

Konzeption
der medizinischen Rehabilitation
Abhängigkeitserkrankungen
Drogen- und Mehrfach-
Abhängigkeit

Therapiezentrum Lehre

Projekt Kaffeetwete e.V.



Projekt
Kaffeetwete e.V.

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	4
1.1 Unsere Einrichtungen	5
2. Geschichte und Zielsetzung	6
2.1 Geschichte	6
2.2 Zielsetzung	6
3. Beschreibung der Einrichtung	7
3.1 Zielgruppe	7
3.2 Therapieplätze und Dauer	7
3.3 Lage und örtliche Gegebenheiten	8
4. Rehabilitationskonzept	8
4.1 Unser Menschenbild	8
4.2 Unser Verständnis von Abhängigkeit	9
4.3 Psychotherapie/Suchttherapie: Interdisziplinärer Ansatz	9
4.4 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	11
4.5 Rehabilitationsziele	12
4.6 Individuelle Rehabilitationsplanung	13
5. Rehabilitationsablauf und -inhalte	15
5.1 Rehabilitationsablauf	15
5.2 Unser Team	16
5.3 Aufnahmeverfahren	16
5.4 Diagnostik	17
6. Ausrichtung der Rehabilitation gemäß BORA	18
7. Medizinische Therapie	20
8. Psychotherapie/Suchttherapie	21
9. Arbeits- und Ergotherapie	22
10. Sport- und Bewegungstherapie	22
11. Freizeitgestaltung	23
12. Klinische Sozialarbeit	24
13. Ernährungsberatung	25
14. Gesundheits- und Krankenpflege	25
15. Arbeit mit Angehörigen	25
16. Umgang mit Rückfall	26
17. Praktika	26
18. Kooperation und Vernetzung	27
19. Hausordnung/Therapievertrag	28
20. Beendigungskriterien und Entlassungsbericht	28
21. Nachfolgende Leistungen	29
22. Personelle Ausstattung	29
22.1 Mitarbeiter (Stellenplan)	29
22.2 Präsenzzeiten durch Fachpersonal	29
23. Aus und Fortbildungsstand bei Mitarbeiter*innen	29
24. Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechungen	29
25. Supervision	30
26. Räumliche Ausstattung	30
27. Notfallmanagement	31
28. Datenschutz	32
29. Literaturverzeichnis	33

**Konzeption Therapiezentrum Lehre
Medizinische Rehabilitation (Abhängigkeitserkrankungen)
Indikation:
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope
Substanzen ICD F 11.2 - F19.2 (illegale Drogen)**

**Rechtsform: eingetragener gemeinnütziger Verein
IK- Nummer: 500312096**

**Erstellungsdatum: November 2023
Autorin: Dipl. Psych. Miriam Beilicke**

Therapiezentrum Lehre
Eitelbrotstr. 53
38165 Lehre
Tel.: 05308 / 1710
Fax: 05308 / 1745
E-Mail: lehre@projekt-kaffeetwete.de
Website: www.projekt-kaffeetwete.de

Ärztliche Leitung:
Inge Fourier
Dr. Akram Iskandar
E-Mail: medizin@projekt-kaffeetwete.de

Leitung der Therapie:
Olaf Hartjen, Miriam Beilicke
E-Mail: therapie@projekt-kaffeetwete.de

Sozialdienst und Informationsbüro
Olaf Hartjen
Tel.: 05308 / 1710
Fax: 05308 / 1745
E-Mail: info@projekt-kaffeetwete.de

**Qualitätsmanagement
und Geschäftsführung:**
Jürgen Zülch
Tel.: 05308 / 1710
Fax: 05308 / 1745
E-Mail: qualitaet@projekt-kaffeetwete.de

**Trägerschaft:
Projekt Kaffeetwete e.V.
Geschäftsstelle**
Eitelbrotstr. 53
38165 Lehre
Tel.: 05308 961731
Fax: 05308 9619130
E-Mail: geschaeftsstelle@projekt-kaffeetwete.de
Gesamtleitung: Bernd Gehring

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

1. Einleitung

„Hinter jeder Sucht steckt auch eine Sehnsucht“

Dieser Satz versteht sich als Einladung an Männer ab 18 Jahren, die aus welchen Gründen auch immer, in die Abhängigkeit illegaler Drogen geraten sind, in unserer fachlich qualifizierten Therapie einen neuen Lebensweg zu finden. Grundlage unseres therapeutischen Handelns ist der christliche Glaube welcher von unserem multiprofessionellen Team intensiv gelebt wird und Sinnorientierung bietet. Der christliche Glaube auf biblischer Basis ergänzt unsere ganzheitlich verstandene Suchttherapie und kann tragfähige Antworten für ein abstinentes Leben bieten. Dennoch bleibt das Einlassen auf den christlichen Glauben ein freiwilliges Angebot.

Unser Konzept basiert auf den gesetzlichen Grundlagen und Zielen des Leistungsträgers Deutsche Rentenversicherung (DRV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Eine Zertifizierung vom Leistungsträger - der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover - liegt vor.

Die Belegung unserer Einrichtung erfolgt durch die Deutsche Rentenversicherung, die Krankenkassen und die überörtlichen Sozialhilfeträger.

Es besteht eine staatliche Anerkennung gemäß den §§ 35 Abs.1 Satz 3 und 36 Abs.1 Satz 1 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG). „Therapie statt Strafe“.

Die therapeutische Arbeit erfolgt nach wissenschaftlich anerkannten Verfahren auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vor dem Hintergrund christlicher Werte und Überzeugungen.

Das vorliegende Rehabilitationskonzept ist ICF- basiert und teilhabeorientiert. Es erfüllt die Voraussetzungen zur Erbringung von medizinisch-beruflich orientierten Leistungen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der Rehabilitation und ist von der Rentenversicherung anerkannt für die berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). Schwerpunkt in diesem Konzept ist der für die Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation (MBOR) gültige Indikationsbereich.

Als Leistungserbringer für Rehabilitationsträger der sozialen Sicherung unterliegen wir den Regelungen zur Qualitätssicherung im Sozialgesetzbuch (SGB), hier § 37 Abs. 3 SGB IX und § 135a Abs. 2 SGB V. Diese entsprechen dem Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnis.

Die externe Qualitätssicherung (QS) und das interne Qualitätsmanagement (QM) werden aufeinander abgestimmt und durch regelmäßige Visitationen überprüft. Um einen einheitlichen Qualitätsstandard zu liefern, nutzen wir als Dokumentationsgrundlage den „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“.

Um den Mittel- und langfristigen Erfolg unserer Rehabilitationsleistung zu erfassen, führen wir eine Katamnese durch und leiten die Daten des deutschen Kerndatensatzes an die deutsche Suchthilfestatistik weiter.

Selbstverständlich nehmen die Mitarbeiter der Therapieeinrichtung regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil.

1.1 Unsere Einrichtungen

Das Therapiezentrum Lehre "Projekt Kaffeetwete e.V." ist eine Fachklinik zur psychischen Entwöhnung und sozialen Reintegration von Abhängigkeitserkrankten.

Durch die Vernetzung unserer Standorte in Lehre, Glentorf und Wolfsburg können wir ein umfangreiches Therapie- und Hilfsangebot bereitstellen. Es reicht von niederschwelliger Vorfelddarbeit im Kontaktcafé über die Aufnahme bis zur Klärung der Kostenübernahme im Haus Glentorf, der stationären Rehabilitation im Therapiezentrum Lehre bis hin zur Adaption und ambulant betreutem Wohnen.

Zu unserer „Hilfskette“ gehören:

Unsere Einrichtungen:

Therapiezentrum

Lehre

Projekt Kaffeetwete e.V.

Eitelbrotstr. 53

38165 Lehre

Tel.: 05308 961731

Fax: 05308 9619130

E-Mail: geschaeftsstelle@projekt-kaffeetwete.de

Adaptionshaus und ambulante

Weiterbehandlung

Windmühlenweg 2a

38165 Lehre

E-Mail: adaption-lehre@projekt-kaffeetwete.de

Aufnahmehaus und Therapiegemeinschaft Haus Glentorf

Zum Schuntertal 11

38154 Glentorf

Tel.: 05365 / 2302

Fax: 05365 / 2316

E-Mail: glentorf@projekt-kaffeetwete.de

Kontaktcafé und christliche Drogenarbeit

Poststraße 6

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 / 861318

E-Mail: drobs-wob@projekt-kaffeetwete.de

2. Geschichte und Zielsetzung

2.1 Geschichte

Die medizinische Rehabilitationseinrichtung Therapiezentrum Lehre“ Projekt Kaffeetwete e.V.“ trägt den Namen jener Straße, der Kaffeetwete, in welcher 1971 eine der ersten eigenständigen Hilfeinrichtungen für Drogenabhängige in Deutschland gegründet wurde.

Es handelte sich um eine therapeutische Wohngemeinschaft für Drogenabhängige mit christlichem Schwerpunkt, Präventionsangeboten und offener Jugendarbeit.

Seitdem sind 50 Jahre vergangen und es hat sich viel getan. Aus der therapeutischen Wohngemeinschaft ist eine von allen Sozialleistungsträgern anerkannte medizinische Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitserkrankte geworden, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung für Drogen- und mehrfachabhängige Männer anbietet.

Auch die Räumlichkeiten haben sich verändert, so dass wir nun in landschaftlich reizvoller Lage neue Wohngebäude im skandinavischen Stil, Werkstätten, Therapie-, Büro - und Verwaltungsgebäude anbieten können.

Es ist zudem ein eigenes Hilfssystem mit vielfältigen Angeboten entstanden. Hierzu zählt die Vorfeldarbeit durch das Kontaktcafé in Wolfsburg, das Aufnahmehaus in Glentorf, sowie diverse Angebote der nachgehenden Hilfen wie beispielsweise die Adaption und das ambulant betreute Wohnen.

Seit 1976 gehört das Projekt Kaffeetwete e.V. zur Diakonie als Wohlfahrtsverband und ist Mitglied im diakonischen Werk der evangelischen Landeskirche Niedersachsen.

2.2 Zielsetzung

Das Therapiezentrum Lehre bietet eine individuelle, beziehungsorientierte Rehabilitation für Männer aller Altersstufen ab 18 Jahren an, mit dem Ziel neue Lebensperspektiven zu entwickeln, um ein zufriedenes, abstinentes Leben zu führen.

Als vorrangige Ziele der Rehabilitation zählen für uns die Wiedereingliederung ins Berufsleben und eine entsprechende gesellschaftliche Teilhabe.

Unsere Therapie ist wissenschaftlich basiert und die qualifizierten therapeutischen Leistungen werden von einem multiprofessionellen Team erbracht (Psychiater, Arzt/Ärztin, einer Krankenpflegerin, einer Psychologin, Sozialpädagogen-therapeuten, einer Ergotherapeutin, einer Ökotrophologin, Arbeitstherapeuten, Therapiehelfern, Ex-User u.a.). Häufige Fort- und Weiterbildungen zu aktuellen Therapiestandards sind für uns eine Selbstverständlichkeit.

Zudem bieten wir eine christliche Orientierung an, welche Hoffnung für das eigene Leben gibt und damit eine haltgebende Ressource zur Unterstützung eines erwerbsbezogenen, gesunden und sinnerfüllten Lebens sein kann. Es haben sich in unserer Arbeit Christen zusammengefunden, welche eine liebevolle, verständnisvolle und wertschätzen Sicht auf den Menschen vereint. Die Auseinandersetzung mit Sinn- und Wertfragen sowie anderen Glaubensthemen hat einen wichtigen Stellenwert in der Einrichtung, bleibt aber freiwillig. „Meine Hilfe kommt von dem Herrn, der Himmel und Erde gemacht hat!“ Psalm 121,2

Wir bieten Therapie mit „Herz und Verstand“.

3. Beschreibung der Einrichtung

3.1 Zielgruppe

Wir behandeln männliche Rehabilitanden (bei uns Therapie Gäste genannt) ab dem 18. Lebensjahr, die von illegalen Drogen abhängig sind. Es besteht keine Altersbegrenzung - der bisher älteste Patient war 67 Jahre alt.

In unseren verschiedenen Einrichtungen haben in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche suchtkranke Menschen Hilfe auf ihrem Weg in ein neues suchtmittelfreies Leben gefunden.

Komorbide psychische Erkrankungen wie beispielsweise Ängste und Depressionen sind kein Ausschlusskriterium für eine Behandlung bei uns (Moggi, F., Donati, R. 2003). Nicht aufgenommen werden Gäste mit akuten Psychosen, akuter Suizidalität, schweren hirnorganischen Schäden, sowie Gäste die aufgrund somatischer Erkrankungen akut behandlungsbedürftig sind.

Freiwilligkeit ist natürlich die beste Voraussetzung für einen Neuanfang, aber auch wenn der § 35 BtMG im Hintergrund steht, bestehen gute Chancen die Therapie erfolgreich abzuschließen.

Aufnahmebedingungen sind ein abgeschlossener körperliche Entzug, die Zusage eines Kostenträgers, sowie die Bereitschaft sich mit der eigenen Suchtproblematik zu befassen.

Eine Besonderheit: Unser Therapieangebot richtet sich auch an Bewerber mit Migrationshintergrund bzw. mit Zugehörigkeit zu religiösen Minderheiten und/oder ethnischen Minderheiten. Einige der Mitarbeiter sprechen neben Englisch, fließend Spanisch, Portugiesisch, Türkisch und Russisch.

Angehörige werden nach Möglichkeit in den Therapieprozess integriert.

3.2 Therapieplätze und Dauer

Die Einrichtung verfügt über 23 Behandlungsplätze, davon 4 Adaptionenplätze.

Die Stammphase der Drogenentwöhnung beträgt in der Regel etwa 6 Monate. Im Rahmen der Leistungsbewilligung wird meist eine Rehabilitationsdauer von 22 Wochen angesetzt. Der Behandlungsverlauf und der Wunsch des Therapiegestes geben darüber Ausschuss, ob es indiziert ist, diese Phase gegebenenfalls zu verlängern.

Bei gravierenden Abhängigkeitsproblemen und/oder komorbiden Begleiterkrankungen reicht die übliche Verweildauer in der Regel nicht aus. Neben einer Verlängerung der Stammphase sind auch eine ambulante Weiterbehandlung (AFE), die Beantragung von ambulant betreutem Wohnen (ABW) oder eine Adaption denkbar.

Die Dauer der Adaptionenphase liegt zwischen 12 und 16 Wochen, kann aber durchaus verkürzt werden.

Diejenigen die eine erfolgreich absolvierte Rehabilitation vorweisen können und nach längerer Abstinenzdauer wieder rückfällig geworden sind, können eine Kurzzeit- bzw. Auffangtherapie bei uns absolvieren. Voraussetzungen sind ausreichende Ressourcen, eine hohe Motivation, sowie ein stabiles unterstützendes Umfeld. Hier gelten individuelle Regeln bezüglich Ausgängen und Heimfahrten. Diese Form der Therapie hat eine Dauer

von maximal zwölf Wochen.

Die Behandlungszeiten werden für jeden einzelnen Patienten auf Basis der Diagnosen, der Therapieplanung, sowie der Behandlungsfortschritte individuell und flexibel geplant und gestaltet.

3.3 Lage und örtliche Gegebenheiten

Unser Therapiezentrum befindet sich am Rande der Ortschaft Lehre (knapp 12.000 Einwohner) in reizvoller Einzellage, ca. 300 m vor dem Ortsrand. Die Entfernung zu den Großstädten Braunschweig und Wolfsburg beträgt jeweils 14 km. Öffentliche Verkehrsmittel und Einkaufsmöglichkeiten sind in 1 km Entfernung vorhanden. Für dringende Termine, gibt es einen Fahrdienst, außerdem gibt es Leihfahrräder. Parkplätze sind auf dem Gelände vorhanden.

Neue Wohngebäude im skandinavischen Stil, Werkstätten, Therapie-, Büro-, und Verwaltungsgebäude gruppieren sich um das Haupthaus. Zwei Teiche unter großen Bäumen laden zum Verweilen ein.

Handwerker und andere Fachkräfte mit Ausbildungsberechtigung, einige von ihnen Ex-User vermitteln und fördern mit den Therapie Gästen grundlegende Fertigkeiten wie Ausdauer, Durchhaltevermögen, Selbstständigkeit, das nötige Wissen sowie Freude an der Arbeit und am kreativen Gestalten. Hierfür werden unsere Werkstätten für Holz- und Metallverarbeitung genutzt. Wir bieten zudem Schweißer-Kurse, sowie Grundkurse in Bürokommunikation und Computernutzung an. Gemeinsam mit der Ernährungsberaterin wird die Lehrküche zur Zubereitung gesunder Nahrungsmittel und dem Wiedererlangen von Genussfähigkeit genutzt.

Zur sportlichen Betätigung gibt es einen Beachvolleyballplatz, eine Tischtennisplatte, einen Tischkicker, eine Dartscheibe, Fahrräder, ein Kanu, einen Fitnessraum und Zugang zu einer externen Sporthalle. Möglich sind Ausflüge ins Schwimmbad, in die einrichtungseigene Sauna in Glentorf, zum Wandern in den Harz, sowie ins Kino, zu Event-, Musikveranstaltungen, Kunstausstellungen, Museen oder zum Bowling. Es gibt Bücher, Gesellschaftsspiele und auf Wunsch Gitarrenunterricht. Die Freizeitplanung obliegt der jeweiligen Therapie Gästegruppe.

Zur apparativen Ausstattung der Einrichtung gehören Tests zu Urinkontrolle, ein Alkoholmessgerät, ein Notfallkoffer und ein Defibrillator.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Unser Menschenbild

Unser Menschenbild bezieht sich als christliche Einrichtung auf das Leitbild des Diakonischen Werkes. Hierzu ein Zitat:

„Gott will und liebt jeden Menschen, unabhängig davon was er ist und was er kann. Er nimmt ihn an - auch und gerade im Scheitern und in Schuld. Wir versuchen besonders für die Menschen einzutreten, deren Würde missachtet wurde oder wird. Gott traut uns zu, solidarisch zu handeln, das Recht der Schwachen und Fremden zu achten und zu versuchen jedem Gerechtigkeit zukommen zu lassen. In unserer diakonischen Arbeit fragen wir nicht nur nach dem, was der Mensch braucht, sondern auch nach dem, was er

will. Menschen können zwar würdelos handeln aber dennoch ihre Würde nicht verlieren.“

Dieses Leitbild ist für uns handlungsleitend. Für uns ist jeder Mensch einzigartig in seiner Persönlichkeit, seiner Geschichte, seinen Bedürfnissen, seiner Sehnsucht, seine Stärken und Schwächen, er ist grundsätzlich frei in seinem Glauben, seinem Tun und Lassen. Unser Auftrag ist die Rehabilitation Drogenabhängiger, wobei wir auf die Selbstbestimmung achten und keinesfalls irgendeine Art von Indoktrination, sei sie religiös, wissenschaftlich oder anders motiviert durchführen oder unterstützen.

Bei uns wird jeder Therapiepatient als Bereicherung der therapeutischen Gemeinschaft angesehen, welcher sich in den Therapieprozess mit seinen Kompetenzen, Ressourcen und seiner Lebenserfahrung einbringen kann.

Diese Grundhaltung gegenüber den Therapiepatienten beinhaltet Echtheit, positive Wertschätzung und Empathie wie sie von Karl R. Rogers bekannt ist. Unser Ziel ist das Schaffen einer wertschätzenden und vertrauensvollen Atmosphäre in der der Therapiepatient selber Motivation und Lösungswege finden kann.

4.2 Unser Verständnis von Abhängigkeit

Unser Verständnis von Abhängigkeit bezieht sich auf die mehrperspektivische Betrachtungsweise der integrativen Suchttherapie nach Hilarion G. Petzold. Hierbei handelt es sich um eine schulenübergreifende Therapiemethode die Ansätze aus der humanistischen Psychologie, der Tiefenpsychologie, der Verhaltenstherapie und systemischen Ansätzen kombiniert. Der integrative Therapieansatz ist an psychologischen, entwicklungspsychologischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen der Psychotherapieforschung orientiert.

Nach diesem Ansatz ist die Drogenabhängigkeit eine „komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, welche die Persönlichkeit des Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und wenn die Erkrankung lange genug wirkt, sogar zerstört.“

Drogenabhängigkeit hat laut Petzold, eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Diese zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biografischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation bzw. Lebenslage, dem Grad der Chronifizierung und Ressourcenlage. Die Persönlichkeit eines Menschen wird nach Petzold durch die Gesamtheit aller positiven, negativen und aller Defiziterfahrungen geprägt.

4.3 Psychotherapie/Suchttherapie: Interdisziplinärer Ansatz

Grundlage unserer Kommunikation ist die Methode der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing = MI) welche von Miller und Rollnick im Konzept der Suchtberatung und Therapie entwickelt wurde. Wir nutzen diesen klientenzentrierten Ansatz um bei Patienten mit ambivalenter Änderungsbereitschaft die Änderungsmotivation und Zuversicht zu stärken und pro und contra Aspekte des Konsumverhaltens herauszuarbeiten. Ziel ist es, dass der Therapiepatient darin unterstützt wird, eine intrinsische Therapiemotivation aufzubauen und eine klare Entscheidung für eine Änderung zu treffen. Unser Schwerpunkt um Veränderungen zu erreichen ist die Verhaltenstherapie (VT), nach dessen Grundannahme menschliches Verhalten sowohl erlernbar als auch wieder verlernenbar ist. Bezogen auf die Abhängigkeit kann hier das „kognitive Modell der Sucht“ (Beck et al. 1997) herangezogen werden. Es beschreibt einen Teufelskreis aus negativen biografisch geprägten Grundannahmen, welche automatische Gedanken auslösen,

welche wiederum ein starkes Verlangen hervorrufen. Auf dieses folgen bagatellisierende Kognitionen, welche konsumbezogene Handlungen fördern. Entstehende Kognitionen bezüglich Scham und Schuld können Emotionen hervorrufen die den Konsum aufrechterhalten. Der Rückfall wiederum kann als Auslöser für die negativen Grundannahmen fungieren, sodass der Teufelskreis von vorne beginnt.

Somit ist die Psychotherapie speziell die Verhaltenstherapie ein wichtiger Faktor um alte Muster zu erkennen, riskantes Verhalten abzubauen, Gedanken umzustrukturieren, die Affektregulation zu verbessern und neue Copingstrategien zu entwickeln.

Die Abhängigkeit bzw. der Wunsch nach einem bestimmten Erlebenszustand, wie ihn psychotrope Substanzen, Medikamente, Alkohol oder Tabak versprechen, kann als erlernte, dysfunktionale Bewältigungsstrategie der oft traumatischen, biographischen Erfahrungen gesehen werden. Dieses Verhalten kann durch die Therapie bewusst gemacht und durch funktionalere Strategien und Verhaltensweisen ersetzt werden.

Bezüglich der Leistungen zur Teilhabe, nutzen wir das „bio-psycho-sozialen-Modell“, mit dessen Hilfe wir aufrechterhaltende Faktoren bezüglich Droge, Person und Umwelt analysieren und dem Therapiegast helfen diese, wo es möglich ist, zu beseitigen und Alternativen zu schaffen. Gemäß der ICF („Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“) geht es hierbei um die „funktionale Gesundheit“ bzw. Funktionsfähigkeit in Bezug auf die Arbeit und der Teilhabe an der Gesellschaft. Wir erheben daher jeweils das individuell ausgeprägte Profil von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe eines jeden Therapiegastes und arbeiten multimodal an dessen Verbesserung. Hier kommen insbesondere die Arbeitstherapie, die Kreativ- und Beschäftigungstherapie, das Training sinnvoller Freizeitgestaltung, das Training zur Selbstständigkeit, Ergotherapie sowie (berufsorientierte) Belastungserprobungen zum Tragen.

Bei unserem multimodalen Therapieansatz spielt auch die Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode (Göttinger Modell von Franz Heigl und Anneliese Heigl-Evers 1988) eine Rolle. Dieser tiefenpsychologisch orientierte Therapieansatz definiert Krankheit als entwicklungsbedingte Störung der Ich-Struktur und berücksichtigt, dass bei Suchtkranken mit hochgradiger Abhängigkeit oftmals frühere Ich-strukturelle Defizite (zum Beispiel Borderline-Störungen, pathologischer Narzissmus etc.) vorliegen. Wichtige Ich-Funktionen wie zum Beispiel die Realitätsprüfung, die Frustrationstoleranz, die Impulssteuerung und die Affektwahrnehmung sind beeinträchtigt. Daher spielt die Beziehungsdynamik zwischen Therapeut und Therapiegast eine wichtige Rolle. Der Therapeut übernimmt eine „Hilfs-ich-Funktion“ und verhilft dem Therapiegast durch die mit den eigenen Emotionen verbundenen Rückmeldungen zur Ausbildung einer stabileren Ich-Funktion. So kann es zur mehr Realitätswahrnehmung, zu einer besseren Urteilsfähigkeit, zum Identifizieren von Affekten und zu mehr Beziehungsfähigkeit auch in anderen Sozialbeziehungen kommen. Auftretende Übertragungsprozesse können unbewusste Konflikte und Vergangenheitsbezüge aufdecken, die dann aufgearbeitet werden können (Vergleich König 1997,1998).

Im Sinne des Kontingenzmanagements werden positive Verhaltensänderungen bei uns vielseitig verstärkt, was wir beispielsweise auch in unserem Therapiestufenmodell umsetzen.

Unsere therapeutische Arbeit verstehen wir als Hilfe zur Selbsthilfe. Die Auflösung und Veränderung früh erworbener dysfunktionaler Verhaltensmuster sowie die Verbesserung der Autonomie und Selbstverantwortung stehen dabei im Mittelpunkt.

Aufgrund der Bedeutsamkeit des familiären und sozialen Systems spielt auch die systemische Therapie eine Rolle und bestimmt die Arbeit mit Angehörigen und Menschen aus dem sozialen Umfeld des Therapiegastes.

4.4 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Unsere Einrichtung ist spezialisiert auf drogenabhängige und mehrfachabhängige Männer ab einem Alter von 18 Jahren.

Eine **Indikation** für die Aufnahme ist eine „Abhängigkeitserkrankung mit Schwerpunkt illegale Drogen“.

Hierzu gehören psychische und Verhaltensstörungen (Abhängigkeitssyndrom ICD-10 F 11.2 bis F 19.2) primär durch:

- Opioide
- Cannabinoide
- Sedativa - oder Hypnotika
- Kokain
- Stimulanzien
- Halluzinogene
- Nikotin
- Lösungsmittel
- multiplen Substanzgebrauch
- Konsum anderer psychotrope Substanzen
- sowie Sekundäralkohol (ICD-10 F10.2)

Rehabilitationsrelevante Nebenindikationen:

- Weitere komorbide Erkrankungen, wie beispielsweise begleitende Suchtproblematiken (zum Beispiel Essstörungen, pathologisches Glücksspiel, Medienabhängigkeit bezüglich Internet oder PC usw.).
- komorbide psychische Problematiken (zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, ADHS, posttraumatische Belastungsstörung, Ängste, depressive Störung).
- geringe psychosoziale Ressourcen und Defizite bezüglich sozialer Kompetenzen, Störung im Bereich familiärer und sozialer Beziehungen.
- Schwierigkeiten hinsichtlich kultureller Identität und Integration.
- Defizite bezüglich schulischer und beruflicher Qualifikationen bzw. Kompetenzen.
- typische Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe nach ICF.
- Delinquente Sozialisation und dissoziale Persönlichkeitsanteile.

Zur Abklärung der Indikation bieten wir ein Vorstellungsgespräch an.

Eine **Kontraindikation** liegt vor allem hinsichtlich folgender Symptomatik vor:

- akute psychotische und andere schwere psychiatrische Erkrankung mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.
- akute somatische Erkrankungen, die die Rehabilitationsfähigkeit einschränken.

Aufnahmealter von 18 Jahren bis zum Rentenalter. Die Mitaufnahme von Kindern ist nicht möglich.

Der Bewerber selbst oder eine vermittelnde Beratungsstelle übernehmen die Bewerbung um einen Therapieplatz bei uns.

Aufnahmebedingungen sind ein abgeschlossener körperliche Entzug, die Zusage eines Kostenträgers, sowie die Bereitschaft sich mit der eigenen Suchtproblematik zu befassen. Liegt eine Kostenzusage vor, schlagen wir ein Aufnahmetermin vor. In der Regel Gewährleisten wir einen nahtlosen Übergang in die Rehabilitation. Wir nehmen am „Nahtlos“-verfahren Teil.

Bei Bewerbungen aus der Haft, benötigen wir einen Bescheid der Justizbehörden über die Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG. Eine hinreichend günstige Prognose im Hinblick auf Motivation und Mitwirkungsbereitschaft wird vorausgesetzt.

Die Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation sind Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose.

Wir begrüßen Therapie Gäste in der Stammphase wenn:

- Eine Abhängigkeit vorliegt oder ein schädlicher Gebrauch und damit im Zusammenhang stehende weitere psychische oder somatische Erkrankungen.
- Eine aktive Mitarbeit bei der Rehabilitation wahrscheinlich ist.
- Eine Entzugsbehandlung - sofern erforderlich - abgeschlossen wurde.
- Eine Rehabilitationsfähigkeit besteht auch unter Berücksichtigung der Komorbiditäten.
- Es eine positive Rehabilitationsprognose gibt.

4.5 Rehabilitationsziele

Grundlegende Hauptziele der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter sind:

- die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz
- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit
- die Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- die möglichst dauerhafte Erhaltung der Arbeit bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Dabei liegt der Fokus bei der Rentenversicherung (DRV) auf der Teilhabe am Erwerbsleben und bei der Krankenversicherung (GKV) auf der Verbesserung des Gesundheitszustandes und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Der Therapie Gast soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen /Ihren persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Ausschlaggebend für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist die Analyse der beruflichen Ausgangsbedingungen und Beeinträchtigungen, anhand derer Therapieziele auf Grundlage der ICF erstellt werden.

Weitere wesentliche Therapieziele sind ausgerichtet an der individuellen Beeinträchtigung und den Wünschen des Betroffenen. Hierzu zählen:

- Förderung von Krankheitseinsicht, Verbesserung der Therapiemotivation, Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Abstinenzwunsches.

- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen.
- Verbesserung der Antizipationsfähigkeit.
- Grundlegendes Verständnis für die eigene Lebensgeschichte und den daraus resultierenden Verhaltensweisen.
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung, der Selbstakzeptanz, des Selbstwertgefühls.
- Korrektur dysfunktionaler Denkmuster.
- Verbesserung der Emotionsregulation, bzw. Umgang mit negativen Affekten.
- Aufbau sozialer Fertigkeiten und Bewältigung von Problemen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, Entwicklung von Beziehungsfähigkeit.
- Entdeckung und Entfaltung von Fähigkeiten und Ressourcen im handwerklichen und kreativen Bereich und in der Freizeitgestaltung.
- Vertiefung oder Aufbau spiritueller Ressourcen.
- Auf Grundlage der eingeschätzten Arbeitsfähigkeit bezogen auf den letzten Arbeitsplatz sowie auf das gesamte Arbeitsfeld, Verbesserung der vorhandenen Beeinträchtigungen um Teilhabe zu ermöglichen.
- Entwicklung von Frustrationstoleranz, Ausdauer und Konfliktfähigkeit.
- Stärkung der Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung.
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und das Entwickeln einer zufriedenstellenden beruflichen Identität.
- Aufbau eines gesünderen Lebensstiles, insbesondere im Hinblick auf Bewegung und Ernährung.
- Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.
- Erwerb oder Verbesserung von Medienkompetenz.
- Entwicklung einer positiven Identität und Sinnfindung für das eigene Leben.

Der Prozess der Zieldefinition findet gemeinsam mit dem Therapiegestalt statt und es finden während der gesamten Behandlungszeit regelmäßige Zielüberprüfungen und Anpassungen statt.

Therapiegestalt die im Rahmen der Therapie für ihr Leben eine neue Sinn- und Werteorientierung suchen, ist die Therapie der richtige Ort um sich mit Glaubens- und Lebensfragen auseinanderzusetzen und ein neues tragendes Lebensfundament im christlichen Glauben zu finden.

4.6 Individuelle Rehabilitationsplanung

Wir arbeiten mit einem Bezugstherapeutesystem, d. h. jeder Therapiegestalt erhält bei Aufnahme einen für ihn zuständigen Bezugstherapeuten zugeteilt. Dieser fungiert als wichtigster Ansprechpartner über den gesamten Therapieverlauf.

Mit dem Bezugstherapeuten findet innerhalb der ersten Tage nach Aufnahme eine individualisierte Therapieplanung statt. Diese basiert grundlegend auf den Ergebnissen der ärztlichen und psychologischen Eingangsdagnostik, mitgebrachter Vorbefunde, sowie auf den individuellen Therapiezielen des Therapiegestaltes. Unser Schwerpunkt liegt darin, den Therapiegestalt in die richtige BORA-Zielgruppe einzuordnen und daraus sinnvolle Therapieleistungen zur Förderung der Erwerbsfähigkeit abzuleiten. Zudem erstellen wir ein individuelles bio-psycho-soziales Modell um daraus Maßnahmen zur Erreichung einer zufriedenen Abstinenz, sowie einer sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe abzuleiten.

Jegliche Therapieplanung basiert auf der Hausordnung, welche im Wesentlichen die

maßgebliche Verpflichtung zur Abstinenz, zur kooperativen Mitarbeit sowie zum Gewaltverzicht beinhaltet. Es ist Aufgabe des Bezugstherapeuten den Therapiegest umfänglich über die Hausordnung, sowie das strukturelle und inhaltliche Therapieprogramm aufzuklären.

Therapiefortschritte, werden laufend gemeinsam mit dem Therapiegest überprüft und die Therapieziele gegebenenfalls angepasst oder erweitert. Diese Überprüfung findet fortlaufend statt, beispielsweise am Montagmorgen im Wochenendrückblick, während der Arbeits- und Ergotherapie montags, mittwochs und freitags, in den Psychotherapiegruppen dienstags und donnerstags, in der Sozialtherapie montags, mittwochs und freitags sowie in den psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und ärztlichen Einzelgesprächen. Die Ergebnisse werden im PATFAK dokumentiert.

Die Fortschritte der Therapiegeste und deren Therapeutische Maßnahmen und Leistungen, werden während der drei Teambesprechungen montags, mittwochs und freitags im therapeutischen Team besprochen und deren Erfolg evaluiert. Somit sind Therapieplanung und Überprüfung der Zielerreichung ein Prozess, der sich über die gesamten Rehamassnahme erstreckt. Der Bezugstherapeut bündelt sämtliche Therapieergebnisse, fungiert als Fürsprecher des Therapiegestes in Teamkonferenzen und plant mit dem Therapiegest das weitere Vorgehen. Die Ergebnisse fließen am Ende in den Entlassungsbericht und die sozialmedizinische Epikrise ein.

Der Rehabilitationsprozess gliedert sich üblicherweise in vier Phasen:

- Eingewöhnung (3 Wochen)
- Stufe I (Anfangsphase 4-6 Wochen)
- Stufe II (Klärungsphase 6-10 Wochen)
- Stufe III (Intensivphase 10-12 Wochen)

Die Anfangsphase entspricht Stufe I und beginnt automatisch nach drei Wochen der Eingewöhnung. Sie dauert 4-6 Wochen. Eine Höherstufung in Phase II muss vom Therapiegest beantragt werden. Hierfür muss er in der Therapiegruppe seine Lebensgeschichte erzählen. Nach dem Bericht erfolgt eine Rückmeldung durch jedes Gruppenmitglied aus der Gruppe, in welcher die anderen Therapiegeste ihre Einschätzung Zur Höherstufung kundtun. Zudem muss er sich eine Rückmeldung aus der Arbeitstherapie einholen. Als vierten Schritt wird der Therapiegest in die Teamkonferenz eingeladen, um seine Höherstufung persönlich zu begründen und drei Fragen zu beantworten (Funktion der Droge, Therapiefortschritte, offene Therapieziele). Das Team entscheidet auf Grundlage aller vorliegenden Informationen per Abstimmung über die Höherstufung. Die Höherstufung sollte dem Therapieprozess dienen und im Sinne des Kontingenzmanagements den Therapiegest belohnen und motivieren.

Stufenantrag

Vor jedem Stufenantrag müssen folgende Dinge erfüllt sein:

1. Vorbereitung im Einzelgespräch mit dem jeweiligen Einzeltherapeuten
 2. Rückmeldung aus der Gruppentherapie durch die Gruppe
 3. Rückmeldung durch den Ergotherapeuten/ Arbeitstherapeuten
- erst dann Antrag für die Teamsitzung

Beim Antrag auf Stufe III wird der Therapiegest erneut gebeten eine Rückmeldung der Gruppenteilnehmer aus der Therapiegruppe einzuholen, sowie eine Rückmeldung aus der Arbeitstherapie. Zusätzlich bekommt der Therapiegest die Aufgabe sich lebensgeschichtlich thematisch auf seine Vergangenheit, seine Gegenwart und seine Zukunft zu besinnen und dies in Bildern festzuhalten. Diese Bilder und seine Gedanken

dazu stellt er dann in der nächsten Teamsitzung vor und begründet seinen Wunsch auf Höherstufung.

Das Stufenmodell ist hierarchisch aufgebaut und mit jeder Höherstufung wachsen die individuellen Freiheitsrechte, zugleich aber auch die Verpflichtungen im Hinblick auf Eigen und Mitverantwortung. Mögliche Pflichten beinhalten Patenschaften für Neuankömmlinge, Einkaufsdienste, Arbeit als Gruppensprecher bzw. das Führen der Anwesenheitsliste.

5. Rehabilitationsablauf und -inhalte

5.1 Rehabilitationsablauf

Alle Maßnahmen und Ziele werden nach BORA festgelegt und richten sich nach dem jeweiligen Hilfebedarf (siehe Punkt 6).

Zu Beginn einer jeden Therapiewoche, in der Gruppentherapie am Montag, werden die nächsten Schritte zum Erreichen der Therapieziele mit den Therapiegästen besprochen und notiert. Zum Ende der Woche bekommt der Therapiegast die Möglichkeit das Erreichte gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten zu überprüfen und bei eventuellen Schwierigkeiten weitere Unterstützung zu bekommen. Dies findet in der Regel im Einzelgespräch statt, in einer wöchentlichen Einheit von 50 Minuten.

So ist es dem Therapiegast möglich, von Woche zu Woche am Erreichen seiner Ziele zu arbeiten.

Selbstverständlich steht der Bezugstherapeut neben dem wöchentlichen Einzelgespräch während der Dienstzeiten zusätzlich für Krisengespräche zur Verfügung. Außerhalb der Dienstzeiten ist hierfür der Bereitschaft-/Nachtdienst verfügbar.

Die ärztliche Aufnahme erfolgt unmittelbar bzw. so zeitnah wie möglich, wenn der Therapiegast in der Einrichtung angekommen ist.

Gruppentherapie wird an zwei Tagen die Woche angeboten, mit insgesamt 360 Minuten und ist verpflichtend.

Themenschwerpunkte in den Gruppen sind beispielsweise das Rückfallprophylaxe Training, Teilhabe in Arbeit und Gesellschaft, soziales Kompetenztraining, Reflexion von Praktikum bzw. Arbeitsproben, Wochenend- und Freizeitgestaltung, Entspannungstraining, Stressmanagement und SMART-Ziele.

Mit Blick auf die Konzeption unserer Rehabilitationseinrichtung ist die Arbeitstherapie von zentraler Bedeutung. Alle übrigen Therapiebereiche sind auf sie hin ausgerichtet. Daher nimmt die Arbeits- und Ergotherapie etwa die Hälfte der Wochenstunden ein. Die individuellen Zielsetzungen sind abhängig von den Ergebnissen der arbeitsbezogenen Diagnostik und werden gemeinsam mit dem Therapiegast reflektiert und bearbeitet.

Bei Therapiegästen der BORA Zielgruppen 1 und 2, werden, wenn möglich Gespräche mit den Arbeitgebern durchgeführt um Fähigkeiten im Bereich der Arbeitshandlungen besser zu beurteilen, die aktuelle Leistungsfähigkeit zu fördern und eventuelle Problemlagen zu verbessern. Zielgruppen 3 und 4 werden nach ihren Fähigkeiten individuell geschult und mit Jobcentern, Bildungseinrichtungen und möglichen Arbeitgebern nach Perspektiven gesucht. Diese Zielgruppen können an einem Bewerbungstraining sowie einer Ausbildungs- und Berufsberatung teilnehmen. Die Ergebnisse der Leistungsfähigkeit und des

Therapieverlaufes werden am Ende der Behandlung in der sozialmedizinischen Epikrise festgehalten.

Die Therapiebausteine werden für jeden Therapiegest individuell ausgewählt und in einem übersichtlichen Wochenplan vorgelegt. Die Therapieangebote setzen sich zusammen aus:

- Ärztlicher Therapie und Beratung
- Psycho- und Suchttherapie einzeln und in der Gruppe
- Sozialer Beratung/Sozialtherapie
- Arbeits- und Ergotherapie sowie arbeitsbezogener Maßnahmen, Belastungserprobungen/Berufspraktika
- Andachten und Gottesdienste
- Ernährungsberatung
- Sport- und Bewegungstherapie
- Angebote der Freizeitgestaltung
- Maßnahmen zur Rückfallprävention
- Angebote zur Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben der Gesellschaft, einschließlich begleitender Hilfen im sozialen Umfeld.

5.2 Unser Team

Die Komplexität einer Abhängigkeitserkrankung erfordert die Unterstützung der Therapiegeste in unterschiedlichen bio-psycho-sozialen Aspekten. Daher arbeiten wir in einem multidisziplinären Team an den Reha-Zielen.

Das Team besteht aus medizinischem Personal (Psychiater, Ärztin, Krankenschwester), psychotherapeutischem Personal (Psychologe), sozialtherapeutischem Personal (Suchttherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialtherapeuten), arbeits- und kreativtherapeutischem Personal (Arbeitstherapeuten, Ergotherapeut), Personal der Sport- und Freizeittherapie (Übungsleiter), sowie Mitarbeitern in der Hauswirtschaft, Technik und Verwaltung.

Die Leitung der Lehrküche obliegt einer Diplom Ökotrophologin, welche neben praktischen Anleitungen auch Diät- und Ernährungsberatung anbietet.

Ein Koch steht zusätzlich für Koch- und Backkurse zur Verfügung. Ein Bürokaufmann leitet das Büro- und Computertraining an. Ein Schweißer bietet die Vorbereitung auf den „Schweißerschein“ an.

Zusätzlich haben wir zwei Plätze für den Bundesfreiwilligendienst.

Die personelle Ausstattung entspricht den Vorgaben des federführenden Leistungsträgers - der DRV Braunschweig-Hannover - und wird mit diesem in regelmäßigen Abständen abgestimmt.

5.3 Aufnahmeverfahren

- Die Bewerbung um einen Therapieplatz erfolgt durch den Bewerber selber oder über einen vermittelnden Suchtberater.
- Bereits im Vorfeld der Aufnahme erfolgt eine Prüfung der Reha-Fähigkeit anhand der verfügbaren (sozial-) medizinischen Unterlagen.
- Der Therapiegest erhält eine persönliche Einladung zur Rehabilitation, mit Informationen über den Rehabilitationsverlauf, das Würzburger Screening, die Hausordnung sowie den Verweis auf die Konzeption im Internet.
- Am Tag der Aufnahme erhält der Therapiegest nach der Begrüßung und

Aufklärung durch den Sozialdienst seine Aufnahmemappe (Therapieplan, Wochenplan, Hausordnung, Datenschutzerklärung etc.)

- es folgt eine Abstinenzüberprüfung und Gepäckkontrolle.
- dann wird dem Therapiepatient ein Zimmer zugewiesen und ein „Pate“ an die Seite gestellt. Dies ist in der Regel ein Therapiepatient der sich schon einige Wochen in der Therapie befindet und sich dieser Aufgabe gewachsen sieht.
- Der nächste Schritt ist in der Regel die ärztliche Aufnahmeuntersuchung, mit anschließender Terminierung der gebietsspezifischen Facharztuntersuchung (Psychiater vgl. DRV-Strukturanforderungen), sowie der Veranlassung notwendiger Eingangsdiagnostik.
- In der Regel erfolgt dann die Begrüßung durch den Bezugstherapeuten und die Terminierung eines zeitnahen Erstgesprächs.
- Inhalte des bezugstherapeutischen Erstgesprächs sind Erfassung der Therapiemotivation, der aktuellen Beschwerden, Arbeits- und Berufsanamnese, erste mögliche Therapieziele und die Erhebung psychosozialer Grunddaten.
- Zeitnah erfolgt jegliche Rehabilitationsdiagnostik zu Behandlungsbeginn.

5.4 Diagnostik

Die Diagnostik basiert auf dem bio-psycho-sozialen Konzept der Rehabilitationseinrichtung.

- Ärztliche Diagnostik, spezielle Funktionsdiagnostik Schmerzerfassung
- Arbeitsbezogene Diagnostik beispielsweise Arbeits- und Berufsanamnese, Mini-ICF-APP, Arbeitsplatzanalyse
- Psychosoziale Diagnostik mit Erhebung der Schutz- und Risikofaktoren.
- Psychologische Diagnostik (B-SCL 90), sowie bei Bedarf weitere Diagnostikverfahren (BDI-II; SKID, ICD-10 Checklisten).
- Suchtanamnese.
- Biografische Anamnese.
- Verhaltensbeobachtungen und -analysen.

Die Diagnostik ist zu unterteilen in eine Basisdiagnostik für jeden Therapiepatient und eine Zusatzdiagnostik bei Vorliegen einer spezifischen Fragestellung.

Die arbeitsbezogene Diagnostik dient dazu die körperliche und psychische Belastbarkeit des Therapiepatientes einzuschätzen und zu klären, inwieweit seine Fähigkeiten dem beruflichen Anforderungsprofil entsprechen. Dafür wird eine Arbeitsplatzanalyse durchgeführt. Die gefundenen Defizite bzw. Beeinträchtigungen werden zur Festlegung der Therapieziele genutzt.

Die psychologische Diagnostik gibt einen wichtigen Hinweis auf die aktuelle psychische Belastung des Therapiepatientes und dessen psychischen Gesundheitszustand. Die Ergebnisse werden zur Auswahl psychotherapeutischer Therapieziele und Interventionen herangezogen.

Die medizinische Diagnostik berücksichtigt bereits vorliegende Befunde von Haus- und Fachärzten, Akut- und Reha-Einrichtungen, wobei die bisherigen Diagnosen von uns auf Aktualität hin überprüft werden. Indikationsabhängig veranlassen wir Laboruntersuchungen und weitere fachärztliche Differenzialdiagnostik zur Abklärung von körperlichen und/oder psychiatrischen Komorbiditäten. Insbesondere Virus Hepatitis (ICD 10, B 15.-B 19.) und HIV Erkrankungen (ICD-10, B 20.-B 24.) werden von uns diagnostisch abgeklärt.

Zusätzlich zur körperlichen Untersuchung durch unsere Ärztin, werden die Therapie Gäste unserem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie vorgestellt, um neurologische oder psychiatrische Komorbiditäten zu berücksichtigen.

6. Ausrichtung der Rehabilitation gemäß BORA

Bis zur Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung vergehen in der Regel viele Jahre in denen sich häufig die Teilhabe am beruflichen und sozialen Kontext verschlechtert. Die von den Therapie Gästen angestrebte Abstinenz kann mit höherer Wahrscheinlichkeit aufrechterhalten werden, wenn auch die Teilhabe am Arbeitsleben gelingt. So kann der Erfolg von Abhängigkeitsbehandlungen nachweislich durch eine teilhabebezogene Behandlungsperspektive entscheidend verbessert werden (siehe S3 Leitlinien).

Daher hat die Entwicklung erwerbsbezogener Perspektiven auch in unserer Einrichtung einen sehr hohen Stellenwert.

Die Deutsche Rentenversicherung hat hierzu zwei wichtige Behandlungskonzepte entwickelt. Zum einen die „medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) und die „berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA). Hinter dem MBOR Konzept steckt der Leitgedanke, alle medizinischen Rehabilitationseinrichtungen an die Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere dem aktuellen oder angestrebten Arbeitsplatz anzupassen. Daher sind das Denken und Handeln des gesamten multiprofessionellen Reha-Teams an der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung ausgerichtet. Und auch das Therapiesetting dient mit seiner Ausstattung diesem Ziel.

Direkt zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme identifizieren wir gemeinsam mit dem Therapie Gast seine besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) um mit Ihm sinnvolle erwerbsbezogene Therapieziele zu finden. Außerdem werden aufrechterhaltende Bio-psycho-soziale Faktoren analysiert um mithilfe entsprechender Interventionen Veränderungen anzustoßen.

Zunächst teilen wir die Therapie Gäste in eine der **fünf Zielgruppen** ein:

- BORA Zielgruppe 1 = Therapie Gäste mit Arbeit ohne BBPL
- BORA Zielgruppe 2 = Therapie Gäste mit Arbeit mit BBPL
- BORA Zielgruppe 3 = arbeitslose Therapie Gäste nach SGB III (ALG I)
- BORA Zielgruppe 4 = arbeitslose Therapie Gäste nach SGB II (ALGII)
- BORA Zielgruppe 5 = Nicht-Erwerbstätige

Anhand der Einteilung in eine BORA Zielgruppe ergibt sich eine unterschiedliche Interventionsplanung. So bieten wir beispielsweise Therapie Gästen mit Arbeit an, Kontakt zum Arbeitgeber aufzunehmen um mit diesen gemeinsam weitere Wiedereingliederungsschritte zu planen.

Statistisch gesehen bildet jedoch die Bora Zielgruppe 4 (Langzeitarbeitslose) in unserem Therapiezentrum die größte Zielgruppe. Daher sind wir eng mit der Agentur für Arbeit, dem Jobcenter und der Rentenversicherung vernetzt und helfen bei der Planung konkreter Schritte zur Förderung der beruflichen Teilhabe im Anschluss an die Rehabilitation. Insbesondere Betriebspraktika zur Belastungserprobung und Arbeitsstellenprüfung werden von uns maßgeblich unterstützt. In unserer Einrichtung können sich Therapie Gäste auch auf die Prüfung zum „Schweißerschein“ als Qualifikationsmaßnahme vorbereiten.

Es folgt in der Regel eine **ausgiebige Arbeits- und Berufsanamnese**, insbesondere bezogen auf den letzten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz. Diese Anamnese bietet einen guten Überblick über berufliche Ressourcen, eventuelle Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, eigene arbeitsbezogene Reha-Ziele, mögliche berufliche Perspektiven und liefert eine gute Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens bzw. der Arbeitsfähigkeit bezogen auf den letzten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz.

Anschließend führen wir gemeinsam mit dem Therapiegest eine präzise **Leistungseinschätzung mittels Mini-ICF-APP** durch. Hierbei handelt es sich um ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Grundlage ist die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Wir nutzen die Kurzversion Mini-ICF-APP (aus dem Jahr 2015, Linden et.al).

Der ICF basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell und bietet eine international verständliche, einheitliche und standardisierte Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit eines Therapiegestes. Somit werden individuell wichtige Kontextfaktoren im gesamten Therapieprozess berücksichtigt und finden damit auch Eingang in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

Auf Grundlage der Ergebnisse des Mini ICF APP erfolgt dann die Therapiezielplanung für eine Reha-Behandlung auf Fähigkeitenebene. Zudem bietet die Mini ICF APP eine Leistungsfähigkeitseinschätzung bezüglich der Berufs- und Erwerbsfähigkeit des Therapiegestes, womit wir zu Beginn sowie am Ende der Behandlung einen Verlauf darstellen und weitere mögliche Maßnahmen einleiten können. Unrealistische Erwartungen können hierbei aufgedeckt und mit dem Therapiegest reflektiert werden.

Die ausgiebige berufsbezogene Diagnostik bietet zwei große Vorteile, Erstens, die therapeutischen Leistungen können individuell nach den Erfordernissen des Therapiegestes geplant und gestaltet werden und zweitens sind notwendige Konsequenzen in Bezug auf das weitere Arbeitsleben des Therapiegestes absehbar und eventuelle Maßnahmen können frühzeitig eingeleitet werden.

Die Förderung von Motivation und Zuversicht bezüglich erwerbsbezogener Problemlagen steht sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie im Mittelpunkt.

Wir bieten zudem eine individuelle psychosoziale Beratung an, mit sozialrechtlichen Informationen wie beispielsweise rechtliche Grundlagen, weiterführende Angebote und Hilfen, Informationen zum Erhalt des Arbeitsplatzes zum Beispiel zum Kündigungsschutz, wirtschaftliche Sicherung, Rentenfragen, Fragen zu Schwerbehinderung und Pflege und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz. Dies erfolgt im Rahmen von sozialtherapeutischen Einzelgesprächen.

Aufgrund unserer eher kleinen Einrichtungsgröße und der geringen Therapiegestezahl, sind indikative Gruppen zu spezifischen Themen nicht möglich.

Daher finden folgende Interventionen in den Einzelgesprächen oder in der Gruppentherapie ihren Platz:

- entdecken und entwickeln von Fertigkeiten und Ressourcen
- Problembewältigung am Arbeitsplatz
- Umgang mit Ängsten
- Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers sowie dem DRV-Fachberater
- interne und externe Belastungserprobungen
- Bewerbungstraining
- Sozialberatung

- Arbeitstherapie
- Ergotherapie
- Stressbewältigung und Entspannungstraining
- Gruppentraining sozialer Kompetenzen
- Arbeitsplatzbezogenes Muskelkrafttraining
- Sport und Bewegungstherapie
- Verhaltensbeobachtung zur arbeitsplatzbezogenen Leistungsbeurteilung
- Bilanzierungsgespräche bei externem Arbeitsplatzpraktikum.

Sämtliche therapeutischen Angebote und Leistungen dienen immer auch einer realistischen Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten mit aktuellem Bezug zum Arbeits- bzw. Berufsleben.

Während der Adaptionphase und der ambulante Anschlussbehandlung wird die Ausrichtung auf erwerbsbezogene Rehabilitationsmaßnahmen nochmals verstärkt (z. B. durch externe Arbeitserprobungen und -praktika). Dabei kommt einer Kooperation mit den für die Vermittlung an konkrete Arbeitsplätze zuständigen Institutionen sowie unseren Partnerschaften mit potentiellen Arbeitgebern eine hohe Bedeutung zu.

Die BORA-Diagnostik- und Therapieergebnisse gehen jeweils in die Evaluation und Dokumentation ein und sind Kernelemente der internen und externen Qualitätssicherung.

7. Medizinische Therapie

Kernpunkt der medizinischen Therapie ist die Behandlung körperlicher und psychischer Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung, soweit diese mit unseren Mitteln behandelt werden können.

Hierfür, wird möglichst zeitnah nach dem Eintreffen des Therapiegestes eine ausführliche und differenzierte ärztliche Aufnahmeuntersuchung durchgeführt und weitere Behandlungsschritte geplant. Wenn notwendig auch die konsiliarische Überweisung an Fachärzte oder Kliniken.

In der wöchentlichen Visite, wird der medizinische Behandlungsverlauf gestaltet und begleitet.

Die fachliche Verantwortung für die Gesamtbehandlung trägt unsere ärztliche Leitung ein Psychiater der Abteilung für Suchterkrankungen im AWO Psychiatriezentrum Königslutter, welcher regelmäßig in unserer Einrichtung eine psychiatrische Visite durchführt. Bei unserer Ärztin vor Ort sind wöchentliche Visiten vorgesehen und bei Bedarf tägliche Sprechstunden möglich.

Zu den Aufgaben des Arztes gehören:

- Eine ausführliche Anamneseerhebung; allgemeine körperliche Untersuchung; neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation (Aufnahmeuntersuchung) und wenn notwendig Empfehlung für weitere Diagnostik und Therapie.
- Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und der Rehabilitationsziele (zum Beispiel welche Therapiefrequenz, Stellungnahme zur Belastung für ergänzende Therapieangebote).
- Abschlussuntersuchung und Dokumentation.
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen, unter anderem mit Erarbeitung der Rehabilitationsplanung und der Rehabilitationsziele.

- Informationsaustausch mit den (externen) behandelnden Ärzten und/oder Kliniken (zum Beispiel bei der Verordnung von Medikamenten) und Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie.
- Organisation notwendiger fachärztlicher Konsile inklusive zahnärztlicher Versorgung und externer Kooperation mit niedergelassenen Ärzten.
- Verantwortliches Erstellen des Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung gemäß Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht.
- Beteiligung an der konzeptionellen Weiterentwicklung.
- Teilnahme an der externen Supervision.
- Erstellung von Zwischenberichten und Verlängerungsanträgen.
- Bei Bedarf Behandlung von komorbiden Erkrankungen.
- Übernahme der Ärztesprechstunde und Visite.
- Krisenintervention.
- Medizinische Behandlung und Beratung (durchgeführt von der ärztlichen Leitung in enger Kooperation mit den Konsiliarärzten).
- Medikamentenausgabe, Medikationskontrolle (täglich), Laborprüfungen, bei Bedarf pflegerische Handlungen - nach Anweisung der ärztlichen Leitung (durchgeführt von einer Krankenschwester).

8. Psychotherapie/Suchttherapie

Psychotherapeutische und suchttherapeutisch orientierte Einzel- bzw. Gruppengespräche sind während der Stammphase ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. Schwerpunkt ist die Verhaltenstherapie mit Elementen der Tiefenpsychologie und der Systemischen (integrativer Ansatz). Es findet wöchentlich jeweils ein Einzelgespräch von 50 Minuten Dauer mit dem Bezugstherapeuten und vier Gruppen á 90 Minuten Dauer statt. Bei den Gruppen handelt es sich um offene Gruppen. Ziele der psychotherapeutischen Interventionen sind Stabilisierung der Abstinenzmotivation, Rückfallvorbeugung, Aufbau entsprechender Vorbeugungs- und Bewältigungskompetenzen, Stärkung der Lebens- und Arbeitsfähigkeit, die therapeutische Bearbeitung von Problemfeldern und komorbiden Störungen, Angehörigenarbeit sowie im Bedarfsfall das Durchführen von Kriseninterventionen.

Zu den Aufgaben der Psychologin gehören:

- Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese (weitere Klärung der sozialen Situation) einschließlich Dokumentation.
- Erhebung der Arbeitsplatzanamnese und Einschätzung der Leistungsfähigkeit nach ICF (Arbeits- und Berufsanamnese).
- Biografische Exploration.
- Ausführliche Diagnostik.
- Erstellen eines individuellen Störungsmodells.
- Psychoedukation.
- Begleitung und Reflexion der arbeitstherapeutischen Ziele.
- Durchführung der therapeutischen Gruppengespräche einschließlich Vor- und Nachbereitung.
- Durchführung der therapeutischen Einzelgespräche einschließlich Vor- und Nachbereitung.
- Durchführung der Gespräche mit Bezugspersonen/Angehörigen einschließlich Vor- und Nachbereitung.
- Krisenintervention.

- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Therapiegast.
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen inklusive Erarbeitung der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplans.
- Teilnahme an der externen Supervision.
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen (KTL) und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Mitarbeit bei der Erstellung des Entlassungsberichts.
- Mitarbeit bei der Katamnese.
- Vermittlung in Nachsorge und ambulante Psychotherapie.
- Beteiligung an der konzeptionellen Weiterentwicklung.

9. Arbeits- und Ergotherapie

Ergo- und Arbeitstherapeutische Leistungen sind fester Bestandteil der Stammphase und darauf ausgerichtet, die Fähigkeiten der Therapiegäste im Bereich der Arbeitshandlung zu erweitern und zu verbessern.

Insbesondere für Therapiegäste die unter Leistungseinschränkungen und/oder besonderen beruflichen Problemlagen leiden, hat die Arbeits- und Ergotherapie eine hohe Priorität. Wir bieten eine Vielzahl interner Therapieleistungen wie die Holzwerkstatt, die Metallwerkstatt, die Fahrradwerkstatt, ein Büroarbeitsplatz, handwerkliche Schulungen, die Lehrküche, Hausmeistertätigkeiten, Reinigungs-, Renovierungs- sowie Garten- und Landschaftsarbeiten. Alle internen Therapieleistungen der Ergo- und Arbeitstherapie haben das Ziel, den Therapiegast durch die Förderung notwendiger Kompetenzen langfristig wieder ins Erwerbsleben zu integrieren. Dabei wird jeder Therapiegast professionell angeleitet und es kommen folgende Maßnahmen zur Anwendung:

- Training und Maßnahmen zur Stärkung von Ausdauer und Motivation.
- Erweiterung der sozialen Kompetenz zur Entwicklung von Eigeninitiative am Arbeitsplatz wie auch im täglichen Leben.
- Hilfen zur Problembewältigung am Arbeitsplatz.
- Arbeits- und Belastungsproben (externes Praktikum ab Stufe III).
- Überprüfung von Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung.
- Interessenfindung und Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, der Agentur für Arbeit bzw. dem Reha-Fachberater.
- Grundleistungsfunktionen und Arbeitskompetenzen.
- Motivations-, Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsleistungen.
- Sensomotorik, Kognitionen und Emotionen.
- Selbstvertrauen, Kontakt- und Interaktionsfähigkeiten.
- Selbst-, Fremd- und Körperwahrnehmung.
- Kooperationsbereitschaft, Kreativität, Belastbarkeit.
- Ausdauer, Flexibilität, Selbstständigkeit.
- Kompetenzen der Stress- und Angstbewältigung.

10. Sport- und Bewegungstherapie

Drogenabhängigkeit bedeutet in der Regel äußerst eingeschränkte körperliche Bewegung sowie Abstinenz von Sport. Daher wird zur Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit zweimal pro Woche

Sport- und Bewegungstherapie durchgeführt. Hierbei handelt es sich in der Regel um Sportangebote im Team.

Die Sporttherapie unterstützt den psychotherapeutischen Prozess durch Stärkung sozialer Kompetenzen und der Verbesserung der Körperwahrnehmung zur Erlangung eines positiven Körpergefühls.

Unsere Angebote im Überblick:

- Frühsport
- Jogging
- Bewegungstraining
- Fitness- und Krafttraining
- Ballspiele (Fußball, Volleyball, Handball)
- Tischtennis
- Badminton
- Schwimmen
- Fahrradtouren
- Kanutouren
- Wanderungen

11. Freizeitgestaltung

Suchtkranke brauchen in der Regel sinnvolle Freizeitbeschäftigungen, als Ausgleich zur Arbeitswelt aber insbesondere auch um die neugewonnenen Freiräume zu füllen. Befriedigende Freizeitbeschäftigungen können zudem den Selbstwert steigern und die soziale Integration fördern.

Da das Leben der Therapie Gäste in der Vergangenheit meist von Passivität gekennzeichnet war, motivieren wir zu regelmäßigen Sport- und Freizeitaktivitäten.

Gleich morgens in der Montagsgruppe wird neben den individuellen Wochenzielen auch die Freizeitplanung besprochen. Ausschlaggebend sind hier die Eigeninitiative, Wünsche und Ideen der Therapie Gäste.

Mögliche Aktivitäten sind:

- Frühsport
- Jogging/Walking
- Fitness -und Krafttraining
- Sauna
- Schwimmen gehen
- Badminton
- Tischtennis
- Schach
- Fahrradtouren
- Kanu fahren
- Hallensport
- Beispiele (Fußball, Volleyball, Handball)
- Meditation auf christlicher Basis
- Gottesdienste
- Gemeinsames Singen
- Spaziergänge, Wanderungen (zum Beispiel im Harz)
- Besuch kultureller Veranstaltungen (zum Beispiel Museum, Theater, Ausstellungen)

- Besuch des Planetariums oder der Autostadt Wolfsburg
- Minigolf
- Bowling
- Kino
- Besuch von Sport- und Musikveranstaltungen
- Besuch von Bildungsveranstaltungen (zum Beispiel Vorträge)
- Zoo Besuch
- Stadtbesichtigungen
- Filmabende
- Hausfeste
- Grillabende
- Gemeinsames Kochen und Backen
- Gesellschaftsspiele
- Malen / Zeichnen
- Gitarrenkurs
- Besuch eines Vergnügungsparks (Heidepark Soltau)

Wir fördern und motivieren die Therapie Gäste zu einem Lebensstil, der jenseits ihrer Suchtproblematik die Lebensfreude fördert und erlebbar werden lässt.

Zweimal im Jahr sind die Therapie Gäste zu Gruppenfahrten nach Südschweden eingeladen.

12. Klinische Sozialarbeit

Abhängigkeitserkrankte sind häufig von vielfältigen sozialen Problemen betroffen und bringen häufig auch finanzielle „Altlasten“ mit, wie unbezahlte Rechnungen, nicht abgeschlossene Ämtervorgänge und ähnliches. Daher ist in der Regel ein erhöhter Bedarf an Sozialberatung und Sozialmanagement notwendig.

Gleich zu Beginn der Stammphase wird der entsprechende Unterstützungsbedarf ermittelt und gemeinsam mit dem Therapie Gast findet eine individuelle Maßnahmenplanung statt. Während der gesamten Stammphase unterstützen unsere Mitarbeiter die Therapie Gäste bei Behördengängen, Gerichtsterminen, Kontakten zu Arbeitgebern, Vermietern, Schuldnerberatungen etc.

Des Weiteren hilft die klinische Sozialarbeit bei der Aufarbeitung von sozialen Problemlagen und der Vermittlung an entsprechende Fachdienste, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Wir kümmern uns ebenso um Bewerbungstraining und die Unterstützung und Umsetzung von begleitenden Hilfen bei der Arbeitsplatzsuche bzw. Arbeitsaufnahme.

Mit der klinischen Sozialarbeit helfen wir bei allen sozialrechtlichen Fragen und Problemen und begleiten die soziale und berufliche Integration des Therapie Gastes.

Insbesondere die Vorbereitung nachfolgender Leistungen wie beispielsweise ambulante Nachsorge, Adaption, betreutes Wohnen oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen es sind Teil unserer klinischen Sozialarbeit.

Bei allen unterstützenden Hilfen regen wir den Therapie Gast dazu an, sich selbst zu helfen und notwendige Schritte selbst einzuleiten. Sogenannte „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Zu den Aufgaben der klinischen Sozialarbeit gehören:

- Vorbereitung der Arbeits- und Berufsanamnese, beispielsweise mit dem Verschicken des Würzburger Screenings und dem Sammeln der Vorbefunde.
- Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Gespräche mit Arbeitgebern (stufenlose Wiedereingliederung, externe Praktika).
- Durchführung von sozialer Gruppenarbeit.
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen (KTL) und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen inklusive der Erarbeitung der Rehabilitationsziele und Rehabilitationsplanung.
- Teilnahme an der externen Supervision.
- Mitarbeit bei der Erstellung des Entlassungsberichtes.
- Katamnese Erhebung.
- Planung und Umsetzung von Bewerbungstrainings.
- Bilanzierungsgespräche bei Praktika.
- Übernahme von Fallmanagement.
- Beratung in sozialrechtlichen Fragen.
- Planung, Durchführung und Auswertung von Freizeitgestaltung.
- Vermittlung in zum Beispiel Schuldnerberatung, Selbsthilfegruppen o. ä.
- Teilnahme an konzeptioneller Weiterentwicklung.
- Vernetzung.

13. Ernährungsberatung

Viele Abhängigkeitskranke haben sich über Jahre falsch bzw. einseitig ernährt und damit ihre Gesundheit zusätzlich gefährdet. Im Rahmen einer regelmäßig alle 2 Wochen stattfindenden Ernährungsberatung durch unsere Oekotrophologin können unsere Therapie Gäste ihr Wissen über gesundheitsfördernde Ernährung, besondere Kost bei Gesundheitsproblem (zum Beispiel Diabetes, Hepatitis, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Essstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, Allergien, Über-/Untergewicht) Nahrungszubereitung und Esskultur erweitern. Die Therapie Gäste sind dazu eingeladen im Rahmen unserer Lehrküche das neugewonnene Wissen in Koch- und Backkursen in die Praxis umzusetzen. Die Teilnahme an der Ernährungsberatung ist verpflichtend.

Wir fördern auch außerhalb der Ernährungsberatung die eigenverantwortliche Herstellung von gesunden Mahlzeiten.

14. Gesundheits- und Krankenpflege

Die Gesundheits- und Krankenpflege hat in der Stammphase eine ergänzende Funktion zur medizinischen Behandlung und Prävention.

15. Arbeit mit Angehörigen

Angehörigen stellen im Sinne der ICF wichtige, den Verlauf der Suchterkrankungen beeinflussende Kontextfaktoren dar. Häufig sind die familiären Beziehungen unserer Therapie Gäste belastet. Daher trägt die Einbeziehung der Angehörigen in den Therapieprozess

dazu bei, dass Beziehungsgefüge zwischen dem Süchtigen und seinen wichtigsten Bezugspersonen wahrzunehmen und gegebenenfalls zu verändern. Im Vordergrund steht die Verbesserung des Krankheitsverständnisses sowie die Klärung der Art und Funktion der Beziehung und die Entwicklung angemessener Umgangsformen miteinander. Die Arbeit mit Angehörigen ist uns in der Stammphase ein wichtiges Bedürfnis, daher werden, wo es möglich ist, Angehörige in den Therapieprozess integriert. In gemeinsamen Gesprächen besteht die Möglichkeit die Vergangenheit aufzuarbeiten und neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Angehörige sind uns also herzlich willkommen, wenn der Therapiegest dies wünscht. Es sind Paar- und Familiengespräche möglich.

Inhalt dieser Gespräche können zum Beispiel eine allgemeine Psychoedukation bezüglich der Abhängigkeitserkrankung sein, die Exploration der Entstehungs- und Verlaufsgeschichte der Abhängigkeitserkrankung, es kann aber auch um die Analyse von aufrechterhaltenden Faktoren gehen oder um Co – Abhängigkeit.

Wir entwickeln gemeinsam Perspektiven für ein suchtabstinentes Zusammenleben. Aufgrund der hohen Belastung von Angehörigen haben die Gespräche insbesondere das Ziel, entlastend zu wirken und den Angehörigen Mut zu machen, ihre eigenen Bedürfnisse, zusätzlich zur Hilfe für den Suchtkranken, mehr in den Blick zu nehmen. Die Empfehlungen von ambulanten Hilfen für Angehörige gehört selbstverständlich dazu.

16. Umgang mit Rückfall

Ein maßgeblicher Bestandteil unserer Hausordnung ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Daher liegt unser ganzes Bestreben darin, die Therapieeinrichtung drogenfrei zu halten. Regelmäßige und spontane Alkoholkontrollen sowie Medikamenten- und Drogenscreenings dienen diesem Ziel.

Kommt es dennoch zu einem Rückfall während der Stammphase, beispielsweise bei einer Belastungserprobung, entscheiden wir individuell und im Einzelfall über das weitere Vorgehen. Die Chancen im Therapieprogramm zu verbleiben erhöhen sich, wenn der Therapiegest seinen Suchtmittelkonsum aus eigener Initiative offengelegt hat, sowie wenn er Problemeinsicht und Veränderungsbereitschaft zeigt.

In der Regel bietet ein Rückfall die Gelegenheit Motivation und kognitive Einstellung des Therapiegestes einer intensiven Überprüfung zu unterziehen und ihn mit seiner Ambivalenz zu konfrontieren.

Zunächst ist der vom Rückfall Betroffene herausgefordert, sich in der psychoanalytisch interaktionellen und klärungsorientierten Gruppentherapie zu äußern und sich den kritischen Rückfragen der übrigen Therapieteilnehmer zu stellen. Anschließend sieht unser Rückfallmanagement vor, dass sich Betroffene im Mitarbeiter-Plenum der kritischen Analyse ihrer Problemlage stellen.

Zudem finden klärende Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten statt, in denen eine ausführliche Rückfallanalyse stattfindet entsprechende alternative zukünftige Handlungsmöglichkeiten exploriert werden. Die Ergebnisse der Gespräche auf allen drei Ebenen dienen als Grundlage der Entscheidungsfindung ob und mit welchen Konsequenzen die Therapie fortgesetzt werden kann.

17. Praktika

Für uns hat die externe und interne Belastungserprobung gegen Ende der Stammphase einen sehr hohen Stellenwert. Wünschenswert ist beispielsweise ein Berufspraktikum, welches als externe Belastungserprobung arbeitsmarkt- und realitätsnah durchgeführt werden sollte.

Der Therapiegest soll möglichst die Suche selbst in die Hand nehmen und dem eigenen

Fähigkeitsprofil entsprechend ein passendes Praktikum beginnen. Flankiert wird dies in der Regel von internen arbeitsbezogenen Leistungen. Ein Praktikum sollte mit einem Zeitfenster bemessen sein, dass Therapiegruppen und Einzelgespräche noch besucht werden können. Die internen und externen Belastungserprobungen werden von den Mitarbeitern begleitet, reflektiert und je nach Bedarf findet eine Unterstützung beispielsweise durch ein Bewerbungstraining oder Kontakte mit den Agenturen für Arbeit und dem Jobcenter statt.

18. Kooperation und Vernetzung

Zusätzlich zu den internen, begleitenden Arbeitserprobungen (zum Beispiel angeleitete Handwerksarbeiten, Malerarbeiten, Gartenprojekte, Aufgaben Holzwerkstatt, Fahrradwerkstatt oder Metallarbeiten) stehen externe Belastungserprobungen im Mittelpunkt. Bei vorhandenem Arbeitsplatz findet die externe Belastungserprobung in der Regel dort statt.

Bei Bedarf suchen wir aktiv den Kontakt zu Vorgesetzten und Personalverantwortlichen, dem betrieblichen Sozialdienst, Suchtberatern, Betriebsärzten und Integrationsfachdiensten.

Bei beruflicher Neuorientierung oder Arbeitslosigkeit vermitteln wir die Therapie Gäste gerne in kooperierende Betriebe in räumlicher Nähe zu unserer Einrichtung. Im Vorfeld wird, wenn nötig ein Bewerbungstraining durchgeführt.

Bezüglich Praktika bzw. Arbeitsversuchen bestehen Kooperationen mit folgenden potentiellen Arbeitgebern:

- Edeka Lehre
- Altenheim Wartburg
- Restaurant Schweizer Haus
- Tischlerei 18
- OE Service Elektronik
- Maler Ostrowiki
- Raumausstatter Kräuter
- Autowerkstatt Flügge
- Kindergarten Lehre
- Garten und Landschaftsbau „BS-Baumpflege“
- Maternus Altenheim Wendhausen
- Hagebaumarkt
- Erdbau Diekmann
- Kaufland
- Heizung und Sanitär „Deppe“
- Flutwedel Optik
- Metallbau Yalman

Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit, dem Berufsinformationszentrum (BIZ), sowie unseren Kontakten zu sämtlichen Bildungseinrichtungen der Region, können schulische und berufliche Weiterbildungen angegangen werden.

Unsere begleitende Sozialarbeit gibt Hilfestellung in Bezug auf Gerichtsangelegenheiten, Sozialämter und jeglicher Korrespondenz mit Behörden.

Wir sind vernetzt mit Nachsorgeeinrichtungen, betreutem Wohnen (bieten wir auch selbst an), Selbsthilfegruppen, psychiatrischen Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Kliniken und ambulanten Hilfen.

Unser externer Schuldnerberater hilft bei der Regulierung der finanziellen Situation.

Über die Deutsche Rentenversicherung können sich unsere Therapie­gäste über Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben informieren und diese gegebenenfalls beantragen. Hierfür stellen wir gerne den Kontakt zum entsprechenden Reha Fachberaters her. Zudem haben wir Kontakt zu Berufsförderungswerken.

Einige Plätze im ambulant betreuten Wohnen sowie im Wohnen in einer „Clean-WG“ bieten wir selbst an.

19. Hausordnung/Therapievertrag

Eine gemeinsam gestaltete Therapiezeit erfordert sowohl von den Therapie­gästen untereinander, als auch im therapeutischen Umgang klare Vereinbarungen. Zu diesem Zweck wurde für das Therapiezentrum Lehre eine entsprechende Hausordnung erlassen.

Das erfolgreiche Bestehen einer Rehabilitationsmaßnahme ist von klaren Zielvorgaben abhängig, die im Therapievertrag bzw. der s.g. Aufnahmevereinbarung gemeinsam mit dem Therapie­gast durchgesprochen und festgehalten werden.

20. Beendigungskriterien und Entlassungsbericht

Die Stammphase gilt bei uns als beendet, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind oder eine andere Behandlungsform angezeigt ist.

Ist jedoch schon während der Therapie absehbar, dass jene Ziele nicht erreicht werden können- etwa wegen nicht ausreichender Mitarbeit bzw. mangelnder Therapiemotivation oder wiederholten gravierenden Verstößen gegen die Hausordnung (negative Prognose) -wird die Rehabilitation vorzeitig beendet.

Als vorzeitige Entlassungsgründe gelten:

- mangelnde Compliance und fehlende Mitarbeit
- fehlende Motivation, einen Praktikumsplatz in Anspruch zu nehmen,
- unentschuldigte Fehlzeiten
- Leugnung, Parallelisierung und fehlende Aufarbeitung eines Rückfalls
- disziplinarische Verstöße
- Androhung oder Anwendung von Gewalt
- Waffenbesitz

Der Therapie­gast wird frühzeitig auf die Entlassung vorbereitet, hierzu dienen interne und externe Belastungserprobungen wie beispielsweise Heimfahrten oder Besuche von Nachfolgeeinrichtungen.

Die ärztliche Entlassungsuntersuchung und das letzte psychotherapeutische Einzelgespräch dienen der Abrundung der sozialmedizinischen Beurteilung.

Die Dokumentation der Stammphase erfolgt in einem Entlassungsbericht welcher in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung dem zuständigen Leistungsträger übermittelt wird.

Auch nach der Entlassung sehen wir uns, soweit möglich, als Ansprechpartner für Ehemalige an und freuen uns über den Kontakt mit Ihnen. Ein Treffpunkt ist

beispielsweise unser jährliches Sommerfest.

21. Nachfolgende Leistungen

Da im Anschluss an die Stammphase weitere unterstützende Hilfen wie beispielsweise eine Adaption, ambulante Nachsorge, ambulant betreutes Wohnen, Suchtselbsthilfegruppen, sowie ambulante Psychotherapie erforderlich sein können, prüfen wir dies im Einzelfall, und beantragen dies frühzeitig beim Rehabilitationsträger, sodass ein nahtloser Übergang ohne Verzögerung möglich ist.

22. Personelle Ausstattung

22.1 Mitarbeiter (Stellenplan)

- Ärztliche Leitung, Psychiater, Neurologe, Psychotherapeut
- Sozialmediziner/Allgemeinmediziner
- Pflegepersonal
- Diplom-Psychologin/ Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung (Einzel-und Gruppentherapie)
- Diplom Sozialarbeiter/Sozialtherapeuten (GVS)
- Ergotherapeutin/Arbeitstherapeut
- Ökotrophologin
- Zeitweise Hilfskraft BFD

22.2 Präsenzzeiten durch Fachpersonal

Das Fachpersonal des Therapiezentrum Lehre ist von montags bis freitags von 7:00 Uhr bis 17:00 Uhr und der Bereitschaftsdienst rund um die Uhr 24 Stunden an 7 Tage die Woche erreichbar.

23. Aus und Fortbildungsstand bei Mitarbeiter*innen

Alle Mitarbeiter des interdisziplinären Behandlungsteams sind mit den Vorgaben der beruflichen Orientierung in der medizinischen Reha Abhängigkeitserkrankter (BORA) vertraut. Die Ärztin und therapeutische Leitung besuchen alle nötigen sozialmedizinischen Schulungen und sorgen mit internen Fortbildungen dafür, dass alle Mitarbeiter die Stammphase eng nach den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung durchführen.

Regelmäßige Supervision, sowie Fort- und Weiterbildungen zu aktuellen Therapiestandards sind für uns eine Selbstverständlichkeit und gewährleisten eine hohe Therapiegäste- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Es findet bei uns ein regelmäßiges Monitoring der Mitarbeiterqualifikationen und deren möglichem Entwicklungsbedarf statt. In den jährlichen, persönlichen Mitarbeitergesprächen, erfolgt dann die Planung der passenden Fort- und Weiterbildungen, sowie die Budgetplanung.

24. Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechungen

Während der Stammphase findet dreimal wöchentlich (Montag, Mittwoch und Freitag) eine interdisziplinäre Fallbesprechung statt, sowie montags eine Teamsitzung der Arbeitstherapeuten.

Beteiligt sind hierbei die Ärztin, die Psychologin, ein Arbeitstherapeut und 2 Sozialarbeiter. Sinn und Zweck der interdisziplinären Fallbesprechung ist die sozialmedizinische und psychologische Beurteilung der Therapie Gäste aus den verschiedenen Blickwinkeln des interdisziplinären Teams. Dies dient der allgemeinen Behandlungsplanung und zur Überprüfung der festgelegten Ziele. Insbesondere die arbeitsbezogenen (Teil-) Ziele, welche im gemeinsamen Dokumentationssystem „PATFAK“ hinterlegt werden, werden von den verschiedenen Berufsgruppen beurteilt und der Grad der Zielerreichung bewertet. So können konkrete Maßnahmen zur Förderung von Fähigkeiten und zur Behebung von Defiziten schnell und auf allen Ebenen umgesetzt werden.

Hierzu können Maßnahmen der beruflichen Integration zählen, wie Gespräche mit den Arbeitgebern, Bewerbungstraining, schulische Planung, Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, das Finden von Zuverdienstbereichen etc.

Weitere Vorteile der interdisziplinären Fallbesprechung sind:

- Förderung von Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten
- Interdisziplinäre Interventionsplanung
- Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe des Therapiegestes
- Überprüfung von Behandlungsstrategien und Erwerbsbezug
- Steigerung von Therapie Gäste – und Mitarbeiterzufriedenheit
- Reflexion des eigenen Verhaltens
- Besseres Verständnis des Therapiegestes
- Gemeinsame Situationseinschätzung

25. Supervision

Die Supervision ist ein fester Bestandteil unserer Arbeit und dient der Reflexion, der Überprüfung und der Verbesserung unseres therapeutischen Handelns sowie unserer Zusammenarbeit. Die Supervision hilft uns, durch ein vertieftes Verständnis unseres eigenen beruflichen Tuns Handlungsspielräume zu erweitern und uns in schwierigen beruflichen Situationen angemessener und ressourcenschonender zu verhalten.

Hierbei geht es nicht um konkrete Handlungsanweisungen, sondern um die gemeinsame Erforschung und Reflexion der Abläufe im Team und in der Therapie. Supervision dient auch dazu, direkter zu kommunizieren und ermöglicht so den Austausch wertvoller beruflicher Kompetenzen untereinander.

In unserer Einrichtung findet sowohl eine interne Supervision als auch eine externe Supervision statt. Die interne Supervision (Intervision) findet wöchentlich in Form von Fallbesprechungen im Mittwochsteam statt. Im Führungsteam anwesend sind in der Regel alle Therapeuten, die Psychologin, die Ärztin, Krankenschwester, ein Arbeitstherapeut und ein Hausmitarbeiter. Zudem ist ein spontaner Austausch zwischen den Therapeuten jederzeit möglich und wird gerne genutzt.

An der externen Supervision nimmt stets das gesamte Mitarbeiterteam teil. Sie findet viermal pro Jahr, jeweils an einem Vormittag (Dauer mindestens 3 Stunden) statt und wird durch einen fachlich qualifizierten externen Supervisor geleitet.

26. Räumliche Ausstattung

In Lehre stehen zur Verfügung: ausschließlich moderne und großzügige Einzelzimmer, im Neubau oder im Bungalow, gestaltet im skandinavischen Stil (Neubauten, eröffnet 2011 und 2008), sowie Gemeinschaftsraum mit TV, Hobbyraum, Metall- und Holzwerkstatt, großer Garten auf einem 13000 m² großem Grundstück mit großen Teichen und viele Bäumen. Die Einrichtung ist rund 300 m entfernt vom Ortsrand gelegen.

Die Patienten bewohnen Einbettzimmer mit dazugehörigem Bad mit Dusche und WC. Die Einrichtung ist behinderten gerecht eingerichtet. Es kann ein Rollstuhlfahrer aufgenommen werden. Zur weiteren räumlichen Ausstattung im Therapiezentrum gehören Mitarbeiterbüros, Arztzimmer, Gruppenräume, ein PC-Schulungsraum, eine Lehrküche, Wäsche- und Hauswirtschaftsräume, ein Speiseraum, Werkstätten für die Ergotherapie/Arbeitstherapie (Holzwerkstatt & Metallwerkstatt). Für Angehörige besteht die Möglichkeit in einem Besucherzimmer auch zu übernachten.

Als Freizeiteinrichtungen sind vorhanden:

Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume, Fernsehraum mit SKY-Anschluss, Andachtsraum, Kicker, Darts, Grillplatz, Tischtennisplatte, Volleyballplatz, Fitness- bzw. Krafraum und Fahrräder.

Für Fußball- und Bewegungsspiele stehen sportliche Einrichtungen der umliegenden Orte zur Verfügung (incl. Sporthalle). Zum Schwimmen können Bäder im Nahbereich der Einrichtung günstig angeboten werden. Eine eigene Sauna befindet sich im „Haus Glentorf“. Ein Teil der Räume der Arbeitstherapie, PC des Schulungsraumes (Internetanschluss) und ein großzügiges Außengelände (mit eigenen Teichen und einem Kanu) stehen den Patienten auch in der Freizeit zur Verfügung.

27. Notfallmanagement

Das Therapiezentrum Lehre ist als medizinische Einrichtung verpflichtet, hohe Standards an Sicherheit und Hygiene vorzuhalten und Risiken entgegenzuwirken, die die Qualität dieser Standards beeinträchtigen könnten. Unser Notfallmanagement ist daher entsprechend unseres BAR-zertifizierten QM-Systems in einer eigenen Verfahrensanweisung verankert und wird entsprechend regelmäßig überprüft. Sowohl für die stationäre Rehabilitationseinrichtung als auch für das Adaptionshaus gibt es einen Alarmierungs- und Einsatzplan, welcher regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst wird.

Medizinische Notfälle:

Bei Notfallsituationen erfolgt die Erstversorgung umgehend durch das diensthabende Personal, welches turnusgemäß in einer Notfallschulung nach den Statuten der zuständigen Berufsgenossenschaft BGW und den aktuellen Standards der Ersthilfe und Reanimation unterrichtet wird (Sicherheitsbeauftragte, Mitarbeiter, Betriebssanitäter, Ersthelfer). Ärztliches und medizinisches Personal ist während der Öffnungszeiten im Therapiezentrum Lehre vorhanden.

Erste Hilfe Kästen sind an wesentlichen Standorten der Einrichtung vorhanden
Arztzimmer, Empfang/Foyer Haupthaus (hier auch Defibrillator), Geschäftsstelle, Ergotherapie / Holzwerkstatt, Metallwerkstatt, Küche und Lehrküche.

Aufgrund der zentralen Lage des Therapiezentrums in der Ortschaft Lehre ist im Bedarfsfall per Notruf (112) über die Rettungsleitstelle Helmstedt aus der Nachbarortschaft Wendhausen binnen 5-8 Minuten ein Rettungs- oder Notarztwagen vor Ort, um eine umgehende, adäquate Weiterversorgung und bei Bedarf den Transport in eine Klinik durchzuführen.

Zudem sind in jedem Therapiepatienten Zimmer Notfallklingeln installiert, die rund um die Uhr mit einer Alarmzentrale in Hannover verknüpft sind. Je nach Schwere des Notfalls wird entweder der Rettungsdienst 112 oder wenn ausreichend die Ärztin, einer der Sicherheitsbeauftragten oder der Betriebssanitäter alarmiert.

Es ist zudem eine Brandschutzordnung gemäß DIN 14096 A/B vorhanden, welche laufend aktualisiert und geprüft wird. Diese ist im QM Handbuch niedergeschrieben. Auf jedem Therapiegastzimmer befindet sich eine Brandmeldeanlage. Sammelplatz ist die Freifläche gegenüber Haupthaus, am Weiher.

Alle Mitarbeiter werden regelmäßig bezüglich des Notfallmanagements und der Brandschutzordnung unterwiesen.

28. Datenschutz

Selbstverständlich gelten für die gesamte Rehabilitation die gesetzlichen Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie anderer datenschutzrechtlicher Regelungen, sofern diese zur Anwendung kommen.

Die persönlichen Daten der Therapie Gäste werden durch digitale Sicherheitssysteme verschlüsselt und an uns übertragen. Unsere Software Systeme (Datenverwaltung, Diagnostik, Dokumentation, Leistungsabrechnung und Statistik) sind durch technische Maßnahmen gegen Beschädigungen, Zerstörung oder unberechtigten Zugriff geschützt.

Gegenstand des Datenschutzes sind personenbezogene Daten. Diese sind nach Art. 4 Nummer 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen. Hierunter fallen zum Beispiel Angaben wie Name, Postadresse, E Mail-Adresse oder Telefonnummer, gegebenenfalls aber auch Nutzungsdaten wie eine IP Adresse.

Gemäß dem Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit werden von uns personenbezogene Daten nur erhoben, wenn diese für den von Ihnen gewünschten Zweck erforderlich sind und Sie uns diese freiwillig geben.

Verantwortlich für die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung die im Zusammenhang mit der Benutzung der Webseite, der Verwaltung des Rund- und Freundesbriefes, der Therapieanbahnung und Therapiedurchführung erfolgen, ist das „Projekt Kaffeetwete e.V.“ vertreten durch seinen Vorstand.

Der zuständige Datenschutzbeauftragte ist erreichbar unter:

Projekt Kaffeetwete e.V.
Datenschutzbeauftragter
Eitelbrotstraße 53
38165 Lehre
Telefon +49 (0) 5308 961732
juergen.zuelch@projekt-kaffeetwete.de

Wir halten uns an die Grundsätze der Datenvermeidung und Datensparsamkeit. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten daher nur so lange, wie dies zur Erreichung der hierin genannten Zwecke erforderlich ist oder wie ist die vom Gesetzgeber vorgesehenen vielfältigen Speicherfristen vorgeben. Nach Wegfall des jeweiligen Zweckes bzw. Ablauf dieser Fristen, werden die entsprechenden Daten routinemäßig und entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gesperrt oder gelöscht.

Der Therapiegast hat das Recht jederzeit Auskunft über seine vom Projekt Kaffeetwete e.V. gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Ebenso hat er das Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung seiner personenbezogenen Daten, abgesehen von der vorgeschriebenen Datenspeicherung zur Geschäftsabwicklung. Hierzu kann sich der Therapiegast an den Datenschutzbeauftragten vom Projekt Kaffeetwete e.V. wenden. Eine Sperre oder Löschung von Daten kann jederzeit nach Wunsch erfolgen, soweit keine

gesetzliche Archivierungspflicht dagegensteht.

Wir behalten uns vor diese Datenschutzerklärung gelegentlich anzupassen, damit sie stets in aktuellen rechtlichen Anforderungen entspricht oder um Änderung unserer Leistungen in der Datenschutzerklärung umzusetzen.

29. Literaturverzeichnis

Diakonie Niedersachsen; „Was ist der Mensch?“, www.diakonie-in-niedersachsen.de

Rogers, C.R. (1993) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer Taschenbuch Frankfurt.

Petzold, H., Schay, P., Ebert, W. (2007) Integrative Suchttherapie -Theorie, Methoden, Praxis, Forschung (2. Überarbeitete Auflage).

Miller, W. und Rollnick, S. (1991) Motivational Interview (MI).

Beck, A.T., Wright, F.D. Newman, C.F., Liese, B.S. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Union. „Kognitives Modell der Sucht“

Engel, G.L. (1977) Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell.

ICF (Hrsg. DIMDI) (2006): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln.

DRV Bund (Herausgeber), Exploration mittels Mini-ICF- APP. Berlin 2008.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Göttingen: Huber (2015).

Deutsche Rentenversicherung (Löffler, S. et al.): Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch (3. erweiterte Aufl.).

Deutscher Verband Ergotherapie DVE (Hrsg.) (2017): Indikationskatalog Ergotherapie. Heilmittel Richtlinie, Ambulante Versorgung, Stationäre Versorgung, Leistungsbeschreibungen, Diagnosen nach ICD- 10, Assessment-Instrumente. Idstein: Schulz-Kirchner.

Kapteina, H., Hörtreiter, H. (1993): Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. I: Bolay, V. & Bernius, V. (Hrsg.) (1993): Praxis der Musiktherapie. Stuttgart: Fischer

Heigl-Evers, A., Ott, J. (2002) Die Psychoanalytisch-interaktionelle Methode - Theorie und Praxis (4. Edition). Vandenhoeck & Ruprecht.

Streeck, U., Leichsenring, F. (2009) Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht.

König, K. (1998) Übertragungsanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht.

Klos, H., Görgen, W. (2020): Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.

Hinsch, R., Pfingsten, U. (2007) das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien (5. Aufl.) PVU/Beltz, Weinheim/Basel.

Walter, Sollberger, Euler (2022), Persönlichkeitsstörung und Sucht – Kontingenzmanagement (2. Überarbeitete Auflage) Kohlhammer.

Thomasius R., Küstner, U.J. (2005) Familie und Sucht -Grundlagen der Therapiepraxis.

Moggi, F., Donati, R. (2003) Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Hogrefe.

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel (2001).

Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen (2019).

ICD-10-GM (2023) systematisches Verzeichnis internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme elfte Revision -German Modification Version.

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachangestellten AWMF (2021). Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“ Version 1.1, medikamentenbezogene Störung Seite 165-173.

DRV Broschüre Strukturqualität von Reha Fachabteilungen. Anforderungen der deutschen Rentenversicherung (dritte überarbeitete und erweiterte Auflage) Juli (2023).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX (2018)
www.bar-frankfurt.de

DSGVO Datenschutz-Grundverordnung www.dsgvo-gesetz.de

Danksagungen:

Herzlichen Dank an Samuel Groß für das Formatieren dieses Konzeptes und an das Kernteam des Therapiezentrums Lehre (Bernd Gehring, Jürgen Zülch, Elisabeth Stein und Olaf Hartjen) für das Korrekturlesen und eure guten Ideen.