

Bernhard-
Salzmann-
Klinik

Konzept zur ambulanten medizinischen
Rehabilitation Abhängigkeitskranker



Bernhard-Salzmann-Klinik
LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen
Buxelstraße 50
33334 Gütersloh

Institutionskennzeichen: 570570088

www.bernhard-salzmann-klinik.de

Träger: Landschaftsverband Westfalen-Lippe



Chefarzt:	Dr. med. Ulrich Kemper Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Tel. 05241 502 2550 Ulrich.Kemper@lwl.org
Oberarzt:	Georgios Mantikos Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Tel. 05241 502 2515 Jeorjios.Mantikos@ads.lwl.org
Leitende Therapeutin:	Ulrike Dickenhorst Dipl.-Sozialpädagogin, K.-J.-Psychotherapeutin Tel. 05241 502 2560 Ulrike.Dickenhorst@lwl.org
Aufnahmebüro:	Christiane von Minckwitz Dipl.-Sozialarbeiterin Tel. 05241 502 2577 Aufnahme.BSK@lwl.org
Dipl.-Sozialarbeiterin	Ulrike Hülser Dipl.-Sozialarbeiterin, Sozial-/Suchttherapeutin (VDR) Tel. 0 52 41 / 502 2604 Ulrike.Huelser@lwl.org
Dipl.-Sozialpädagogin	Aline Westerfeld Dipl.-Sozialpädagogin, Sozial-/ Suchttherapeutin (VDR) Tel. 05241 502 2726 Aline.Westerfeld2@lwl.org
Verantwortlich für das Konzept:	Dr. med. Ulrich Kemper Ulrike Dickenhorst

Stand: 06/2020

Inhaltsverzeichnis

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

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt.

1. Einleitung

Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen führen als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) durch. Diese kommen nur in Betracht, wenn damit die in §§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Ziele verfolgt werden.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen können grundsätzlich in ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer oder in Kombinationsform erbracht werden.

Unabhängig von der Leistungsform gelten für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation prinzipiell die gleichen Anforderungen.

Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind. Von Gewicht ist ebenfalls die Tatsache, dass bei Vorliegen rehabilitationsbedürftiger Folge- und Begleiterkrankungen diese zusammen mit der Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Rehabilitation zu behandeln sind (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

2. Allgemeines

Seit Anfang 2015 befindet sich die ambulante medizinische Rehabilitation im kernsanierten Haus I - dem heutigen Ambulanzzentrum - im ersten Obergeschoss. Büros, Einzel- und Gruppentherapie Räume sind hier untergebracht.

Im Ambulanzzentrum befinden sich u. a. die Sucht-, Allgemeinpsychiatrische und die Familienambulanz. Gruppenräume werden teilweise gemeinsam genutzt. Die räumliche Nähe unterstützt die sprichwörtlich kurzen Wege, so dass bei Bedarf die Rehabilitanden auf verschiedene fachliche Dienste zurückgreifen können. Beispielsweise ist in Krisensituationen jederzeit ärztliches Personal erreichbar.

Das direkt an der Hermann-Simon-Straße gelegene Ambulanzzentrum, stellt schon allein durch seine Lage, eine Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung dar und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Bushaltestellen befinden sich in unmittelbarer Nähe. Ausreichende Parkmöglichkeiten sind ebenfalls vorhanden.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Ein barrierefreier Zugang, gemäß den Vorschriften des SGBI, SGBIX und Behindertengleichstellungsgesetzes BGG V, ist gegeben.

Die Rehabilitanden kommen freiwillig zur Behandlung. Die Berechtigung zur Behandlung von Rehabilitanden, die dem § 35 BtMG unterliegen ist ebenfalls gegeben.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Die Bernhard-Salzmänn-Klinik ist in dem LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen eingebunden und stellt die Abteilung der medizinischen Rehabilitation des LWL-Klinikums Gütersloh dar. Sie wurde 1965 gegründet und trägt den Namen des ersten Direktors ihres Trägerverbandes des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe.

Die ambulante Rehabilitation Sucht oder auch ambulante Entwöhnungsbehandlung und die ambulante Suchtnachsorge wurde 1996 zunächst als Institutsambulanz gegründet.

Die ambulante Rehabilitation Sucht ist ein Teil des Gesamtangebotes der Bernhard-Salzmänn-Klinik für erwachsene Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung von Alkohol, Medikamente, Drogen, pathologischem Glücksspiel sowie einer Medienabhängigkeit und ist in das Therapiekonzept der Bernhard-Salzmänn-Klinik eingebunden. Daher werden zum Teil auch ergänzend Verweise auf das aktuelle Therapiekonzept vom 03.01.2016 angegeben. Die Regelbehandlungszeit beträgt sechs Monate sowohl bei der ambulanten Rehabilitationsform/ Fortführung (40+4 TE) als auch bei der Nachsorgebehandlung (20+2 TE). Zudem bieten wir auch den ambulanten Teil einer Kombinationsbehandlung an.

Die ambulante Rehabilitation ist eine Behandlungsform, bei der die Rehabilitanden in ihrem sozialen Umfeld bleiben und ihrer Berufstätigkeit und ihren privaten/familiären Aufgaben weiter nachgehen können.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Abhängigkeitserkrankungen zeigen sich in komplexen Störungsbildern mit multifaktorieller Genese. Sowohl die genetischen, neurobiologischen und physiologischen Dispositionen, als auch die intrapsychischen und sozialen Faktoren, bedingen die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen. Es zeigt sich jedoch, dass die Risikofaktoren ihre Wirkung zumeist erst im Zusammenspiel mit anderen Bedingungen entfalten. (verw. Therapiekonzept vom 03.01.2016 S. 12 ff).

Die im Therapiekonzept beschriebenen theoretischen Erklärungsmodelle sind Bestandteil des **integrativen Therapiekonzeptes der Bernhard-Salzmänn-Klinik**.

Neuere Entwicklungen aus Grundlagen- und klinischer Forschung werden kontinuierlich konzeptionell integriert.

Ausgehend von der Lebenswirklichkeit und des „So-geworden-Seins“, wird die Problembeschreibung hin zum Veränderungswunsch mit dem Rehabilitanden entwickelt.

Basis jeder therapeutischen Arbeit ist für uns eine gelungene, von Wertschätzung und Verständnis getragene therapeutische Beziehung.

Auf Grundlage einer kontinuierlichen Motivationsförderung durch motivierende Gesprächsführung, Ressourcenaktivierung, Selbstwertstärkung, Bindungsstabilität und Skills-Training wird eine störungsspezifische Behandlung, sowohl der Sucht, wie der komorbiden Störungen, im psychischen und somatischen Bereich durchgeführt.

Den Metaanalysen der Arbeitsgruppe um Grawe 2004 folgend, haben wir für die Bernhard-Salzmann-Klinik ein Schulen übergreifendes Therapiekonzept entwickelt, das durch motivationale Gesprächsführung, tiefenpsychologische, lerntheoretische, systemische und lösungsorientierte Therapieansätze geprägt wird.

Nach dem eklektischen Therapiekonzept werden sowohl stoffgebundene (Alkohol, Medikamente, Tabak und Drogen) als auch stoffungebundene Abhängigkeiten (pathologisches Glücksspiel, pathologischer PC-Gebrauch) behandelt.

Das Rehabilitationskonzept vom 03.01.2016 S. 17 ff führt im Behandlungsansatz die wichtigsten Theorieansätze und Störungskonzepte aus und basiert somit auf dem bio-psycho-sozialen Modellvorstellungen der ICF.

4.2 Rehabilitationsindikation und -kontraindikation

Die ambulante Behandlung findet in der Regel Gemeinde nah statt, hier ist insbesondere der Landkreis Gütersloh das Einzugsgebiet. Nach Absprache und Abklärung der individuellen Möglichkeiten und der Erreichbarkeit können Rehabilitanden auch aus anderen Regionen aufgenommen werden.

Die **Voraussetzungen** für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung sind:

- Gültige Kostenzusage
- Die Bereitschaft zum Verzicht auf den Konsum von Suchtmitteln
- Aktive Mitarbeit für das Erreichen einer zufriedenen Abstinenz
- Die Bereitschaft zu Suchtmittelkontrollen
- Verzichtserklärung von medialen und digitalen Zugängen zum Glücksspiel und Internetspielen
- Ausreichende Mobilität für die regelmäßige Teilnahme
- Gruppenfähigkeit
- Belastbarkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Erreichbarkeit eines Erfolgs der Maßnahme
- Eine stationäre Behandlung ist nicht oder nicht mehr erforderlich

Eine stabile Wohnsituation verbunden mit einem stabilen und stützenden Umfeld und die Fähigkeit zur selbständigen Haushaltsführung sind notwendig. Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich. Eine Berufstätigkeit ist vorteilhaft, aber nicht Bedingung.

Die rehabilitative Behandlung in der Bernhard-Salzmann-Klinik ist **ausgeschlossen**, wenn schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet bestehen, die eine erfolgreiche Rehabilitation in Frage stellen, wie akute Suizidalität, akut psychotische Erscheinungen aus dem manisch-depressiven oder schizophrenen Formenkreis, fortgeschrittenes mnestisches organisches Psychosyndrom, mit stark eingeschränkter bis aufgehobener Gruppentherapiefähigkeit. Obdachlosigkeit ist eine zusätzliche Kontraindikation für die ambulante Behandlung.

Unser **Behandlungsangebot** beinhaltet neben den 14-tägigen einzeltherapeutischen Gesprächen folgende Gruppen:

- Eine Nachsorgegruppe
- Eine Gruppe für ambulante Fortführung
- Eine Gruppe für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

- Eine Gruppe für Menschen mit einer Drogenabhängigkeit
- Eine Gruppe für Menschen mit einer Glücksspiel- und oder Medienabhängigkeit

Zudem können die Rehabilitanden an dem stationären Indikationsgruppenangeboten der Bernhard-Salzmänn-Klinik teilnehmen.

Alle Leistungsträger, die sich mit der Rehabilitation Abhängigkeitskranker befassen, belegen unsere Einrichtung.

4.3 Rehabilitationsziele

Die Bernhard-Salzmänn-Klinik erbringt u. a. ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen unter Beachtung der in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 genannten Ziele:

- Abstinenz erreichen und erhalten,
- Körperliche und seelische Störungen beheben oder ausgleichen
- Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft erhalten bzw. erreichen

Die infolge einer Gesundheitsstörung drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und des Lebens in der Gesellschaft, soll durch die frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abgewendet, beseitigt, gemindert, eine Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen vermindert werden. Der Rehabilitand soll befähigt (bzw. wieder befähigt) werden, eine Erwerbstätigkeit und ggf. bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, wie es für diese Person – unter Berücksichtigung ihres Lebenskontextes – als üblich zu erachten ist. Der kranke und behinderte Mensch wird somit in seiner Gesamtheit und vor seinem jeweiligen Lebenshintergrund in den Mittelpunkt gestellt (SGB IX).

Anschließend erfolgt die Aufnahme in die Therapiegruppe nach individueller Indikation. Da die ambulante Rehabilitation in das Gesamtkonzept der Bernhard-Salzmänn-Klinik eingebettet ist, verweisen wir bezüglich der übergeordneten Ziele auf das aktuell gültige Gesamtkonzept.

Durch das ambulante Setting findet die Auseinandersetzung mit den individuellen Alltagsherausforderungen statt, die in den Therapieplan einfließen wie zum Beispiel:

- Stabilisierung der Abstinenz
- Rückfallrisiken erkennen und Coping-Strategien entwickeln/anwenden
- Teilhabe am Arbeitsleben und Gesellschaftsleben proaktiv entwickeln
- Problemlagen im familiären und beruflichen Kontext thematisieren und Bewältigungsschritte entwickeln
- Förderliche Freizeitgestaltung entwickeln
- Beratung zur Schuldenregulierung und Geldmanagement

Es finden **wöchentliche Besprechungen des Rehabilitationsteams** zum Verlauf der Behandlung statt. So wird der Rehabilitationsplan kontinuierlich dem Behandlungsverlauf angepasst.

Die Rehabilitanden verpflichteten sich im **Behandlungsvertrag**, einen möglichen **Rückfall** unverzüglich ihrer Bezugstherapeutin anzuzeigen. Die Voraussetzung für eine Fortsetzung der Rehabilitation ist die Bereitschaft der Rehabilitanden, zur Abstinenz zurückzufinden, sich offen und konstruktiv mit seinem Rückfall auseinanderzusetzen, sowohl im Einzel- wie auch im Gruppengespräch, und so den individuellen Rückfall ausführlich mit den auslösenden Faktoren aufzuarbeiten.

Weitere Ziele sind:

- **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** – dazu gehört die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen.
- Das vorrangige **erwerbsbezogene Ziel** ist, entsprechend §33 Sozialgesetzbuch (SGB) IX die Leistungsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben.
- **Barrierefreie Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** bedeutet, dass die behinderte Person - chancengleich wie eine nicht behinderte Person - entsprechend ihren Neigungen und Fähigkeiten in allen ihr wichtigen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann.
- **Entwicklung und Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation** durch: Klärung des aktuellen Anlasses für den Therapiebeginn, Herausarbeiten der Vor- und Nachteile von Konsum und Abstinenz und Bekräftigung positiver Konsequenzen und Erwartungen an die Therapie
- **Übernahme der Verantwortung für den Therapieerfolg** durch Herausarbeiten aktueller und zukünftiger positiver Konsequenzen; Modifizierung falscher suchtmittelbezogener Überzeugungen; Aufbau einer positiven Selbstkontrolle
- **Stärkung der Veränderungsbereitschaft des Rehabilitanden** durch Beachten der gesundheitlichen Situation und Unterstützung bei der Behandlung der Ko- bzw. Multimorbidität
- **Vermeidung von Rückfallrisikosituationen und Bewältigung von Rückfällen** durch Vermittlung des sozial-kognitiven Rückfallmodells nach Marlatt, Modifizierung von Rückfallstimuli; Bekräftigung der Selbstwirksamkeit, Verhaltensanalyse rezenter Rückfälle
- **Verbesserung der Merk- und Konzentrationsfähigkeit** durch andauernde Abstinenz und ggf. Vermittlung in Trainingsprogramme
- **Nikotinabhängigkeit bzw. schädlicher Gebrauch von Tabak** durch die Vermittlung von Informationen, Aufklärung über schädigende Wirkung und Motivationsentwicklung zum Rauchstopp, ggf. Vermittlung in die entsprechenden Programme in der Bernhard-Salzman-Klinik oder bei Krankenkassen.
- **Förderung / Entwicklung von Eigenverantwortung durch Vermittlung von Informationen und Störungsmodellen** bei den nachfolgend genannten körperlichen und psychischen Störungen durch Diagnostik, Vermittlung und Einbeziehung anderer ambulante Behandlungsstellen, ggf. Vermittlung in eine stationäre Behandlung:
Depression, Angst- / Panikstörung, phobische Störung, Autoaggression, Posttraumatische Belastungsstörung, Adipositas / Essstörungen, Schlafstörungen, chronischer Schmerz, Somatisierungsstörung (häufig in Verbindung mit depressivem Störungsbild), somatische Suchtfolge- sowie weitere nach ICD 10 diagnostizierte Erkrankungen
- **Sensibilisierung für eine gesunde Lebensführung** durch Bekräftigung der Wichtigkeit / der Notwendigkeit eines ausgeglichenen Lebensstils für ein suchtfreies Leben. Anregungen zu Sport und Bewegungsangeboten, Entwicklung einer

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

sinnvollen Freizeitbeschäftigung, Klärung von Sinn- und Wertfragen, Thematisierung von Ernährungsfragen.

- **Bei vorhandenem oder Rückkehr an den vorhandenen Arbeitsplatz:** Klärung der beruflichen Situation durch Anamnese, Gespräche mit dem Arbeitgeber und betrieblicher Suchtberatung; Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung
- **Berufliche Wiedereingliederung nach Arbeitslosigkeit** durch Zeitmanagementtraining, Bewerbertraining, Konfliktmanagementtraining, Gruppenangebot zum Umgang mit Mobbing, Empfehlung einer Antragstellung auf Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- **Entwicklung einer zufriedenstellenden Lebensführung** durch die Anregung von Sport-, Entspannungs-, Bildungs- und Freizeitangebote wahrzunehmen, Kontakte zu pflegen bzw. aufzubauen, Besuch einer Selbsthilfegruppe
- **Konflikt- und Krisenbewältigung** durch Konfliktmanagementtraining, Angehörigen- und Paarseminare, Reflexion und Rollenspiele zur Veränderung des dysfunktionalen Verhaltens, (in vivo) Anleitungen zu Übungen in den formellen und informellen interpersonellen Interaktionen im häuslichen und beruflichen Umfeld
- **Sexuelle Orientierung** durch Information, Entpathologisierung, Aufbau eines positiven Selbstkonzepts und Akzeptanz, Empfehlung von Selbsthilfegruppen
- **Individuelles Männer- / Frauenbild** durch Austausch in der Rehabilitandengruppe, Reflexion der Auswirkungen des individuellen Männer- bzw. Frauenbildes auf die Lebenseinstellung, Lebensführung und auf die Partnerschaft; Rollenspiele
- **Selbsthilfegruppenbesuche** werden empfohlen

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Dauer der ambulanten Rehabilitation orientiert sich an den individuellen Notwendigkeiten und umfasst in der Regel zunächst 40 Therapieeinheiten in Form von Einzel- und Gruppentherapie und 4 Einheiten für die Einbeziehung von Bezugspersonen für die Dauer von 26 Wochen. Eine Verlängerung mit weiteren 40 + 4 Therapieeinheiten auf eine Behandlungsdauer von einem Jahr, hat sich immer wieder als sinnvoll und notwendig herausgestellt.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Aufnahmephase

Im Vordergrund stehen in dieser Phase der Therapie, das gegenseitige Kennenlernen und der Aufbau einer tragfähigen Behandlungsbeziehung.

- Die Rehabilitanden erhalten **Informationen über die Suchterkrankung**, Therapieregeln und das Behandlungskonzept
- Die Therapeutinnen und Therapeuten erhalten **Diagnosedaten** aus den ärztlichen Untersuchungen, der psychologischen Testung sowie der Sozialanamnese.
- Daraus entwickelt der Bezugstherapeut mit dem Rehabilitanden den **individuellen Therapieplan**.

Intensivphase

Die Gruppenpsychotherapie findet in einer halboffenen Therapiegruppe statt, in der die Rehabilitanden bis zur Entlassung bleiben. Die Therapiegruppe wird von einem Sucht- und Sozialtherapeuten geleitet.

In regelmäßigen Therapiereflexionen wird der Behandlungsverlauf überprüft, so dass die individuellen Ziele weiterentwickelt werden können und der Behandlungsplan entsprechend aktualisiert werden kann.

In dieser Therapiephase bearbeiten die Rehabilitanden ihre problematischen lebensgeschichtlichen Ereignisse und die Hintergründe ihrer Suchterkrankung.

Gefördert werden Introspektions-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten. Persönliche Ressourcen, Coping-Strategien und rückfall-präventive Kompetenzen werden weiterentwickelt sowie Selbstwertgefühl und Unabhängigkeit unterstützt.

Im ambulanten Setting werden die Rehabilitanden mit ihren Alltagssituationen familiär, beruflich usw. konfrontiert. Die Wirksamkeit der Coping-Strategien können unmittelbar erprobt und Suchtdruck auslösende Situationen reflektiert werden. Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe können geknüpft oder gepflegt werden.

Gibt es einen darüber hinaus gehenden Hilfebedarf während der ambulanten Rehabilitation, kann dieser, z. B. durch das ambulant betreute Wohnen (um Teilhabekompetenzen zu stabilisieren oder zu erweitern), unterstützt werden. Zeigt sich ein deutlicher Behandlungsbedarf, bzgl. psychiatrischer und weiterer psychischer Symptome, werden regionale Fachambulanzen und Praxen empfohlen.

Bei der Behandlung von pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern kann eine Beratung oder Begleitung durch eine Schuldenberatungsstelle notwendig sein.

Entlassphase

In diesem letzten Abschnitt ist die Ablösung aus dem therapeutischen Setting gefordert. In einer abschließenden Therapiereflexion beschreiben die Rehabilitanden ihre Therapieergebnisse. Wir legen Wert darauf, dass jeder seine persönlichen Stärken und erreichten Ziele schriftlich fixiert. Ebenso werden Auslöser für einen möglichen Rückfall und die entsprechenden Coping-Strategien benannt, die Zukunftsperspektiven dargestellt und die geplanten Nachsorgemaßnahmen festgehalten.

Wir empfehlen dringend sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Sollten weitere psychische Erkrankungen, auf der Basis einer stabilen Abstinenzfähigkeit vorhanden sein, werden Behandlungsmöglichkeiten unterstützt, z. B. ambulante Psychotherapie, Beratung in der Suchtambulanz usw.

Die geschilderten Behandlungsphasen sind nicht klar voneinander abgrenzbar, sondern verlaufen zum Teil gleichzeitig und gehen fließend ineinander über. Je nach Schwere des Erkrankungsbildes und entsprechend den individuellen Therapiefortschritten variiert die Dauer der Behandlungsphasen.

Die Behandlung wird regulär beendet, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind.

Eine **nicht-reguläre Beendigung** erfolgt, wenn:

- störende und nicht behebbare Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden
- die Teilnahme nicht regelmäßig erfolgt
- die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist
- ein Rückfall bagatellisiert oder geleugnet wird
- anhaltende Rückfälligkeit

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

- eine andere Behandlungsform angezeigt ist

4.6 Rehabilitationsprogramm

Folgende Behandlungselemente sind Bestandteile des individuellen Therapieangebotes:

- Wöchentliche Therapiegruppe á 100 Min.
- Ca. 14-tägige individuell vereinbarte Einzeltherapie á 50 Minuten
- Medizinische, soziale und psychologische Diagnostik
- Ärztliche Sprechstunde
- Angehörigengespräche und –seminare
- Paargespräche und –seminare
- Gespräche mit Bezugspersonen
- Verschiedene Indikationsgruppen
- Regelmäßige Atemalkohol- und Laborkontrollen

Um der persönlichen und beruflichen Situation der Rehabilitanden gerecht werden zu können, finden Therapiegruppen am frühen Abend und am Vormittag statt.

Die wöchentlich stattfindende **Therapiegruppe** ist die Basis der ambulanten Rehabilitation. Die gemischtgeschlechtliche Gruppe wird halboffen geführt, d. h. freiwerdende Plätze werden kontinuierlich neu besetzt. Eine Gruppe besteht aus 10 – 12 Rehabilitanden, wobei höchstens 2 Plätze mit drogenabhängigen Rehabilitanden besetzt werden. Für die Behandlung von Medienabhängigkeit sowie pathologischem Glücksspiel wird eine eigene störungsspezifische Gruppe angeboten.

Einzeltherapietermine werden individuell vereinbart und sind 14tätig geplant, wobei die individuelle Situation der Rehabilitanden berücksichtigt wird. Demnach sind auch kürzere oder längere Abstände möglich.

Die Rehabilitanden haben die Möglichkeit therapiebegleitend, bei entsprechender Indikation, an den **Indikationsgruppen** der Bernhard-Salzman-Klinik teilzunehmen. Insbesondere sind hier die Angehörigen-, Paar-, Kinder- und Elternseminare zu benennen sowie die Angebote der psychoedukativen Gruppen für Angst und Sucht, Depression und Sucht und Sicherheit finden (PTBS).

Ebenso besteht die Möglichkeit, an den wöchentlich stattfindenden **Gesundheitsvorträgen** teil zu nehmen. Hierzu befindet sich ebenfalls eine Auflistung in der Anlage.

4.7 Rehabilitationsverfahren

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Vor der Antragstellung ist eine 4-wöchige Abstinenz nachzuweisen, durch:

- qualifizierte Entzugsbehandlung
- tagesklinische Behandlung
- stationäre Entwöhnungsbehandlung
- ambulante Beratungsgespräche
- Vorbereitungsgruppe
- Atemalkohol- und Laborkontrollen

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Im Rahmen der ärztlich geleiteten wöchentlich stattfindenden Vorbereitungsgruppe sind Atemalkoholkontrollen und gegebenenfalls Laborkontrollen obligatorisch. Es werden die Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung erarbeitet und abgeklärt, Informationen über die Suchterkrankung vermittelt und erste Therapieziele erarbeitet.

Wenn eine regelmäßige wöchentliche Teilnahme an der Vorbereitungsgruppe nicht möglich ist, werden wöchentliche Einzelgespräche vereinbart.

Ist eine Eigenmotivation und Abstinenzfähigkeit unter ambulanten Bedingungen erkennbar und die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, dann kann der Antrag auf Kostenübernahme beim entsprechenden Kostenträger unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Rehabilitanden erstellt werden. Für den Antrag müssen ein Sozialbericht und ein ärztliches Gutachten erstellt sowie die entsprechenden Formulare der Deutschen Rentenversicherung ausgefüllt werden.

Die Vorbereitung auf eine ambulante Entwöhnungsbehandlung kann ebenfalls im Rahmen einer Entgiftungsbehandlung, suchttagesklinischen Behandlung oder durch eine andere Beratungsstelle erfolgen. Gleichmaßen kann auch dort der Antrag auf Kostenübernahme er- und gestellt werden.

Die Aufnahme wird von den Suchttherapeutinnen in Zusammenarbeit mit dem Aufnahmebüro organisiert, koordiniert und dokumentiert. Im ambulanten Setting ist die telefonische Erreichbarkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden notwendig, z. B. für Kontaktaufnahmen bei Nichterscheinen, usw.

Im Erstgespräch werden Termine für die Diagnostik zeitnah vereinbart:

- Fachärztlich Aufnahmeuntersuchung
- Laboruntersuchung im Rahmen der Aufnahmediagnostik
- Psychologische Testung
- Sozialanamnese und Therapieplanung

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Ärztliche Diagnostik

Eine zielgerichtete Therapie verlangt zu Beginn und im Verlauf eine differenzierte Diagnostik, die dem Motto folgt: Wer helfen will, muss viel wissen.

Bereits am Aufnahmetag findet die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt, am folgenden Tag werden die Laboruntersuchungen durchgeführt.

Die Aufnahmeuntersuchung beinhaltet:

- Erstellung des internistischen, neurologischen und psychiatrischen Aufnahmebefundes.
- Indikationsstellung für eventuelle Entzugsmaßnahmen.
- Einleitung sonstiger ärztlicher Maßnahmen.
- Indikationsstellung für psychotherapeutische Behandlung.
- Eventuelle Einleitung von konsiliarischen fachärztlichen Untersuchungen.

Während des gesamten Therapieverlaufes bleiben die Rehabilitanden in der Betreuung durch den zum therapeutischen Team gehörenden Arzt. Bei den Drogen- und medikamentenabhängigen Rehabilitanden werden in unregelmäßigen Abständen Screenings durchgeführt. Am Ende der Behandlung erfolgt eine ärztliche Abschlussuntersuchung, dazu gehört auch die Stellungnahme zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit für die Rehabilitanden. Alle Untersuchungsergebnisse werden im Entlassungsbericht dokumentiert.

Psychologische Diagnostik

Psychologische Testdiagnostik wird zu Beginn und zum Ende des Therapieverlaufes durchgeführt und dient auch der objektiven Effektivitätskontrolle. Darüber hinaus erfolgt während der Behandlung eine Verlaufskontrolle. Zu Beginn der Behandlung werden von den Diplom-Psychologen Daten zu folgenden Bereichen erhoben:

- Leistungsbereich - LPS 1 - 4, eventuell spezifische Verfahren wie Benton, Raven,
- Persönlichkeitstest – NEO-PI-R, eventuell Frankfurter Selbstkonzeptskala,
- Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung
- SCL-90-R, eventuell vertiefende Diagnostik nach DSM IV
- Spezielle Problembereiche - Trierer Alkoholismusinventar, Fragebogen zum Essverhalten, Spielerfragebogen

Die Ergebnisse und Interpretation werden in Form eines psychologischen Kurzgutachtens im psychologischen Beitrag zum Therapieplan dokumentiert und den übrigen Teammitgliedern wie auch den Rehabilitanden vermittelt. Zum Therapieende werden 16 PF und SCL-90-R sowie bei besonderen Symptomen weitere Diagnostiken nach DSM IV wiederholt, um Veränderungen deutlich zu machen und die Behandlungsergebnisse zu objektivieren. Diese Ergebnisse werden im Abschlussbericht dokumentiert und den Rehabilitanden mitgeteilt.

Sozialarbeiterische Diagnostik

Die Sozialarbeiter erheben zu Beginn der Behandlung eine ergänzende Sozialanamnese. Hier werden die persönlichen Entwicklungen der Rehabilitanden in Herkunftsfamilie und Partnerschaften sowie der berufliche Werdegang und die aktuelle soziale Situation (Arbeit, Wohnung, Finanzen, Freizeit) recherchiert und in Bezug zum Suchtverlauf gesetzt. Das Augenmerk richtet sich dabei nicht nur auf Probleme und Defizite, sondern genauso wichtig auf persönliche Ressourcen und die Therapieziele der Rehabilitanden. Die Kenntnisse werden in das Therapeutenteam zur Erstellung des individuellen Behandlungsplanes eingebracht.

4.7.3 Medizinische Therapie

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist für die ärztliche-medizinische Versorgung zuständig. Ziel ist die Wiederherstellung oder Stärkung der somatischen und psychischen Gesundheit, sowie die Verbesserung der Leistungsfähigkeit. In regelmäßigen Sprechstunden - und darüber hinaus bei akutem Bedarf - sind die Ärzte für die Rehabilitanden erreichbar. Neben der Behandlung von Defiziten und Krankheiten, die bei der Aufnahmeuntersuchung festgestellt wurden, finden insbesondere auch Aspekte der Gesundheitspflege wie z. B. Essverhalten, Übergewicht, Koffein- und Nikotinabusus Beachtung. Bei der Nikotinentwöhnung kann auch Akupunktur eingesetzt werden.

Durch die Kooperation der Bernhard-Salzmann-Klinik mit den Krankenhausabteilungen ist die medizinische Betreuung im Krisenfall durch Ärzte und Suchtfachpflegekräfte rund um die Uhr gewährleistet.

Bei schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen erfolgen konsiliarische fachärztliche Untersuchungen, z. B. in der internistischen und neurologischen Abteilung oder bei niedergelassenen Ärzten. Die Therapievorschlüsse werden dann in Absprache mit den Ärzten in der Bernhard-Salzmann-Klinik umgesetzt.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die Gruppenpsychotherapie findet in einer teiloffenen Gesprächsgruppe von 10-12 Rehabilitanden einer Therapieeinheit statt. Verantwortlich durchgeführt wird sie von

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Mitarbeitern der Berufsgruppen Arzt, Diplom-Psychologe und Diplom-Sozialarbeiter/-pädagogin. Diese Therapeuten sind in der Regel langjährig in der Suchttherapie erfahren und verfügen über entsprechende Weiterbildungen. Die Therapiegruppen finden eingebunden in die spezifischen Therapiekonzepte, i. d. R. einmal wöchentlich für jeweils 100 Minuten statt. Die therapeutischen Interventionen orientieren sich an den individuellen Therapiezielen der Rehabilitanden und an ihrem aktuellen Therapiefortschritt, der kontinuierlich bilanziert wird.

Die Psychotherapiegruppe bietet den Rehabilitanden einen festen Bezugsrahmen, in dem auch die Therapieprozesse aus anderen Angeboten und aktuelle Erfahrungen zusammengeführt werden.

Die Gruppengröße beträgt:

- 10 bis 12 Rehabilitanden bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen
- 6 bis 8 Rehabilitanden bei Drogenabhängigen
- 6 bis 8 Rehabilitanden bei pathologischen Spielern/Medienabhängigkeit

Einzeltherapie

Obwohl der Gruppentherapie in der Behandlung Suchtkranker aufgrund der dort stattfindenden Feedback-Prozesse besonderes Gewicht zukommt, wird auch großer Wert auf Einzeltherapie gelegt, die kontinuierlich im Bezugstherapeutesystem angeboten wird. In der Regel findet eine Einzeltherapiesitzung mit je 50 Minuten 14-tägig statt.

Zu Beginn der Behandlung stehen diagnostische Aspekte im Vordergrund sowie der Aufbau der therapeutischen Beziehung. Die Rehabilitanden erleben Einzelgespräche insbesondere am Anfang oft als spannungs- und angstreduzierend. Sie erlauben sich hier eher, belastende Erfahrungen zu thematisieren, bevor sie es wagen, diese in die Gruppentherapie einzubringen.

Im weiteren Verlauf dient die Einzeltherapie der Vertiefung der therapeutischen Auseinandersetzung und bietet insbesondere auch einen geschützten Rahmen, um Sinn- und Wertfragen, Partnerschafts- und Sexualproblematiken, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sowie Selbstwertkrisen zu bearbeiten.

Familientherapie/ Angehörigenarbeit

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt liegt in der therapeutischen Bearbeitung von Interaktionsproblemen mit dem sozialen Umfeld der Rehabilitanden, insbesondere mit den engsten Bezugspersonen - Partnern, eventuell Eltern, Geschwister, Kinder, Freunde etc. In regelmäßigen Abständen werden in jeder Therapiegruppe ganztägige Angehörigen-

Seminare angeboten, zu denen die Rehabilitanden ihre Bezugspersonen einladen. Ziel

dieser Seminare ist es einerseits, den Angehörigen Informationen über die Suchterkrankung

zu vermitteln, die Auswirkungen im Beziehungsgeflecht zu verdeutlichen und die

Angehörigen zu motivieren, die eigene Selbständigkeit zu stärken und sich ihrerseits

ebenfalls aus abhängigen Beziehungsstrukturen zu lösen. Andererseits zielt die Arbeit im

Seminar darauf, Beziehungsklärungen zwischen den Rehabilitanden und ihren

Bezugspersonen herbeizuführen und Suchprozesse anzuregen, die die Ressourcen der

Beteiligten mobilisieren.

Darüber hinaus werden individuelle Familien- oder Paargespräche vereinbart, wenn eine Einbeziehung von Angehörigen indiziert ist. Diese Gespräche werden von den

Bezugstherapeuten durchgeführt und finden kontinuierlich während der Behandlung statt. Sie können dazu dienen, eingeschliffene Verhaltens- und Kommunikationsmuster zu reflektieren, Konfliktlösungen zu erarbeiten, eine Balance zwischen Gemeinsamkeit und Selbständigkeit zu finden und Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Arbeitsbezogene Themen werden u.a. mit in die Einzel- und Gruppentherapeutische Behandlung integriert (siehe Punkt 4.7.13). Zusätzlich gibt es jedoch auch durch den Sozialdienst der Bernhard-Salzmänn-Klinik ein Angebot der Beratung.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie

Bei Bedarf und verordneter Indikation können die Rehabilitanden an den Angeboten teilnehmen.

Autogenes Training

Nachdem den Rehabilitanden die Methode vorgestellt wurde, können sich die Rehabilitanden entscheiden, an der achtwöchigen Indikationsgruppe in der Bernhard-Salzmänn-Klinik teilzunehmen oder sich lieber der progressiven Muskelrelaxation nach JACOBSEN anschließen. Unserer Meinung nach macht es keinen Sinn, Rehabilitanden zur Teilnahme am autogenen Training gegen deren Willen zu verpflichten, da so die Methode ihre Wirksamkeit verliert.

Progressive Muskelrelaxation

Bei vielen unserer Rehabilitanden - besonders bei alkoholabhängigen – haben wir die Erfahrung gemacht, dass die mehr intellektuelle Vermittlung des autogenen Trainings und die sich erst nach mehrwöchiger Übung einstellenden Erfolge eher demotivierend wirken. Deshalb wird als weiteres Entspannungsverfahren gemäß ärztlicher Indikation die JACOBSEN-Relaxation angeboten. Bei diesem Verfahren verspüren die Rehabilitanden bereits nach der ersten oder zweiten Sitzung die wohltuende psychophysische Umstellung. Die Indikationsgruppe in der Bernhard-Salzmänn-Klinik umfasst einen Zeitraum von vier Wochen.

4.7.7 Freizeitangebote

Ziel der Entwöhnungsbehandlung ist es auch, die Rehabilitanden zu befähigen, ihre Freizeit eigenständig zu gestalten. Dazu bietet die Bernhard-Salzmänn-Klinik ein breites Spektrum an Möglichkeiten, das die Rehabilitanden eigenständig nutzen können:

- Begegnungsstätte Cafeteria
- Bewegungs- und Spielmöglichkeiten im Gelände wie Tischtennis, Minigolf, Gartenschach
- Besuch von Kursen in der örtlichen Volkshochschule und Familienbildungsstätte
- Besuch kultureller Veranstaltungen z.B. Theater, Kino, Konzerte

4.7.8. Sozialdienst

Die Diplom-Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen sind neben der therapeutischen Arbeit auch für die sozialdienstliche Betreuung der Rehabilitanden zuständig. Dieses Angebot umfasst schwerpunktmäßig:

- Beratung in sozialrechtlichen Fragen
- Unterstützung bei der Beantragung von Übergangsgeld, Sozialhilfe u. ä.
- Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme zu Behörden und Ämtern

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

- Zusammenarbeit mit anderen involvierten Institutionen wie Bewährungshilfe, Betreuern, Jugendämtern u. a.
- Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsberatern des Arbeitsamtes und der Leistungsträger zur Erarbeitung von Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung.
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Arbeitgebern zur Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Enge Kooperation mit Entsendestellen zur Wahrung der Kontinuität des Therapieplanes in der ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitation
- Überleitung in Nachsorgemaßnahmen

4.7.9 Gesundheitstraining/ Gesundheitstraining und Ernährung

Gesundheitsvorträge

Für alle Rehabilitanden finden psychotherapeutische und ärztliche Vorträge über Gesundheitsfragen statt. Ziel ist hierbei, den Rehabilitanden Hintergrundwissen über Krankheitsverläufe, Störungsbilder, Therapiemöglichkeiten zu vermitteln, so dass sie die Möglichkeit erhalten, verantwortungsvoller und bewusster mit ihrem Körper umzugehen.

Themen dieser Vorträge sind:

- Amphetamine,
- Psychische Folgeerkrankungen,
- Pathologisches Glücksspiel,
- Paarbeziehung,
- Kinder von Abhängigkeitserkrankten,
- Starke Eltern / Starke Kinder,
- Ich bin OK - Du bist OK,
- Wodurch wirkt die Suchttherapie?
- Drogenabhängigkeit,
- Gesundheitssport und seine psychophysischen Auswirkungen,
- Fahrerlaubnis,
- Internistische Folgeerkrankungen,
- Raucherentwöhnung,
- Abhängigkeit und Sexualität (für Männer und Frauen getrennt).

4.7.10 Angehörigenarbeit

Vom Bezugstherapeuten werden individuelle Familiengespräche angeboten. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass die Angehörigen zunächst die Gelegenheit haben, unbefangen über ihre eigenen Empfindungen und Erlebnisse im Zusammenleben mit dem Suchtkranken zu reden.

Familiengespräch

Zunächst stehen die Nöte und Ängste des Angehörigen im Vordergrund des Gesprächs. Es geht darum, psychische Spannungen und Verletzungen abzubauen, um die Kommunikation in der Beziehung zu verbessern und neues Vertrauen zu schaffen. Es soll eine **vorwurfsfreie Atmosphäre** entstehen, in der es darum geht, Schuldgefühle abzubauen.

Weitere Themen, die z.B. besprochen werden, sind:

- Was bedeutet Co-Abhängigkeit?
- Die anzustrebende Verselbständigung.
- Eine bessere Abgrenzung zwischen den Generationen.
- Die überbehütende Erziehung.
- Gewalt- und Missbrauchserfahrung.
- Schwierigkeiten, miteinander zu kommunizieren.
- Sich Gefühle mitteilen und besser miteinander reden zu lernen.

Das Paarseminar

Das Paarseminar ist ein Angebot für alle Rehabilitanden und ihre Partner während der stationären oder ambulanten Rehabilitation. Das Seminar findet alle sechs Wochen für zwei Tage statt.

Untersuchungen haben gezeigt, dass eine stabile unterstützende Zweierbeziehung die Abstinenzfähigkeit positiv beeinflusst. Vor der Teilnahme am Paarseminar findet in der Regel ein Paargespräch statt, das durch den jeweiligen Bezugstherapeuten angeboten wird. Inhalte des Paarseminars sind:

- Eigene Belastungsgrenzen erkennen und Bewältigungsmechanismen der Abhängigkeitserkrankung erkennen.
- Kommunikations- und Konfliktfähigkeit erlernen.
- Realistische Einschätzung der Rückfallgefahren anerkennen und möglichen Rückfällen präventiv entgegenwirken.
- Die positive Wertschätzung füreinander stabilisieren und erweitern.
- Das möglicherweise erschütterte Vertrauen anerkennen und dieser Erschütterung entgegenwirken.
- Gemeinsame und getrennte Zielperspektiven entwickeln und sich darüber austauschen.
- Die eigenen Wünsche und Bedürfnisse formulieren lernen und die des anderen akzeptieren können.

Angehörigenseminar

Das Angehörigenseminar möchte erwachsene Kinder, Eltern, Freunde, PartnerInnen usw. ansprechen, die den Betroffenen in seinem Abstinenzvorhaben unterstützen wollen.

Es findet alle vier Wochen statt, Inhalte sind:

- Einen möglichen eigenen Hilfebedarf erkennen und die Motivation erhöhen, sich unterstützen zu lassen.
- Sich mit anderen betroffenen Angehörigen über Erfahrungen und Lösungswege austauschen.
- Informationen über Suchterkrankungen erhalten.
- Offen über die Rückfallrisiken sprechen und eigene Bewältigungsstrategien entwickeln.
- Die Abhängigkeitserkrankung verstehen.
- Praktische Hilfestellung für das gemeinsame Alltagsleben (eigener Suchtmittelkonsum u.a.).
- Aus den verschiedenen Perspektiven, z.B. erwachsener Kinder, Partnerinnen, guter Freunde, Eltern usw. den Blick auf die eigene Geschichte wagen.

Ziel des Seminars ist es, dass die Rehabilitanden in ein Umfeld zurückkehren, das ein weitergehendes Verständnis der Abhängigkeitserkrankung entwickelt hat, indem Unterstützung ohne Selbstaufgabe möglich wird.

Kinder-Eltern-Seminar

Kinder, die in suchtbelasteten Familien mit einem oder zwei abhängigen Elternteilen aufwachsen, sind besonderen Entwicklungsbedingungen und möglichen Belastungen ausgesetzt. Abhängige Eltern gehen aufgrund eigener Scham- und Schuldgefühle sowie Bagatellisierungs- und Verleugnungstendenzen häufig davon aus, dass ihre Kinder von der Suchtentwicklung kaum etwas mitbekommen haben.

Diese Annahme können wir nicht bestätigen.

Es gibt ein Leidenspotenzial und eine Mitbetroffenheit auf Seiten der Kinder. Von daher ist unsere therapeutische Zielsetzung sowohl auf die Rehabilitanden der Klinik, als auch auf deren Angehörige gerichtet.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

In die Familiengespräche mit Kindern sind je nach Alter und individuellem Bedarf folgende Gesichtspunkte mit einzubeziehen:

- **Informationen** über das Krankheitsbild vermitteln: Die leidvollen Erfahrungen können vom Kind so besser eingeordnet und das Verhalten des Vaters / der Mutter kann in einem anderen Zusammenhang bewertet und verstanden werden.
- Welche **Einstellungen** und **Erwartungen** haben die **Kinder** gegenüber der Therapie: Wie werden sie z.B. mit einem Klinikaufenthalt fertig? Welche Verhaltensänderungen erwarten sie davon?
- **Verbalisierung von Emotionen** ermöglichen: Wie haben die Kinder das Verhalten des Vaters / der Mutter erlebt? Welche Ängste, Nöte und Sorgen haben sie sich gemacht? Gab es Ärger, Wut, Aggressionen ihnen gegenüber? Haben die Kinder Scham- und Schuldgefühle erlebt? Kann diese Aussprache, und in welchem Rahmen, zu Hause weitergeführt werden?
- Die Rehabilitanden machen ihren **Therapiefortgang transparent**: Was hat sie letztlich dazu gebracht (Motivation) sich zu einer Behandlung zu entschließen? War es schwierig für sie, sich selbst als abhängig zu akzeptieren (Krankheitseinsicht)? Welche Gründe sieht der erkrankte Elternteil für die Entstehung der Sucht (Ursachenanalyse)?
- Gemeinsam **konkrete Verhaltensänderungen** planen: Wie lässt sich die Kommunikation und Konfliktbewältigung verbessern? Können bestimmte Zeiten festgelegt werden, zu denen die Kinder sich über ihre alltäglichen Nöte und Probleme mit den Eltern austauschen können? Ist es notwendig, Absprachen und Planungen schriftlich festzuhalten? Welche gemeinsamen Freizeitgestaltungen sind von Interesse? Wie können Aufgaben in der Familie besser verteilt werden? Wie kann die Eigenverantwortung und Selbständigkeit der Kinder gefördert werden? Wie können sie sich besser von den Belangen der Erwachsenen abgrenzen und falsches Rollenverhalten aufgeben?
- **Nachsorge** – die Familie bzw. die **Kinder** zukünftig therapeutisch begleiten: Sind wegen spezieller gesundheitlicher oder psychischer Probleme der Kinder intensivere therapeutische Interventionen nötig, die den Rahmen der Suchttherapie sprengen? Ist es sinnvoll die Kinder in die therapeutische Nachsorge der Suchtbehandlung mit einzubeziehen?

Neben Familiengesprächen bieten wir auch Kinder-Eltern-Seminare an. Das Seminar findet viermal im Jahr statt und richtet sich an 8- bis 14-jährige Kinder und beide Eltern.

Zielsetzung des Seminars

Bezogen auf die **Kinder** sind folgende Zielsetzungen wichtig:

- Abbau des Tabus, über die Sucht zu sprechen.
- Suchtbezogene Informationsvermittlung an die Kinder durch die Mitarbeiter(innen) der BSK und die beteiligten Eltern.
- Mitteilen von Erfahrungen, Wahrnehmungen, Ängsten und Unsicherheiten.
- Erleben in einer Peer-Group mit gleichermaßen Betroffenen und Erleben des Verstandenwerdens.
- Klärung des Beziehungswunsches gegenüber dem abhängigen Elternteil.
- Abbau von Schuldgefühlen.
- Reduktion der Verantwortungsübernahme.
- Ermutigung von Abgrenzung.
- Ermutigung zum Kindsein.
- Bedürfnisse und Wünsche wahrnehmen und aussprechen

Zielsetzung bezogen auf die **Eltern**:

- Sensibilisierung für die Auswirkungen der eigenen Suchtentwicklung auf die Lebensgestaltung der Kinder.
- Wahrnehmung der Betroffenheit und ggf. auch von Entwicklungsdefiziten der eigenen Kinder.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

- Stärkung des Einfühlungsvermögens (empathisch spiegeln...)
- Reflektion der Mutter- bzw. Vaterrolle, ressourcen- und zielorientiert.
- Entwicklung konkreter alternativer Elternkompetenzen.
- Übernahme einer klaren Elternrolle bzw. Elternverantwortung.
- Abbau von Parentifizierung des Kindes und ggf. Stärkung der Elternbeziehung.

Therapeutische Zielsetzungen:

- Eine gemeinsame Ebene des Spielens, Nachdenkens und Austauschens finden.
- Keiner der Beteiligten, insbesondere der Gäste, soll durch das Wochenende überfordert werden.
- Jede teilnehmende Person wird in ihrer Individualität und in ihrem Entwicklungsstand respektiert.
- Die Grenzen der Teilnehmenden werden respektiert.
- Sensible Moderation der Eltern-Kind-Interaktion.
- Gewinnung diagnostischer Informationen bezüglich der Situation des Kindes sowie der Eltern-Kinder-Interaktion, wobei wir uns in erster Linie als Anwalt des Kindes verstehen.
- Unterstützung des Kindes in seiner Suche nach Informationen und in seinem Versuch, die Eltern-Kind-Beziehung zu klären.
- Im Seminarverlauf oder in der Weiterbearbeitung mit dem abhängigen Elternteil erfolgt die Beratung der Eltern, wie dysfunktionale Rollenverteilungen wahrgenommen und verändert werden können und wie bei Bedarf Entwicklungsdefizite des Kindes unter Inanspruchnahme weiterer professioneller Hilfe aufgeholt werden können.

Zielsetzung des Seminars ist es, einerseits eine prophylaktische Wirkung für die Kinder und Jugendlichen, andererseits die Stabilisierung des familiären Systems in einem neuen, entwicklungsfähigen Gleichgewichtszustand zu unterstützen.

Die besonderen Vorteile von Kinder-Eltern-Seminaren während der stationären Entwöhnungsbehandlung bestehen darin:

- Die Eltern befinden sich in einem Veränderungsprozess.
- Sie sind besonders für sich selbst und auch die Bedürfnisse von Familienangehörigen sensibilisiert.
- Eine erhöhte Bereitschaft zur Auseinandersetzung ist vorhanden.
- Der Austausch unter Betroffenen fördert eine erhöhte Verantwortungsübernahme.
- Gefühle der Solidarisierung stärken den Mut, Auseinandersetzungen zu führen.
- Die professionelle Unterstützung erhöht die Bereitschaft, sich mit dem bisher Geschehenen verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen.

Dabei wollen wir in jedem Fall vermeiden, dass:

- Die abhängigen Eltern stigmatisiert werden.
- Eine Pathologisierung der Familie stattfindet.
- Eine Pathologisierung der Kinder passiert.
- Keine Fokussierung auf die Probleme und Defizite geschieht (Positivliste).
- Die Beteiligten überfordert oder ein ausschließlich ernstes und/oder langweiliges Wochenende erlebt wird.

4.7.11 Rückfallmanagement

Die Abstinenz von Suchtmitteln ist die Basis unserer ambulanten medizinischen Entwöhnungsbehandlung. Als Maßnahmen für die Vorbeugung von Suchtmittelrückfällen während der Therapie werden regelmäßige und unangekündigte Alkoholkontrollen (Atemalkoholkontrollen und Ethylglucuronid (ETG)-Untersuchungen) sowie Medikamenten- und Drogenscreenings vorgenommen. Zudem wird das Thema Rückfallprävention unter Einbeziehung einschlägiger Rückfallmodelle (u.a. Marlatt, 1985) in den Einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen wiederholt thematisiert. Jeder Rehabilitand wird angeleitet, individuelle Risikosituationen, die einen Rückfall begünstigen könnten, zu eruieren und

hinsichtlich alternativer Bewältigungsmöglichkeiten zu beleuchten. Unter Anleitung erstellt jeder Rehabilitand eine für ihn spezifische Notfallkarte, die ihm in einer Krisensituation alternative Erlebens- und Verhaltensweisen deutlich machen soll.

Da nach unserer Auffassung Rückfälle zum Krankheitsbild einer Abhängigkeitserkrankung gehören, bedeutet ein einmaliger Rückfall nicht die Entlassung. Bei einem Rückfall wird der Rehabilitand bei Bedarf auf die Entzugsstation verlegt. Im Anschluss findet ein Gespräch mit dem betreffenden Team auf der Station statt. Die Entscheidung über die Fortsetzung der Therapie wird individuell getroffen, wobei der Zeitpunkt, der Zeitraum, der Ort, an dem der Konsum stattfand, sowie der individuelle Umgang des Rehabilitanden mit dem Rückfallgeschehen eine Rolle spielen. Bei Fortsetzung der Therapie führt der Rehabilitand eine Verhaltensanalyse der vorausgehenden und auslösenden Bedingungen des Rückfalls durch, die er dann in seiner Bezugsgruppe vorstellt. Die Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkontrollen sowie stattgehabte Rückfälle werden in der elektronischen Patientendokumentation festgehalten.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentralen Dienstes (ZD) in der LWL-Bernhard-Salzmann-Klinik sind auch für Rehabilitanden aus der ambulanten medizinischen Rehabilitation *eine* zentrale Anlaufstelle. Die Klinik ist mit Notfallkoffern und Defibrillator ausgestattet. Das Pflegepersonal nimmt regelmäßig an Notfallschulungen sowie Pflichtschulungen zu Brandschutz, Arbeitssicherheit und Hygiene teil.

Neben einer pflegerischen Grundausbildung hat der Großteil unseres Pflegepersonals eine zweijährige Zusatzqualifikation zur Suchtfachpflegekraft und ist somit umfassend fachspezifisch weitergebildet.

Folgende Angebote können genutzt werden:

- Erhebung von ersten Suchtmittelkontrollen (AAT und Drogenschnelltest),
- Erfassung der Vitalwerte und Bereitstellen von Unterlagen als Vorbereitung der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung,
- Vorbereitung der Entlassformalitäten, Veranlassung und/oder Durchführung nötiger Untersuchungen (Laborkontrollen, Vitalwerte) vor der Entlassungsuntersuchung

Neben der LWL-Bernhard-Salzmann-Klinik haben die Rehabilitanden ebenfalls die Möglichkeit die ärztliche Sprechstunde der LWL-Suchtambulanz (3x wöchentlich) auf der gleichen Etage der ambulanten medizinischen Rehabilitation zu nutzen und sich zudem von dem Fachpersonal (MTA und Arzthelferinnen) beraten und medizinisch versorgen zu lassen.

4.7.13 Weitere Leistungen

BORA

Rehabilitanden der ambulanten Rehabilitationsbehandlung haben die Möglichkeit bei Fragen zur beruflichen Orientierung und (Wieder-) Eingliederung die BORA- Beratung (berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter) in der LWL-Bernhard-Salzmann Klinik wahrzunehmen. Zusätzlich können auch Indikationsgruppen im Rahmen dieser Thematik besucht werden, wie z. B. das Bewerbertraining. Für nähere Informationen siehe BORA- Konzept der Bernhard-Salzmann-Klinik in der Anlage.

Patienten der ambulanten Rehabilitation können außerdem an dem Projekt BORA-TB teilnehmen, sofern sie eine stationäre medizinische Rehabilitation in der LWL-Bernhard-Salzmann-Klinik absolviert haben und der Behandlungskostenträger die DRV Westfalen/ Bund/ Knappschaft Bahn-See ist.

Für mehr Informationen über das Projekt BORA-TB und die Tätigkeiten der Teilhabebegleiter im Raum Ostwestfalen bitte die Anlage BORA-TB beachten.

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen oder langfristig zu stabilisieren, können weitere Leistungen im Anschluss an die stationäre Rehabilitation erforderlich sein.

Selbsthilfegruppen-anschluss / Wohnbetreuung

Da der Besuch von Selbsthilfegruppen geeignet ist, die Abstinenz zu stabilisieren, wird den Rehabilitanden bereits während der Rehabilitationsbehandlung nahegelegt, den Anschluss an eine Selbsthilfegruppe herzustellen. Bei spezieller Indikation, z.B. dem Vorliegen von psychiatrischer und/oder somatischer Komorbidität, wird die fachärztliche Weiterbehandlung empfohlen. Bei psychiatrischen Störungsbildern wie Angststörung und posttraumatischer Belastungsstörung wird den Rehabilitanden die Einleitung, ggf. Fortsetzung einer ambulanten Psychotherapie angeraten. Sie werden auch dabei unterstützt. Für Rehabilitanden, welche nach der Entlassung einer Unterstützung bei der selbständigen Lebensführung bedürfen, wird beim Leistungsträger ambulant oder auch stationär betreutes Wohnen beantragt. Kontakt mit dem Leistungserbringer wird diesbezüglich aufgenommen, Vorstellungsgespräche werden durchgeführt.

Stufenweise Wiedereingliederung

Stehen Rehabilitanden in einem Beschäftigungsverhältnis oder üben sie eine selbständige Tätigkeit aus und lässt es deren gesundheitlicher Zustand nicht zu, dass sie die Beschäftigung oder Tätigkeit direkt im Anschluss an die Rehabilitation wieder im bisherigen zeitlichen oder inhaltlichen Umfang aufnehmen, bestand bei Beginn der Rehabilitation Arbeitsunfähigkeit oder lagen im Jahr davor sehr lange (mehr als zwei Monate) oder gehäufte Arbeitsunfähigkeitszeiten vor, sind die Rehabilitanden ausreichend belastbar und werden sie arbeitsunfähig entlassen, dann ist bis zum Ende der Rehabilitationsbehandlung eine stufenweise Wiedereingliederung einzuleiten. Das Verfahren der Wiedereingliederung beginnt mit der Abklärung der medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vier Wochen vor dem Ende der Rehabilitationsbehandlung. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, wird der Stufenplan (stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben) mit einer Prognose, ab wann mit einer Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit voraussichtlich zu rechnen ist, vom behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin in Absprache mit der/dem Rehabilitandin/Rehabilitanden erstellt. Dieser Stufenplan wird vom Versicherten dem Arbeitgeber weitergeleitet. Dieser erklärt sein Einverständnis mit dem vorgesehenen Stufenplan oder er lehnt diesen ab. Bei Bedarf ist auch Kontakt mit dem behandelnden Arzt und/oder dem Betriebs- bzw. Werksarzt aufzunehmen.

Bei Zustimmung des Arbeitgebers wird der von diesem unterzeichnete Stufenplan spätestens am Tag der Entlassung sowohl der Deutschen Rentenversicherung als auch der zuständigen Krankenkasse zusammen mit der Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung per Fax zugesendet.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ist die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert, wird Kontakt mit dem zuständigen Reha-Fachberater der Rentenversicherung oder der zuständigen Agentur für Arbeit aufgenommen, um abzuklären, ob und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung, Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)) angezeigt und einzuleiten sind.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Beendigungskriterien

Als regulär abgeschlossen gilt die Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn der Bewilligungsrahmen einschließlich der eventuell erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Bewilligungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Rehabilitationsziel früher erreicht werden konnte. Die ambulante Rehabilitation

Abhängigkeitskranker ist nicht mehr indiziert, wenn der Rehabilitand ohne Hilfen in der Lage ist, bezüglich seines Suchtmittels bzw. seines abhängigen Verhaltens abstinent zu leben.

Vorzeitig wird ein Rehabilitand auf ärztliche Veranlassung aus medizinischen Gründen entlassen, wenn seine Belastbarkeit für rehabilitative Maßnahmen nicht oder nicht mehr besteht, eine spezielle Diagnostik oder Therapie zu Lasten der Krankenkasse am Heimatort erforderlich oder eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht Erfolg versprechend ist.

Eine vorzeitige Entlassung mit ärztlichem Einverständnis erfolgt auf Wunsch der/des Rehabilitanden aus dringenden persönlichen Gründen.

Eine irreguläre Entlassung erfolgt entweder vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis oder disziplinarisch. Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis bedeutet, dass der Rehabilitand die Leistung eigenmächtig abgebrochen hat. Disziplinarisch wird ein Rehabilitand entlassen, wenn sein Verhalten einen ordnungsgemäßen Rehabilitationsverlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn er während der Rehabilitation berechnete Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigt. Zu den diesbezüglichen Verstößen zählen wir: Suchtmittelkonsum innerhalb des Klinikgeländes, Gewaltanwendung gegen Personen, mutwillige Sachbeschädigung, Rauchen innerhalb des Klinikgebäudes, Diskriminierung von Mitpatienten oder Personal z.B. durch neonazistische Äußerungen oder grobe verbale Herabwürdigung.

Die Vorbereitung des Rehabilitanden auf die Entlassung

Die ambulante Medizinische Rehabilitation ist *ein* Baustein des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen. Sie ist kein Selbstzweck, sondern bezieht sich in ihrer Diagnostik und Therapie auf die Lebenswirklichkeit der Rehabilitanden, hat deren Teilhabe in den ihnen wichtigen Lebensbereichen zum Ziel. Die Verbesserung der Funktionsfähigkeit innerhalb des Rehabilitationsbetriebs ist somit kein Gradmesser für den eigentlichen Therapieerfolg, sondern dieser bemisst sich nach dem Teilhabegewinn, den die Rehabilitanden aus der Therapie für ihren Lebensalltag erzielen. Die Interventionen zum Erwerb und zur Konsolidierung funktionaler Aktivitäten innerhalb der ambulanten Rehabilitation zielen von Beginn an über die ambulante Rehabilitationszeit hinaus auf die Fähigkeit der Rehabilitanden, ihre relevanten Lebensbereiche dauerhaft autonom ohne suchtmittelbedingte Probleme zu gestalten. In diesem Sinne sind die Vorbereitung und Nachbereitung von Freizeitbeschäftigung, Gerichtsterminen, Kontakten zur Arbeitsvermittlung, die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe am Heimatort usw. bereits als Vorbereitung auf die Entlassung zu verstehen.

Der "Gedanke der Entlassung" wohnt insofern der gesamten ambulanten Rehabilitation inne, als das Erfordernis des Transfers des im gecoachten ambulanten Umfeld erworbenen Wissens und Könnens in die Lebenswirklichkeit der Rehabilitanden allgegenwärtig ist.

Die konkreten Maßnahmen vor dem regulären Entlassetermin:

Mit den konkreten Vorbereitungen wird frühzeitig begonnen, in der Regel vier Wochen vor dem festgelegten Entlassungstermin. Die einzelnen Schritte erstrecken sich bis zum Entlassungstag und folgen einem zertifizierten Plan, in dem Zeit, Aufgaben, Dokumentation und Zuständigkeiten bestimmt sind. Die entsprechenden Dokumentationen sollen zwei Arbeitstage nach Entlassung der Rehabilitanden dem Schreibbüro zugeführt sein, damit der Entlassungsbericht nach dem Leitfaden der DRV so zeitig erstellt werden kann, dass er binnen 14 Tagen dem Leistungsträger vorliegt.

Die konkreten Vorbereitungen einer regulären Entlassung beziehen sich zum einen auf die Maßnahmen, die indiziert sind, um den Transfer des unter ambulanten Rehabilitationsbedingungen erworbenen funktionalen Verhaltens unter den Alltagsbedingungen zu gewährleisten. Die spezifischen Maßnahmen werden mit dem Rehabilitanden besprochen und auf den Weg gebracht. Es erfolgt ggf. die Kontaktaufnahme zu einem niedergelassenen Psychotherapeuten, die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung, die An- bzw. Rückmeldung bei der zuständigen Suchtberatungsstelle. Ggf. wird der gesetzliche Betreuer in die Entlassvorbereitungen einbezogen. Es werden bei Bedarf Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, z.B. betreutes Wohnen, beantragt. Die an der Behandlung beteiligten Therapeuten bilanzieren mit dem Rehabilitanden die Therapie und dokumentieren ihre Ergebnisse. Ebenso erfolgen bilanzierende Rückmeldungen

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

durch die Mitpatienten der Bezugsgruppe. Des Weiteren erfolgen die Kontrolle der psychologischen Testdiagnostik und die psychologische Abschlussuntersuchung sowie die ärztliche Entlassuntersuchung mit ausführlicher Besprechung der Ergebnisse (einschließlich der Laboruntersuchung zum Abschluss).

5. Personelle Ausstattung

Die Bernhard-Salzmann-Klinik ist Teil des LWL-Klinikums Gütersloh mit der Betriebsleitung:

Kaufmännischer Direktor

Timo Siebert

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. Klaus-Thomas Kronmüller

Pflegedirektor

Prof. Dr. Michael Löhr

Chefarzt für das Suchtmedizinische Zentrum

Dr. med. Ulrich Kemper

Therapeutische Leitung

Ulrike Dickenhorst

Leitende Oberarzt

Georgios Mantikos

Basissollstellenplan Ambulante Rehabilitation	
Leitung	0,5 VK
Arzt	0,1 VK
Therapie	2,0 VK

Die Besetzung aller Stellen ist gewährleistet. Vierteljährlich wird der Personalstandsbogen dem federführenden Rentenversicherungsträger der DRV Westfalen, der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft sowie der DRV Bund übersandt.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über die vorgeschriebenen Ausbildungen, gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 14.05.2011 und den Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in der Fassung vom 23.09.2011.

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören verschiedene Berufsgruppen an, die über qualifizierte Aus- und Weiterbildungen sowie über Berufserfahrung in der Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen verfügen.

Die Behandlung steht unter der Leitung und Verantwortung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie.

Aufgaben des Arztes:

Der Arzt ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ihm untersteht die Leitung und Verantwortung für die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Zu den Aufgaben gehören:

- Die Anamneseerhebung, die allgemeinärztliche, körperliche, neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation
- Die gegebenenfalls Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie
 - Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und Rehabilitationsziels

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

- Zwischen- und Abschlussuntersuchungen und Dokumentation
- Leitung der Fall- und Teambesprechung
- Teilnahme an der Supervision
- Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten und/oder Kliniken

- Erstellung des Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung, gemäß dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht
- Konzeptionelle Weiterentwicklung

Aufgaben des Psychologischen Psychotherapeuten:

- Durchführung der psychologischen Testung und Besprechung der Ergebnisse mit den Rehabilitanden
- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplanes mit dem Rehabilitanden, der Bezugstherapeutin und dem Arzt
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
- Mithilfe bei Kriseninterventionen
- Mitarbeit bei der Anamnese
- Mitarbeit bei der Erstellung des Entlassungsberichtes
- Konzeptionelle Weiterentwicklung

Aufgaben des Diplom Sozialarbeiter/-pädagogen, Sucht- und Sozialtherapeuten:

- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplanes mit dem Rehabilitanden, dem Psychologen und dem Arzt
- Durchführung der therapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen, inklusive Vor- und Nachbereitung
- Durchführung von Gesprächen mit Bezugstherapeuten, inklusive Vor- und Nachbereitung
- Hilfen bei Kriseninterventionen
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Zwischenbilanzierung und Verlaufsbericht, einschließlich der Erstellung eines therapeutischen Verlaufsberichtes
- Ergänzende Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese, einschließlich Dokumentation
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
- Teilnahme an externer Supervision
- Mitarbeit an der Katamnese
- Mitarbeit bei der Erstellung des Entlassungsberichtes
- Außentermine im Rahmen der Kooperation
- Konzeptionelle Weiterentwicklung
- Hilfen im sozialen Umfeld (z. B. Kontakte mit Arbeitgebern, Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes, bzw. bei der Integration ins berufliche Umfeld, sozialrechtliche Beratung)
- Kooperation mit in der Nachsorge eingebundene soziale Dienste sowie Selbsthilfegruppen

Die Dipl.-Sozialarbeiterinnen verfügen über eine mehrjährige Berufserfahrung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Sie haben eine auf das Tätigkeitsfeld Sucht bezogene von dem VDR anerkannte Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Rehabilitation sind zu einer intensiven und austauschorientierten Zusammenarbeit im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen, Fallbesprechungen und externer Supervision verpflichtet.

6. Räumliche Gegebenheiten

Seit Anfang 2015 befindet sich die ambulante medizinische Rehabilitation im kernsanierten Haus I - dem heutigen Ambulanzzentrum - im ersten Obergeschoss. Büros, Einzel- und Gruppentherapie Räume sind hier untergebracht.

Im Ambulanzzentrum befinden sich u. a. die Sucht-, Allgemeinpsychiatrische und die Familienambulanz. Gruppenräume werden teilweise gemeinsam genutzt. Die räumliche Nähe unterstützt die sprichwörtlich kurzen Wege, so dass bei Bedarf die Rehabilitanden auf verschiedene fachliche Dienste zurückgreifen können. Beispielsweise ist in Krisensituationen jederzeit ärztliches Personal erreichbar.

Das direkt an der Hermann-Simon-Straße gelegene Ambulanzzentrum, stellt schon allein durch seine Lage, eine Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung dar und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Bushaltestellen befinden sich in unmittelbarer Nähe. Ausreichende Parkmöglichkeiten sind ebenfalls vorhanden.

Ein barrierefreier Zugang, gemäß den Vorschriften des SGBI, SGBIX und Behindertengleichstellungsgesetzes BGG V, ist gegeben.

Für Sport und Freizeitaktivitäten verfügt die Klinik über einen Sportplatz, eine Minigolfanlage, ein Beachvolleyballfeld, einen Bocciaplatz, 2 Tischtennisplatten, eine Bogenschießanlage und einen Grillplatz.

In allen Gebäuden herrscht Rauchverbot. Auf dem Klinikgelände wurde ein Raucherpavillon errichtet, um Eingangsbereich und Wege rauchfrei zu halten.

7. Kooperation und Vernetzung

Ein Suchthilfesystem kann nur so gut wie die geleistete Vernetzung sein.

Kooperation mit:

- Ambulante Ergotherapie des LWL-Klinikums:
Die ambulante Ergotherapie bietet zusätzliche tagesstrukturierende Maßnahmen durch psychoedukative Programme, praktische Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen, Einzel- und Gruppengespräche, Arbeitsfähigkeitsdiagnostik an.
- Suchtambulanz:
Stabilisierung über z. B. tägliche Atemalkoholkontrollen, gemeinsame Paar- oder Familiengespräche, wenn z. B. der Partner oder die Partnerin in der Suchtambulanz beraten wird, weitergehende medikamentöse Behandlung.
- Familienambulanz:
Hier kommen die Vermittlung und der Kontakt besonders bei familiären Problemen und Schwierigkeiten mit Kindern zum Tragen sowie der Abklärung einer möglichen Kindeswohlgefährdung.
- Psychiatrische Ambulanz:
Wir empfehlen die Anbindung bei Komorbidität, psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen der Rehabilitanden oder ihren Angehörigen.
- Qualifizierten Entzugsstationen und Entgiftungsstationen im LWL und darüber hinaus.
- Regionale Verbände Bielefeld/Gütersloh und die Arbeitsgemeinschaft des östlichen Ostwestfalens (schriftliche Vereinbarungen durch DRV Westfalen bestätigt).
- Hausärzte / niedergelassene Ärzte.
- Selbsthilfegruppen.
- Örtlich zuständige Schuldner- und Insolvenzberatung.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

- JVA Bielefeld.
- Kooperation mit bundesweit ansässigen Beratungsstellen.
- Fachdienst für betriebliche psychosoziale und Suchtprävention (LWL), Kontakt zu betrieblichen Ansprechpartner (AG-OWL).
 - Arbeitsgemeinschaft Bielefeld/Arbeitsgemeinschaft Gütersloh Vernetzung aller Akteure im Sucht(selbst)hilfesystem.
 - Aktive Teilnahme im Bundesverband der stationären Suchthilfe „buss“ (Kongresse, AG-West, Qualitätszirkel-Verhaltenssucht und Adaptionsbehandlung).
 - Forschungsprojekte:
 - Neurokontrolltraining (2013/2014; *Multicenterstudie Lindenmeyer;*)
 - Traumastudie (*seit 2010 laufend; UK-HH*)
 - Rehabilitanden Management Kategorie (*ist in der BSK implementiert; 2007 - 2013; Charité, Berlin*)
 - Spielerkatamneseuntersuchung (2013 - 2015; *buss, UK-Mainz*)
 - Fachverband Glücksspielsucht
 - Fachverband Medienabhängigkeit

Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen gibt es nicht!

Darüber hinaus ist der Chefarzt der Klinik persönlich Mitglied:

- der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.
- des norddeutschen Suchtforschungsverbands e. V.
- des Vereins für gemeindeorientierte Psychotherapie e. V.
- des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz
- des deutschen Bundes der Chefärztinnen und Chefärzte von Suchtkliniken e. V.
- des Fachverbandes Glücksspielsucht e. V. und
- des Fachverbandes Medienabhängigkeit e. V.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Bernhard Salzmann Klinik setzt das Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung um. Es umfasst Patientenbefragungen, Visitationen, Peer-Review-Verfahren der Entlassungsberichte, Messung der Laufzeiten der Entlassungsberichte und Erfassung und Auswertung der therapeutischen Leistungen (KTL). Die Rückmeldungen werden im jährlich stattfindenden Management Review ausgewertet und dienen somit zur ständigen Verbesserung des therapeutischen Angebotes, der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Bernhard-Salzmann-Klinik hat seit 2001 ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001:2000 aufgebaut. Alle qualitäts- und sicherheitsrelevanten Prozesse wurden beschrieben und sind in einem QM-Handbuch dargelegt. Die Qualitätsorientierung der Klinik ist in der Qualitätspolitik beschrieben.

Damit Qualitätsmanagement in der Klinik lebendig werden kann, ist es uns wichtig, alle Beschäftigten einzubinden. Dies gelingt in unserer Klinik durch die gemeinsame Arbeit in Verbesserungsprojekten und Qualitätszielen.

Ein abgestuftes Besprechungswesen, in das alle Führungsebenen und Mitarbeiter/innen einbezogen sind, gewährleistet, dass Informationen in allen Bereichen der Klinik ankommen. Besprechungen finden auf der Ebene der Gesamtklinik, in den einzelnen Bereichen und in den Teams statt.

Die Arbeitsprozesse in allen Behandlungsbereichen der Klinik basieren auf fachspezifischen Konzepten, Leitlinien und Standards. Die Gestaltung der Arbeitsabläufe die Wünsche und Bedürfnisse von Rehabilitanden und deren Angehörigen. Alle erbrachten Leistungen werden

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

im Rahmen der patientenbezogenen Dokumentation nachgewiesen. Gute Qualität muss gestaltet, gefördert und entwickelt werden.

Eine konsequente Prozessorientierung ist notwendig, da die Qualität der Suchtkrankenversorgung abhängt von der Qualität der in den Einrichtungen ablaufenden Behandlungsprozesse. Deren Qualität beruht letztlich auf der Qualität der gesamten Einrichtung, ihrer Haltung und ihres Menschenbildes, des Aufbaus ihrer Organisation sowie der Qualifikation und dem Engagement ihrer Führung und ihrer Mitarbeiter. Ein gemeinsam erarbeitetes Leitbild ist die Basis hierfür.

Das suchtspezifische QM-System der deQus berücksichtigt auf der Grundlage des Total Quality Managements (TQM) diese vielschichtigen Zusammenhänge.

Ein wissenschaftlich begründetes Konzept bildet die Grundlage der Behandlung. Die Therapie wird indikationsgerecht gemäß internationaler Diagnostik (ICD 10) durchgeführt, sorgfältig und gewissenhaft gesteuert, kontinuierlich überwacht und ggf. modifiziert. Die Einrichtungen übernehmen regionale Versorgungsverantwortung und fördern die Vernetzung aller Institutionen der Suchthilfe in der Region unter Einbezug des allgemeinmedizinischen Versorgungssystems.

Fach- und Fortbildungsveranstaltungen der Klinik werden von den Kooperationspartnern in der Region als hochwertige Qualifizierungsangebote wahrgenommen.

Wir nehmen regelmäßig an externen Qualitätszirkeln teil, um klinikübergreifend Prozesse der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung durchzuführen.

Die Klinik beteiligt sich an aktuellen Forschungsprojekten um einerseits Multicenterstudien mit Daten zu unterstützen und andererseits von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Behandlung der Rehabilitanden zu profitieren.

Das Qualitätsmanagementsystem wird jährlich in internen Audits überprüft und im Management-Review bewertet. Aus der Überprüfung werden die Qualitätsziele für das Folgejahr abgeleitet und mit den verschiedenen Bereichen umgesetzt.

Die übergeordnete Zielrichtung unseres Qualitätsmanagements ist eine ständige Weiterentwicklung der medizinischen und therapeutischen Behandlung unserer Rehabilitanden. Dies ist letztlich nur möglich mit hoch qualifiziertem und engagiertem Personal. Daher zielen unsere Verbesserungsprojekte nicht nur direkt darauf, die Behandlungsqualität weiterzuentwickeln, sondern sie verfolgen auch das Ziel, das Qualifikationsniveau und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu verbessern.

Im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens finden jährliche externe Überwachungsaudits durch eine unabhängige Zertifizierungsgesellschaft statt.

Die Bernhard Salzmann Klinik wurde 2004 erstmalig nach DIN En ISO 9001:2000 / Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. „deQus“ zertifiziert und hat im Dezember 2012 die 3. Rezertifizierung nach DIN En ISO 9001:2008 erfolgreich bestanden.

Die externen Auditoren sprechen uns regelmäßig ihre Anerkennung aus und bescheinigen uns, dass sich das QM-System der Klinik auf einem sehr hohen Niveau bewegt und mit großem Engagement fortlaufend weiterentwickelt wird.

Mit der Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements stellt sich die Bernhard-Salzmann-Klinik einer Überprüfung durch unabhängige Fachgutachter. Dadurch wollen wir zusätzlich das Vertrauen unserer Rehabilitanden und Kooperationspartner in die Leistungsfähigkeit der Klinik stärken. Wir stellen damit sicher, dass die Klinik auch in Zukunft den international anerkannten Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 und den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. sowie den Anforderungen der Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) an ein einrichtungsinternes QM-System und ein

einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren gemäß §20 SGB IX gerecht wird und somit auch die rehabilitationsspezifischen Qualitätsanforderungen des Gesetzgebers erfüllt.

Datenschutz:

Alle Angaben und Daten der Rehabilitanden unterliegen einem sorgfältigen Datenschutz und der Schweigepflicht entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Einmal wöchentlich findet in jedem Team eine Teambesprechung statt, mit Anwesenheit des Arztes. Während dieser Sitzungen erfolgen Fallbesprechungen, bevor weitere Schritte in der Behandlung eingeleitet werden. Sämtliche über den Rehabilitanden verfügbare Daten werden ausgetauscht und daraus folgend das weitere Vorgehen geplant und entschieden. Da die Behandlung ein dynamischer Prozess ist, welcher durch Individualität und Flexibilität gekennzeichnet ist, wird der Behandlungsplan in regelmäßigen Abständen reflektiert. Der Behandlungsplan wird schriftlich festgehalten, Veränderungen gegebenenfalls ergänzt und mit großem Engagement fortlaufend weiterentwickelt.

In der Bernhard-Salzman-Klinik arbeiten verschiedene Mitarbeitergruppen im Rahmen des integrativen Therapieansatzes zusammen. Im Zentrum der therapeutischen Arbeit mit dem Rehabilitanden steht der Bezugstherapeut, der gemeinsam mit dem Rehabilitanden die Therapie plant, durchführt und die Erreichung der Therapieziele überprüft. Dies wird ausführlich im Prozess: Therapiesteuerung, innerhalb unseres

Qualitätsmanagementhandbuches, beschrieben. Voraussetzung für die Therapiesteuerung ist der Informationsfluss von den verschiedenen Berufsgruppen zum Bezugstherapeuten.

Die patientenbezogene Kommunikation verläuft kontinuierlich auf verschiedenen Wegen:

EDV-gestützte Patientendokumentation- Patfak:

Wöchentlich werden über jeden Rehabilitanden alle relevanten Verlaufsdaten aus Medizin, Therapie- und Behandlungsplanung von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen eingetragen. Diese Daten stehen über das EDV-Netzwerk allen Mitarbeitern gemäß ihren Benutzerrechten zur Verfügung, so dass auch in Vertretungssituationen kein Informationsdefizit entsteht.

EDV-Intranet:

Täglich werden aktuell relevante Tagesereignisse, die allen Mitarbeitern zugänglich sind, ins Netzwerk als Tagesprotokoll gestellt. Die diensthabenden Mitarbeiter werden über alle Sonderregelungen, die einzelne Rehabilitanden betreffen, z.B. Suchtmittelkontrollen, unterrichtet.

Sharepoint:

Über das Vorzimmer des leitenden Arztes und die QM-Beauftragte werden den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen alle aktuellen Informationen, Fortbildungs- und Schulungstermine, QM relevante Neuigkeiten oder Prozessänderungen über die BSK-Seite mitgeteilt, so dass regelmäßiger Informationsfluss gewährleistet ist.

Regelbesprechungen:

Die Klinikleitung liegt bei der ärztlichen und therapeutischen Leitung. Sie gewährleistet durch regelmäßig stattfindende Leitungsbesprechungen die fachlichen, personellen und organisatorischen Standards der interdisziplinären Gesamtbehandlung. Hieraus ergeben sich weitere erforderliche Regelbesprechungen, die wie folgt dargestellt sind:

**Besprechungen auf Klinikebene
(verpflichtend auch für die ambulante Rehabilitation)**

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Besprechung	Frequenz und Dauer	Teilnehmende	Inhalte / Ziele	Verantwortlich	1. Dokumentation 2. verantwortlich 3. Speicherort *
Klinikleitungsbesprechung	1 x wöchentlich 1,5 - 2 Std.	Chefarzt, Stellvertr. Ltd. Arzt, Therapeutische Leitung, QB, Leitung ZD	Organisatorisches, Konzeptionelle und therapeutische Fragestellungen, Personalangelegenheiten, Budget, Patientenrückmeldungen Beschwerden, QM	Chefarzt	1. Protokoll 2. Chefarzt 3. per Mail an alle TN
QSG	4 - 6 x jährlich	Chefarzt, Stellvertr. Ltd. Arzt, Therapeutische Leitung, QB, Leitung ZD	Vorstellung neuer und überarbeiteter Prozessbeschreibungen, Maßnahmepläne, Zielvereinbarungen, Qualitätsziele/ Projekte, Organisatorisches	QB	1. Protokoll 2. Chefarzt 3. Infoportal
Dienstbesprechung	1 x wöchentlich 1 Std.	Chefarzt, Oberarzt/-ärztin, Therapeutische Leitung, Leitung ZD, 1 Therapeut/in aus jedem Bereich	Organisatorisches, Bericht aus den verschiedenen Bereichen, Konzeptionelle Fragen, Mitteilungen aus der KL- Besprechung, Mitteilungen zum QM	Therapeu tische Leitung	1. Protokoll 2. Therap.Leitung 3. per Mail an alle TN
BSK-Journal	1 x wöchentlich 1 - 1,5 Std.	Chefarzt, Stellvertr. Ltd. Arzt, Therapeutische Leitung, Ärzte/, QB, Leitung ZD,	Verbindliches Forum für alle Mitarbeiter/innen zum Austausch, Pflichtschulungen, Aktuelle Themen, Fortbildung	Chefarzt	1. Protokoll 2. Chefarzt 3. per Mail an alle TN
Ärztebesprechung	1 x wöchentlich 45 Min.	Chefarzt, Oberärzte/-ärztinnen	Übergabe, Organisatorisches, Med. u. therap. Fragestellungen	Chefarzt	1. Protokoll 2. Chefarzt 3. per Mail an alle TN

Besprechungen auf therapeutischer/pflegerischer Ebene von den Teams (verpflichtend auch für die ambulante Rehabilitation)

Besprechung	Frequenz und Dauer	Teilnehmende	Inhalte / Ziele	Verantwortlich	1. Dokumentation 2. verantwortlich 3. Speicherort *
Teambesprechung in allen Teams	wöchentlich 1-2 Stunden	Therapeut/innen, Psycholog/in, Arzt	Organisatorisches, Allgemeine therap. Maßnahmen, Patientenanträge, Abstimmung der individuellen Therapiepläne, Therapier reflexionen, Krisenintervention bei Bedarf, punktuelle konzeptionelle Veränderungen	Therapeut/in	1. Entscheidungen werden protokolliert 2. wechselnd 3. Teambuch/ patientenbezogene Behandlungs- dokumentation und Therap. Verlaufsdokumentation PatFak
Sozialarbeiter/innen/ pädagog/innen - Besprechung	Alle 2 Monate 1,5 Std.	Therapeutische Leitung Dipl. Sozialarbeiter /innen /-pädagog/ innen	Themenbezogener kollegialer Austausch, Themen werden für jede Sitzung vereinbart	Therapeutische Leitung	1. ggfs. Protokoll 2. Therap.Leitung 3. per Mail an alle TN
Besprechung Zentraler Dienst	1 x wöchent lich 1 Std.	alle Mitarbeiter /innen des ZD	Organisatorisches, Dienstplanung, Aktuelle Informationen, Bearbeitung aktueller Themen	Leitung ZD	1. ggfs. Protokoll 2. Leitung ZD

10. Notfallmanagement

Risikomanagement ist ein Element des Qualitätsmanagements. Es soll die Sicherheit der Reabilitanden, des Personals und der Einrichtung gewährleisten und Vorsorge gegen absehbare Risiken treffen. Notfallmanagement ist ein Teil unseres Risikomanagementsystems.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Das Notfallmanagement ist für medizinische Notfälle, Kriseninterventionen sowie den Alarm-, Brand- und Katastrophenschutz mit den detaillierten Anforderungen, Abläufen und Verantwortlichkeiten im Qualitätsmanagementhandbuch und im technischen Notfallplan, welcher im Intranet einsehbar ist, festgelegt.

Die Regelungen unseres Notfallmanagementsystems sind in Prozessbeschreibungen detailliert aufgeführt. Unsere Mitarbeiter werden jährlich in Pflichtschulungen zu den Prozessen Qualitätsmanagement, Erste Hilfe/Reanimation/Defibrillation, Brandschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit und Datenschutz in Theorie und Praxis durch dafür beauftragte Fachleute geschult. Die Teilnahme an diesen Pflichtschulungen wird dokumentiert und kontrolliert.

Die kompetente Handhabung von medizinischen Notfällen ist für uns selbstverständlich. In allen Bereichen, die für die Rehabilitanden zugänglich sind, halten wir Notrufsysteme vor. Notfallkoffer befinden sich auf jeder Station der nahegelegenen LWL-Bernhard-Salzmann-Klinik und werden regelmäßig kontrolliert. Ein Defibrillator steht bei Bedarf einsatzbereit zur Verfügung. Bei medizinischen Notfällen wird die ärztliche Anwesenheitsbereitschaft umgehend informiert und je nach Sachlage entsprechend weitere Maßnahmen eingeleitet. Besondere Vorkommnisse werden dokumentiert und der Klinikleitung umgehend mitgeteilt.

Für die Abwicklung eventueller technischer Notfälle finden unsere Mitarbeiter im Notfallplan alle erforderlichen Informationen. Allgemeine Angaben zur Klinik, das Notfallleitsystem (Aushänge zur Information, Fluchtwege, Sammelplätze), der Alarmplan, die Brandschutzordnung und das Gefahrstoffkataster werden u.a. beschrieben.

Im Bereich Brandschutz werden die Brandschutzübungen und die Schulungen aller Mitarbeiter entsprechend den Bestimmungen der Brandschutzordnung und der Feuerwehr ausgeführt und vom Brandschutzbeauftragten überwacht. Der Brandschutz- und Alarmplan wird fortlaufend durch den Brandschutzbeauftragten gepflegt.

Die Maßnahmen zur Arbeitssicherheit, die Gefährdungsbeurteilung und die Klinikbegehung nach der UVV, die Durchführung der jährlichen Arbeitsschutzunterweisungen für alle Mitarbeiter, der Schulungsplan für alle gesetzlichen Anforderungen sowie die Unterweisung in Erste-Hilfe-Maßnahmen sind schriftlich geregelt in der Prozessbeschreibung Pflichtschulungen.

11. Fortbildung

Die Teilnahme der Mitarbeiter an internen und externen Fortbildungen ist obligatorisch und in die konzeptionelle Weiterentwicklung eingebettet.

Einmal pro Woche, jeweils montags mit einer Dauer von ein bis eineinhalb Stunden, findet das BSK-Journal statt. Diese Veranstaltung ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich.

Nach einem internen Fortbildungsplan werden hier durch interne und externe Referenten wichtige Themen aus der therapeutischen Arbeit besprochen, hier sind auch die Pflichtschulungen integriert.

In den zielorientierten Mitarbeitergesprächen wird der Fortbildungsbedarf/-wunsch der Mitarbeitern erhoben und mit den klinischen Notwendigkeiten abgesprochen. Die Entwicklungen richten sich nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse und konzeptionellen Veränderungen aus.

Jeweils am zweiten Donnerstag im November (außer in 2020 aufgrund Covid 19) findet die Fachtagung der Bernhard-Salzmann-Klinik statt. Zu dieser Veranstaltung sind außer den Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik die Kooperationspartner im Suchthilfenetz, wie

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

zuweisende Kliniken, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedergelassene Psychotherapeuten und andere interessierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeladen. Neben jährlich wechselnden aktuellen Themen werden Entwicklungen der Klinik vorgestellt und es besteht Gelegenheit zum informellen Gespräch sowie zur Klinikbesichtigung.

Auf dem benachbarten Gelände des LWL-Klinikums befindet sich die **Zentrale Ausbildungsstätte für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB)**.

Unter Beteiligung des Chefarztes besteht hier ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm, das ebenfalls von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genutzt werden kann.

Pflichtschulungen

Alle Kolleginnen und Kollegen sind verpflichtet mindestens einmal im Jahr an folgenden Schulungen teilzunehmen:

- Reanimationsschulung inklusive Defibrillation
- Arbeitssicherheit und Hygiene
- Datenschutz
- Notfallmanagement
- Brandschutz
- Qualitätsmanagement

12. Supervision

Die Arbeit der therapeutischen Mitarbeiter wird in regelmäßigen Abständen intern und extern supervidiert.

Für alle Mitarbeiter besteht eine Teilnahmepflicht.

Die interne Supervision führen der leitende Arzt, die Oberärzte und die leitende Therapeutin statt.

Interne Supervision:

- BSK-Journal (Fallbesprechungen circa einmal pro Monat)
- Chefarztvisite nach Absprache
- Oberarztvisite / Teamgespräch einmal pro Woche
- Dienstgespräch (inkl. Fallbesprechungen) einmal pro Woche

Regelmäßige externe Supervisionen, durch einen DGSV anerkannten Supervisor, werden in der Regel im vierwöchigen Rhythmus durchgeführt. Die Inhalte der Supervision sind sowohl fall- wie teamorientiert.

13. Hausordnung/ Therapievertrag

Name des Patienten / der Patientin: _____

1. Für die gesamte Behandlungszeit verzichte ich auf den Konsum jeglicher Suchtmittel. **Ich verzichte auf alkoholfreie Weine, Biere und Sekt, sowie auf sämtliche Glücksspiele mit Geldgewinnmöglichkeit.**
2. Ich verzichte auf die Einnahme von Medikamenten, sofern sie nicht mit dem zuständigen Arzt für die Rehabilitation abgeprochen sind.
3. Ich werde an allen angeordneten Alkoholkontrollen sowie Medikamenten- und Drogenkontrollen teilnehmen.
4. Ich verpflichte mich, Informationen über Mitpatienten / Mitpatientinnen, die ich im Rahmen der Behandlung erhalten habe, nicht an Dritte weiter zu geben.
5. Ich verpflichte mich, die vereinbarten Termine und Absprachen einzuhalten.
6. Ich bin darüber informiert worden, dass unentschuldigtes Fernbleiben über zwei Wochen zur Beendigung der Therapie führt.
7. Im Falle eines Rückfalles verpflichte ich mich, diesen **schnellstmöglich** meiner Bezugstherapeutin / meinem Bezugstherapeuten zu melden.
8. Ich bin darüber informiert, dass jeglicher Verstoß meinerseits zu Konsequenzen bis hin zu meinem sofortigen Ausschluss aus der Behandlung führen kann.
9. In der ambulanten Rehabilitation 40+4 werde ich nach Möglichkeit an vier Vorträgen im Rahmen der Behandlung teilnehmen.
10. Die Behandlungsdauer beträgt voraussichtlich 26 Wochen.
Für eine Verlängerung ist ein Antrag vier Wochen vor der Entlassung zu stellen und ist nur mit meinem Einverständnis und der Einwilligung des Kostenträgers möglich.

Ich erkläre, dass ich gewillt bin alles zu tun, um das Therapieziel: die völlige Freiheit von Suchtmitteln zu erreichen.

Mir ist bewusst, dass es in der amb. Behandlung zu Krisen (akuter Verschlechterung des psychischen Befindens) kommen kann und dass ich in einem solchen Fall die Verantwortung habe, mich bei einer Mitarbeiterin der amb. Rehabilitation zu melden.

Datum Unterschrift Therapeutin Unterschrift Arzt/Ärztin Patient/in

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Eine Kopie erhält der Patient / die Patientin.

Literatur:

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. San Francisco. Jossey-Bass
- Bachmann, M. (1989). Spielsucht: Krankheitsmodell, Therapiekonzept und stationäre Behandlungsergebnisse. Suchtgefahren, 35, 56-64.
- Batra, A.; Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.) (2012). Praxishandbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Batthyány, D.; Pritz, A. (2009). Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte. Wien: Springer Verlag.
- Berg-Miller, I.-K. (1993). Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Heidelberg: C. Auer.
- Betz, M./ Brand, S.: Objektivieren von Entspannungseffekten mit Hilfe der Herzfrequenzvariabilität. In: Hottenrott, K (Hrsg.): Herzfrequenzvariabilität im Sport. Prävention - Rehabilitation – Training. (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, Band 129). Edition Czwalina Feldhaus Verlag Hamburg 2002;9-26
- Bilitza, K. W. (Hrsg.). (2008). Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bilitza, K. W. (Hrsg.). (2008). Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Böning, J. (1994). Warum muß es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. Sucht, 40 (4), 244-252.
- Brooks, C. V. W. (1974): Sensory awareness. The Rediscovery of Experiencing. New York. The Viking Press
- Erleben durch die Sinne. „Sensory awareness“ (1991), deutschsprachige ungekürzte, durchgesehene Ausgabe: München. DTV Verlag
- Brück, R., Mann, K. (2007). Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). (2006). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Heft 12.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). (Hrsg.). (2009). Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX (Stand 10/2009).
- Cloninger, R. C., Bohmann, M. & Sigvardsson, M. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Crossfostering analysis of adopted men. Archives of General Psychiatry, 38, 861-868.
- Deimel, H./ Biernat, A.: Sport und Alkohol. Bewegungs- und Sporttherapie in der Reha von Abhängigkeitserkrankungen. In: medicalsports network 03.13; S. 46 - 50
- De Shazer, St. (1989). Der Dreh. Heidelberg: C. Auer.
- Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (Hrsg.). (2000). Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie. Kassel: deQus.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. (Hrsg.). (2006). Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014). Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.). (2010). Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. Curricula für standardisierte Patientenschulungen. Version 2010. Berlin: DRV Bund.

Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.). (2011). Reha-Qualitätssicherung.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2011). Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung (7., aktual. Aufl.) Berlin: Springer-Verlag.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2011). Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation. (Stand 1/2011). Berlin: DRV Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2007). KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2007 (5. Neubearb. Aufl.) Berlin: DRV Bund.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD 10. Bern: Hans Huber.

Feuerlein, W., Kufner, H., Soyka, M. (1998). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie. 5. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.

Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Flassbeck, J. (2011). Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.

Fuchs, P. (2000). Ergotherapie im Suchtbereich. Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. (2. Auflage). Dortmund: Verlag modernes Leben.

Geyer, D. et al. (2006). AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht, 52(1), 8-34.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2003, 2007). Komorbidität Psychose und Sucht. Würzburg: Steinkopff-Verlag.

Grawe, K. (1998). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (2001). Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Grüsser, S., Thalemann, C. (2006). Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung.

GRV. (2002). Therapiezielkatalog Version 3 für die Indikationsbereiche Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen. Aus: REHA-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Abteilung für Medizinische Psychologie des Uni-Klinikums Hamburg-Eppendorf (2002).

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Heinz, A. & Batra, A. (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt). Sucht aktuell, 11: S. 21-32.

Hilarion G. Petzold, Sabine Moser, Ilse Orth(2012): Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition : ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“
Erschienen in: Psychologische Medizin. 2 (2012) Facultas WUV, Wien

Institut für Therapieforschung. (Hrsg.). (2002). „Rauchfrei nach Hause.“ Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Rachtwöhnungsmanual für Kliniken (1. Version September 2002) und „Rauchfrei – Ich?!“ Ein Manual für die stationäre Raucherentwöhnung (1. Version 2002). München: IFT.

Jacobson, E. (1996, 3.). Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996, 2.). Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Kaufmann, E. & Kaufmann, P. N. (1998). Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Kemper, U. (2008). Der Suchtbegriff – Versuch einer Annäherung im DHS (Hrsg). Jahrbuch Sucht 08, S. 210 -226 Geesthacht: Neuland

Kemper, U. (2007). Die Entwicklung des Begriffes „Co-Abhängigkeit“ in Konturen 28. Jahrgang 1/2007 Seite 8-11.

Kernberg, O. F. (2006). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Kiefer, F. (2002). Pharmakotherapeutische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. In K. Mann (Hrsg.), Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen (S. 91-106). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Kim Berg, I., Reuss N. H. (1999). Lösungen – Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Kim Berg, I., Miller S. D., (2000). Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Klein, M. (2008). Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer

Körkel, K. (Hrsg.). (2008). Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer (3. Aufl.). Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.

Koppenhöfer, E. (2004): Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns
Lengerich, Bremen, Berlin. Pabst Science Publisher

Krausz, M. & Schwoon, D. R. (1990). Suchtkranke, die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Stuttgart: Enke.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

- Küfner, H. (2003). Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 170-177.
- Lutz, R. u. (Hrsg.) (1999): Beiträge zur Euthymen Therapie. Freiburg i. Breisgau. Lambertus Verlag
- Lindenmeyer, J. (2005c). Alkoholabhängigkeit. *Fortschritte der Psychotherapie*, Band 6. Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2005d). *Lieber schlau als blau*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2010). *Therapie-Tools: Offene Gruppen 1*. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2011). *Therapie-Tools: Offene Gruppen 2*. Weinheim: Beltz.
- Mantikos, G. (1995). Wenn die Welt nur aus Schwarz oder Weiß besteht... - Zur Diagnostik von Borderline-Störungen in der Suchtklinik. Festschrift zum 30-jährigen Jubiläum der Bernhard-Salzmann-Klinik. Gütersloh: Eigenverlag.
- Linehan, M. (2006 – Nachdruck von 1996). *Dialektisch-Behaviorale-Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Mantikos, G. (1996). Methoden der Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.), *Alkoholabhängigkeit* (S. 74-87. Köln.
- Marlatt, G. A. (1985). Lifestyle Modification. In: Marlatt, G. A. & Fordon, J. R. (Eds.). *Relapse Prevention*. New York: Guilford. S. 280-348.
- Marlatt, G. A. (1989). Rückfallprävention: Modelle, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung. In H. Watzl u. R. Cohen (Hrsg.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe*, Berlin: Springer
- Meyers, R.; Smith, J. E. (2007). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Miller, S. D. & De Shazer, St. (1991). *Jenseits von Beschwerden*. In L. Reiter, *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Heidelberg: Springer.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Miller, W. R. & Rollnick, S., Butler, C. C. (2012). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer*. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. & Hettema, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester, R. K. & Miller, W. R. (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Boston: Allyn and Bacon. S. 13-63.
- Mück-Weymann, M.: *Herzratenvariabilitäts-Biofeedback*; *Forum Stressmedizin 2007 – I: 1 – 7*
- Najavitz (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch*. Hogrefe, Göttingen.
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. (2006). *Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Petry, J. (1996). Alkoholismustherapie: Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Poppelreuter, S.; Gross, W. (Hrsg.) (2000). Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W. R. & Heather, N. (Eds.). Treating Addictive Behaviours: Processes of Change. New York: Plenum Press.

Rosengren, D. B. (2012) Arbeitsbuch Motivierende Gesprächsführung. Trainingsmanual. Lichentau/Westfalen: G. P. Probst Verlag.

Rost, W. D. (1992). Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rudolf, G. (2009). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen (2. neu bearbeitete und erweiterte. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.). (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Schneider, R. (2013). Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Schüle, K./ Huber, G. (Hrsg.): Grundlagen der Sporttherapie. 2. Auflage 2004, München

Schuller, P., Vogelgesang, M. (2006). Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. Lengerich: Papst Science Publishers.

Schuntermann, M. F. (2009). Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen (3. überarb. Aufl.). Landsberg: ecomed Medizin.

Servan-Schreiber, D: Die neue Medizin der Emotionen. Kunstmann 2004.

Singer, M. V.; Batra, A., Mann, K. (Hrsg.) (2011). Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Smith, J. E., Meyers R. J. (2013) Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Köln: Psychiatrie Verlag.

Soyka, M. (1997). Alkoholismus – eine Krankheit und ihre Therapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Thomasius, R.; Küstner, U. J. (Hrsg.) (2005). Familie und Sucht. Grundlagen - Therapiepraxis – Prävention. Stuttgart: Schattauer.

Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U. J.; Riedesser, P. (Hrsg.) (2009). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Tretter, F. (Hrsg.) (2008). Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.) (2001). Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Van der Schoot, P.; Seeck, U. (Projekt-Leitung): Bewegung, Spiel und Sport mit Behinderten und von Behinderung Bedrohten. Indikationskatalog und Methodenmanual. Bd. 3. Bonn 1990, S. 966 -1060

Veltrup, C. & Wetterling, T. (1997). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Walter, M.; Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.) (2014). Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Wittfoot, J. & Driessen, M (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. Suchttherapie, 1 (1), 8-15.

Woll, A., Brehm, W. & Pfeifer, K. (Hrsg.) (2004). Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie. dvs Schriftenreihe, Bd. 139, Hamburg: Cwalina Verlag.

Wurmser, L. (1997). Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Yalom, D. Irvin (2005). Theorie und Praxis in der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Zobel, M. (2006). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Göttingen: Hogrefe

Konzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker