltung beiträgt
- ✚ An die Stelle des Suchtmittelgebrauchs sind verstärkt psychosoziale Kompetenzen zur allgemeinen Lebensführung getreten.
- ✚ Eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Suchtmittelabstinenz ist eine hinreichend stabile Persönlichkeit mit gefestigtem Selbstwertgefühl und realistischen Lebensperspektiven. In der Therapie streben wir deshalb folgende Ziele zur Persönlichkeitsstabilisierung an:
 - ✚ eigene Gefühle, Bedürfnisse und Kompetenzen werden bewusst wahrgenommen, Genussfähigkeit ist gesteigert, das Vertrauen in das eigene Urteilsvermögen ist groß
 - ✚ stabile Ich-Grenzen sind aufgebaut
 - ✚ eine gute Körperwahrnehmung führt zu hilfreichem Gesundheitsverhalten
 - ✚ Wertschätzung der eigenen Person, die nicht bloß auf der erbrachten Leistungen beruht
 - ✚ psychosoziale Stärken in unterschiedlichen Lebensbereichen sind erkannt und werden im Alltag eingesetzt
 - ✚ bessere Impulskontrolle und adäquater Umgang mit Aggressionen und selbstzerstörerischem Verhalten wurden erlernt
 - ✚ eine angemessene Frustrationstoleranz liegt vor
 - ✚ eine angemessene Eigenverantwortung liegt vor.

- ✚ Eine verbesserte soziale Integration, die eine wichtige Rückfallprophylaxe darstellt, wird über die Förderung der Beziehungsfähigkeit erreicht. Dazu streben wir folgende Ziele an:
- ✚ andere Menschen werden als eigenständige Personen wahrgenommen, zu denen angemessene Abgrenzung besteht
- ✚ angemessene Empathiefähigkeit liegt vor
- ✚ persönliche Wünsche und Bedürfnisse können geäußert werden
- ✚ angemessene Konflikt- und Kritikfähigkeit sowie Durchsetzungsvermögen liegen vor
- ✚ eigene Gefühle können angemessen kommuniziert werden
- ✚ persönliche Anliegen werden deutlich formuliert
- ✚ Grundregeln einer sinnvollen, fairen Gesprächsführung werden beherrscht.

4.4. Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer bei vorliegender Alkoholabhängigkeit beträgt zwölf Wochen, bei Abhängigkeit von Alkohol und Konsum von THC oder Ecstasy 20 Wochen, bei Kombitherapie sechs bis acht Wochen (je nach Kostenzusage) und bei der ganztägig ambulanten Entlassform vier (erweiterte ganztägig ambulante Entlassform) und sechs Wochen. Mit der Festlegung der Therapieziele und der Therapieplanung in der Indikationskonferenz (2.-3. Therapiewoche) und der Überprüfung derselben in der Rehakonferenz (5.-7. Therapiewoche) erfolgt auch die Überprüfung der individuellen Rehabilitationsdauer. An beiden Konferenzen nehmen die betroffenen Patienten teil. Zu beiden Konferenzterminen sowie in der sozialmedizinischen Fallkonferenz am Ende der Behandlung erfolgt die sozialmedizinische Einschätzung der positiven Leistungsprognose. Therapiezeitveränderungen sind abhängig vom Erreichungsgrad der Therapieziele und Einflussfaktoren im Therapieverlauf (Arbeitsplatz, familiäre Veränderungen, hinzukommende Erkrankungen, schwierige Verläufe usw.) und werden in Absprache mit den Kostenträgern sowie den nachsorgenden Einrichtungen im Bedarfsfall nach oben oder unten korrigiert.

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Die individuelle Rehabilitationsplanung orientiert sich an den personenbezogenen Stärken und Defiziten sowie an den aufgelisteten Themenfeldern. Mit den Erfahrungen der Suchthilfe der Zieglerschen in der geschlechtsspezifischen Behandlung wird der unterschiedlichen Ausgangssituation von Männern und Frauen sowie ihren unterschiedlichen Problemlagen während der Behandlung Rechnung getragen. Am Ende steht die Leistungsfähigkeit des Patienten sowie seine Fähigkeit im Sinne der Teilhabe, Aktivitäten des täglichen Lebens passend zu seinem Lebenskontext auszuüben. Er kann sein Leben selbständig führen, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit ist verhindert.

Der Therapieablauf unterscheidet sich zwischen den Behandlungsmodulen. Bei der ganztägig ambulanten Entlassform findet keine Aufnahmephase statt, sondern es beginnt direkt die Intensiv- oder Abschlussphase. Die folgende Darstellung eines dreiphasigen Therapieablaufs bezieht sich auf die ganztägig ambulante Behandlung und den ganztägig ambulanten Teil der Kombibehandlungen.

Die Behandlungszeiten sind montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr und samstags von 8.30 Uhr bis 12.30 Uhr. Am Sonn- und Feiertagen ist die Tagesrehabilitation geschlossen.

4.5.1. Aufnahmephase

Die Aufnahmephase umfasst je nach Störungsniveau der Patienten die ersten zwei bis drei Behandlungswochen und endet mit der Indikationskonferenz, in der Therapieziele formuliert und die Therapie individuell geplant wird.

Am Aufnahmetag finden die ärztliche Eingangsuntersuchung und medizinische Indikationsstellung statt. Es erfolgt ein bezugstherapeutisches Aufnahmegespräch, im Idealfall schon zusammen mit einem Angehörigen, mit der Erhebung der Suchtanamnese. Im Bereich der Arbeits- und Ergotherapie erfolgt eine ergotherapeutische Anamnese, die auch die Arbeitsplatzanamnese einbezieht. Der Patient wird einer Bezugsgruppe sowie einem Bezugstherapeuten zugeteilt, ein erfahrener Mitpatient steht als Pate zur Verfügung.

Der Aufbau eines belastbaren therapeutischen Verhältnisses zwischen Behandlungsteam und Patientin oder Patient ist das wichtige Anliegen der Aufnahmephase. In der Aufnahmephase finden Einzel- und Gruppentherapie statt, wobei die Vertiefung der Krankheitseinsicht und daraus abgeleitete Rehabilitationsziele im Mittelpunkt stehen. Wenn möglich werden schon jetzt die ersten Angehörigengespräche geführt.

4.5.2. Intensivphase

In der Intensivphase steht die Arbeit an den individuell in der Indikationskonferenz vereinbarten Therapiezielen im Mittelpunkt. Neben psychoedukativen Veranstaltungen und der Gruppen-, Einzel- und Arbeitstherapie besteht die Möglichkeit, an Indikationsgruppen teilzunehmen. Es wird daran gearbeitet, die emotionale Akzeptanz der Krankheit zu verankern und die praktischen Konsequenzen für die Lebensgestaltung zu erproben. Insbesondere geht es auch um die Reflexion der eigenen Beziehungs- und Lebensgestaltung. Fester Bestandteil dieser Phase ist die Einbeziehung der wichtigen Bezugspersonen in die Therapie und soweit möglich, finden auch gemeinsame Gespräche mit dem Arbeitgeber statt.

In der Intensivphase sind Korrekturen der Anfangsdiagnose im Sinne einer Prozessdiagnostik möglich. Daraus können sich auch Änderungen der Rehabilitationsziele und -maßnahmen ergeben. Die notwendige Dauer der Behandlung wird, falls eine Abweichung von der ursprünglich bewilligten Therapiedauer in Betracht gezogen wird, in Abstimmung mit dem jeweiligen Kostenträger und der vorbereitenden ambulanten Stelle abgeklärt. Die Rehabilitationskonferenz in der Mitte der Intensivphase ermöglicht das Controlling des Erreichungsgrads, der Erreichbarkeit der Therapieziele, verifiziert diese sowie die notwendige Behandlungsdauer.

4.5.3. Abschlussphase

Die Abschlussphase (2 bis 4 Wochen) dient der Vorbereitung auf die Entlassung, der Verabschiedung sowie der Weitervermittlung in Anschlussbehandlungen (Ambulante Nachbetreuung, Ambulante Nachsorge, Ambulante Rehabilitation, Selbsthilfegruppe, etc.). In die Abschlussphase fällt die Durchführung, Beendigung und Beurteilung von Belastungserprobungen sowie aller anderen berufs- und arbeitsbezogenen Interventionen. Es finden ärztliche und psychologische Abschlussuntersuchungen statt sowie ein abschließendes Bilanzierungsgespräch.

Im Regelfall wird im Anschluss an die Behandlung in der Tagesrehabilitation eine ambulante Nachsorge oder eine sonstige Nachbehandlung initiiert, um die erreichten Ergebnisse zu festigen. Ferner wird viel Wert auf die Etablierung oder Fortführung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen gelegt.

Bei der Kombinationstherapie und der ganztägig ambulanten Entlassform ist ein Übergabegespräch obligatorisch, in dem die individuellen Ziele vor Beginn der teilstationären Phase oder spätestens am ersten Tag dieser Phase vereinbart werden. Je nach Zielsetzung können die einzelnen Behandlungsmodule der regulären teilstationären Behandlung genutzt werden.

Am Ende jeder Behandlung erfolgt eine sozialmedizinische, testpsychologische und therapeutische Abschlussdiagnostik zur Erstellung des Entlassbriefs.

Wochenplan Tagesrehabilitation Ulm (bei 2 Gruppen)



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
8:00-8:30	medizinische Grundversorgung	medizinische Grundversorgung	alltagsbezogene Aktivitäten	medizinische Grundversorgung	medizinische Grundversorgung	medizinische Grundversorgung
8:30-9:00	Morgenritual	Morgenritual		Morgenritual	Morgenritual	Morgenritual
9:00-9:15	Pause	Pause	Neuaufnahmen Ärztl. Aufnahmeuntersuchung	Pause	Pause	Freizeitaktivität bis 12:30
9:15-10:45	Gruppe1	Gruppe2		8:50-10:50 Kunstther. 2	Ergo 1	
10:45-11:00	Pause	Pause	12:30 - 12:45 medizinische Grundversorgung	Pause	Pause	Mittagessen
11:00-12:00	Sucht- und Gesundheitsinfo	11:10 Entspannung/ Genussgruppe		Rückfall- Prophylaxe	SHGs	
12:00-12:30	Mittagessen	Mittagessen		Mittagessen	Mittagessen	
12:30-13:45	Pause	Pause	12:45 – 13:15 An- fangsritual	Pause Bis 14:00	Pause	
13:45-14:30		13:30-14:30 Ergo 2	13:15-14:00 Forum			
14:00-15:00	13:30-15:30 Kunst-therapie1	14:30-15:30 Ergo 1	Rücken 2	14:00 Gruppe1	12:45 – 13:30 Hausreinigung	
15:00-16:00	13:30-15:30 Ergo-therapie 2	15:30 Uhr Vorbereitung alltags-bezogener Aktivitäten	Rücken 1	14:00 Gruppe2		
16:00-16:30	15:30 Abendritual		16:00 Abendritual	15:30 Abendritual	13:30 Mittagsritual	

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Ruoff	Dr. Höse	17	27.05.2014	19

4.6. Rehabilitationsprogramm

4.6.1. Behandlungsformen

In den Tagesrehabilitationen werden unterschiedliche Behandlungsformen angeboten. Die Entwöhnungsbehandlung kann als alleinige ganztägig ambulante Behandlung durchgeführt werden und dauert zwölf Wochen. Unterschiedliche Kombinationsbehandlungen ermöglichen aber auch, die ganztägig ambulante Behandlungsform mit anderen Behandlungsmodulen zu verschränken; dementsprechend verändern sich anteilig die stationären, ganztägig ambulanten oder ambulante Behandlungsdauern.

4.6.1.1. ganztägig ambulante Hauptbehandlung

Bei dieser Form der Therapie findet die Entwöhnungsbehandlung ganztägig ambulant in einer Tagesrehabilitation statt. Sie wird durch eine psychosoziale Beratungsstelle oder eine psychiatrische Institutsambulanz vor- und in der Regel auch nachbereitet.

Da sie an sechs Tagen pro Woche 12 Wochen lang stattfindet, ist sie als vollwertige Intensivbehandlung zu verstehen. Die Vorteile des umfangreichen Rehabilitationsangebots (vergleichbar dem einer Fachklinik) verbinden sich mit den Transfer- und Übungsmöglichkeiten, die das unmittelbare Lebensumfeld anbieten. Durch die engmaschige Betreuung und den engen therapeutischen Kontakt sind die Kontrollmöglichkeiten und die dadurch gewährten Sicherheiten groß, so dass neue psychosoziale Kompetenzen in der Alltagsumgebung mit hoher Wirksamkeit und starkem Schutz vor Rückfällen trainiert und verfestigt werden können.

Diese Behandlungsform eignet sich besonders - aber nicht ausschließlich - für Patientinnen und Patienten, bei denen der Arbeitsplatz noch erhalten ist und die über stabile soziale und familiäre Beziehungen verfügen, also erst einmal über stützenden Umweltfaktoren. Der unmittelbare Bezug zum familiären und sozialen Umfeld durch die Einbindung von Angehörigen, Arbeitsgebern, Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten bleibt erhalten, das komplexe und intensive Angebot einer stationären Einrichtung wird genutzt.

4.6.1.2. ganztägig ambulante- ambulante Kombibehandlung

Die ganztägig ambulante Behandlung kann als intensive Initialbehandlung der weniger intensiven ambulanten Rehabilitation vorausgehen. Die ganztägig ambulante- ambulante Kombinationsbehandlung ist immer dann angezeigt, wenn eine niederfrequente ambulante Behandlung allein nicht ausreichend ist und deshalb meist zu Behandlungsbeginn, im Sinne der Initialbehandlung, eine Intensivphase erfolgen sollte, um durch den intensiveren, Schutz bietenden therapeutischen Rahmen die Abstinenz vom Suchtmittel zu ermöglichen.

Diese Kombibehandlung wird in Zusammenarbeit mit allen durch die Deutsche Rentenversicherung zur Ambulanten Rehabilitation zugelassenen Beratungsstellen durchgeführt. Mit allen Beratungsstellen im Einzugsbereich der Tagesrehabilitationen bestehen diesbezüglich bewährte Konzepte. Diese sehen auch schon für die ganztägig ambulante Phase der Rehabilitation Kontakte zwischen den Behandlungsteams der Tagesrehabilitation und der Beratungsstelle sowie zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Beratungsstelle vor, um die Behandlungskontinuität auf allen Ebenen zu sichern.

Die ganztägig ambulante Intensivphase der ganztägig ambulanten- ambulanten Kombinationsbehandlung ist besonders geeignet, wenn folgende Ziele erreicht werden sollen:

- Krankheitseinsicht ist vertieft.
- Abstinenzentscheidung ist verfestigt.
- Voraussetzungen für eine Erwerbstätigkeit sind verbessert oder geschaffen.
- Konkrete Probleme am Arbeitsplatz im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung sind mit therapeutischer Unterstützung gebessert oder beseitigt.

Die Gesamtbehandlungszeit beinhaltet 8 Wochen ganztägig ambulante und eine zunächst für 6 bzw. 12 Monate bewilligte ambulante Rehabilitation mit der Möglichkeit der Verlängerung nach Antragstellung.

4.6.1.3. stationär – ganztägig ambulante Kombibehandlung

Bereits bei der Antragstellung wird (im Gegensatz zur nachfolgend beschriebenen ganztägig ambulanten Entlassform) eine Kombination aus initial stationärer und dann ganztägig ambulanter Entwöhnungsbehandlung geplant. Dieses Kombimodul ist indiziert, wenn initial die stark Struktur bietende Infrastruktur des Fachkrankenhauses erforderlich, aber absehbar ist, dass die Verselbständigungsphase mit dem Alltagstransfer im Sinne der Förderung der Teilhabe schnell erreichbar ist. Die stationäre Behandlungsphase wird dann in eine ganztägig ambulante Behandlungsphase überführt.

4.6.1.4. (Erweiterte) ganztägig ambulante Entlassform

Nach einer stationären Behandlung erfolgt die Entlassphase ganztägig ambulant mit einer Behandlungsdauer zwischen vier (erweiterte ganztägig ambulante Entlassform) und sechs Wochen. Die Verteilung der Dauer der stationären und ganztägig ambulanten Entlassform orientiert sich an den individuellen Rehabilitationsanforderungen. Die ganztägig ambulante Entlassform soll nicht mehr als ein Drittel der gesamten Rehabilitationsphase umfassen.

Voraussetzungen für die ganztägig ambulante Entlassform:

- ✚ Bestätigung der körperlichen, sozialen und geistigen Voraussetzungen des Rehabilitanden zur Durchführung der ganztägig ambulanten Entlassform durch den leitenden Arzt.
- ✚ Positive Abstinenzprognose
- ✚ Fester Wohnsitz des Rehabilitanden im Einzugsgebiet der Tagesrehabilitation
- ✚ Erreichbarkeit der Einrichtung innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- ✚ Nahtloser Wechsel des Rehabilitanden von der stationären Einrichtung in die Tagesrehabilitation.

Der Vorteil der ganztätig ambulanten Entlassform besteht darin, dass

- ✚ die in der vollstationären Rehabilitationsphase erworbenen oder modifizierten psychosozialen Kompetenzen mit enger therapeutischer Begleitung unter alltagsnahen Bedingungen umgesetzt und gffs. modifiziert werden können
- ✚ die Realitätsprüfung im Alltag realistische Selbsteinschätzung fördert und somit die Selbstwirksamkeitserwartung steigert
- ✚ berufliche Fragestellung über eine intensivierete betriebsorientierte Arbeitstherapie als medizinisch berufliche Orientierung bearbeitet werden kann
- ✚ durch Nutzung der arbeitsbezogenen, gesellschaftlichen und sozialen Infrastruktur intensiv Teilhabe und Aktivität vorbereitet und bereits eingeleitet werden kann
- ✚ die Notwendigkeit entsteht, sich mit konkreten Problemen des Alltags auseinanderzusetzen.

Die ganztätig ambulante Entlassform ist die ideale Brücke zwischen der engen Begleitung und Kontrolle einer wohnortfernen Fachklinik und den Alltagsanforderungen am Wohnort, in der Familie, in der Arbeitswelt.

Bei Patienten in der ganztätig ambulanten Entlassform

- ✚ formulieren wir mit ihnen auf der Grundlage der Therapiezieleerreichung aus der stationären Rehabilitationsphase bereits im Erstgespräch die Ziele für die ganztätig ambulante Entlassform
- ✚ fokussieren die Therapieziele der ganztätig ambulanten Entlassform Teilhabe, Aktivität und Nutzung stabilisierender Umweltfaktoren
- ✚ liegt der Schwerpunkt auf arbeits- und berufsbezogenen Interventionen (Arbeitstherapie, Praktika, Arbeitgebergespräche, Hospitationen, Berufsorientierung, Bewerbung usw.) sowie auf
- ✚ Klärung familiärer und sozialer Belange (Angehörigengespräche, Hilfe bei Fragen zu Wohnung, Schulden, Führerschein usw.)

Aufgrund der überschaubaren Behandlungseinheit einer Tagesrehabilitation werden mit Patienten der ganztätig ambulanten Entlassform diese Maßnahmen individuell besprochen und individuell in den bestehenden Therapieplan eingefügt. Unveränderbare Bestandteile des Therapieplans auch für Patienten in der ganztätig ambulanten Entlassform sind Gruppen- und Einzelgespräche.

Mit sämtlichen Patienten der (erweiterten) ganztätig ambulanten Entlassform erfolgt während der stationären Rehabilitationsphase wenigstens ein Telefonat, sofern bei großen Entfernungen realisierbar, ein persönliches Gespräch in der Tagesrehabilitation.

4.6.1.5. *Behandlung von Patienten mit Alkohol- und begleitender Drogenabhängigkeit*

Wir behandeln ganztägig ambulant Patienten, die abhängig sind von Alkohol und zusätzlich Partydrogen und/oder Cannabis (im weiteren Drogenabhängigkeit genannt) konsumieren und die

- ✚ in einer abstinenzförderlichen sozialen Situation leben,
- ✚ über einen festen Wohnsitz verfügen,
- ✚ Distanz zur Drogenszene realisieren können und
- ✚ nicht mit offenem Strafverfahren belastet sind.

Die Entwöhnungstherapie dieser Patienten dauert 20 Wochen. Einer Bezugsgruppe werden Patienten unabhängig von der Art ihres Substanzkonsums zugeteilt, die Bezugsgruppen arbeiten nach dem störungsspezifischen Ansatz integriert, den Besonderheiten der Patienten mit Drogengebrauch begegnen wir mit indikativen Angeboten.

4.6.1.5.1 Integrierter Teil der Behandlung

Vor dem Hintergrund des störungsspezifischen Ansatzes behandeln wir alle Patienten integrativ in Bezugs- und Indikationsgruppen. Partner, Familien- und Angehörigengespräche oder die Teilnahme an einem Angehörigenseminar sind integrale Teile des Gesamtprogramms und unabhängig von der konsumierten Substanz unverzichtbar.

In der psychoedukativen Therapieeinheit Sucht- und Gesundheitsinformation für alle Patienten erfolgt in Ergänzung der bisherigen Themen Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch bzgl. Drogenabhängigkeit und ihre besonderen Auswirkungen im sozialen (Schulden, Beruf, Wohnsituation, Trennungen) und psychiatrischen sowie allgemeinmedizinischen Bereich (psychiatrische, neurologische und internistische Drogenfolge- und -begleiterkrankungen). Ziel ist es, das Verständnis der Drogenabhängigkeit bei allen Patienten zu verbessern und ihnen zu ermöglichen, ein auf die individuelle Problematik abgestimmtes, ressourcenorientiertes Krankheit- bzw. Gesundheits- und Abstinenzmanagement zu etablieren.

Die regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe begleitend zum Therapieprogramm wird erwartet, ebenso die Teilnahme an regelmäßigen Informationsveranstaltungen von Selbsthilfegruppen in den Tagesrehabilitationen.

4.6.1.5.2 Substanzspezifischer Teil der Behandlung

In den ersten acht Behandlungswochen findet 1 x wöchentlich die indikative Gruppe „Drogenkonsum“ statt, in der spezifische Themen der Drogenabhängigkeit (Suchtverlagerung, Mischkonsum, Kriminalität usw.) mit einem Bezugstherapeuten erarbeitet werden. Dabei achten wir darauf, relevante Inhalte der Gruppe in die 3 x wöchentlich stattfindende Gruppentherapie mit der Bezugsgruppe zu integrieren, um evtl. Vorstellungen von Exklusivität und Andersartigkeit nicht zu etablieren und damit zum Belastungsfaktor für den Behandlungsprozess der Bezugsgruppe werden zu lassen.

In der zweiten Therapiehälfte steht die Rückführung in berufliche und soziale Bezüge im Sinne der Teilhabe und Aktivität im Vordergrund, da es durch den Mischkonsum häufiger als bei alkoholabhängigen Patienten nicht selten zu sozialer Desintegration durch Vernachlässigung, Szenezugehörigkeit, Inhaftierung usw. gekommen ist.

Häufig finden wir in der Patientengruppe auch solche, bei denen es um Entwicklung von Zukunftsperspektiven wie den Erwerb von schulischen oder beruflichen Abschlüssen, Fortbildung und Qualifizierungsmaßnahmen oder überhaupt der Entwicklung einer beruflichen Perspektive geht. Diesen Patienten bieten wir daher die Belastungserprobung mit Planung und Durchführung eines externen Praktikums, Erstellung von Bewerbungsunterlagen, Hospitationen usw., also realitätsbezogene Leistungsüberprüfung in der Arbeitswelt. Wir arbeiten eng zusammen mit lokalen Berufsbildungswerken, regionalen Ausbildungszentren, der Bundesagentur für Arbeit und unseren Kooperationspartnern in Industriebetrieben der Region. Der Behandlungsverlauf zeigt, in wie weit ein direkter Übergang in einen Schul- oder Berufsalltag möglich ist oder ob Leistungen zur Teilhabe z.B. in Form einer anschließenden beruflichen Rehabilitation in Anspruch genommen werden müssen.

Um den sozialen Folgeschäden hinsichtlich Teilhabe und Aktivität des Mischkonsums zu begegnen bieten wir diesen Patienten in regelmäßigen Abständen erlebnispädagogische Angebote.

Die Sozialberatung befasst sich bei diesen Patienten mit den erwartbaren Themen der strafrechtlichen Folgen, der Regulierung bestehender Verbindlichkeiten, mit familienrechtlichen Fragestellungen, sodass wir eng mit den Einrichtungen der Justiz, der Schuldnerberatung und des Jugendamtes zusammenarbeiten.

4.6.2 Maßnahmen im Rehabilitationsprogramm

Das Behandlungsteam der Tagesrehabilitation ist interdisziplinär besetzt und über die Indikations-, Rehabilitations-, Fall- und Teamkonferenz verbunden. Einzel- und Gruppenpsychotherapie als wesentliches Element der Behandlung erfolgt hochfrequent durch psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sowie Sozialpädagogen mit suchtspezifischer Zusatzausbildung. Themenzentrierte Indikationsgruppen, Tabakentwöhnung, Entspannungstraining, Gesundheitsbildung und –schulung sowie Anghörigenarbeit sind Bestandteil des Rehabilitationsprogramms und in den Händen der oben genannten Berufsgruppen gemäß ihrer Zusatzqualifikationen. Für Sport- und Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Ernährungsberatung und –schulung sind entsprechend ausgebildete therapeutische Mitarbeiter, z.T. auf Honorarbasis verpflichtet. Arbeitsbezogene Interventionen wie Ergotherapie, Arbeitstherapie, Belastungserprobungen sowie sämtliche Interventionen rund um Arbeit und Beruf liegen in der Verantwortung der Arbeitstherapie in Rücksprache mit dem Rehabilitationsmediziner. Sozialberatung, Sozialarbeit für Rehabilitanden mit und ohne Arbeit führt der Sozialpädagoge durch.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Die ärztliche Eingangsdagnostik umfasst eine allgemeinmedizinische, internistische und psychiatrische Untersuchung. Vorbefunde aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen werden angefordert und in der Behandlung berücksichtigt. Die medikamentöse Therapie wird gegebenenfalls fortgesetzt. Die psychische und physische Belastungsfähigkeit wird untersucht, um daraus Indikationen und Kontraindikationen für einzelne Maßnahmen abzuleiten. Die Diagnosen werden nach ICD-10 verschlüsselt. Bei Bedarf werden externe fachärztliche Untersuchungen veranlasst. Als zusätzliche Informationsquellen werden zur diagnostischen Einschätzung bereits vorliegende medizinische Befunde, Berichte aus Vorbehandlungen, der Sozialbericht der überweisenden Institution und eventuell auch Informationen der Angehörigen (Fremdeinschätzung) herangezogen.

Nach Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Patienten nimmt dieser dann bereits nach der Aufnahmeuntersuchung gemäß seiner Möglichkeiten am Rehabilitationsprogramm teil.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Psychodiagnostisch wird das Verfahren „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik II“ (ARBEITSKREIS OPD 2006) verwendet. Dieses auf tiefenpsychologischem Hintergrund entwickelte Verfahren ermöglicht eine standardisierte Erfassung relevanter Persönlichkeitsaspekte, wie sich wiederholende Beziehungs- und Interaktionsmuster, den intrapsychischen Grundkonflikt und die Beschaffenheit der Ich-Struktur.

Zur Selbstbeschreibung psychischer Symptome wird standardmäßig die Symptomcheckliste (SCL, Derogates, 1995) eingesetzt. Sie dient der Eingangs- und Schlussdiagnostik.

Je nach Bedarf werden Persönlichkeitstests, wie Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg, Hampel, & Selg, 2001) und Trierer Persönlichkeitsfragebogen (Becker, P. 2002) sowie Leistungs- und Intelligenztests zur weiteren diagnostischen Abklärung eingesetzt.

Der Mini ICF APP ermöglicht sowohl die Funktionsdiagnostik der Störungen entlang der Dimensionen Teilhabe, Aktivität, Körperstrukturen und -funktionen sowie der umwelt- und personenbezogenen Faktoren zu Beginn der Behandlung als auch die Kontrolle der Zielerreichung am Ende der Behandlung.

Ein ICF- orientierter Selbstbeurteilungsbogen der Patienten, ebenfalls als prä und post Einschätzung gewährleistet die individuelle Planung und Beteiligung der Patienten.

Arbeitsbezogen erfolgt die Diagnostik nach MELBA.

Im Zusammenwirken des multidisziplinären Behandlungsteams mit der Patientin oder dem Patienten wird in den ersten zwei Wochen eine Rehabilitationsplanung unter Analyse der stützenden Umweltfaktoren, der personenbezogenen Faktoren als Entwicklungspotentiale sowie im Hinblick auf Wünsche, Fähigkeiten und Notwendigkeiten in Teilhabe und Aktivität. erstellt, die in der Indikationskonferenz in der 2.-3. Therapiewoche festgeschrieben und in der Rehakonferenz in der 5.-7. Therapiewoche überprüft wird.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die ärztlich-medizinische Versorgung findet kontinuierlich statt und ist nicht Gegenstand eines eigenständigen Behandlungsmoduls. Regelmäßige Laborwertkontrollen, tägliche Alkoholkontrollen (Atemlufttestgerät), Drogenscreenings (bei Bedarf und Indikation), Überwachung des Gewichts und der Blutdruckwerte gehören zu den Routineleistungen. An apparativer Diagnostik sind EKG und Lungenfunktion möglich. Durch die ärztliche Leitung finden regelmäßige Visiten sowie die Aufnahme- und Abschlussuntersuchung statt. Wöchentlich wird mindestens zweimal eine ärztliche Sprechstunde angeboten. Der Arzt ist als Mitglied des interdisziplinären Teams anwesend bei den Indikations- und Rehakonferenzen, steuert seine Diagnostik bei, legt in diesen Konferenzen mit allen Teilnehmern als Verantwortlicher Rehabilitationsziele und -planung fest und verantwortet die sozialmedizinische Fallvorstellung als Zusammenführung der gesamten Ergebnisse vor der Entlassung.

Eine Arzthelferin setzt Verordnungen um und überwacht Vitalzeichen.

Mit den Hausärzten der Patienten besteht über strukturierte Korrespondenz Kontakt.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

4.7.4.1 Einzelpsychotherapie

Während der gesamten Behandlung hat eine Patientin oder ein Patient eine feste Bezugstherapeutin oder einen Bezugstherapeuten. Im Rahmen der anfangs wöchentlichen, später indizierten 50-minütigen Einzelpsychotherapie werden zunächst die Hintergründe der Abhängigkeitssymptomatik im biografischen Bezug aufgearbeitet. Im Mittelpunkt der Behandlung steht das Verstehen des Gewordenseins, die Aneignung der Suchterkrankung vor dem biographischen Hintergrund und dem aktuellen Lebenskontext und die Übernahme der Verantwortung für das jetzige Leben mit seinen verbliebenen Möglichkeiten.

4.7.4.2 Gruppenpsychotherapie

In der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie (3 x 90 Min. p. Woche) steht die Erarbeitung der Triangulierung, die Beziehungsgestaltung zu anderen, das Selbstkonzept, die Selbst- und Fremdwahrnehmung im Mittelpunkt. Die Interaktion in der Gruppe dient dem Ausbau der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit. Durch die Auseinandersetzung in den aktuellen Beziehungen werden insbesondere die Konflikt- und Kritikfähigkeit trainiert, Nachreifung wird im empathischen, wertschätzenden Umfeld möglich. Andere psychotherapeutische Verfahren können indikativ eingesetzt werden. Die Gruppengröße liegt bei maximal 12 Patienten.

4.7.4.3 andere Gruppenangebote

4.7.4.3.1 Kunst- und Gestaltungstherapie

Durch die Kunst- und Gestaltungstherapie (1 x 90 Min. p. Woche) sollen die psychodynamischen Kräfte mobilisiert werden und so einen beschleunigten Zugang zum unbewussten, konflikthaften Material ermöglichen. In spontan gemalten Bildern sowie in spontan getöpften Formen und Gestalten materialisiert sich ein psychischer Inhalt, ausgelöst durch eine bestimmte Vorstellung, ein Gefühl, eine Phantasie oder einen Traum. Der spielerische Umgang mit Farben und Ton kann eine Befreiung vom Zwang zur Perfektion und vom Leistungsdruck bewirken. Sowohl beim Malen, als auch beim Tönen können über das frei geschaffene Werk Empfindungen und Konflikte unterschiedlichster Art nonverbal ausgedrückt werden. Durch die Reflexion über das geschaffene Werk wird ein Bezug zum eigenen Lebensthema hergestellt und für die Therapie nutzbar gemacht.

Werden Bilder und Figuren chronologisch gesammelt, so entsteht eine wertvolle bildnerische und figürliche Dokumentation bewusster und unbewusster psychischer Prozesse, z. T. aus der vorsprachlichen Zeit der Patientinnen und Patienten während des Therapieverlaufs.

Manche Patientinnen und Patienten finden über dieses Therapieangebot (wieder) einen Zugang zu kreativer Beschäftigung, die sie über die Therapiezeit hinaus beibehalten und manchmal sogar noch ausbauen. Sie entwickeln so neue Fertigkeiten und Fähigkeiten, die ihr Leben bereichern und ihr Selbstwertgefühl stärken.

4.7.4.3.2 Training soziale Kompetenz

Soziale Kompetenz trägt entscheidend zur psychischen Stabilität bei. Mängel gehen einher mit Defiziten in der Selbst- und Fremdwahrnehmung und in darauf aufbauender mangelhafter Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung. Vor diesem Hintergrund ist das wöchentlich stattfindende Gruppentraining sozialer Kompetenz ein wichtiger Therapiebaustein. (2 x 60 Min. oder 90 Minuten einmal p. Woche)

4.7.4.3.3 Themenzentrierte Indikationsgruppen

Diese Gruppen werden bei Bedarf zu folgenden Themen angeboten: Illegale Drogen, Essstörungen, Umgang mit Angststörung und Depression (einmal pro Woche 60 Min.)

4.7.4.3.4 Feedbackrunde und Tagesabschlussrunde

Die Therapietage beginnen und enden mit einem gemeinsamen Treffen als festem Tagesritual; dieses fördert die Gruppenkohäsion und bietet die Möglichkeit, sich auf die Therapie einzustimmen (15-30 Minuten).

4.7.4.4 Sonstiges - Literaturstudium

Es ist uns ein Anliegen, unsere Patientinnen und Patienten zur selbständigen Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit und ihrer Problematik anzuregen. Themen, die in der Gesundheitsinformation besprochen wurden, können im Selbststudium nochmals vertieft werden. Dazu können aus der Bibliothek der jeweiligen Tagesrehabilitation entsprechende Bücher ausgeliehen und durchgearbeitet werden. Die Anregungen aus dem Literaturstudium können in der Einzel- und Gruppentherapie aufgegriffen werden. Zum Teil erhalten einzelne Patientinnen und Patienten bestimmte Aufgaben, zum Beispiel in Form von kurzen Buchbeschreibungen und Stellungnahmen. Dabei ist es uns wichtig, das Gelesene in Bezug zum Lebensalltag zu stellen und theoretische Erkenntnisse zum Thema Sucht auf den eigenen Suchtverlauf zu übertragen. Die theoretische und schriftliche Auseinandersetzung mit Suchtfragen wird dann wiederum im Rahmen der Gruppen- und Einzeltherapie aufgegriffen werden.

4.7.5 Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die Tagesrehabilitation bietet alle Aspekte der medizinisch beruflichen Orientierung nach individueller Therapieplanung und Indikationsstellung solitär oder sequentiell. Dies beinhaltet eine frühzeitige Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen ebenso wie die Einschätzung von Leistungsfähigkeit und Förderbedarf mit dem Ziel Teilhabehindernisse abzubauen und konkrete berufliche Perspektiven zu entwickeln. Die Indikation zu den spezifischen und individualisierten Behandlungsprogrammen orientiert sich an den BORA-Zielgruppen.

4.7.5.1 Diagnostik und Behandlungsplanung

Am Aufnahmetag wird ärztlicherseits der aktuelle körperliche und psychische Zustand erfasst und eine sozialmedizinische Anamnese (ggf. inkl. kursorischer Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes) erhoben. Gefolgt wird diese von einer arbeits- bzw. –berufsbezogene Anamnese und Diagnostik, die von der Ergo- oder Arbeitstherapeutin erhoben wird. Hierfür erhalten die Patienten nach der Aufnahme einen speziell entwickelten Fragebogen, in dem der berufliche Werdegang und die arbeitsplatzspezifischen Gegebenheiten erfragt werden. Diesem Fragebogen beigelegt ist das "Würzburger Screening", das dazu beiträgt, berufliche Problemlagen zu identifizieren, den Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen zu eruieren und die Motivation für berufsbezogene Therapieangebote allgemein sichtbar zu machen.

Anhand der erhobenen Ergebnisse erfolgt die Einordnung in die **BORA-Zielgruppen**, die sowohl in Patfak (Stammdaten) als auch im Entlassbericht dokumentiert wird.

BORA 1: für Rehabilitanden **mit Arbeit ohne besondere berufliche Problemlagen** - überwiegend prophylaktische Leistungen

BORA 2: für Rehabilitanden **mit Arbeit mit besonderen beruflichen Problemlagen**

BORA 3: für arbeitslose Rehabilitanden mit **kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit** (nach SGB III)

BORA 4: für **langzeitarbeitslose Rehabilitanden** (nach SGB II)

BORA 5: für **Nicht-Erwerbspersonen**, die ggf. eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben

Weiterhin füllen alle Patienten das Assessment AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster - aus, das eine erste diagnostische Einschätzung erlaubt, ob und in welchem Ausmaß die individuelle Arbeitsweise als gesundheitsförderliches oder gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster anzusehen ist. Im sich anschließenden Gespräch werden die Berufs- und Arbeitsanamnese komplettiert, die Möglichkeiten und Grenzen der beruflich orientieren Rehabilitation vor Ort dargestellt und mögliche gemeinsame Ziele der Behandlung skizziert.

Ergänzt werden diese Befunde obligatorisch durch eine ausführliche Sozialanamnese, erfasst von den Bezugstherapeutinnen, in der die ganzheitliche Lebenssituation der Patienten erfasst wird. Ergeben sich im weiteren Behandlungsverlauf Hinweise auf intellektuelle o.a. hirnorganische Leistungseinschränkungen, erfolgt eine weiterführende neuropsychologische und/oder ergotherapeutische Diagnostik.

Alle Ergebnisse fließen als wichtige Bausteine der Therapieplanung in die in der dritten Behandlungswoche stattfindenden Indikationskonferenz ein, an der neben dem Patienten, die zuständige Arbeits- oder Ergotherapeutin, die Bezugstherapeutin und die Ärztin teilnehmen. Hier werden zudem die in anderen Therapiebereichen gewonnenen Erkenntnisse, die bisher gestellten Diagnosen, sozialmedizinischen Befunde, Beobachtungen, Ziele und Wünsche des Patienten zusammengetragen und daraus gemeinsame, teilhabeorientierte Therapieziele formuliert.

Der Umsetzungsstand der Therapie und die Realitätsnähe der bisherigen Maßnahmen werden regelmäßig und im engen Austausch aller Prozessbeteiligten überprüft und ggf. fein- bzw. neujustiert. Individuell werden im gesamten Behandlungsverlauf bisher unberücksichtigte, jedoch notwendige Neuorientierungen erarbeitet, um Sie mit dem Patienten weiterzuentwickeln und umzusetzen.

4.7.5.2 Klinikbezogene Strukturen

In unserer Einrichtung stehen für das Behandlungssegment beruflich orientierte Rehabilitation einander komplementierende Arbeitsbereiche zur Verfügung:

- ✚ Ergotherapie dient der Förderung von Kreativität, soll zu Freizeitbeschäftigungen anregen, neue Techniken vermitteln und dem Aufbau von Hobbys dienen. Hier werden Seidenmalerei, Tonen, kleinere Arbeiten mit Holz und Speckstein und Flechtarbeiten etc. angeboten. Sie trainiert Fein- und Grobmotorik und Sinne.
- ✚ Arbeitstherapie umfasst die Förderung der Arbeitsfähigkeiten und des Arbeitsverhaltens im instrumental, kommunikativen und sozial-emotionalen Bereich. Dabei geht es besonders um das Training von beruflichen Schlüsselqualifikationen und Arbeitstugenden, der Stärkung von Ausdauer und Motivation sowie der Steigerung von Teamfähigkeit und Kreativität. Außerdem werden PC-Schulungskurse und indikative Gruppen zu den Themen Umgang mit Arbeitslosigkeit, Bewerbungstraining und Problembewältigung am Arbeitsplatz angeboten.
- ✚ Die räumliche Nähe zum jeweiligen Arbeitsplatz ermöglicht es, *externe Belastungserprobungen* durchzuführen, um die berufliche Wiedereingliederung vorzubereiten. Bei indizierter beruflicher Neuorientierung und Umschulung können Belastungserprobung in einem neuen Berufsfeld in Form eines Praktikums durchgeführt werden. Belastungserprobungen finden in der Regel in den letzten drei Therapiewochen an drei Tagen der Woche statt. Vorbereitung, Verlaufsmonitoring sowie Abschlussbeurteilung obliegt den Ergo- bzw. ArbeitstherapeutInnen
- ✚ Bewerbungstraining: Allen arbeitslosen Patientinnen und Patienten bietet das von den Ergo bzw. ArbeitstherapeutInnen durchgeführte Bewerbungstraining die Möglichkeit, die Chancen für die Teilnahme an Bewerbungsverfahren zu verbessern. Zunächst wird individuell eine berufliche Bilanz erarbeitet anhand einer Checkliste mit Schlüsselqualifikationen für den Berufserfolg. Ein zweiter Schritt ist die Erstellung einer Bewerbungsmappe; hier wird besonders darauf geachtet, mit Lücken und Schwachpunkten im Lebenslauf sachgerecht umzugehen. Der dritte Teil hat das Vorstellungsgespräch zum Inhalt mit Hinweisen zum äußeren Erscheinungsbild. Es wird zu typischen Fragen informiert, die im Vorstellungsgespräch gestellt werden, und mittels Rollenspiel werden Vorstellungsgespräche eingeübt. Im vierten Teil wird die Arbeitsplatzsuche im Internet eingeübt und die Kontakte zum Arbeitsamt werden vorbereitet. Bei Indikation: 4 x 90 Minuten im Kurssystem.
- ✚ Ein weiterer Bereich ist innerhalb der Aufnahmebetreuung neu aufgenommener Patienten der sogenannte „Paten-Dienst“. Als "Pate" neuer Patienten haben die dort eingesetzten Patienten vielfältige Möglichkeiten, ihre sozialen Kompetenzen zu stärken. Dazu gehören auch die Durchführung von Klinikführungen von Besuchergruppen oder die Mitarbeit in Präventionsveranstaltungen in Schulen und Betrieben.

Therapeutisch begleitet werden die Patienten von einer Ergotherapeutin und einer Arbeitserzieherin, letztere ist im Erstberuf Schreinerin. Die Mitarbeiterinnen verfügen über eine Schulung im AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Durch kontinuierliche Weiterbildungen, eine Mit-

arbeiterin absolviert gegenwärtig die Ausbildung zum Jobcoach, tragen wir zur konzeptuellen Weiterentwicklung bei.

Eng verzahnt ist der Bereich der Arbeits- und Ergotherapie durch unsere Konferenzstruktur (Indikationskonferenzen, Rehabilitationskonferenzen, Fallbesprechungen) mit der medizinischen Abteilung, dem Bereich der Psychotherapie und der klinischen Sozialberatung. Damit gewährleisten wir, dass sozialmedizinische, psychotherapeutische, soziale und sozialrechtliche Diagnosen und Aspekte zu einer Gesamtbeurteilung herangezogen werden und sich im jeweiligen Behandlungsplan abbilden.

4.7.5.3 Medizinisch-berufliche BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie

BORA 1

In Gruppen- und Einzeltherapie werden Strategien im Umgang mit der eigenen Abhängigkeit und deren Auswirkungen auf das Erwerbsleben erarbeitet und in den Alltag transferiert. Ist eine betriebliche Suchthilfe vorhanden, werden Gespräche zur Vernetzung vorbereitet. Zudem werden regelmäßig Gespräche mit Vorgesetzten und Arbeitgebern angeboten, das betriebliche Eingliederungsmanagement, eine Umsetzung oder die stufenweise Wiedereingliederung angebahnt. Prophylaktisch kommen indikative Gruppen zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“, „Umgang mit beruflichen Problemlagen“ oder Entspannungstechniken und Anregungen zur aktiven Freizeitgestaltung zum Einsatz.

BORA 2

Auch für berufstätige Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen sind die angegebenen Maßnahmen für die BORA-Zielgruppe 1 angemessen und indiziert.

Ein Gespräch mit dem Vorgesetzten, dem Betriebsarzt und/oder dem Sozialdienst des Arbeitgebers, in dem konkret bestehende Problembereiche in der Zusammenarbeit am Arbeitsplatz thematisiert bzw. Überlegungen zu möglichen Veränderungen der Arbeitssituation zum Gegenstand gemacht werden, rückt noch mehr in den Fokus. Darüber hinaus werden problemorientierte Interventionen entwickelt, dies können PC-Schulungskurse oder auch zeitlich befristete berufsnahe Praktika sein, um so Kenntnisse zu vertiefen oder Problemstellungen genauer analysieren zu können. Ist die Problemstellung nicht im fachlichen oder körperlichen Bereich zu verorten, werden indikative Angebote sinnvoll, die Teamfähigkeit, Abgrenzungs- und Konfliktfähigkeit trainieren. Problemorientierte ergotherapeutische und physiotherapeutische Maßnahmen und problemspezifische Indikationsgruppen (z. B. Entspannungstechniken, Training sozialer Kompetenzen) ergänzen dieses Angebot. Im Rahmen der klinischen Sozialberatung werden ggf. notwendige unterstützende Maßnahmen bzw. eine notwendig werdende berufliche Neuorientierung geplant und eingeleitet.

BORA 3

Patienten, die Arbeitslosengeld-I beziehen, sind in der Regel kurzfristig arbeitslos und haben meist eine kontinuierliche Erwerbsbiografie (bei Abweichungen ggf. Einordnung in BORA 4). Für diese Patienten ist es besonders wichtig, einer Chronifizierung von Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken und damit Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern. Die kontinuierliche theoretische und praktische Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen ist im Behandlungsprogramm indiziert und dient der Aufrechterhaltung und Erweiterung der beruflichen Fähigkeiten und der Leistungsmotivation. Sie unter-

stützt darüber hinaus, gerade in der kontinuierlichen Reflexion, die Bewusstwerdung eigener Ressourcen und Grenzen und damit die realitätsnahe Einschätzung zukünftiger beruflicher Möglichkeiten. Hierfür bieten wir unseren Patienten u.a. die Möglichkeit, unterstützt durch Ergo- oder Arbeitstherapeutin einen Praktikumsplatz in einem Arbeitsbereich seiner Interessenlage zu akquirieren und im letzten Behandlungsabschnitt ein mehrwöchiges Praktikum (jeweils an drei Tagen der Woche) zu absolvieren, was nicht selten in eine Weiterbeschäftigung einmündet. Ein weiterer zentraler Baustein ist die Durchführung eines Bewerbungstrainings zu einem möglichst frühen Therapiezeitpunkt, so dass gemeinsam reale Bewerbungssituationen gestaltet und reflektiert werden können und aussagekräftige Bewerbungsunterlagen entstehen. Weiterhin wird eine frühe Kontaktaufnahme zur Agentur für Arbeit angeregt und unterstützt. Im regionalen Raum bestehen direkte Kontakte zur Agentur für Arbeit und zu Jobcentern, zu den Integrationsfachdiensten sowie zu den Rehafachberatern der Deutschen Rentenversicherung, die unterstützend genutzt werden. Im Bereich Sozialberatung und Sozialmedizin werden ggf. individuelle Fördermöglichkeiten geprüft und initiiert.

BORA 4

Über die unter der BORA-Zielgruppe 3 beschriebenen Maßnahmen hinaus erweitert sich bei Langzeitarbeitslosen mit diskontinuierlicher Erwerbsbiografie das Aufgabenspektrum. Zentrale Kooperationspartner werden Jobcenter, Integrationsfachdienste, ggf. WfbM und die Berater für berufliche Rehabilitation. Die Arbeits- bzw. Ergotherapie dient bei dieser Zielgruppe meist zunächst dazu, die Grundarbeitsfähigkeiten zu überprüfen bzw. diese überhaupt erst (wieder) zu entwickeln. Hierfür gibt es besonders geeignete Tätigkeitsbereiche, die sich bezüglich ihrer Auswahl jedoch an den Interessen des Patienten orientieren sollen. Unser indikationsgeleitetes, individuelles Angebot eröffnet die Möglichkeit, Frequenz und Dauer der Maßnahmen zu variieren, um für einen begrenzten Zeitraum die Arbeits- bzw. Ergotherapie so zu gestalten, dass sie realen beruflichen Belastungen nahekommt (interne Belastungserprobung). In diesem intensiven Prozess bedarf der Patient meist einer kontinuierlichen Begleitung vernetzter arbeits- und ergotherapeutischer, psychotherapeutischer und medizinischer Kompetenz, um variierende und divergierende Ziele immer wieder neu zu justieren und den persönlichen Möglichkeiten anzupassen. In einem weiteren Schritt können berufliche Interessen auf ihre Umsetzbarkeit überprüft und in externen Berufspraktika evaluiert werden.

Bei einem Teil der Patienten ergeben die Beobachtungen in der Arbeits- und Ergotherapie kombiniert mit den Ergebnissen der sozialmedizinischen Begutachtung und weiterer Diagnostikbereiche, dass eine Re-Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgrund körperlicher oder psychischer Einschränkungen nicht realistisch erscheint. In der interdisziplinären Zusammenarbeit aller an der Therapie Beteiligten liegt der Fokus nunmehr darauf, gemeinsam mit dem Patienten andere Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten (Tagesstätte, WfbM ...) zu finden, die die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit oder zumindest einer kontinuierlichen tagesstrukturierenden Beschäftigung in einer anderen Form ermöglicht.

BORA 5

Bei Nichterwerbspersonen, die eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben planen, ist das gesamte Behandlungsspektrum der BORA-Zielgruppen 3 und 4 anwendbar. Die Patienten dieser BORA-

Zielgruppe sind heterogen (EU-Rentner, Studenten, Hausfrauen/-männer, junge Erwachsene noch ohne jegliche Erwerbszeiten, Privatier). Nach Datenerhebung und diagnostischer Beurteilung und bei realistischem Wunsch des Patienten zur Wiedererlangung einer Erwerbsarbeit erfolgt wiederum die Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes. Bei befristeten EU-Rentnern werden die Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe geprüft und ggf. initiiert.

Für Nichterwerbspersonen, für die keine Reintegration ins Erwerbsleben mehr in Frage kommt, werden im Behandlungsprogramm psychotherapeutische und körperorientierte Therapieverfahren im Vordergrund stehen.

4.7.5.4 Dokumentation inkl. KTL-Codierung

Wir betreiben eine computergestützte Verlaufsdokumentation mit Patfak, entscheidende Entwicklungen wie auch unerwartete Verläufe gehen in den Entlassbericht ein.

4.7.5.5 Qualitätssicherung

In unserem Qualitätsmanagement-Handbuch sind die entsprechenden therapeutischen Prozesse des BORA-Konzeptes beschrieben und zusammen mit den jeweiligen Dokumentenvorlagen hinterlegt. Sie werden jährlich in internen und externen Re-Zertifizierungs-Audits nach DIN EN ISO 9001:2008 entsprechend der Version dequs 3.0 überprüft. Unser Qualitätsmanagementsystem erfüllt die Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Zur Dokumentation von Nachhaltigkeit wird in den Katamneseerhebungen der aktuelle Erwerbsstatus abgefragt.

Auswertungsergebnisse aus dem Bereich Qualitätssicherung werden durch die Klinikleitung bekanntgegeben und von allen Prozessbeteiligten diskutiert. Relevante Abweichungen werden kontinuierlich durch Anpassung der Strukturen und Prozesse aufgegriffen bzw. abgestellt.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

4.7.6.1 Bewegungstherapie

Die Bewegungstherapie hat das Ziel, physische, psychische, emotionale und soziale Ressourcen zu entwickeln und zu festigen, um hierüber die Persönlichkeitsentwicklung und eine vielfältige und stabile Lebensgestaltung zu fördern.

Neben den Grundfähigkeiten wie Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination werden auch soziale Kompetenzen und emotionale Erfahrungen vermittelt. Die Freude an der Bewegung in Verbindung mit einem positiven Gruppenerlebnis soll dabei erfahrbar gemacht werden. Durch eine Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit sollen die allgemeine Leistungsfähigkeit sowie das Körpergefühl verbessert werden. Das bewegungstherapeutische Angebot umfasst funktionelle gymnastische Übungen und soziale Bewegungsübungen, wie Bewegungsspiele, Kooperationsspiele sowie Volks- und Meditative Tänze. Es werden auch spezielle Übungen zur Körperwahrnehmung durchgeführt, die sich besonders bei Rückenbeschwerden als hilfreich erwiesen haben. Darüber hinaus werden Unternehmungen in der Natur zur Anregung zu aktiver Freizeitgestaltung unternommen.

Die Erfahrungen der einzelnen Gruppenteilnehmer werden nach der jeweiligen Durchführung gemeinsam reflektiert und individuelle Zielsetzungen erarbeitet (1 x 180 Min. p. Woche).

4.7.6.2 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

Die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson wird als bewährte, leicht lernbare Entspannungstechnik in Form eines Kursprogramms angeboten. Die Methode beruht auf der bewussten Wahrnehmung von Anspannung und Entspannung. Sie kann in einer Kurz- oder Langform, im Sitzen oder Liegen, mit oder ohne Entspannungsmusik, mittels Selbstinstruktion oder mit Hilfe einer mit Instruktionstext besprochenen Kassette, allein oder in der Gruppe ausgeübt werden (2 x 60 Min. p. Woche).

4.7.7 Freizeitangebote

Durch gemeinsam gestaltete Freizeit wie z.B. Wanderungen und Ausflüge zu Sehenswürdigkeiten, dem Besuch traditioneller Feste in der Region, der Besichtigung von Parkanlagen, dem Besuch von Sportstätten und Bürgerzentren sollen Anregungen für die Freizeitgestaltungen ermöglicht und neue Interessen geweckt werden. Patientinnen und Patienten sollen sich darin üben, soziale Kontakte ohne Einsatz von Suchtmitteln zu gestalten.

In der Projektarbeit berichten Patientinnen und Patienten an den Samstagvormittagen über ihre Hobbys und vermitteln der Therapiegruppe durch die Anleitung zum praktischen Ausprobieren einen ersten Eindruck von einer möglichen Freizeitbeschäftigung.

4.7.8 Sozialdienst

Zur Unterstützung der sozialen und beruflichen Integration sowie der wirtschaftlichen Sicherung der Patientinnen und Patienten bieten wir wöchentlich eine Sozialberatung an. Sozialberatung geschieht bei uns als Hilfe zur Selbsthilfe und dient dadurch der Stärkung der sozialen Kompetenz der Patientinnen und Patienten.

Außerdem motivieren wir unsere Patienten zur Wahrnehmung der Beratungsmöglichkeiten durch die Arbeitsagentur und die Rehabilitationsberater der Rentenversicherungsträger. Die Sozialberatung wird von den Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten übernommen.

4.7.9 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung

4.7.9.1 Tabakentwöhnung

Angeboten wird diese Gruppe abhängigen Raucherinnen und Rauchern, die die erklärte Absicht haben, sich vom Nikotin zu entwöhnen mit der Perspektive einer dauerhaften Tabakabstinenz. Sie ist außerdem indiziert bei Nikotinkonsum bei Patientinnen und Patienten mit schweren durch Tabak bedingten oder begünstigten Erkrankungen wie Koronare Herzkrankheit oder Asthma bronchiale. Das verhaltenstherapeutische Therapiemodul umfasst die Überprüfung der Eigenmotivation, angeleitete Selbstbeobachtung (Rauchverhalten) und das Einüben von alternativem Verhalten (Bewältigungsstrategien). Patientinnen und Patienten sollen befähigt werden, Auslöser für ihr Rauchverhalten zu erkennen und lernen, Strategien zu entwickeln, dem aufkommenden Verlangen nach Zigaretten zu begegnen.

Bei Bedarf werden nach ärztlicher Verordnung Nikotinpflaster oder -kaugummi unterstützend eingesetzt. Ohne Indikationsstellung ist die Teilnahme an der Gruppe freiwillig möglich. Die Gruppe findet an vier Terminen zu je 90 Minuten bzw. sechs Terminen zu je 60 Minuten im Kurssystem statt.

4.7.9.2 Ernährungsberatung- und schulung

Eine Diätassistentin übernimmt im Rahmen der Gesundheitsschulungen die Information über gesunde Ernährung und berät nach ärztlicher Verordnung im Einzelfall diätetisch. Zudem bietet sie an einem Samstag pro Monat im Rahmen der Lehrküche ein gemeinsames Kochen nach ernährungsphysiologischen Grundsätzen, ggf. mit Einkaufstraining, an.

4.7.9.3 Gesundheitsbildung

In Form von dialogorientierten Vorträgen wird wöchentlich in der Gesamtgruppe über Sucht- und Gesundheitsthemen informiert. Hierbei wird besonders viel Wert darauf gelegt, dass Patientinnen und Patienten die Informationen für sich selbst anwenden können. In der Suchtinfogruppe (6 Einheiten zu je 60 Min.) wird über multifaktorielle Entstehungsbedingungen der Abhängigkeit, Verlauf der Suchterkrankung und deren Folgen informiert.

In den Veranstaltungen zur Gesundheitsinformation werden Themen aufgegriffen, die für ein wirksames Gesundheitsverhalten relevant sind und dazu motivieren, eigene Entwicklungsschritte zu gehen und eine lebensbejahende Lebensweise zu praktizieren. Dazu gehören auch Themen aus der Entwicklungspsychologie, die Auseinandersetzung mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und Angstformen, der Umgang mit Krisen, Sexualität, Trauer, Aggression sowie Fragen nach dem Lebenssinn (1 x 60 Min. p. Woche).

Einmal monatlich stellen sich im Rahmen der Gesundheitsinformation Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfegruppen des jeweiligen Einzugsbereichs vor.

Eng verzahnt sind diese Informationen mit der Planung von Freizeitaktivitäten, und es erfolgt die Ermutigung zur Teilnahme an Gesundheitskursen oder sportlichen Aktivitäten, alles dem idealen Setting der ganztägig ambulanten Rehabilitation entsprechend.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Einbeziehung der wichtigsten Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess sehen wir als entscheidenden Vorteil der ganztägig ambulanten Behandlung an. Sofern Partnerinnen oder Partner vorhanden sind, werden mit diesen schon am Vorstellungstermin oder Aufnahmetag erste Gespräche geführt, sofern die Patientinnen oder Patienten einverstanden sind. Dabei geht es neben der Erhebung fremdanamnestischer Daten darum, die Kooperationsbereitschaft des Partners oder der Partnerin abzuklären und die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Partnerschaft einzuschätzen.

Regelmäßig können Angehörigenseminare und Paargespräche stattfinden, in denen aktuelle Konfliktthemen therapeutisch bearbeitet werden. Auf diese Weise wird über die gesamte Behandlungszeit eine kontinuierliche Angehörigenarbeit gewährleistet.

4.7.11 Rückfallmanagement

Als Rückfall verstehen wir nach Veltrup und Wettterling (1997, S. 135) den „erneuten Alkoholkonsum bei generell bestehender Abstinenzabsicht“. Der Rückfall ist ein Symptom der Grunderkrankung.

Wir verstehen den Rückfall als Krise, deren Ausgang noch offen ist. Ein Rückfall bietet die Chance, aus der Rückfalldynamik zu lernen, Risikosituationen besser zu kennen und alternative Bewältigungsmethoden zu verbessern.

Die Möglichkeit der Fortsetzung einer ganztägig ambulanten Behandlung nach einem Rückfall entscheidet sich vor allem an der Einschätzung, ob eine angemessene Bearbeitung des Rückfalls möglich ist. Hierzu wird der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten eine einwöchige Probezeit eingeräumt, in der sie oder er sich intensiv mit dem äußeren Ablauf des Rückfallereignisses und den inneren Rückfallauslösern auseinandersetzen muss. Die Reflexion kann in der Einzel- und Gruppentherapie unterstützt werden. Am Ende dieser Phase muss die Patientin oder der Patient das Ergebnis der Rückfallbearbeitung in die Patientengemeinschaftsrunde einbringen. Werden dabei ausreichende Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit erkannt, kann die Weiterbehandlung fortgesetzt werden.

In Anlehnung an Büchner (2002, S. 95 - 97) unterscheiden wir zwischen ich-syntonen und ich-dystonen Rückfällen. Bei den ich-syntonen Rückfällen, bei denen das Rückfallgeschehen aus dem Zweifel an der Abstinenznotwendigkeit entsteht, hat sich auch nach unserer Erfahrung gezeigt, dass eine Weiterbehandlung selten erfolgreich verläuft. Ich-dystone Rückfälle, die sich meistens unter dem Einfluss nicht steuerbarer innerer Kräfte ereignen, können oft zu einer Intensivierung der therapeutischen Prozesse führen.

Bei einer notwendigen Entlassung wird gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten geprüft, welche Maßnahmen sinnvoll sind und ob eine unmittelbare Entgiftungsbehandlung angezeigt ist.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Der Überschaubarkeit der Klinik entsprechend führt eine Arzthelferin die ärztlichen Verordnungen sowie die apparative Diagnostik durch und kontrolliert die Vitalzeichen.

4.7.13 Weitere Leistungen

4.7.13.1 Nachsorge

Einleitung der Nachsorge ist als Bestandteil der Entlassvorbereitung über strukturierte Korrespondenz bzw. im Verlauf feststehende Telefonate mit der Beratungsstelle fester Bestandteil der Behandlung. Der Patient besucht regelmäßig seinen Suchtberater sowie seine Selbsthilfegruppe, sollte der keine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle haben, wird ein Kontakt im Rahmen der Entlassvorbereitung hergestellt. Zur Entlassung erfolgt ein gemeinsames Gespräch zwischen Bezugstherapeut, Suchtberater und Patient.

4.7.13.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bereits in der Indikationskonferenz werden auf der Grundlage der dort gesammelten Informationen Überlegungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit dem Patienten zusammen angestellt. Sollten diese erforderlich werden, was sich in den Wochen bis zur Rehakonferenz anhand des Erreichungsgrad und der Erreichbarkeit der Rehazielen zeigt, werden diese in der Rehakonferenz zusammen mit dem Patienten beschlossen und zeitgerecht eingeleitet. Dazu gehört z.B. die Vorstellung beim Rehaberater des Kostenträgers, Verordnung der stufenweisen Wiedereingliederung usw.

4.7.14 Beendigung der medizinischen Rehabilitation

4.7.14.1 Entlassvorbereitung

Die Entlassvorbereitung des Rehabilitanden erfolgt in den letzten zwei bis drei Therapiewochen. In diese Phase fällt

- ✚ die Belastungserprobung und deren endgültige Beurteilung
- ✚ gffs. Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber
- ✚ gffs. Vorstellung in der Suchtberatungsstelle
- ✚ gffs. ein abschließendes Angehörigengespräch
- ✚ gffs. Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Es erfolgen bilanzierende Gespräche des Patienten mit seinem Bezugstherapeuten sowie dem Arbeitstherapeuten, die reflektierende Verabschiedung durch seine Gruppenmitglieder sowie die sozialmedizinische Fallvorstellung zur Sammlung sämtlicher Rehabilitationsergebnisse.

4.7.14.2 Entlassungsuntersuchungen und Entlassungsbericht

Die sozialmedizinische Entlassungsuntersuchung erfolgt eine Woche vor der Entlassung. Hier wird mit dem Patienten zusammen Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit besprochen und eingeschätzt. Die Erstellung des Entlassungsberichts ist bezüglich Zuständigkeiten und zeitlicher Abfolge als Prozess im Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt. So ist gewährleistet, dass der Entlassungsbericht gemäß Leitfaden am Entlassungstag dem Arzt der Einrichtung zur Endkorrektur vorliegt.

4.7.14.3 Kriterien zur Beendigung der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird als (vorzeitig) beendet beurteilt wenn

- ✚ die formulierten Therapieziele erreicht sind und
- ✚ in der Rehabilitationskonferenz keine weiteren Therapieziele durch neue Erkenntnisse festgelegt wurden
- ✚ sich für den Patienten eine vorzeitige Arbeitsperspektive bei gut beurteilter Abstinenzprognose ergibt
- ✚ familiäre Veränderungen die Anwesenheit des Patienten bei positiver Abstinenzprognose erforderlich machen

- ✚ eine Weiterbehandlung oder Nachsorge mit niedrigerfrequenten Maßnahmen ausreichend sind
- ✚ wenn die Rehabilitationsfähigkeit aufgrund akuter körperlicher oder psychiatrischer Erkrankungen aufgehoben ist
- ✚ Gründe für disziplinarische oder Entlassung auf ärztlich Veranlassung vorliegen
- ✚ der Patient die Entlassung gegen ärztlichen Rat wünscht.

5 Personelle Ausstattung

Zum Behandlungsteam gehören:

- ✚ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizinische Grundversorgung mit 1,0 Stelle, je 0,5 Stellenanteil ärztliche und therapeutische Leitung,
- ➔ Facharzt für Innere Medizin, Rehabilitationswesen, Suchtmedizin, Rettungsdienst, 0,1 Stelle
- ➔ Psychologische Psychotherapeutin Psychologin, 0,4 Stelle (Testpsychologische Untersuchungen, Bezugstherapie)
- ➔ Dipl. Sozialpädagoge, Sucht- und Sozialtherapeut (Bezugstherapie), 1,0 Stelle
- ➔ Dipl. Sozialpädagogin, Sucht- und Sozialtherapeutin (Bezugstherapie), 0,5 Stelle
- ➔ Ergotherapeut, 0,5 Stelle
- ➔ Arbeitstherapeutin, 0,25 Stelle
- ➔ Kunst- und Gestaltungstherapeut, 0,05 Stelle
- ➔ Verwaltung, 0,45 Stelle
- ➔ Arzthelferin, 0,25 Stelle
- ➔ Sporttherapie, 0,05 Stelle
- ➔ Ernährungsberatung, 0,05 Stelle

Auf Grund der Einbettung der Tagesrehabilitation in das Suchttherapiezentrum gelten über Kooperationsverträge geregelte und kollegiale Vertretungen. Die Tätigkeiten der Heilhilfsberufe können zu den Bedingungen der Tagesrehabilitation von einer Arzthelferin unter Supervision der Ärzte verrichtet werden

Die enge Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team ist für den Erfolg der Behandlung bedeutsam. Diese wird durch wöchentliche Teamsitzungen und Fallbesprechungen gewährleistet.

6 Räumliche Gegebenheiten

Der Tagesrehabilitation Ulm stehen mit über 800 qm ausreichend Flächen zur Verfügung, um ein differenziertes Angebot durchführen zu können. Sie ist barrierefrei per Aufzug zu erreichen.

- ✚ ein großer Gruppenraum mit 75 qm und ein kleiner Gruppenraum mit 26 qm, die beide auch für Vorträge oder Bewegungstherapie genutzt werden können
- drei Sprechzimmer für Bezugstherapeutinnen und -therapeuten
- ein Arztsprechzimmer und Untersuchungsraum
- ein Arbeitszimmer für die Arzthelferin
- ein Raum für die Arbeits- und Beschäftigungstherapie

- ein Gestaltungstherapieaum
- ein PC-Übungsraum
- ein Ruheraum
- ein Empfangsbereich
- ein Aufenthaltsraum mit Gemeinschaftsküche und Cafeteria
- sowie ausreichend, auch barrierefreie sanitäre Einrichtungen

Für den Sport werden auch externe Einrichtungen genutzt.

Alle Räume sind mit Notrufanlagen ausgestattet. Sie sind Nichtraucherbereiche. Außerdem darf im gesamten Gebäudekomplex nicht geraucht werden.

7 Kooperation und Vernetzung

Initiiert durch das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg fanden bis Ende 2008 in vielen Landkreisen Gründungen kommunaler Suchthilfenetzwerke statt. Der Träger der Tagesrehabilitationen ist Gründungsmitglied in den kommunalen Suchthilfenetzwerken Ulm, Reutlingen, Sigmaringen, Biberach, Bodenseekreis-Oberschwaben. Es ist landespolitischer Wille, dass die Steuerung der kommunalen Suchthilfen von diesen Suchthilfenetzwerken aus geschieht, sowohl im Einzelfall (operativ), als auch in der strategischen Planung.

Die Tagesrehabilitationen sind in die jeweiligen kommunalen Suchthilfenetzwerke integriert. Sie wirken mit in den jeweiligen Steuerungs- und Trägergremien sowie - sofern vorhanden - den jeweiligen Hilfeplan- oder Fallkonferenzen.

Der individuelle Einstieg in das Suchthilfesystem erfolgt in der Regel über die Kontakte zur örtlichen psychosozialen Beratungsstelle oder über Kontakte im medizinischen Hilfesystem (hausärztliche Behandlung, Akutkrankenhäuser). Nach Kenntnis der Sachlage wird in den Beratungsstellen ein Behandlungsvorschlag mit der Patientin oder dem Patienten erarbeitet. Für die Behandlung in den Tagesrehabilitationseinrichtungen sind Abstinenzfähigkeit, Abstinenzbereitschaft und die Bereitschaft zur Veränderung wesentliche Aufnahmevoraussetzungen. Kriterium zur Beurteilung der Abstinenzfähigkeit ist die gelebte Erfahrung des Betroffenen: anamnestisch sollte Abstinenzfähigkeit über ein wochenlangen Zeiträume nachgewiesen werden können, ebenso müssen Rückfallgründe nach der letzten Abstinenzzeit erfragt werden.

Patientinnen und Patienten haben schon vor dem Beginn der ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit, die Tagesrehabilitation und deren Mitarbeitende kennen zu lernen. Die ganztägig ambulante Behandlung kann dabei flexibel in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden. Sie kann als Kombinationsbehandlung sowohl relativ am Anfang als auch in der Mitte einer ambulanten Rehabilitation stattfinden. Zeigt sich bei einer Patientin oder einem Patienten während der ambulanten Rehabilitation eine Rückfallgefährdung oder ist bereits ein Rückfall eingetreten, ist es zudem möglich, zur Stabilisierung auch vier bis achtwöchige ganztägig ambulante Kurzinterventionen vorzunehmen, falls der ambulante Rehabilitationsprozess durch eine Krise der Patientin oder des Patienten gefährdet ist.

Innerhalb der kommunalen Suchthilfenetze bieten sich unterschiedliche Formen der Kombinationsbehandlungen an. Zu nennen sind insbesondere die ganztägig ambulant - ambulante Kombinationsbe-

handlung sowie die Behandlungsform der ganztägig ambulanten Entlassphase mit initialer stationärer medizinischer Rehabilitation.

Die ganztägig ambulante- ambulante Kombinationsbehandlung ist auf eine enge Koordination und Abstimmung mit den vor- und nachbehandelnden Stellen angewiesen. Es ist zudem möglich, Therapieangebote, wie z.B. paar- und familientherapeutische Seminare, Kurse zur Tabakentwöhnung, gemeinsam mit den ambulanten Behandlungsstellen durchzuführen, so dass die Kooperation auch für die Patientinnen und Patienten wahrnehmbar wird und zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen optimal genutzt werden können.

8 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Tagesrehabilitationen sind seit 2011 nach dequs 3.0 zertifiziert. Als ganztägig-ambulante Rehaeinrichtungen wenden die Tagesrehabilitationen ein von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkanntes Qualitätsmanagementsystems an, das in der stationären Reha die Anforderungen der gesetzlichen Zertifizierungspflicht nach dem neunten Buch des Sozialgesetzes erfüllt. In internen Audits wird die Beseitigung von Defiziten, die im Audit offensichtlich wurden, überprüft sowie die kontinuierliche Umsetzung von Anregungen und Optimierung der Prozesse. Die Balanced Score Card ist als Managementinstrument eingeführt. Das Prozessmanagement erfolgt verbindlich über die Qualitätsmanagement Handbücher. Neben den Katamneseerhebungen findet zum Abschluss jeder Entwöhnungsbehandlung eine Patientenbefragung statt, die gesammelt und im Qualitätsmanagement, einer Stabsstelle der Geschäftsführung, ausgewertet werden. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen werden in strukturierten Transferworkshops mitgeteilt und zur ständigen Verbesserung der Qualität genutzt. Im Peer-Reviewverfahren findet die kollegiale Bewertung der Entlassberichte statt.

9 Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

→ Konferenzstruktur nach ICF

Konferenzzeit	Thema	Protokoll	Teilnehmer
Dienstags 13.00-14.30 Uhr	Teamsitzung	Verwaltungsmitarbeiterin	Alle Berufsgruppen
s.o.	Vorstellung der Patienten der letzten Woche mit Verdachtsdiagnose	s.o.	Arzt, Bezugstherapeut
s.o.	Indikationsbesprechung (2. bis 3. Therapiewoche) → siehe „Operationalisierung ICF“	s.o.	Bezugstherapeut + Patient
s.o.	Rehabilitationskonferenz (6. bis 8. Therapiewoche) → siehe „Operationalisierung ICF“	s.o.	Bezugstherapeut + Patient
s.o.	Sozialmedizinische Schlussvisite (1 bis 2	s.o.	Arzt + Patient

	Wochen vor Entlassung)		
s.o.	Gegebenfalls indikative Fallbesprechung	s.o.	Alle Berufsgruppen

10 Notfallmanagement

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

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit gewährleistet durch regelmäßige Überprüfung einen funktionierenden Brandschutz in den Räumlichkeiten der Tagesrehabilitationen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden einmal jährlich in Brandschutz geschult.

11 Fortbildung

Die Suchthilfe der Zieglerschen hält einen ganzjährigen Veranstaltungskalender vor mit psychotherapeutischen, medizinischen, organisationstheoretischen und betriebswirtschaftlichen Themen. Ebenso finden die verpflichtenden Veranstaltungen zu Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Datenschutz statt. Einmal im Quartal ist die Veranstaltung „Fachliterarischer Salon“, in der leitende Mitarbeiter aktuelle Zeitschriften und Fachbücher vorstellen. Zweimal im Jahr finden verpflichtende Erste-Hilfe-Ausbildungen statt, ebenso erforderlichen Ausbildungen zum Ersthelfer. Vor den Veranstaltungen erfolgt stets noch einmal eine schriftliche Einladung aller Mitarbeiter, bei den verpflichtenden Veranstaltungen mit Hinweis darauf. Teilnehmerzahl und deren Beurteilungen der Fortbildungsveranstaltung werden evaluiert, über jährliche Umfragen wird der Fortbildungsbedarf und das Fortbildungsinteresse der Mitarbeiter eruiert und der Veranstaltungskalender darauf angepasst.

12 Supervision

Teamsupervisionen durch wechselnde, externe, anerkannte Supervisoren gehören zum Standard, 6 x im Jahr findet eine Fallsupervision durch die Fachliche Geschäftsführung der Suchthilfe (Anerkennung als Psychodynamische Supervisorin durch die Landespsychotherapeutenkammer auf Grundlage der Fortbildungsordnung) statt. Die leitenden Mitarbeiter der Tagesrehabilitation als Mitglieder des Gesamtleitungsteams der Suchthilfe nehmen teil an Klausurtagen mit externer Supervision bzw. Organisationsberatung und -entwicklung. Kollegiale Intervision wird innerhalb der Suchthilfe übergreifend praktiziert.

13 Hausordnung/ Therapievertrag

Hausordnung für Patienten der Tagesrehabilitation Ulm



Abwesenheit/ unentschuldigtes Fehlen	Sollten Sie nicht zur Therapie kommen können (z.B. durch Krankheit), ist es für Sie Pflicht, dass Sie sich unverzüglich, spätestens bis 8.30 Uhr, mit uns telefonisch in Kontakt setzen. Siehe auch Punkt „Krankheit“. <i>Bei nicht Einhaltung dieser Regel, wird dies als Abmahnung behandelt!</i>
Alkohol/ Illegale Drogen/ Medikamente	Sie haben sich zu einer Entwöhnungsbehandlung entschlossen. Sie dürfen daher weder Alkohol, Illegale Drogen und nicht mit unserem Arzt abgesprochene Medikamente mitbringen, aufbewahren, noch in irgendeiner Form zu sich nehmen. Dies gilt auch für alkoholhaltige Hygieneprodukte und Lebensmittel. Bei Besitz oder Einnahme von Alkohol, Illegale Drogen und nicht mit unserem Arzt abgesprochene Medikamente ist die Weiterbehandlung in Frage gestellt. <i>Bei nicht Einhaltung dieser Regel, wird dies als Regelverstoß behandelt!</i>
Gemeinschaftsaufgaben	Es gibt einige Gemeinschaftsaufgaben, sogenannte „Ämter“, die von den Patienten übernommen werden. Wir erwarten von Ihnen, dass Sie nach Ihren Möglichkeiten während der Therapie Gemeinschaftsaufgaben übernehmen. Diese „Ämter“ werden innerhalb der Ergotherapie und im Patientenforum vergeben. <i>Bei nicht Einhaltung dieser Regel, kann dies als Regelverstoß behandelt werden!</i>
Handy	Sie dürfen Ihr Mobiltelefone nur zwischen 10.45 bis 11.00 Uhr und während der Mittagspause 12:20 bis 13:45 Uhr anschalten. Ansonsten lassen Sie Ihr Mobiltelefon ausgeschaltet in Ihrem Schließfach. <i>Bei nicht Einhaltung dieser Regel, kann dies als Regelverstoß behandelt werden!</i>
Kontrollen auf Suchtmittel	Sie müssen damit rechnen, dass Sie jederzeit auf Alkohol und illegale Drogen mittels Alkohol- bzw. Urintest kontrolliert werden. Auch Ihre Taschen und Schließfächer etc. können kontrolliert werden.
Krankheit	Bitte setzen Sie uns sofort davon in Kenntnis, wenn Sie erkrankt sind und am Therapieprogramm nicht teilnehmen können. Sie müssen sich persönlich per Anruf bis spätestens 8:30 Uhr in der Tagesreha melden. Sie benötigen ab dem 1. Tag eine Krankmeldung von ihrem Hausarzt. Spätestens am 3. Krankheitstag muss die AU-Bescheinigung bei uns vorliegen. Die Weiterzahlung des Übergangs- bzw. Krankengeldes ist nur bei Vorlage einer Krankmeldung sichergestellt. Krankentage können zur Verlängerung der Therapiezeit führen. Bei längerer Krankheit ist zu prüfen, ob die Rehafähigkeit noch gegeben ist. <i>Bei nicht Einhaltung dieser Regel, wird dies als Abmahnung behandelt!</i>
Mittagessen	Es besteht während des Mittagessens Anwesenheitspflicht! Das Mittagessen beginnt um 12 Uhr und endet um 12.20 Uhr. <i>Bei nicht Einhaltung dieser Regel, wird dies als Regelverstoß behandelt!</i>

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version Datum	Seite
Maurer	Maurer	5 31.03.2010	43

Hausordnung für Patienten der Tagesrehabilitation Ulm



Rauchen

Das Rauchen ist vor dem Eingang des Gebäudes und im Gebäude selbst (z.B. Tiefgarage) strikt untersagt!

Die Rauchzeiten sind Montags bis freitags
von 9 - 9.15 Uhr,
10.45 - 11 Uhr
sowie von 12.20 - 13.45 Uhr.

Zusätzlich besteht eine Raucherpause Mittwoch nach dem Patientenforum bis 14.30 Uhr.

Bei nicht Einhaltung dieser Regel, wird dies als Regelverstoß behandelt!

Rückfall

Ein Rückfall, d.h. die Einnahme von Alkohol, illegale Drogen oder von Medikamenten, die nicht von uns verordnet wurden entzieht Ihrer Therapie die Behandlungsgrundlage. Ob eine Fortsetzung der Therapie möglich ist, wird im Einzelfall entschieden.

PatientInnen können unter Einfluss von Alkohol oder Illegale Drogen nicht am Therapieprogramm teilnehmen.

Bei Erscheinen in der Tagesrehabilitation mit einem Alkoholgehalt (mehr als 0,00‰) muss entschieden werden, ob Sie wieder nach Hause geschickt werden oder auf eigene Kosten mit dem Taxi nach Hause fahren, bzw. Angehörige sie abholen müssen. Wir erwarten von Ihnen, dass Sie von sich aus den Rückfall aufmachen und unverzüglich ansprechen!

Bei nicht Einhaltung dieser Regel, wird dies als Regelverstoß behandelt!

MP3-Player

MP3-Player dürfen im Therapieprogramm nicht benutzt werden!

Bei nicht Einhaltung dieser Regel, wird dies als Regelverstoß behandelt!

Regelverstoß

Sie bekommen einen Regelverstoß bei Nichteinhaltung der Hausordnung, siehe einzelne Regeln. Dieser Regelverstoß wird notiert und muss mit dem Einzeltherapeuten thematisiert werden. Bei 3 Regelverstöße, führt dies zu einer Abmahnung.

Abmahnung

Eine Abmahnung erhalten Sie, nach 3 Regelverstößen oder wenn Sie unentschuldig Fehlen. Diese Abmahnung wird im Bericht notiert und dem Kostenträger mitgeteilt. Bei einer zweiten Abmahnung führt dies zur disziplinarischen Entlassung und die Therapie wird nicht fortgeführt.

Wir legen großen Wert auf die Einhaltung der Hausordnung.

Verstöße gegen diese wertet das Mitarbeiterteam als mangelnde Mitarbeit in der Behandlung.

Wir erwarten, dass Sie sich zu Ihren Regelverstößen in der Gruppe oder im Patientenforum äußert.

Hier werden gemeinsam mit Ihnen problemlösende Konsequenzen vereinbart.

Mit der Unterschrift unter den Therapievertrag erklären Sie sich bereit, die Regeln der Hausordnung anzuerkennen und einzuhalten.

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Maurer	Maurer	5	31.03.2010	44

Literatur

- Arbeitskreis OPD** (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Hans Huber
- Bilitza, K. W.** (Hrsg.) (1993) *Suchttherapie und Sozialtherapie*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Buchholz M.B.**(1997): *Krankheitstheorien und psychoanalytischer Prozeß*. In: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München. Heft 1 / 1997
- Büchner, U.** (1993): *Sucht als artifizielle Ich-Funktion. Ich-psychologische Suchttheorien*
In: Bilitza, K.W.(Hrsg.): Suchttherapie und Sozialtherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen / Zürich
- Burian, Wilhelm** (1994) *Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit*. Wien: Picus
- Dornes, M.**(1994) *Der kompetente Säugling*. Frankfurt am Main: Fischer
- Emde, R.**(1991) *Die endliche und die unendliche Entwicklung*. Psyche 45, S. 745-779
- Freud, S.**(1923) *Das Ich und das Es*. Ges. Werke Bd. XIII, S.235-289
- Grawe, K.** (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Grawe, K.** (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Heigl, F., Heigl-Evers, A., Schultze-Dierbach, E.** (1983) *Überlegungen zur Indikation von Einzel- und Gruppentherapie bei Suchtkranken, insbesondere Alkoholkranken*. In: Sozialtherapie in der Praxi.
- Heigl-Evers, A.** (1977) *Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken*. Kassel
- Heigl, F., Heigl-Evers, A.** (1983) *Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie*. Zeitschrift Psychosomatische Medizin 29. S. 1 – 14
- Heigl-Evers, A., Ott, J.** (1998) *Die Psychoanalytisch- interaktionelle Methode*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- Heigl-Evers, A., Volmer, H.C., Helas, I. Knischewski, E.**(1988) *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken-Wege zur Kooperation*. Wuppertal: Blau-Kreuz-Verlag
- Heigl-Evers, A., Helas, I., Volmer, H.C.**(1997) *Die Person des Therapeuten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kafka, J.**(1998) *Psychotische Realitäten und die Handhabung psychotischer Übertragungsphänomene*. Vortrag gehalten in Bregenz, Psychoanalytisches Seminar Vorarlberg, 22.01.98
- Kernberg, O.F.** (1985) *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart
- Kernberg, O.F.**(1988) *Innere Welt und äußere Realität / Anwendung der Objektbeziehungstheorie*. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Krystal, H, Raskin, H.A.**(1983) *Drogensucht - Aspekte der Ich-Funktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Luborsky, L.**(1995) *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mahler, M.**(1979) *Symbiose und Individuation* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C.**, (1993) *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative mode of change*. J. Consult Clin. Psychol. 51: S. 390 - 395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcoss, J.C.** (1997). Jetzt fange ich neu an. München: Knauer.
- Rost, W.D.** (1992) *Psychoanalyse der Abhängigkeit*. In: Heide, M.(Hrsg.): *Abhängigkeiten zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten*. Beiträge des 4. Heidelberger Kongresses. Bonn, Nagel, 1992
- Rudolf, G.** (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Standke, G.**(1993). *Psychoanalytische Entwicklungspsychologie*. In: Bilitza, K.W. et al: Suchttherapie und Sozialtherapie Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Stern, D.**(1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stork, J.**(Hrsg.) (1986): *Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel*. Stuttgart: frommann-holzboog
- Thomäe, H., Kächele, H.** (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Verlag Berlin/New York/Tokio: Springer.
- Volmer, H.C.**(1995) *Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit*. Verhaltenstherapeutische Sicht. In: Heigl-Evers et al : *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität*. Vandenhoeck & Ruprecht
- Wurmser, L.**(1987) *Flucht vor dem Gewissen*. Berlin/New York/Tokio: Springer.
- Wurmser, L.**(1997) *Die Verborgene Dimension*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

-
- **Bürger, W** (2006) *Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation*. In Müller-Fahrnow, W, Hansmeier, T & Karoff, M (Hrsg.) *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*.
 - **Henkel, D, Zemlin, U & Dornbusch, P** (2003) *Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen*. *Sucht aktuell* (2003) 2, 5-14
 - **Keck, T** (2006) *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation als gesellschaftliche Aufgabe der Rentenversicherung*. In Müller-Fahrnow, W, Hansmeier, T & Karoff, M (Hrsg.) (2006) *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*.
 - **Lindenmeyer, J** (2001) *Perspektiven bei perspektivlosen. Grenzen, Möglichkeiten und Erfordernisse der Rehabilitation Abhängigkeitskranker bei Patienten mit geringen beruflichen Reintegrationschancen*. In *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als nur Psychotherapie*. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 24
 - **Müller-Fahrnow, W, Hansmeier, T & Karoff, M (Hrsg.)** (2006) *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*.
 - **Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, M** (2006) *Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation*. In Müller-Fahrnow, W, Hansmeier, T & Karoff, M (Hrsg.) *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*.
 - **Müller-Fahrnow, W & Radoschewski, F.M.** (2009). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen*. In Müller-Fahrnow, W, Hansmeier, T & Karoff, M (Hrsg.) *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*.
 - **Neuderth, S & Vogel, H** (2000) *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Bericht über die Expertentagung am 25./26.01.2000 in Würzburg*.
 - **Schneider, R** (2004) *Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der Suchtrehabilitation: Zielsetzungen und Konzepte*. *Sucht aktuell* (2004) 1, 67-73

Anhang

QM-Handbuch Teil B	
A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm	

Sehr geehrte(r) PatientIn,

Sie haben eine wichtige Entscheidung getroffen: Sie wollen sich von Ihrem durch Suchtmittel bestimmten Leben verabschieden und sich neue Perspektiven erarbeiten. Wir freuen uns mit Ihnen über diesen Schritt und möchten Sie auf Ihrem neuen Weg begleiten und unterstützen. Dieser Aufnahme-Fragebogen dient dazu, Ihre Lebens- und Suchtgeschichte kennenzulernen. Wir bitten Sie daher, alle Fragen offen und leserlich zu beantworten. Wenn Ihnen zu einzelnen Fragen der Platz nicht ausreicht, können Sie auch gerne die Rückseite benützen. **Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum nächsten Einzelgespräch Ihrem/r Bezugstherapeuten/in mit.** Ihre Antworten werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Aufnahme-Fragebogen

Name: Geburtsdatum:.....
 Heimatort:..... Aufnahmedatum:.....
 Einzeltherapeut:.....

1. Zugang zur Rehabilitation

- Wer hat Sie in die Therapie vermittelt?

Beratungsstelle: _____ Herr/Frau: _____
 Aufgesucht seit ca.: _____ Anzahl der Einzelgespräche: _____
 Wann zuletzt besucht? _____ Anzahl der Gruppengespräche: _____
 Selbsthilfegruppe, welche: _____ in: _____
 Aufgesucht seit ca.: _____ Wie oft aufgesucht: _____

- Was haben Sie selbst unternommen, um diese Behandlung zu bekommen?

2. Behandlungsmotivation

- Was waren Ihre Beweggründe, dass Sie sich zur Therapie entschieden und zu uns in die Behandlung kommen?

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	47

QM-Handbuch Teil B



A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm

3. Familienanamnese

3.1 Herkunftsfamilie

Eltern: Mutter (Name) _____ geb.: _____ gest.: _____ ;

Vater (Name) _____ geb.: _____ gest.: _____ ;

Beruf der Eltern:

Mutter:

Vater:

- Nennen Sie typische Charaktereigenschaften der Mutter:
- Nennen Sie typische Charaktereigenschaften des Vaters:
- Wie haben Sie die Partnerschaft der Eltern erlebt?
- Wie wurden Sie von den Eltern erzogen?
- Wie ist Ihr heutiges Verhältnis zu den Eltern?

Geschwister

- Haben Sie Geschwister?
- Wenn ja, wieviel und welche Position in der Geschwisterreihe haben Sie? (z. B. das 2. von 5 Kindern)

Geschlecht, Bruder/Schwester	Geburtsjahr	Bemerkung, z.B. Beruf, verheiratet, Sucht

- Wie ging es Ihnen mit der Position in der Geschwisterreihe?
- Wie war Ihr Verhältnis zu den Geschwistern?
in der Kindheit:

heute:

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	2

QM-Handbuch Teil B



A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm

- Welche Erinnerungen (positive und negative) haben Sie an Ihre Kindheit?
- Wie war Ihr Kontakt zu Gleichaltrigen aus Schule, Vereine, Freundeskreis?
- Wie ist heutzutage Ihr Kontakt zu anderen Menschen aus Vereinen, dem Arbeitsumfeld, dem Freundeskreis?
- Wie sah der Umgang mit Suchtmitteln in Ihrer Familie aus?

3.2 Haben Sie Selbstmordgedanken oder bereits einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen? Wenn ja in welchem Jahr und was bewog Sie dazu?

3.3 Jetzige familiäre Situation

- Ledig und alleinstehend
- Ledig und zeitweilige Beziehung
- Feste Partnerbeziehung

Wann haben Sie sich kennengelernt?

Was gefiel Ihnen damals an Ihrem/r PartnerIn besonders?

Seit wann leben Sie zusammen? _____

Seit wann sind Sie verheiratet? _____

Waren Sie schon einmal verheiratet?

Name des/r PartnerIn: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Hat Ihr/e PartnerIn Erkrankungen (Sucht, psychische Probleme oder ist sie körperlich krank)?

Was mögen Sie nicht an Ihrem/r PartnerIn?

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	3

QM-Handbuch Teil B



A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm

Gibt es wiederkehrende Konflikte?

- Getrennt lebend, seit wann? _____
- Geschieden, seit wann? _____
- Verwitwet, seit wann? _____

Kinder:

Vor- u. Familienname	geb.	Leibliche Kinder (bitte ankreuzen)	Lebt zu Hause (bitte ankreuzen)	lebt bei:

- Haben Sie Pflegekinder in der Familie?
- Gab es Fehlgeburten oder sind Kinder gestorben?
- Hat eines der Kinder Krankheiten, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten, Schulschwierigkeiten, Suchtprobleme o.a.?
- Gibt es belastende Lebensumstände in der Familie (pflegebedürftige Angehörige, kranke Kinder, Einmischung durch Eltern oder Schwiegereltern, Erbstreitigkeiten....)?

4. Suchtanamnese

- Welche Suchtmittel haben Sie jemals probiert?

Alkohol ja nein was? _____

Nikotin ja nein

Drogen ja nein welche? _____

Medikamente ja nein welche? _____

- Haben Sie Essprobleme? Bitte unterstreichen: Übergewicht, Untergewicht, Ess-Brech-Sucht

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	4

QM-Handbuch Teil B



A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm

- Haben Sie Erfahrungen mit nicht-stoffgebundenem süchtigem Verhalten?

Arbeitssucht ja nein

Spielsucht ja nein

Sexsucht ja nein

Computersucht ja nein

Fernsehen ja nein

- Wie alt waren Sie, als Sie den Erstkontakt mit dem/den Suchtmittel/n hatten?

Suchtmittel:

Alter bei Erstkontakt:

- Wie haben Sie die erste Wirkung in Erinnerung?
- Hat sich dabei innerlich bei Ihnen etwas verändert?
- Ab wann ungefähr haben Sie den Übergang von „normalem“ Konsumverhalten zu abhängigem Verhalten empfunden? (Auslöser, Anlässe)
- Wie sah zuletzt die durchschnittliche Dosis Ihres/Ihrer Suchtmittel/s aus?
- Was haben Sie bisher gegen Ihre Abhängigkeit unternommen? (Entgiftungen, stationäre Therapien, Selbstentzüge – bitte mit Zeitangabe)
- Wann waren Abstinenzzeiten?
- Wann war Ihr letzter Konsum?
- Wie erklären Sie sich selbst, dass Sie abhängig wurden?
- Was ging mit dem Suchtmittel besser?

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	5

QM-Handbuch Teil B



A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm

5. Verhaltesaktiva / Ressourcen

- Welche Hobbies haben oder hatten Sie?

- Was sind Ihre Stärken?

6. Jetzige Beschwerden

Beeinträchtigungen im Alltag

- Welche Dinge haben Sie zuletzt in Ihrem Alltag besonders belastet?

Beeinträchtigungen im Beruf

Welche Dinge haben Sie zuletzt im Berufsleben besonders belastet?

8. Sozialanamnese

Familiäre Situation:

- Wie gestaltet sich zurzeit der Kontakt zu Ihrer Familie?

Soziales Umfeld:

- Haben Sie Freunde und Bekannte? Welche Menschen außerhalb der Familie sind für Sie besonders wichtig?

- Wie ist Ihre Wohnsituation

Wohnen Sie:	Ja
Alleine	<input type="checkbox"/>
mit PartnerIn	<input type="checkbox"/>
mit Kindern	<input type="checkbox"/>
mit Eltern	<input type="checkbox"/>
mit Freunden/Bekanntem	<input type="checkbox"/>
mit sonstigen Personen	<input type="checkbox"/>
Waren bzw. sind Sie obdachlos?	<input type="checkbox"/>

	Ja
Mietwohnung	<input type="checkbox"/>
eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>
eigenes Haus	<input type="checkbox"/>

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	6

QM-Handbuch Teil B**A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm**Finanzielle Situation

- Wie decken Sie Ihren Lebensunterhalt?

Lohn

Vermögen

Angehörige

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II (Hartz IV)

Krankengeld

Sonstiges

Ja

- Haben Sie Schulden?

Schuldenhöhe ca. EURO _____ Grund: _____

gedeckt durch Sachwerte

Gab es bei Ihnen schon einmal eine

Zwangsvollstreckung ? Eidesstattliche Versicherung Führerschein:

- Haben Sie einen Führerschein? Ja: Nein:
- Fahrerlaubnisentzüge in welchen Jahren (mit Promilleangaben)?

1.

2.

3.

Juristische Situation (strafrechtlich):Haben Sie Vorstrafen? Ja

Anzahl: _____

Wann? _____

Weshalb? _____

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	7

QM-Handbuch Teil B**A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm**

Waren Sie in Haft? (gegebenenfalls Rückseite verwenden): Ja

von- bis

Grund

Stehen Sie unter Bewährung? Ja bis _____

Bewährungsaufgaben? Ja _____

Gibt es laufende Strafverfahren? Ja Grund: _____

Juristische Situation (sozialrechtlich):

Sind Sie schwerbehindert, mit wie viel Prozent? _____ % Ja

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? _____ %

Wurde oder muss ein Antrag gestellt werden? _____ %

MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit):

Sonstige soziale Belastungen:

Gibt es noch andere Problembereiche, die noch nicht erwähnt wurden und die Sie benennen möchten?

Risikofaktoren und Funktionseinschränkungen:

- Worin sehen Sie gegenwärtig Ihr größtes Rückfallrisiko?

- Empfinden Sie sich in einem bestimmten Lebensbereich als dauerhaft eingeschränkt?

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	8

QM-Handbuch Teil B**A 1. Aufnahmefragebogen Teil 1 – Tagesreha Ulm**

Fragen zu Arbeit und Beruf

Erwerbsstatus (Zutreffendes bitte ankreuzen)

erwerbs- tätig		arbeits- los		Hausfrau -mann		in Aus- bildung		Vorruhe- stand		Rent- nerIn	
-------------------	--	-----------------	--	-------------------	--	--------------------	--	-------------------	--	----------------	--

Beruflicher Werdegang

Schulabschluss.....

Berufswunsch.....

Berufsausbildung.....Abschluss: ja.....nein.....

Berufliche Entwicklung (inkl. Stellenwechsel, Berufswechsel, wann, warum?)

Jetzige berufliche Situation (positive, negative Aspekte)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**Ihr Tagesreha-Team**

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
A.Höse	GF / QM	2	15.03.2012	9

QM-Handbuch Teil B
**B.1.2 Protokoll Indikationskonferenz
Tagesreha Ulm**
Protokoll der Indikationskonferenz

Datum: _____

Name des Patienten: _____

Alter: _____

§ _____

ET: _____

genehmigte Therapiedauer: _____

vereinbarte Therapiedauer: _____

F1-Diagnosen (Arzt): _____	Abhängigkeits- Syndrom (.2)	schädlicher Gebrauch (.1)	aktive Abhängigkeit (.4)
F 10 Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 11 Opioide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 12 Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 13 Sedativa u. Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 14 Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 15 Stimulanzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 16 Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 17 Tabak			<input type="checkbox"/> Anzahl/Tag: _____
F 18 flücht. Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F 19 multiple Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F6-Diagnosen (Arzt):F 63.0 pathologisches Glücksspiel

F 60.x Persönlichkeitsstörung bzw. -akzentuierungen:

Weitere Diagnosen (Arzt):

OPD (Bezugstherapeut):

Soziale Situation (Sozialdienst):

Arbeitsplatzsituation (Arbeitstherapeut):

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
Annett Höse	GF / QM	3	15.03.2012	56

QM-Handbuch Teil B**B.1.2 Protokoll Indikationskonferenz
Tagesreha Ulm****Funktionsdiagnosen:**

Körpermedizinische Funktionsdiagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psychiatrische Funktionsdiagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psychodynamische Funktionsdiagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arbeitstherapeutische Funktionsdiagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soziale Funktionsdiagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
Annett Höse	GF / QM	3	15.03.2012	2

QM-Handbuch Teil B**B.1.2 Protokoll Indikationskonferenz
Tagesreha Ulm****Therapieprogramm:****Indikationsgruppen**Cleangruppe..... Tabakentwöhnung..... Rückfallprävention..... Kunsttherapie Training soz. Kom..... Angststörungen Depressionen Kognitives Training..... Spielsucht..... Psychoedukation **Ergotherapie**Ergotherapie..... Arbeitgebergespr..... Wiedereingliederung Patenamt Sichtstunde ext.Praktikum **zusätzliche Angebote**PC-Kurs Bewerbungstraining..... Führerscheinberatung..... Angehörigenseminar..... Ernährungsberatung..... Reha-Beratung..... Entspannung Physiotherapie..... Selbsthilfegruppe..... Genussgruppe..... Psycholog. Testung.....

Sport: _____

Sonstige Vereinbarungen:
.....
.....
.....
.....**Checkliste:**Nachsorge Probekbehandlung erforderlich... Hinweis auf Beginn der Angebote.....

Unterschrift therapeutische Leitung / Teamleitung _____

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seite
Annett Höse	GF / QM	3	15.03.2012	4

Eigene Einschätzung

Name: _____

Einzeltherapeut/in: _____

Aufnahmedatum: _____

→ Was haben Sie in Ihrer Suchtentwicklung erlebt?

	F 10 Alkohol	F 11 Opioide: z. B. Heroin, Codein, Methadon	F 12 Cannabis, Haschisch	F 13 Tranquilizer, Schlafmittel, Diuretika	F 14 Kokain, Crack	F 15 Stimulantien (Amphetamine, Ecstasy, Captagon, Koffein)	F 16 Halluzinogene: LSD, Pilze	F 17 Tabak (Nikotin)	F 50 Essstörungen	F 55 Medikamente	F 63 Spielen (Glücksspiel, Automaten, Roulette,...)
Starkes Verlangen											
Kontrollverlust, Abstinenzunfähigkeit											
Körperliche Entzugserscheinungen											
Toleranzänderung											
Interesseneinengungen											
Konsum trotz körperlicher/psychischer Schäden											

→ Vermutlich sind bei Ihnen verschiedene Probleme durch die Sucht entstanden. Geben Sie Beispiele aus einigen Lebensbereichen!

Welche Auswirkungen hatte die Sucht auf Ihre Freizeitgestaltung und Ihre Erholung? Denken Sie z. B. an Ihre Hobbys, an Sport oder ganz allgemein an Dinge, die Sie gerne tun oder die Sie mögen. Gab es Auswirkungen auf Ihr Gemeinschaftsleben (z. B. auf Ihr Mitwirken in Vereinen, Kirchengemeinden etc.)?

Was bedeutete der Suchtmittelkonsum für Ihre Ausbildung, Ihre Arbeitstätigkeit und Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse?

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Stefanie Maier		1	01.06.11	60

Eigene Einschätzung



Gab es z. B. Probleme in familiären Beziehungen, in der Beziehung zu Freunden, Kollegen oder zu anderen Menschen? Welche Probleme waren das?

Welche Auswirkungen hatte der Suchtmittelkonsum auf Ihre Möglichkeit, anfallende Haushaltsaufgaben zu erledigen und allgemein auf Ihre Wohnverhältnisse?

War ihre Selbstversorgung durch den Suchtmittelkonsum beeinträchtigt? Denken Sie z. B. an Ihre Gesundheitsfürsorge, an Körperpflege oder an die Art sich zu kleiden.

Möglicherweise hatte der Suchtmittelkonsum negative Folgen für Ihre Mobilität. Leiden Sie an körperlichen Folgeschäden, die Sie beim Gehen oder anderen Bewegungen einschränken? Wurde der Führerschein entzogen?

Entstanden aufgrund des Suchtproblems Nachteile bezüglich Ihrer Fähigkeit, mit Anderen zu kommunizieren?

Hat der Suchtmittelkonsum Sie ganz allgemein bei der Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen belastet? Z. B. bei Stress-Situationen, wenn Sie mehrere Dinge gleichzeitig tun mussten oder aber bei der Durchführung täglicher Routinen?

Beeinträchtigte das Suchtproblem auch Ihre Fähigkeit, Neues zu lernen oder Ihr altes Wissen anzuwenden? Verschlechterten sich Ihre sinnlichen Wahrnehmungen, Ihre Aufmerksamkeit, das Denken, Ihre Entscheidungsfähigkeit?

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Stefanie Maier		1	01.06.11	2

Eigene Einschätzung (Therapieende)

Name: _____

Einzeltherapeut/in: _____

Aufnahmedatum: _____

Im Verlauf der zurückliegenden Therapiezeit habe Sie sich sicherlich mit einigen wichtigen Themen beschäftigt. Vielleicht haben Sie an sich auch einige Veränderungen beobachtet. Geben Sie Beispiele aus einigen Lebensbereichen!

1. Verlässlichkeit

Hat sich bezüglich Ihrer Verlässlichkeit etwas verändert?

2. Tagesstruktur und planmäßiges Handeln

Haben sie Ihre Tagesstruktur verändert oder haben sie vor, dies nach Beendigung der Therapie zu tun?

3. Anpassungsfähigkeit an Neues

Fällt es Ihnen leichter, sich auf neue Situationen einzustellen?

4. Anwendung von Wissen und Können

Denken, Sie, dass Sie Ihr fachliches oder berufliches Wissen besser zeigen können?

5. Gute Entscheidungen treffen

Wie ist es mit Ihrer Fähigkeit, kluge Entscheidungen zu finden – hat sich hier etwas verändert?

6. Durchhaltevermögen

Gibt es Veränderungen bezüglich ihrer Fähigkeit, eine Tätigkeit bis zu Ende durchzuführen und bei der Sache zu bleiben?

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Stefanie Maier		1	01.06.11	62

Eigene Einschätzung (Therapieende)



7. Selbstbehauptung

Hat sich an ihrer Fähigkeit, sich selbst zu behaupten, etwas verändert?

8. Kontaktfähigkeit

Haben sie beobachtet, dass sich an Ihrer Kontaktfähigkeit etwas verändert hat?

9. Gruppenfähigkeit

Wie ging es Ihnen damit, sich in einer Gruppe zu befinden – haben Sie hier eine Veränderung festgestellt?

10. Familie und Partnerschaft

Hat sich durch die Therapie eine Veränderung bezüglich Ihrer Partnerschaft und Ihrer familiären Beziehungen ergeben?

11. Freizeit und Haushalt

Haben Sie neue Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung gefunden oder sich etwas Neues vorgenommen? Denken Sie, dass sich in Ihrer Haushaltsführung etwas ändern wird?

12. Selbstpflege

Denken Sie, dass Sie insgesamt besser auf sich achten werden, also auch auf die Gesundheitsfürsorge, die Hygiene oder das Äußere?

13. Auto und öffentliche Verkehrsmittel

Sind Sie mobiler geworden, z. B. weil Sie geübter darin geworden sind, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? Hat sich bzgl. Ihrer Führerscheinsituation etwas ergeben?

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Stefanie Maier		1	01.06.11	2