

Rehabilitationskonzept

NEUES LAND E.V.
SCHORBORN UND AMELITH
THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFTEN

STATIONÄRE MEDIZINISCHE REHABILITATION
BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

WWW.NEUESLAND.DE



01.OKTOBER 2025

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Einleitung	5
2.	Allgemeines	7
2.1	Bezeichnung des Rehabilitationskonzepts	7
2.2	Kontaktdaten.....	7
2.3	Trägerschaft.....	8
3.	Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung	8
3.1	Entstehung und Entwicklung	8
3.2	Christlich orientierte Therapie	8
3.3	Zielgruppe.....	9
3.4	Kapazität und örtliche Gegebenheiten	9
3.5.	Geografische Lage.....	9
3.6.	Einrichtungsmerkmale/Besonderheiten.....	9
4.	Rehabilitationskonzept.....	10
4.1	Theoretische Grundlagen.....	10
4.1.1	Unser Verständnis von Abhängigkeit.....	10
4.1.2	Psychotherapie/Suchttherapie: Interdisziplinärer Behandlungsansatz.....	11
4.1.3	Gemeinsames Leben: milieutherapeutischer Ansatz zur Zielverwirklichung	13
4.1.4	Leistungen zur Teilhabe und ICF (bio-psycho-soziales Modell).....	13
4.1.5	Funktionale Gesundheit und seelische Gesundheit	14
4.1.6	BORA.....	15
4.2	Indikationen und Kontraindikationen	17
4.2.1	Kontraindikationen	18
4.2.2	Aufnahmevoraussetzungen.....	18
4.3	Rehabilitationsziele	19
4.3.1	Allgemeine Rehabilitationsziele	19
4.3.2	Reha-Ziele bezogen auf die körperliche und psychische Ebene.....	19
4.3.3	Reha-Ziele bezogen auf die Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe	19
4.3.4	Reha-Ziele bezogen auf die Ebene der Kontextfaktoren	20
4.3.5	Reha-Ziele bezogen auf die Ebene der Kontextfaktoren: spirituelle Ebene	21
4.4	Rehabilitationsdauer	21
4.4.1	Entwöhnungsbehandlung (Stammphase).....	22
4.4.2	Integrierte Adaption.....	22
4.4.3	Festigungstherapie/Rückfallbehandlung.....	23
4.5.	Rehabilitationsprogramm	24
4.5.1	Komorbidität.....	25
4.5.1.1	Trauma und Sucht.....	25
4.5.1.2	Psychose und Sucht	25
4.5.1.3	Somatische Begleiterkrankungen.....	25
4.5.2	Behandlung von Medienabhängigkeit.....	26
4.6.	Rehabilitationselemente.....	26
4.6.1	Aufnahmeverfahren.....	26
4.6.2	Rehabilitationsdiagnostik.....	27
4.6.3	Individuelle Rehabilitationsplanung	29
4.6.3.1	Zielgruppenorientierte Behandlungs- und Teilhabeplanung (BORA) ...	29
4.6.3.2	Der Stufen- und Therapieplan	29
4.6.4	Medizinische Behandlung	30

4.6.5 Psychotherapeutisch/suchttherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppen- gespräche und andere Angebote	30
4.6.5.1 Einzelbezugstherapie	30
4.6.5.2 Seelsorge	31
4.6.5.3 Gruppensozialtherapie	31
4.6.5.4 Paartherapie	32
4.6.5.5 Vollversammlung	32
4.6.6 Psychoedukation und Schulungen	32
4.6.6.1 Glaubens- und Wertbezüge	32
4.6.6.2 Sucht besser verstehen	32
4.6.6.3 Soziales Kompetenztraining	33
4.6.6.4 Aggressionskontrolltraining	33
4.6.6.5 Stressbewältigung	33
4.6.6.6 Einübung in schriftliche Selbstreflexion	33
4.6.6.7 Medienkompetenz	34
4.6.6.8 Sprachverbesserungstraining für Migranten	34
4.6.6.9 Tabakentwöhnung	34
4.6.6.10 Berufsfindungsseminar (PowerCheck)	34
4.6.6.11 EDV-Schulung/Bewerbungstraining	34
4.6.6.12 Bibliodrama	35
4.6.7 Arbeitsbezogene Interventionen (BORA)	35
4.6.8 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	37
4.6.9 Freizeitangebote	38
4.6.10 Sozialdienst	38
4.6.11 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	39
4.6.12 Angehörigenarbeit	39
4.6.13 Rückfallmanagement	40
4.6.14 Gesundheits- und Krankenpflege	41
4.6.15 Weitere Leistungen	41
4.6.15.1 Ambulante Suchtnachsorge	41
4.6.15.2 Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)	42
4.6.15.3 Hilfe in besonderen Wohnformen (HBW) und Tagesstätte	42
4.6.15.4 Betreuung der Begleitkinder	43
4.6.15.5 Ehemaligenarbeit/Selbsthilfe	43
4.6.15.6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	44
4.6.16 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	44
5. Personelle Ausstattung	45
6. Räumliche Gegebenheiten	46
7. Kooperation und Vernetzung	46
7.1 Kooperationen mit dem Jobcenter und der Agentur für Arbeit	47
7.2 Netzwerk Arbeit zur beruflichen Integration	47
7.3 Mitgliedschaften	48
7.4 Öffentlichkeits- und Präventionsarbeit	48
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	48
9. Kommunikationsstruktur/Therapieorganisation: Reha-Team, Datenschutz	49
10. Notfallmanagement	49
11. Hygiene	50
12. Fortbildung	50
13. Supervision	50
14. Hausordnung/Therapievertrag	51
15. Epilog: Sinn statt Sucht	52
Literatur	53

Anlagen:

- Stufen- und Therapieplan
- Wochenplan Neues Land Schorborn
- Wochenplan Neues Land Amelith
- Integriertes Küchenkonzept Neues Land Schorborn

Hinweis:

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Rehabilitationskonzept die männliche Form gewählt. Die Personenbezeichnungen beziehen sich selbstverständlich auf Angehörige aller Geschlechter.

1. Einleitung

Die Rehabilitationseinrichtung Neues Land e.V. mit den Standorten in Schorborn und Amelith ist Teil eines eigenen Netzwerkes (Hilfskette):

- **Standort Hannover**
 - Fachstelle für Sucht und Suchtprävention
 - Streetwork in der Drogenszene
 - Kontaktcafé Bauwagen und Tagestreff SOS Bistro
 - Niederschwellige Beratung
 - Tagesstrukturierende Maßnahmen
 - Psychosoziale Betreuung
 - Russischsprachige Motivations- und Integrationsarbeit
 - Drogen- und Suchtberatungsstelle
 - Suchtprävention
 - Competence – Fachstelle für Medienkompetenz
 - Auffanghaus (Clearingstation)
- **Standorte Schorborn und Amelith** (stationäre medizinische Rehabilitation)
 - Therapiezentrum Schorborn
 - Therapiezentrum Amelith
- **Nachgehende Hilfen** (standortübergreifend)
 - Ambulante Suchtnachsorge
 - Ambulant Betreutes Wohnen
 - Hilfe in besonderen Wohnformen und Tagesstätte
 - Ehemaligenarbeit

Von der niederschweligen Vorfeldarbeit in Hannover bis zu verschiedenen Nachsorgeangeboten/nachgehenden Hilfen nach abgeschlossener stationärer Rehabilitation bietet die christliche Drogenarbeit Neues Land vielfältige und umfassende Hilfen aus einer Hand an. Drogenabhängigen bzw. abhängigkeitskranken Menschen soll dadurch **Hoffnung** gemacht werden **für ein Leben ohne Drogen** und Sucht, **für eine sinnerfüllte Lebensperspektive**.

Die Rehabilitationseinrichtung Neues Land e.V. mit den Therapiezentren in Schorborn und Amelith ist von den Rentenversicherungsträgern, den Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern für die Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (stationäre Entwöhnungsbehandlungen) anerkannt.

Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die beide Therapiestandorte als eine Gesamteinrichtung anerkannt hat.

Belegungsverträge mit dem Federführer im Sinne von § 15 Absatz 6 SGB VI in Verbindung mit § 38 SGB IX zur Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind pro Standort vorhanden. Die abgeschlossenen Verträge mit Wirkung für alle Träger der Deutschen Rentenversicherung sind am 01.07.2023 in Kraft getreten.

Grundlage für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Bestimmungen der §§ 6 und 9 SGB IX in Verbindung mit den §§ 26 und 42 SGB IX sowie § 15 SGB VI bzw. § 11 Absatz 2 SGB V.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben für die Therapiezentren in Schorborn und Amelith Bestandsschutz nach § 111 Abs.3 SGB V gewährt. Auf dieser Basis besteht ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen.

Dies impliziert, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V durch die Krankenkassen entsprechend § 111 Abs. 1 SGB V dort erbracht werden können.

Es besteht eine staatliche Anerkennung gemäß den §§ 35,36 BtMG („Therapie statt Strafe“).

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

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

Der Aufbau der Konzeption orientiert sich im Wesentlichen an der Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeits-erkrankungen (Stand: 10. Februar 2012) auf der Grundlage des „Gemeinsamen Leitfadens der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011.

Zur Sicherung der Qualitätsanforderungen besteht ein zertifiziertes, internes Qualitätsmanagementsystem der deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.) auf der Basis der DIN EN ISO 9001:2015.

Das Qualitätsmanagementverfahren erfüllt die Qualitätsanforderungen der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) nach § 37 Abs. 3 SGB IX.

Verfasser:

Erhard Nack, Dipl. Sozialarbeiter / Sozialpädagoge (FH)
Sozialtherapeut

Stand:

01.10.2025

2. Allgemeines

2.1 Bezeichnung des Rehabilitationskonzepts

Das vorliegende Konzept hat die Bezeichnung „Stationäre medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“. Es werden stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt mit der Hauptindikation „Illegale Drogen“.

2.2 Kontaktdaten

Geschäftsadresse der Rehabilitationseinrichtung

Neues Land e.V. Schorborn und Amelith
Therapeutische Gemeinschaften
Lange Straße 29
37194 Bodenfelde
Tel.: 05572 540
Fax: 05572 2034
E-Mail: therapie@neuesland.de
www.neuesland.de

Ärztliche Gesamtleitung: Dr. med. Volker Mocker

Stellv. ärztliche Gesamtleitung: Dr. med. Giso Henne

Therapeutische Gesamtleitung /
Geschäftsführung: Eberhard Ruß

Stellv. Gesamttherapieleitung: Friedhelm Erb

Standort ①

Therapiezentrum Schorborn
Neues Land e.V.
Schießhäuser Str. 7
37627 Deensen
Tel.: 05532 / 999100
Fax: 05532 / 999102
E-Mail: schorborn@neuesland.de

Hausleiter: Friedhelm Erb
Dipl. Sozialarbeiter / Sozialpädagoge (FH)
Sozialtherapeut/Sucht

IK-Nr.: 510317570

Standort ②

Therapiezentrum Amelith
Neues Land e.V.
Lange Straße 29
37194 Bodenfelde
Tel.: 05572 / 540
Fax: 05572 / 2034
E-Mail: amelith@neuesland.de

Hausleiter: Eberhard Ruß
Dipl. Sozialarbeiter (FH)
Sozialtherapeut

IK-Nr.: 510324170

Die Drogen- und Suchtberatungsstelle des Neuen Landes in Hannover ist zuständig für Anfragen, Informationen, Therapiebewerbungen und Aufnahmen.

Kontakt:

Neues Land e.V.
Drogen- und Suchtberatung
Steintorfeldstr. 11
30161 Hannover

Tel.: 0511 336 117-30
Fax: 0511 336 117-52
Mobil / – WhatsApp: 0152 2652 1424
E-Mail: drobs@neuesland.de

2.3 Trägerschaft

Der Trägerverein Neues Land e.V. ist gemeinnützig und mildtätig anerkannt und hat seinen Sitz in Hannover. Er ist im Vereinsregister beim Amtsgericht Hannover unter der Nummer 3960 eingetragen worden.

Trägeranschrift:
Neues Land e.V.
Steintorfeldstr. 11
30161 Hannover

3. Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung

3.1 Entstehung und Entwicklung

Das Neue Land ist aus sozialmissionarischen Aktivitäten der Evangelisch Freikirchlichen Gemeinde Hannover entstanden und wurde 1972 gegründet als therapeutische Wohngemeinschaft zur Hilfe für Drogenabhängige auf christlich-diakonischer Grundlage. Zunächst war das Neue Land als Einrichtung der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom Landessozialamt Niedersachsen anerkannt.

1983 erfolgte von der LVA Hannover in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen die Anerkennung der Therapeutischen Wohngemeinschaft „Neues Land“ als Einrichtung zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige im Rahmen des § 1236 RVO (Reichsversicherungsordnung).

In der weiteren Entwicklung wurde die Therapiearbeit in Hannover aufgegeben. Bereits 1981 kam der Standort Schorborn hinzu und 1991 das Therapiehaus in Amelith.

Im Laufe der Historie hat sich das Neue Land in seinen Arbeitsbereichen ausgeweitet. Aus der therapeutischen Wohngemeinschaft ist eine von allen Sozialleistungsträgern anerkannte medizinische Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke geworden, die an zwei Standorten, in Schorborn und Amelith, stationäre Entwöhnungsbehandlungen für drogen- und mehrfachabhängige Männer und Frauen anbietet.

Die medizinische Rehabilitationseinrichtung Neues Land ist selbst Teil eines eigenen Hilfesystems mit vielfältigen Angeboten der Vorfeldarbeit im niederschweligen Bereich und mit diversen Angeboten der nachgehenden Hilfen im Bereich der ambulanten Suchtnachsorge, des Ambulant Betreuten Wohnens und der Hilfe in besonderen Wohnformen und Tagesstätte (siehe Kapitel 1).

3.2 Christlich orientierte Therapie

Die christliche Orientierung in der Therapie ermöglicht einen neuen Sinn und eine neue Hoffnung für das eigene Leben und ist damit eine haltgebende Ressource zur Unterstützung der erwerbsbezogenen und gesundheitsfördernden Reha-Ziele und zur Entwicklung einer sinnerfüllten Lebensperspektive. Aus diesem Grund hat die Klärung von Sinn- und Wertfragen, die Auseinandersetzung mit Glaubensthemen einen wichtigen Stellenwert in der Therapie. Das Sich-Einlassen auf den christlichen Glauben während der Rehabilitation ist immer eine freiwillige Angelegenheit! (siehe Kapitel 15).

3.3 Zielgruppe

Aufgenommen werden **drogen- und mehrfachabhängige Männer und Frauen** im Alter **ab 18 Jahren**. Schwerpunkt: illegale Drogen. Zur Zielgruppe gehören auch Betroffene, die unter einer **Medienabhängigkeit** (Zusatzindikation) leiden.

3.4 Kapazität und örtliche Gegebenheiten

Für die Durchführung stationärer Entwöhnungsbehandlungen stehen insgesamt **40 Therapieplätze** zur Verfügung.

Therapiezentrum Schorborn: 17 Plätze für Männer, davon 5 Plätze Adaption
Therapiezentrum Amelith: 23 Plätze für Männer und Frauen, davon 7 Plätze Adaption

Am Standort Amelith besteht zudem ein Angebot der Kindermitbetreuung.
(Begleitkinder 0-5 Jahre).

Des Weiteren kann in Amelith von den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten auch ein Therapieangebot für Ehepaare gemacht werden.
Die integrierte Adaption ist an den Therapiestandorten in einem gesonderten Gebäude oder einem Gebäudeabschnitt untergebracht.

Bei Akutbehandlungen und medizinischen Notfällen sind Krankenhäuser im Nahbereich der Einrichtung schnell erreichbar. Für psychiatrische Akutfälle gibt es eine Kooperation mit der Uni-Klinik in Göttingen. Es bestehen für die Mit- und Weiterbehandlung von Rehabilitanden Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern in der Region. Weitere Kooperationen bestehen mit externen Laboren (Alkohol- und Drogenscreening), mit Sportstätten und Schwimmbädern und mit Kirchengemeinden.
Für die arbeitsbezogenen Interventionen gibt es Kooperationsvereinbarungen mit der Arbeitsverwaltung (Jobcenter und Agentur für Arbeit) und mit zahlreichen Betrieben für die Durchführung von Betriebspraktika zur beruflichen Orientierung (siehe Kapitel 7).

3.5 Geografische Lage

Die Therapiezentren des Neuen Landes in den Dörfern Schorborn (Landkreis Holzminden, Niedersachsen) und Amelith (Landkreis Northeim, Niedersachsen) befinden sich in landschaftlich reizvoller Lage am Rande des Naturparks Solling-Vogler im Weserbergland. Zahlreiche Fuß- und Radwanderwege laden zu Ausflügen ins Grüne und zu ausgiebigen Erkundungen der schönen Naturlandschaft nahe der Weser ein.
Idyllische und historisch gewachsene Kleinstädte, wie Holzminden, Höxter, Uslar oder Einbeck befinden sich im Nahbereich und sind für einen Einkaufsbummel oder den Besuch kultureller Veranstaltungen schnell zu erreichen. Größere Städte wie Hannover, Göttingen oder Kassel sind weniger als 2 Stunden Autofahrzeit von den Therapiezentren entfernt.

3.6 Einrichtungsmerkmale/Besonderheiten

Als Neues Land sind wir eine **sinn- und werteorientierte, beziehungsnahe und ausstiegsorientierte Drogen- bzw. Suchthilfe**.

Wir wollen auf christlicher Grundlage ausstiegswilligen drogenabhängigen bzw. abhängigkeitskranken Menschen zu einem neuen, sinnerfüllten Leben ohne Drogen und Sucht verhelfen.

Eine substitutionsgestützte Behandlung im Rahmen der Entwöhnungstherapie wird vom Neuen Land nicht angeboten. **Für ein Leben ohne Drogen** ist unser Motto.

Wir sind überzeugt: **Es gibt keinen hoffnungslosen Fall!** Drogenabhängige bzw. abhängigkeitskranke Menschen können im Neuen Land die Erfahrung machen, dass ein sinnerfülltes Leben ohne Drogen und Sucht möglich ist, dass sich das Leben wieder lohnt. Wenn ein drogenabhängiger bzw. abhängigkeitskranker Mensch dem Leben wieder einen neuen Sinn abgewinnen kann und neuen Mut und neue Freude am Leben findet, dann wird dadurch der Rehabilitationsprozess positiv unterstützt. Der Sinnaspekt stellt für die Therapie einen starken Motivationsfaktor dar, konsequent an sich zu arbeiten und sich dem Rehabilitationsprogramm zu stellen.

Der sinn-, werte- und abstinenzenorientierte Therapieansatz fördert und begünstigt nach unseren Erfahrungen die zentralen Teilhabeziele in der medizinischen Rehabilitation, die Verbesserung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in Beruf, Arbeit und Gesellschaft.

Ein weiteres prägendes Merkmal der Therapie im Neuen Land ist die **therapeutische Gemeinschaft**, in der Mitarbeiter (auch mit Familien) mit den Rehabilitanden vor Ort in einer Hausgemeinschaft leben. Dieser beziehungsorientierte, milieutherapeutische Ansatz im Rahmen einer Lebensgemeinschaft mit **familienähnlichen Strukturen** schafft ein Klima, das den Rehabilitationsprozess in der Therapie ebenso fördert und positiv unterstützt und damit den **teilhabeorientierten Zielsetzungen** im Rehabilitationskonzept zuträglich ist (siehe Abschnitt 4.1.3).

Barrierearmut:

Im Therapiezentrum Amelith können Rehabilitanden aufgenommen werden, die aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen auf einen Rollstuhl angewiesen sind (Rollstuhlfahrer).

Ein rollstuhlgerechter Zugang und eine entsprechende Unterbringung sind am Standort Amelith gewährleistet. Die Teilnahme an allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist für Rehabilitanden mit Beeinträchtigungen der Mobilität (Rollstuhlfahrer) möglich.

An beiden Standorten (Schorborn und Amelith) können Rehabilitanden mit einer Gewichtsgrenze bis 150 kg aufgenommen werden.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

4.1.1 Unser Verständnis von Abhängigkeit

Die Entstehung und Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung hat vielfältige Ursachen, die sich auf gesellschaftliche, kulturelle, familiäre, berufliche und persönliche Faktoren zurückführen lassen und im Rahmen des bio-psycho-sozialen Krankheitsursachen und -folgenmodells der ICF zu betrachten sind (siehe Abschnitt 4.1.4).

Im Rahmen dieses Modells verstehen wir aus psychodynamischer Sicht Abhängigkeit als ein Symptom und damit Ausdruck tieferliegender Konflikte und Störungsbilder: Beziehungs- und Selbstwertstörungen, Entwicklungsschädigungen, Reifedefizite, seelische Verletzungen und Traumata in der psychosozialen Entwicklung können nicht nur auslösende Faktoren sein, sondern gerade auch zu aufrechterhaltenden Faktoren einer schweren und langjährigen Suchterkrankung führen. Des Weiteren sind prädisponierende Faktoren in der eigenen Biografie und Familiengnese zu berücksichtigen (Burian, 1994, S. 50).

Um mit den daraus resultierenden, oft schweren Störungen fertig zu werden, stellen für viele abhängigkeitskranke Menschen der Drogen- und Suchtmittelkonsum bzw. die Verhaltenssuchte einen Selbstheilungsversuch dar (Khantzian, 2003). Es handelt sich dabei um einen misslungenen Bewältigungsversuch (Burian, 1994, S. 54), um einer als unerträglich erlebten Realität zu entfliehen und starke negativ besetzte Affekte auf diese Weise zu dämpfen und zu regulieren und sich gegenüber Reizen von innen und außen abzuschotten.

Positiv gesehen hat Sucht aber auch etwas mit Sehnsucht zu tun, mit einer unerfüllt gebliebenen Sehnsucht, mit der Suche des Menschen nach Liebe und Anerkennung. Der Einsatz des Suchtmittels, das Suchtverhalten erfolgt, um das, was vermisst wurde, was als Mangel und innere Leere erlebt wird, überwinden zu können und den eigenen Identitätsverlust, die soziale Isolierung und einen verlorenen Lebenssinn zu kompensieren (vgl. Frankl, 2005). Darin liegt die Chance der Suchttherapie. Wenn es nämlich gelingt, die Funktion der Droge mit ihrer betäubenden oder euphorisierenden Wirkung zu ersetzen, sozusagen das Suchtmittel oder auch Verhaltenssuchte als Ersatzlösungen überflüssig zu machen, dann verliert die Droge bzw. die Sucht dauerhaft ihre zerstörerische Macht im Leben der Betroffenen.

Die therapeutischen Bemühungen müssen deswegen darauf abzielen, die der Sucht zugrundeliegenden Störungen zu bearbeiten und zu überwinden, Folgeerkrankungen zu heilen oder abzumildern und verlorene Sinnbezüge wieder herzustellen und damit insgesamt zu einer Neuorientierung und Teilhabeperspektive zu verhelfen.

4.1.2 Psychotherapie/Suchttherapie: Interdisziplinärer Behandlungsansatz

Die psychotherapeutische bzw. suchttherapeutische Arbeit wird nicht ausschließlich von einer Fachrichtung bestimmt, sondern ist als ein **interdisziplinärer Ansatz** zu verstehen, der verschiedene Erkenntnisse und Elemente unterschiedlicher Fachrichtungen beinhaltet, soweit sie wissenschaftlich fundiert sind und uns für das Behandlungskonzept einer christlich orientierten medizinischen Rehabilitation geeignet erscheinen.

Der christliche Glaube bildet die ethische Grundlage für unser therapeutisches Handeln. Die verschiedenen interdisziplinären Behandlungselemente verbinden sich zu einer Psychotherapie/Suchttherapie auf christlich-ethischer Grundlage.

Anwendung in der Rehabilitation finden Elemente der:

- Psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (psychodynamischer Ansatz)
- Verhaltenstherapie
- Systemischen Familientherapie
- Logotherapie von V.E. Frankl
- Themenzentrierten Interaktion (TZI) nach Ruth C. Cohn.

Den **Schwerpunkt** bei den therapeutischen Verfahren bildet der **psychodynamische Behandlungsansatz**, die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (Göttinger Modell), die von den Psychoanalytikern und Psychotherapeuten Franz Heigl und Annelise Heigl-Evers entwickelt wurde (Heigl-Evers et al., 1988).

Dieser tiefenpsychologisch orientierte Therapieansatz definiert Krankheit als entwicklungsbedingte Störung der Ich-Struktur und berücksichtigt, dass bei Suchtkranken mit hochgradiger Abhängigkeit oftmals frühe Ich-strukturelle Defizite (z.B. Borderline-Störungen, pathologischer Narzissmus) vorliegen. Wichtige Ich-Funktionen, wie zum Beispiel die Realitätsprüfung, die Frustrationstoleranz, die Impulssteuerung und Affektwahrnehmung sind defizitär ausgebildet.

Eine zentrale Rolle beim psychodynamischen Behandlungsansatz spielt die Beziehungsdynamik zwischen Therapeut und Rehabilitand. Im Prozess dieser Beziehungsentwicklung übernimmt der Therapeut sozusagen Hilfs-Ich-Funktion, d.h. er verhilft dem Rehabilitanden durch die mit den eigenen Emotionen verbundenen Rückmeldungen (z.B. auf vereinnahmende Verhaltensweisen des Rehabilitanden) zur Ausbildung stabiler Ich-Funktionen, zu mehr Realitätswahrnehmung, zu einer besseren Urteilsfähigkeit, zum Identifizieren von Affekten. Insgesamt also zu mehr Beziehungsfähigkeit, um die alltäglichen sozialen Beziehungen real besser wahrnehmen und gestalten zu lernen. Die Zuverlässigkeit und Konstanz in der therapeutischen Beziehung bilden die Grundlage für die eben dargestellten Nachreifungsprozesse. Des Weiteren helfen die in der Beziehungsdynamik zwischen Therapeut und Rehabilitand auftretenden Übertragungsprozesse zum Aufdecken unbewusster Konflikte und Vergangenheitsbezüge, die dann aufgearbeitet werden können (vgl. König, 1997, 1998).

Den zweiten **Schwerpunkt** bildet die **Verhaltenstherapie** (VT), die ursprünglich auf der Basis von Lerntheorien Behandlungen für psychische Störungen entwickelt hat.

Als Grundsatz gilt dabei, dass Verhalten sowohl erlernbar als auch wieder verlernbar ist. Weiterhin umfasst die VT kognitive und neurobiologische Ansätze, welche Kognitionen als neurobiologische Prozesse verstehen, die das Verhalten beeinflussen, sodass eine Veränderung im Denken auch eine Veränderung im Verhalten bewirkt. Neurobiologische Grundlagen werden in der Praxis berücksichtigt, z.B. die hirnganischen Veränderungen nach langjährigem Drogenkonsum oder bei spezifischen komorbiden Erkrankungen (z.B. Psychosen, Traumafolgestörungen oder Depressionen). Zuletzt stützt sich die VT auf Grundlagen der emotionalen und motivationalen Verarbeitung und berücksichtigt dabei das Zusammenspiel von Gedanken, Gefühlen und Verhalten, vermehrt auch auf der Grundlage biografisch-systemischer Betrachtungen (vgl. Zarbock, 2020). Das übergeordnete Ziel der VT ist damit, automatische (unbewusste) Verhaltensprozesse, die im Laufe des Lebens in einem sozialen Umfeld erlernt wurden, zu durchbrechen und kontrollierte (bewusste) neue Verhaltensprozesse einzuüben.

Die Verhaltenstherapie versteht sich als Therapiemethode, welche in der empirischen Psychologie begründet ist, d.h. aktuelle Forschungsergebnisse zu emotionalen, kognitiven und sozialen Prozessen werden laufend in den methodischen Kanon der Verhaltenstherapie integriert. Dabei bemüht sich die VT insgesamt um ein hypothesengeleitetes Vorgehen und eine Evaluation der einzelnen Therapieprozesse und Methoden sowie der Verfahren und Anwendungen aktueller Forschungsergebnisse an sich. Zentrale Orientierungspunkte bei den Methoden der Verhaltenstherapie sind die Transparenz gegenüber Klienten, die selbst zu „Experten ihrer selbst“ werden sollen. Die VT versteht sich in diesem Sinne als „Hilfe zur Selbsthilfe“. Dafür fokussiert die VT während des gesamten Therapieprozesses auf die Generalisierung des Gelernten aus den Therapieeinheiten in den Alltag, z.B. durch Hausaufgaben, Rollenspiele oder Besprechung konkreter Situationen aus dem Alltag. Behandlungsmethoden werden entsprechend aus der Beschreibung aktueller Problemlagen erschlossen und orientieren sich an gemeinsam festgelegten, messbaren Behandlungszielen. Insbesondere werden Verhaltensweisen fokussiert, die zur Aufrechterhaltung einer Störung beitragen (z.B. dysfunktionale Verhaltensmuster in Beziehungen). Die aktuelle VT umfasst nicht mehr nur Methoden, welche ausschließlich das Verhalten fokussieren, sondern konzentriert sich auch auf motivationale (z.B. Verdeutlichen von Ambivalenz zur Motivationsförderung im Gespräch), emotionale (z.B. ABC-Schema zum Erkennen automatisierter Abläufe in Gefühlen und Gedanken) und kognitive (z.B. kognitive Umstrukturierung bei komorbiden psychischen Störungsbildern) Abläufe. Zu jeder guten verhaltenstherapeutischen Intervention gehört eine individuelle Fallkonzeption (vgl. Funke 2017), wodurch die Anliegen der VT in dem gegebenen Zeitrahmen umgesetzt werden können.

4.1.3 Gemeinsames Leben: milieutheraapeutischer Ansatz zur Zielverwirklichung

In den therapeutischen Gemeinschaften des Neuen Landes leben Mitarbeiter (auch mit Familien) vor Ort zusammen mit den Rehabilitanden in einer familiär geprägten Hausgemeinschaft.

Durch diesen milieutheraapeutischen Ansatz, den lebensgemeinschaftlichen Rahmen mit den familienähnlichen Strukturen, ist die Therapie lebensnah und realitätsbezogen (vgl. Burian, 1994, S.65-93). Der Rehabilitand erlebt reale Alltagssituationen. Es gibt täglich Berührungspunkte in der Gemeinschaft: **Miteinander leben, arbeiten und feiern**. Begegnungen bei gemeinsamen Mahlzeiten und in der Freizeit. Die Rehabilitanden nehmen Teil am Leben der Mitarbeiter mit ihren Familien und Kindern.

Man lebt wie in einer großen Familie. Dadurch wird den Rehabilitanden eine neue Lebensorientierung vermittelt. Die Intensität des Zusammenlebens fördert eine valide Diagnostik (vgl. Burian, 1994, S. 70) und das Leben in der Gemeinschaft ist somit ein natürliches Übungsfeld zum Erwerb sozialer Kompetenzen. Die Mitarbeiter haben in der Lebensgemeinschaft eine Vorbildfunktion (**Lernen am Modell**). Sie leben modellhaft vor, wie zum Beispiel Spannungen im Miteinander und in der Familie konstruktiv gelöst werden können. Die Rehabilitanden bekommen dadurch viele Anregungen für die eigene Lebensgestaltung und die eigene Konfliktbewältigung.

Die konstante Präsenz der Mitarbeiter erinnert an die konstante Präsenz der Eltern in der Familie. In diesem Rahmen finden die Rehabilitanden nicht nur ein vielfältiges Lernfeld, sondern auch ein Zuhause, Geborgenheit und Anerkennung, was viele in ihrer Vergangenheit vermissen mussten, weil es an verlässlichen Beziehungen fehlte. Die Rehabilitanden fühlen sich dadurch nicht nur als Rehabilitanden behandelt, sondern als Menschen gesehen und wertgeschätzt, was sich vertrauensbildend für die Behandlung der suchtbedingten Störungen auswirkt.

Das ist auch der Grund, warum **wir die Rehabilitanden bei uns Gäste nennen**. Wir wollen ihnen damit das Gefühl vermitteln, dass sie wertvoll und willkommen sind und zur Gemeinschaft dazugehören dürfen (vgl. Vanier, 1983). Wir wollen sie nicht über ihre Defizite oder ihre kranken Persönlichkeitsanteile definieren, sondern sie werden in unseren Häusern ermutigt und gestärkt, dass sie trotz ihrer Probleme und Defizite auch über eine Menge Ressourcen verfügen, mit denen sie einen positiven Beitrag in der Gemeinschaft leisten können.

Der Rahmen der Lebensgemeinschaft, die durchgängige Präsenz der vertrauten Mitarbeiter, erlebte und gelebte menschliche Annahme und Wertschätzung, fördert den seelischen Heilungsprozess der Rehabilitanden für ein tragfähiges Lebensfundament und schafft insbesondere für traumatisierte Rehabilitanden einen erforderlichen Schutzrahmen, einen sicheren Ort. Zudem können die Rehabilitanden in der Alltags- und Erlebnisdynamik eines gemeinsamen Lebens ein hohes Maß an Beziehungs-, Gemeinschafts- und Erlebnisfähigkeit erwerben, was ihnen hilft, die Alltagsaktivitäten und die Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen deutlich zu verbessern (Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Arbeitskollegen, usw.).

4.1.4 Leistungen zur Teilhabe und ICF (bio-psycho-soziales Modell)

Leistungen zur Teilhabe können gemäß SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) erbracht werden, wenn die Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, soziale Teilhabe, Selbstversorgung) beeinträchtigt oder bedroht ist.

Für die Durchführungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen neben versicherungsrechtlichen auch folgende sozialmedizinischen Voraussetzungen gegeben sein: Es besteht Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit und es kann eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden (DRV Anforderungsprofil, 2018, S. 5).

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme kommt bei der fachlichen Einschätzung des Befundes, den Therapiezielen und der Behandlungsplanung das Teilhabeverständnis der ICF zur Anwendung (BAR, ICF-Praxisleitfaden 2, 2016).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2001 empfohlen, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Gesundheitswesen einzuführen. Während im diagnosebezogenen medizinischen Klassifikationssystem (ICD) der Fokus auf die Krankheit selbst und deren unmittelbare Folgen gelenkt wird, so wird im ICF-Modell die Betrachtungsweise ausgeweitet auf die Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen, die eine Person durch ihre Erkrankung erleidet und die im sogenannten bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit dargestellt werden.

Die ICF bietet mit dem bio-psycho-sozialen Behandlungsmodell einen systematischen Ansatz zur Betrachtung der Aus- und Wechselwirkungen eines Gesundheitsproblems. Die Betrachtung geschieht in verschiedenen Dimensionen und zwar auf der Ebene der Körperstrukturen und Körperfunktionen (einschließlich der mentalen Dimension), auf der Ebene der Aktivitäten und auf der Ebene der Teilhabe an Lebensbereichen. Die verschiedenen Ebenen stehen in einer Wechselbeziehung zueinander (Interdependenz) und sind ebenso nicht losgelöst vom Lebenshintergrund einer Person zu erfassen (Kontextfaktoren). Dabei wird unterschieden zwischen umweltbezogenen Kontextfaktoren (materielle und soziale Umwelt, gesellschaftliche Wertvorstellungen und Verhaltensweisen) und personenbezogenen Kontextfaktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Eigenschaften, Lebensstil, Werte, Gewohnheiten, Beruf, Motivation, Handlungswille, eigener Erfahrungshintergrund).

Kontextfaktoren, die sich sowohl auf die Individualität der Person als auch auf die konkrete Lebensumwelt des Betroffenen beziehen, können sich auf die Gesundheit positiv (Förderfaktoren, Ressourcen), aber auch negativ auswirken (Barrieren) und sind bei der Behandlungsplanung und den Zielsetzungen in der Rehabilitation mit zu berücksichtigen (siehe auch Schuntermann, 2003, 2006).

Aufgrund unseres christlichen Therapieverständnisses wird das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell erweitert bzw. ausdifferenziert durch die spirituelle Dimension der Sinnfindung und enthält damit eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen: Körper, Seele (Psyche) und Spiritualität.

4.1.5 Funktionale Gesundheit und seelische Gesundheit

Im ICF-Modell wird für die Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen als zentrales Ziel die umfassende Wiederherstellung bzw. Verbesserung der funktionalen Gesundheit genannt.

Aus unserer Sicht darf dabei der Behandlungsaspekt der seelischen Gesundheit nicht zu kurz kommen, um möglichst nachhaltig ein Höchstmaß an funktionaler Gesundheit und damit der Teilhabe am Erwerbsleben und am gesellschaftlichen Leben zu erreichen. Dies impliziert, dass ausreichend Behandlungszeiten, die sich am individuellen Bedarf orientieren, im stationären Setting der medizinischen Rehabilitation erhalten bleiben müssen (Langzeittherapie), um die seelischen Störungen und Ursachen der Sucht hinreichend aufarbeiten zu können und damit die Grundlage für ein neues, stabiles Lebensfundament zu legen (siehe auch Diakonisches Werk der EKD und GVS, Positionspapier, 2011).

Zudem kann dadurch ein nur kurzzeitiges „Funktionieren“ mit der Gefahr des „Drehtüreffektes“ vermieden werden durch Mehrfachwiederholungsbehandlungen wegen Rückfälligkeit in Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen.

Drogen- bzw. abhängigkeitskranke Menschen leiden häufig unter erheblichen Selbstwertstörungen und in den Biographien gibt es oft Hinweise auf Vernachlässigung, auf

Missbrauchs- und Gewalterfahrungen und andere seelische Traumata (van der Kolk, 2000, S. 178; Spatz Widom et al., 2006; Allem et al., 2015).

Voraussetzungen für eine fundierte Aufarbeitung der eigenen Suchtvergangenheit sind Vertrauen und Offenheit bei den Rehabilitanden, auch über schuld- und schambesetzte Ereignisse der Vergangenheit, sowie über traumatisierende Erfahrungen reden zu können. Konzeptionell sind dafür unser beziehungsorientierter Suchthilfeansatz (Bezugstherapeutenprinzip) und das Modell der therapeutischen Lebensgemeinschaft vertrauensbildende Maßnahmen. Dadurch werden Räume geschaffen den einzelnen Menschen mit seiner Problematik und mit seinen Ressourcen genügend wahrzunehmen und ihm Annahme, Wertschätzung, Zuwendung und Zugehörigkeit zu vermitteln.

Die wöchentlichen therapeutischen Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten schaffen Beziehungskonstanz, helfen Vertrauen aufzubauen, ein stabiles Arbeitsbündnis zu installieren und ermöglichen eine hinreichende Erhebung der biographischen Anamnese und Bearbeitung der psychischen Störungsbilder. Bedeutsame Themen für den psychischen Genesungsprozess, für die Heilung seelischer Verletzungen, sind, zu einer Versöhnung mit der eigenen Vergangenheit zu gelangen und zu einer neuen Sinnggebung und Teilhabeperspektive zu finden. Zum Verarbeitungs- und Aussöhnungsprozess mit der eigenen Suchtvergangenheit können auch klärende Gespräche mit der eigenen Familie, mit Angehörigen und weiteren relevanten Bezugspersonen der Vergangenheit gehören.

4.1.6 BORA

Im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) wurden für die Indikation der Abhängigkeitserkrankungen von Vertretern der Rentenversicherung und der Suchtverbände Empfehlungen für eine spezielle Behandlungsstrategie entwickelt: Die **B**erufliche **O**rientierung in der medizinischen Rehabilitation **A**bhängigkeitskranker (BORA). Bei der BORA-Behandlungsstrategie geht es um die Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (DRV AG BORA, 2014).

Das BORA-Konzept sieht vor, die Rehabilitationsmaßnahmen gezielter an den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere am aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz auszurichten. Damit können individuelle Teilhabebedarfe noch besser gefördert werden, gemäß dem vorrangigen Ziel der Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation, die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die (Wieder-) Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Unsere Therapie ist ausgerichtet auf die berufliche Förderung, die Stärkung des Erwerbsbezugs in der Rehabilitation. Aufgrund unseres Rehabilitationskonzepts liegt für unsere Einrichtungsstandorte eine BORA-Anerkennung der Rentenversicherung vor.

Für die berufliche Ausrichtung in der Rehabilitation geht es um eine zielgruppenorientierte Behandlungs- und Teilhabeplanung.

Ganz allgemein sind zwei Zielgruppen zu unterscheiden: Rehabilitanden, die über einen Arbeitsplatz verfügen und Rehabilitanden, die arbeitslos sind.

Bei Rehabilitanden mit Arbeit geht es im BORA-Konzept vorrangig darum, den Arbeitsplatz zu erhalten. In der Therapie ist es für diese Zielgruppe bedeutsam, bestehende Probleme am Arbeitsplatz zu erkennen und zu bewältigen und entsprechende berufsbezogene Ressourcen zu stärken. Eine Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber (Rückkehrgespräche) ist für diese Gruppe von Bedeutung.

Bei arbeitslosen Rehabilitanden geht es um die Entwicklung einer erwerbsbezogenen Perspektive, die Überprüfung des beruflichen Leistungsvermögens, die Erhaltung und Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten und der sozialen Fähigkeiten im Arbeitsleben, die Verbesserung der Belastungsfähigkeit, die Planung konkreter Schritte zur Förderung der beruflichen Teilhabe im Anschluss an die Rehabilitation.

Für eine speziellere Betrachtung der individuellen Teilhabebedarfe und erwerbsbezogenen Problemlagen werden folgende Zielgruppen gebildet:

- BORA-Zielgruppe 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
- BORA-Zielgruppe 2: Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen
- BORA-Zielgruppe 3: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld), kürzere Dauer der Arbeitslosigkeit
- BORA-Zielgruppe 4: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von Bürgergeld), Langzeitarbeitslosigkeit
- BORA-Zielgruppe 5: Rehabilitanden, die nicht erwerbstätig sind (z.B. Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner), die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben

Zu Beginn der Rehabilitation werden im Rahmen einer arbeits- und berufsbezogenen Eingangsdiagnostik individuelle Problemlagen und der erwerbsbezogene Förderbedarf ermittelt. Das erfolgt zielgruppenorientiert mit Hilfe eines selbst entwickelten, nicht-standardisierten Screeningbogens, der **Arbeits- und Berufsanamnese**.

Der **Screeningbogen** wird vom Rehabilitanden ausgefüllt. In diesem Bogen sind neben anamnestischen Daten zum schulischen und beruflichen Werdegang unter anderem Angaben zu machen zum aktuellen bzw. letzten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz, zu Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, zu beruflichen Ressourcen, zur Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens, zu eigenen arbeitsbezogenen Reha-Zielen und beruflichen Perspektiven. Der Screeningbogen wird vom zuständigen Arbeits-/Ergotherapeuten mit dem Rehabilitanden ausgewertet. Ergänzend erfolgt mit dem **Assessmentinstrument MELBA** (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) als Profilvergleichsverfahren (Fähigkeiten und Anforderungen) eine differenzierte Erfassung arbeits- und berufsbezogener Fähigkeiten. Die Ergebnisse fließen unter Berücksichtigung des sozialmedizinischen Befundes in die Behandlungs- und Teilhabeplanung ein (siehe Abschnitt 4.6.3.1).

Das Assessmentinstrument MELBA zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeiten bezogen auf berufliche Anforderungen soll mindestens 2x während der Rehabilitation zur Anwendung kommen, zu Beginn der Reha und ca. 2 Wochen vor Beendigung der Reha, um Entwicklungen bzw. Fortschritte erkennen zu können. Die Bewertung erfolgt durch Selbsteinschätzung der Rehabilitanden und durch die fachliche Einschätzung der Arbeitstherapeuten. Somit ist MELBA sowohl für die Eingangsdiagnostik als auch für die Abschlussbefundung ein hilfreiches Instrument für die arbeits- und berufsbezogene Diagnostik.

Im Rahmen der Arbeitstherapie gibt es für die berufliche Förderung verschiedene BORA-Lernfelder: Training von Grundarbeitsfähigkeiten und sozialen Fähigkeiten im Arbeitsleben, Belastungserprobung, Entdecken und Entwickeln von Fertigkeiten und Ressourcen für die berufliche Teilhabe usw. (siehe Abschnitt 4.6.7).

Neben der Arbeitstherapie werden auch bei den sucht- und psychotherapeutischen Interventionen Aspekte der beruflichen Teilhabeplanung reflektiert und bearbeitet.

Weitere BORA-Module zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Stärkung des Erwerbsbezugs, während der Rehabilitation:

- PC-Schulungskurse / Bewerbungstraining (siehe Abschnitt 4.6.6.11)
- Sozialdienst (siehe Abschnitt 4.6.10)
- Berufsfindungsseminar „PowerCheck“ (siehe Abschnitt 4.6.6.10)
- Sprachverbesserungstraining für Migranten zur Teilhabeförderung (siehe Abschnitt 4.6.6.8)
- Betriebspraktika zur Belastungserprobung und Arbeitsstellenprüfung (siehe Abschnitt 4.4.2)
- Netzwerk Arbeit zur beruflichen (Re-)Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt (siehe Abschnitt 7.2)

Statistisch gesehen bildet die BORA-Gruppe 4 (Langzeitarbeitslosigkeit) in unseren Therapiezentren die größte Zielgruppe.

Die individuellen Teilhabebedarfe sind in dieser Gruppe stärker ausgeprägt. Für die arbeits- und berufsbezogene Förderung bekommt für diese Zielgruppe neben der Sozialtherapie (Kommunikations- und Konflikttraining etc.) die Arbeitstherapie (Arbeitstraining, interne und externe Belastungserprobung / Betriebspraktikum) ein größeres Gewicht. In der Regel ist für diesen Personenkreis die Adaption als weitergehende Maßnahme erforderlich, um sich beruflich erproben und neu orientieren zu können. Auch Module wie das Berufsfindungsseminar „PowerCheck“ mit Bewerbungstraining und PC-Schulungskurse sind bedarfsbezogen einzuplanen.

Kooperationen mit der Agentur für Arbeit und dem Jobcenter unterstützen unsere beruflichen Integrationsbemühungen für arbeitslose Rehabilitanden (siehe Abschnitt 7.1).

4.2 Indikationen und Kontraindikationen

Aufgenommen werden **drogen- und mehrfachabhängige Männer und Frauen** im Alter **ab 18 Jahren**, wenn sie nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) ein stoffgebundenes Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) im Rahmen der Hauptdiagnosen aufweisen (F11.2 bis F19.2).

Des Weiteren können Rehabilitanden mit folgenden Zusatzindikationen / Nebendiagnosen aufgenommen werden (mitbehandelbare Komorbiditäten):

- mit Alkoholabhängigkeit (F10)
- mit Tabakabhängigkeit (F17)
- mit drogeninduzierter Psychose (F19.5)
- mit Persönlichkeitsstörungen (F60 bis F62)
- mit chronischer Virushepatitis (B18) oder Leberzirrhose (K74.6)
- mit HIV Infektion (B24)
- mit psychosomatischen und psychoneurotischen Erkrankungen (F40 bis F45), einschließlich posttraumatischer Belastungsstörungen (F43.1) oder anderen Traumafolgestörungen
- mit affektiven Störungen (F30 bis F34, F38)
- mit Essstörungen (F50)
- mit pathologischem Spielen – Glücksspiel (F63.0)
- mit schädlichem Computergebrauch und Internetsucht - **Medienabhängigkeit** (F63.8)

Der Rehabilitationsbedarf ergibt sich nicht allein aufgrund der ICD 10-Diagnosen, sondern aus den mit der Erkrankung einhergehenden funktionalen Einschränkungen gemäß der ICF (siehe Abschnitt 4.1.4). Zu den typischen Aktivitäts- und Teilhabe einschränkungen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gehören zum Beispiel Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der interpersonellen Interaktion, der Teilhabe am Erwerbsleben und am sozialen Leben.

4.2.1 Kontraindikationen

Nicht aufgenommen werden Rehabilitanden, die primär unter einer akuten Psychose oder einer anderen psychiatrisch indizierten Erkrankung leiden, wie zum Beispiel Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die einer aktiven Teilnahme und Mitarbeit an der Rehabilitation entgegensteht.

Weitere Kontraindikationen:

- Spezielle Behinderungen (Taubheit, Blindheit)
- gravierende hirnorganische Schädigung
- Erkrankungen mit erheblicher Pflegebedürftigkeit

4.2.2 Aufnahmevoraussetzungen

Voraussetzungen für die Aufnahme sind:

- Eine abgeschlossene Entzugsbehandlung und/oder abgeschlossener Aufenthalt zur Therapie Vorbereitung in unserem Auffanghaus (Clearingstation) in Hannover. Die Aufnahme aus der Entzugsklinik bzw. dem Auffanghaus sollte nahtlos erfolgen, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden bzw. zu verbessern und die Nichtantrittsquote zu senken. Aus diesen Gründen nimmt unsere Einrichtung teil am Nahtlosverfahren der Rentenversicherung. In begründeten Einzelfällen kann auf eine Entzugsbehandlung in einer Klinik oder auf einen Aufenthalt im Auffanghaus verzichtet werden, wenn eine vorangegangene Suchtmittelfreiheit nachgewiesen werden kann.
- Eine ausreichende Eigenmotivation, eine freiwillige Entscheidung zur Therapie (keine Zwangseinweisung). Das gilt auch für betäubungsmittelabhängige Straftäter, die nach den Bestimmungen der §§ 35 - 36 BtMG in der Einrichtung aufgenommen werden. Dabei ist uns aufgrund der Suchterkrankung bewusst, dass die Eigenmotivation zu Beginn nicht immer eindeutig ist, es sich oftmals um Mischformen handelt: Eigenmotivation, Fremdmotivation, die äußeren Umstände („Knastdruck“). Deswegen ist, insbesondere bei den Mischformen bzw. bei ambivalenter Motivationslage, die Erhaltung und Verbesserung der Therapiemotivation und die Förderung von Krankheitseinsicht ein immanenter Bestandteil der Rehabilitation.
- Eine weitere Voraussetzung für die Aufnahme ist die Akzeptanz der Hausordnung und des Therapierahmens eines christlich orientierten Rehabilitationskonzepts. Das Neue Land ist eine spezielle Rehabilitationseinrichtung für den Teil der Drogen- und Mehrfachabhängigen, die sich die Unterbringung in einer christlich geführten Einrichtung wünschen (vgl. § 8 SGB IX Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten) und für die die Auseinandersetzung mit Glaubens- und Wertfragen zur eigenen Sinnfindung und auch eine seelsorgerliche Betreuung ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung sind.

Nach Klärung der Kostenübernahme / Erteilung einer Kostenzusage durch den zuständigen Leistungsträger erfolgt eine Aufnahme in einem unserer Therapiezentren, in Schorborn oder Amelith. (siehe Abschnitt 4.6.1)

4.3 Rehabilitationsziele

4.3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele

Grundlegendes Rehabilitationsziel ist nach § 42, Abs. 1 SGB IX (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation): „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“

Allgemeine Rehabilitationsziele in diesem Sinne bezogen auf Personen mit Abhängigkeitserkrankungen sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, die Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen, sowie die möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. (vgl. DRV Anforderungsprofil 2018, S. 10). Dabei liegt bei der Rentenversicherung (DRV) der Fokus auf der Teilhabe am Erwerbsleben und bei der Krankenversicherung (GKV) auf der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Aus unserer Sicht und nach unseren Erfahrungen sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz und die Klärung von Sinn- und Wertfragen (Sinnfindung) eine wichtige Voraussetzung, um den Rehabilitationserfolg zu sichern und eine möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in Beruf, Arbeit und Gesellschaft zu erreichen.

Die Entwicklung einer suchtfreien und sinnerfüllten Lebensperspektive während der Rehabilitation fördert eine nachhaltige berufliche (Re-)Integration und soziale Teilhabe.

Die konkreten Rehabilitationsziele werden aus den speziellen Beeinträchtigungen und den vorhandenen Ressourcen abgeleitet, mit dem Rehabilitanden abgestimmt (partizipative Behandlungs- und Teilhabeplanung) und auf den verschiedenen Ebenen des bio-psycho-sozialen Krankheitsursachen- und folgenmodells der ICF abgebildet.

4.3.2 Reha-Ziele bezogen auf die körperliche und psychische Ebene

Zentrale Rehabilitationsziele bezogen auf die körperliche Ebene sind die Wiederherstellung oder Verbesserung beeinträchtigter Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Verhütung von Verschlimmerung der Funktionsstörungen und Strukturschäden. Konkrete Ziele bezogen auf die körperliche Ebene betreffen die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Fitness, die Verbesserung körperlicher Funktionseinschränkungen, die Verbesserung der Körperwahrnehmung.

Zu den Rehabilitationszielen bezogen auf die psychischen und mentalen Funktionen zählen zum Beispiel die emotionale Stabilisierung, die Entwicklung von Frustrationstoleranz und Antizipationsfähigkeit, die Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, der Selbstwahrnehmung, der Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls, sowie die Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster.

4.3.3 Reha-Ziele bezogen auf die Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe

Die durch die Abhängigkeitserkrankung bedingten Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Störungen der psychischen und mentalen Funktionen führen häufig zu Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten. Beeinträchtigungen der Teilhabe können aus den Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten resultieren.

Aktivitäten betreffen Aufgaben oder Handlungen im Alltag, die eine Person in der Lage ist durchzuführen.

Die Teilhabe (Partizipation) betrifft das Einbezogen sein in eine Lebenssituation, in bedeutende Lebensbereiche, beispielsweise Erwerbsleben, Selbstversorgung, Familie, Freundeskreis.

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension der Aktivitäten sind zum Beispiel:

- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping). Bezogen auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen geht es hierbei um die Verbesserung der Suchtbewältigungskompetenzen zur Stärkung der Abstinenzfähigkeit. Bedeutsam in diesem Zusammenhang sind der Umgang mit Stress und Krisensituationen und die Verbesserung von Konfliktfähigkeit
- Verbesserung der Selbstständigkeit, einer eigenständigen Lebensgestaltung: Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens, die tägliche Routine planen, Haushaltsführung, Umgang mit Geld, Nahrungszubereitung und- aufnahme, Körperpflege, auf seine Gesundheit achten usw.
- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und der kommunikativen Fähigkeiten. Dazu gehört in unserer Einrichtung auch das Angebot für ein Sprachverbesserungstraining für Rehabilitanden mit Migrationshintergrund
- Förderung einer sinnvollen Freizeitgestaltung und sportlicher Aktivitäten
- Erwerb und Verbesserung von Medienkompetenz

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension der Teilhabe sind zum Beispiel:

- Verbesserung der Selbstversorgung, Waren und Dienstleistungen des täglichen Lebens beschaffen, Einkaufstraining
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen, Interaktions- und Beziehungsverhalten, Kontaktfähigkeit, Gruppenfähigkeit usw.
- Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten und der sozialen Fähigkeiten im Arbeitsleben
- Berufliche Orientierung und Integration
- Verbesserung der sozialen Teilhabe durch Reaktivierung oder Aufbau eines sozialen Bezugsrahmens mit drogen- bzw. suchtfreien Kontakten und Zugehörigkeiten

Eine eindeutige Unterscheidung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive, also eine Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation), ist wegen bestehender Überlappungen nicht möglich. Aus diesem Grund werden Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten und Teilhabe in einer Dimension dargestellt (BAR ICF-Praxisleitfaden 2, 2016, S. 14).

4.3.4 Reha-Ziele bezogen auf die Ebene der Kontextfaktoren

Die zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen im bi-psycho-sozialen Modell der ICF in einer komplexen Wechselbeziehung. Dabei hängen Art und Ausmaß eines Gesundheitsproblems und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Teilhabe auch vom Krankheitsverarbeitungsprozess ab, der wiederum durch unterschiedlich wirkende Kontextfaktoren beeinflusst wird, die den gesamten Lebenshintergrund einer Person betreffen (siehe Abschnitt 4.1.4).

Im Rehabilitationsprozess gilt es, positive Kontextfaktoren zu fördern und vorhandene Ressourcen zu stärken und weiter auszubauen.

Zu den Förderfaktoren können zum Beispiel eine Berufsausbildung oder das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes gehören, eine klare Behandlungsmotivation und Krankheitseinsicht, gute soziale und freundschaftliche Kontakte, eine gute körperliche Konstitution usw.

Ebenso ist es während der Therapie erforderlich, mit dem Rehabilitanden die negativ wirkenden Kontextfaktoren herauszufinden und Strategien zu entwickeln, wie diese Barrieren überwunden oder zumindest eingeschränkt werden können.

Als mögliche Barrieren sind zum Beispiel ein instabiles soziales Umfeld zu benennen, ebenso dysfunktionale Beziehungsstrukturen, eine fehlende berufliche Orientierung, ein fehlender Schulabschluss, Übergewicht, mangelnde Therapiemotivation usw.

Diesen negativen Kontextfaktoren gilt es durch eine geeignete Behandlungsplanung entgegenzuwirken und so weit wie möglich die Barrieren während der Therapie abzubauen.

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension der Kontextfaktoren sind zum Beispiel:

- Lebensstilveränderung durch Reduzierung von gesundheitlichen Risikofaktoren und Risikoverhalten (z.B. Abbau von Übergewicht und Bewegungsmangel, Tabakentwöhnung, Anleitung zu einer gesunden Ernährung)
- Verbesserung der Therapiemotivation und Förderung von Krankheitseinsicht
- Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Abstinenzwunsches
- Klärung der Beziehungen zu Angehörigen und Freunden, Aussöhnung anstreben mit wichtigen Bezugspersonen (Eltern, Geschwister, Lebenspartner, Kinder, Freunde und weiteren Bezugspersonen)

Bezüglich der Auswirkungen von Kontextfaktoren soll nicht unerwähnt bleiben, dass es für ehemals Drogenabhängige bzw. suchtmittelkranke Menschen eine erhebliche Barriere sein kann, dass der Konsum von alkoholischen Getränken gesellschaftlicher Brauch und Standard ist, z.B. bei Familienfesten oder Betriebsfeiern. Mit dieser Herausforderung müssen Betroffene lernen, sich abzugrenzen und zur eigenen Abstinenz zu stehen und benötigen gleichzeitig die Erfahrung, nicht (erneut) ausgegrenzt zu werden, sondern mit der eigenen Abstinenzhaltung anerkannt zu sein. Im Neuen Land unterstützen wir die Rehabilitanden nicht nur darin, sich bezüglich der eigenen Abstinenz klar positionieren zu können, sondern wir helfen ihnen gleichzeitig in der Therapiegemeinschaft durch eigene Feste und Feierlichkeiten eine Alternative im Lebensstil zu finden und die Erfahrung zu machen, dass es auch möglich ist, ohne Alkohol fröhlich feiern zu können.

4.3.5 Reha-Ziele bezogen auf die Ebene der Kontextfaktoren: spirituelle Ebene (Sinnfindung)

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erleben sich oft ohne ein tragendes Lebensfundament und ohne feste Wertmaßstäbe. Für Rehabilitanden, die im Rahmen der Therapie für sich eine neue Sinnorientierung suchen und sich deswegen auch mit Glaubens- und Lebensfragen auseinandersetzen wollen, bieten wir einen Behandlungsrahmen mit Zielsetzungen auf der spirituellen Ebene an, zur Verbesserung personenbezogener Kontextfaktoren.

Es geht in der Hauptsache um die Findung bzw. Stärkung eines lebensbejahenden Glaubens (Sinn statt Sucht).

Dazu gehört die Klärung von Sinn- und Wertbezügen, ggf. auch die Aufarbeitung der eigenen christlichen bzw. religiösen Sozialisation, die Korrektur von verzerrten und negativ besetzten religiösen Einstellungen.

4.4 Rehabilitationsdauer

Für die verschiedenen stationären Therapiephasen ist eine unterschiedliche und variable Regelbehandlungsdauer vorgesehen. Bei der Aufnahme wird der Rehabilitand bei der konkreten Planung des Behandlungszeitraumes mit einbezogen. Im Rahmen von Fallkonferenzen finden zusammen mit dem Rehabilitanden Überprüfungen der Therapiedauer statt, die zu Verlängerungen oder Verkürzungen führen können.

4.4.1 Entwöhnungsbehandlung (Stammphase)

Regelbehandlungsdauer: 12 bis 24 Wochen

Die Entwöhnungsbehandlung ist modular aufgebaut und umfasst zwei Therapiestufen:

Stufe 1 Basismodul: Dauer 12 bis 14 Wochen.

Stufe 2 Vertiefungsmodul: Dauer bis 10 Wochen.

Bei entsprechender Indikation kann im Anschluss die Therapie noch durch eine integrierte Adaption fortgesetzt werden (Stufe 3 / Erprobungsmodul).

Nach jedem Modul kann die Therapie regulär beendet werden.

Eine Umstufung oder Beendigung der Therapie ist vom Rehabilitanden nach erfolgreichem Gruppenfeedback schriftlich zu beantragen. In einer Fallkonferenz erfolgt im Anschluss zusammen mit dem Rehabilitanden eine Betrachtung und Auswertung der bisherigen Entwicklung anhand der vereinbarten Reha-Ziele. Danach erfolgt eine Entscheidung durch das therapeutische Team über den weiteren Reha-Verlauf (Umstufung oder Nichtumstufung) oder über die Beendigung der Therapie.

Die Entwöhnungsbehandlung ist als Langzeittherapie oder Kurzzeitbehandlung für Rehabilitanden konzipiert.

(Näheres zu den Therapiestufen, siehe Abschnitt 4.6.3.2)

4.4.2 Integrierte Adaption

Regelbehandlungsdauer: 14 bis 16 Wochen

Die Adaptionsbehandlung wird in integrierter Form angeboten. Sie ist die letzte stationäre Stufe der medizinischen Rehabilitation und schließt nahtlos an die bisherige Entwöhnungsbehandlung an.

Im Einzelfall finden bei entsprechender Indikation auch Quereinsteiger Aufnahme in die integrierte Adaption, die die erste Phase ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung in einer anderen Einrichtung regulär beendet haben. Ebenso ermöglichen wir bei Bedarf Rehabilitanden unserer Therapiezentren die Durchführung einer externen Adaption in einer anderen Einrichtung.

Die Adaptionsphase ist in der Regel indiziert für Rehabilitanden, bei denen noch besondere Belastungen vorliegen und die zur weiteren Stabilisierung und Orientierung weitere therapeutische Hilfen im stationären Kontext benötigen. Zu den besonderen Belastungen gehören: Wohnungs- und Arbeitslosigkeit. Es fehlt ein ausreichend stabiles soziales Umfeld. Eine berufliche Perspektive wurde noch nicht entwickelt. Die Rehabilitanden sind noch nicht zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung in der Lage. Es besteht erhebliche Rückfallgefahr (DRV Rahmenkonzept Adaption, 2019).

Zu den Zielsetzungen und Maßnahmen in der Adaption gehören insbesondere die Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag durch externe Belastungserprobung in Form von Betriebspraktika, der Erwerb einer eigenverantwortlichen Lebensführung, Hilfen bei der Wohnungssuche, Schuldnerberatung, der Aufbau eines suchtmittelfreien Freundeskreises und eines stabilen sozialen Bezugsrahmens.

Die Teilnehmer der Adaption bleiben integriert in der Therapiegemeinschaft und nehmen weiterhin teil am Rehabilitationsprogramm (Therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, Arbeitstherapie, edukative Leistungen usw.). Die medizinische, psychotherapeutische und suchtttherapeutische Behandlung wird fortgeführt. Allerdings ändern sich Schwerpunkte zugunsten der Zielsetzungen und Maßnahmen in der Adaption. Ein besonderes Gewicht bekommt in der Adaption die therapeutische Aufarbeitung von Krisen mit Rückfallgefährdungen und weiteren Problemlagen bei der Integration in den Erwerbsprozess und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Gleichwohl ist es in der Adaptionphase erforderlich, das bisher Erreichte zu festigen, die Abstinenz zu stabilisieren (Optimierung der Krankheitsbewältigung) und noch nicht ausreichend abgeschlossene primäre Therapieprozesse fortzusetzen. Das betrifft insbesondere die Verbesserung der Kontextfaktoren und die Überwindung von Barrieren im Kontext von Familie und Angehörigen. Somit werden in der Adaption auch therapeutische Gespräche zur Klärung von Beziehungen zu Angehörigen und weiteren Bezugspersonen angeboten.

Zur Realisierung der Zielsetzungen einer eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsbewältigung steht für die Durchführung der Adaptionphase ein separater Wohnbereich zur Verfügung mit Einzelzimmer in Zweier- oder Dreierappartements mit eigener Küche, Waschmaschine und eigenem Sanitärbereich.

Der eigene Wohnbereich hilft den Rehabilitanden sich in Selbstversorgung und eigener Haushaltsführung einzüben (Einkaufen, Umgang mit Geld, Kochen, Wäsche waschen) und bei stärkerer Außenorientierung selbständiger die eigene Freizeit zu gestalten und Außenkontakte zu pflegen (Verbesserung der sozialen Teilhabe).

Für die berufliche Orientierung und Teilhabe sind im Rahmen der Arbeitstherapie externe Arbeitsbelastungserprobungen durch **Betriebspraktika** ein zentrales Behandlungsmodul.

Das Betriebspraktikum dauert in der Regel 3-4 Wochen und ergänzt die internen arbeitstherapeutischen Interventionen und Belastungserprobungen. Das Betriebspraktikum eröffnet für den Rehabilitanden ein arbeitsweltbezogenes Lernfeld und ermöglicht eine realitätsbezogene Erprobung und Überprüfung eigener beruflicher Ziele. Der Rehabilitand kann sich während des Praktikums im Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen und betrieblichen Strukturen und Anforderungen testen, inwieweit er den Anforderungen des Erwerbslebens gewachsen ist. Zudem kann er sich erproben, ob er es im Betrieb schafft, seine eigene Meinung und Position zu vertreten und ob er in der Lage ist, sich ggf. abzugrenzen (z.B. bezüglich Alkohol), um die neue suchtfreie Identität aufrechtzuerhalten.

Das externe Betriebspraktikum wird flankiert von wöchentlichen unterstützenden Einzelgesprächen mit dem Bezugstherapeuten und nach Möglichkeit durch die Teilnahme an mindestens einer therapeutischen Gruppenstunde.

Nach Ablauf des Betriebspraktikums erfolgt eine Auswertung durch ein Bilanzierungsgespräch im Betrieb, einschließlich einer Arbeitsstellenprüfung. An dem Bilanzierungsgespräch nimmt auch der zuständige Arbeitstherapeut teil. Die Ergebnisse fließen ein in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Ggf. kann hinsichtlich der Entwicklung realistischer Berufsperspektiven ein weiteres Betriebspraktikum durchgeführt werden. Durch das externe Betriebspraktikum ergeben sich direkte Kontakte zu potentiellen Arbeitgebern und Vermittlungen in Erwerbstätigkeit in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei fehlender beruflicher Orientierung erhalten Rehabilitanden zudem die Möglichkeit an einem internen Berufsfindungsseminar (PowerCheck) teilzunehmen (siehe Abschnitt 4.6.6.10).

4.4.3 Festigungstherapie/Rückfallbehandlung

Regelbehandlungsdauer: 13 bis 15 Wochen

Die Festigungstherapie als Wiederholungsbehandlung bieten wir für Rehabilitanden an, die nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung (Langzeittherapie) wieder rückfällig geworden sind und die zur Bewältigung der eingetretenen Rückfälligkeit ein erneutes stationäres Setting benötigen, weil ambulante Hilfen zur Überwindung der eingetretenen Rückfälligkeit nicht ausreichen. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Prüfung und Zustimmung des zuständigen Leistungsträgers für die Durchführung dieser Maßnahme.

Der Schwerpunkt dieser ergänzenden Maßnahme besteht in der Rückfallbehandlung mit dem Ziel einer erneuten Stabilisierung und Re-Integration.

Wesentliche Bestandteile der Rückfallbehandlung sind eine differenzierte Aufarbeitung des Rückfalls, das Erkennen und Analysieren der auslösenden und aufrechterhaltenden Risikofaktoren, die Korrektur von Fehleinschätzungen und die Stärkung von Suchtbewältigungskompetenzen.

Des Weiteren sind die Ziele therapeutischer Interventionen, mit dem Rehabilitanden die kognitiven Grundhaltungen zum Suchtmittel herauszuarbeiten, zu überprüfen und die Abstinenzbereitschaft und den Erwerbsbezug zu festigen.

Die Zielsetzungen der Festigungstherapie sind eingebettet in eine individuelle, mit dem Rehabilitanden abgestimmte Behandlungsplanung für die berufliche und soziale Teilhabe. Demzufolge sind in einer Festigungstherapie oft Behandlungsprozesse wieder aufzugreifen und fortzuführen, die in der vorgegangenen stationären Entwöhnungsbehandlung nicht oder nicht hinreichend bearbeitet werden konnten, z.B. klärende Familiengespräche zur Aufarbeitung der eigenen Suchtvergangenheit oder Verbesserung des individuellen beruflichen Leistungsprofils durch Arbeitstraining und Belastungserprobung usw.

Je nach Indikation kann die Festigungstherapie/Rückfallbearbeitung noch mit dem Modul der integrierten Adaption kombiniert werden. Bei einer Festigungstherapie verkürzen sich die Behandlungsmodule und Zeiten im Rahmen des Stufen- und Therapieplanes (siehe Abschnitt 4.6.3.2) entsprechend der vorliegenden Indikation und einer individuellen Behandlungs- und Teilhabeplanung.

4.5 Rehabilitationsprogramm

Für die Behandlung drogen- und mehrfachabhängiger Rehabilitanden werden hauptsächlich folgende Reha-Bereiche vorgehalten:

- **Medizinischer Bereich**
Ärztliche Gesamtleitung, allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, fachärztliche psychiatrische und neurologische Behandlung, sozialmedizinische Befundung, Gesundheitsvorträge, Medikation, Vorgaben für die Medikamentenausgabe.
- **Psychotherapeutischer / suchttherapeutischer Bereich und Seelsorge**
Psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch orientierte Suchttherapie, psychotherapeutische und suchttherapeutische Diagnostik und Behandlung in Einzel- und Gruppentherapie, psychologische Testverfahren, seelsorgerliche Angebote bei entsprechendem Interesse, angehörigenorientierte Interventionen.
- **Arbeitsbezogene Interventionen**
Arbeits- und Ergotherapie, arbeitsbezogene Diagnostik nach BORA-Kriterien, vielfältige arbeitsbezogene Leistungen für die berufliche Orientierung und Förderung.
- **Bereich Gesundheit und Pflege**
Gesundheits- und Krankenpflege, Erste-Hilfe-Leistungen, Medikamentenversorgung, Gesundheitsbildung, Ernährungsberatung und -schulung, Lehrküche.
- **Klinische Sozialarbeit**
Begleitende Sozialarbeit, sozialrechtliche Beratung, Schuldenregulierung, Aufnahme / Entlassung, Einleitung nachfolgender Maßnahmen.
- **Psychologischer / pädagogischer Bereich**
Psychoedukative Vorträge und Schulungen, Sprachverbesserungstraining für Migranten. Begleitkinder: Begleitung und Betreuung, Beratung in Erziehungs- und Entwicklungsfragen.

- **Sporttherapeutischer Bereich / Freizeitgestaltung**
Sport- und Bewegungstherapie, Gesundheitsbildung, freizeit- und erlebnis-pädagogische Angebote, Förderung einer aktiven Freizeitgestaltung.

Die in der Anlage beigefügten Standard-Wochenpläne für die Therapiestandorte Schorborn und Amelith enthalten die therapeutischen Leistungen, die durch individuelle Wochenpläne konkretisiert werden.

Die Möglichkeit zur Durchführung einer integrierten **Adaption** besteht an beiden Standorten.

4.5.1 Komorbidität

4.5.1.1 Trauma und Sucht

Zur Mitbehandlung posttraumatischer Belastungsstörungen, z.B. wegen sexuellem Missbrauch oder anderer Gewalterfahrungen, verwenden wir haltgebende imaginative Verfahren („sicherer innerer Ort“, „innere Helfer“) in Kombination mit seelsorgerlichen Methoden. Das geschieht im geschützten Setting einer Einzeltherapie, wenn dafür eine stabile und vertrauensvolle Beziehungsgrundlage besteht, die eine tiefere Trauma-Bearbeitung ermöglicht zur Kompensation und Bearbeitung aufbrechender Gefühle und negativ besetzter Affekte. Zielsetzungen in der Trauma-Therapie sind im Wesentlichen die Bearbeitung der bestehenden Belastungssymptome, die Wiederherstellung von Sicherheit und Kontrollfähigkeit, eine neue Identitätsfindung und Selbstwertheilung, sowie die Integration der traumatischen Erfahrungen und die Vermeidung von Folgestörungen (vgl. Huber, 2014).

4.5.1.2 Psychose und Sucht

Rehabilitanden, bei denen eine Drogenpsychose, eine substanzinduzierte exogene psychotische Störung, diagnostiziert wurde, können ggf. bei entsprechender medikamentöser Einstellung im bestehenden therapeutischen Kontext mitbehandelt werden. Bei Vorliegen einer organischen oder endogenen psychotischen Erkrankung, die zum schizophrenen Formenkreis gehört und unabhängig von der Suchterkrankung existiert, ist eine Behandlung in den Therapeutischen Gemeinschaften des Neuen Landes nicht möglich (siehe Abschnitt 4.2.1).

Sollte aufgrund einer psychotischen Störung eine Akutbehandlung/Krisenintervention in einer psychiatrischen Klinik erforderlich werden, so ist eine kurzzeitige Unterbringung in der Uni-Klinik Göttingen möglich. Mit der Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, haben wir eine entsprechende Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Ggf. kann in Zusammenarbeit mit der Uni-Klinik Göttingen eine Verlegung eingeleitet werden, wenn sich aufgrund des Krankheitsbildes herausstellt, dass eine Fortführung der Sucht-Rehabilitation in unserer Einrichtung nicht mehr angezeigt ist.

4.5.1.3 Somatische Begleiterkrankungen

Lebererkrankungen in Form von Hepatitiden sind häufige Begleiterkrankungen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, die zu Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit geführt haben und auch psychische Krisen auslösen können.

Das Gleiche gilt für Rehabilitanden, die unter einer HIV-Infektion leiden.

Hepatitis-Erkrankungen und HIV-Infektionen können im Rahmen einer Rehabilitation im Neuen Land mitbehandelt werden. Im Rahmen von Gesundheitsvorträgen wird speziell zu diesen Krankheitsbildern informiert. Darüber hinaus ist durch Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern die jeweils fachärztliche Mit- und Weiterbehandlung von somatischen Begleiterkrankungen gewährleistet.

4.5.2 Behandlung von Medienabhängigkeit

Die Mitbehandlung von Rehabilitanden, die unter einer Medienabhängigkeit leiden, ist im Rahmen des Rehabilitationskonzeptes möglich. Da eine hohe Zunahme der nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen, insbesondere der Mediensucht, zu beobachten ist, wurde das Behandlungsangebot für diese Zielgruppe intensiviert und weiterentwickelt.

Suchtbehaffete Medienbereiche sind vor allem Computerspiele (Internet Gaming Disorder), aber auch viele andere Medienbereiche wie Smartphone-Nutzung, Film- und Videoplattformen (YouTube, Netflix), Soziale Netzwerke, Internetpornographie, Dating-Apps und weitere (Thomasius, 2021).

Konkrete Reha-Ziele für die Behandlung von Medienabhängigkeit sind der Erwerb von Medienmündigkeit und Medienkompetenz, um einen gesunden Umgang mit Medien zu ermöglichen und damit die berufliche und soziale Teilhabe zu fördern (Müller et al., 2017).

Ein mündiger Medienumgang ermöglicht das Nachreifen von psychosozialen Kompetenzen und schafft damit die Grundlage für tragfähige Alternativen im analogen Bereich: Tagesstruktur, Beziehungsfähigkeit, Kommunikation, sinnvolle Freizeitgestaltung, Erlebnisfähigkeit in realen Bezügen, soziale Kontakte, Sport und Bewegung, gesunde Ernährung (Bleckmann, 2020 & Müller et al., 2017).

Medienmündigkeit befähigt Rehabilitanden, Medien im Alltag sinnvoll, kontrolliert und gezielt einzusetzen und suchtauslösende Bereiche zu meiden. Dazu ist es wichtig, mit den betroffenen Rehabilitanden herauszuarbeiten, in welchen Medienbereichen aufgrund individueller Problemlagen eine Teilabstinenz erforderlich ist. Dadurch sollen Rückfälle in exzessiven und unkontrollierten bzw. süchtigen Medienkonsum vorgebeugt werden, um eine (erneute) soziale Isolation oder den Verlust des Arbeitsplatzes bzw. eine länger andauernde Arbeitslosigkeit abzuwenden (Scholz, 2014). Andererseits ist es erforderlich in notwendigen EDV-Bereichen auf die digitale Teilhabe vorzubereiten. Hierzu liegt während der medizinischen Rehabilitation der Schwerpunkt auf EDV-Schulungen für die berufliche Anwendung und Schulungen zur Medienkompetenz zur Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben. Medienkompetenz zu erlangen beinhaltet auch technische Unterstützung bei der Auswahl und Bedienung der Geräte, bei Filtersoftware und Bildschirmzeit (Kubicek, 2021).

Die Behandlung von Medienabhängigkeit wird begleitet und konzeptionell unterstützt von unserer Fachstelle für Medienkompetenz „computence“ in Hannover.

4.6 Rehabilitationselemente

4.6.1 Aufnahmeverfahren

Aufnahmeplanung und Aufnahmesteuerung für die Therapiestandorte in Schorborn und Amelith erfolgen zentral über unsere Drogen- und Suchtberatungsstelle in Hannover.

Am Aufnahmetag wird der Rehabilitand vom zuständigen Bezugstherapeuten in Empfang genommen, der sich in einem Aufnahmegespräch einen ersten Überblick verschafft zur Therapiemotivation, zu jetzigen Beschwerden, zu eigenen Therapiezielen und der in Kurzform die psychosozialen Grunddaten mit Kontextfaktoren erhebt, mit einer ersten psychodynamischen / verhaltensanalytischen diagnostischen Einschätzung.

Nach dem Aufnahmegespräch durch den Bezugstherapeuten erfolgen eine Abstinenzüberprüfung (Alkohol-/Drogenscreening) und eine Gepäckkontrolle, um sicherzustellen, dass keine Drogen oder andere Suchtmittel in die Einrichtung geschmuggelt werden. Nach dem Aushändigen einer Aufnahmemappe (Regelwerk, Datenschutzerklärung usw.) und dem Zuweisen eines Zimmers wird am ersten Tag ein Rundgang durch die Einrichtung organisiert.

Nach dem Empfang und dem Erstgespräch durch den Bezugstherapeuten erfolgt die fachärztliche Aufnahmeuntersuchung.

4.6.2 Rehabilitationsdiagnostik

Ziel der Eingangsdiagnostik ist es, zu einer Einschätzung der Funktionsstörungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe, der Kontextfaktoren, der erwerbsbezogenen Problemlagen zu gelangen. Darauf basieren die Reha-Ziele und die Behandlungs- und Teilhabeplanung, die im Sinne einer Verlaufsdiagnostik regelhaft überprüft und ggf. modifiziert wird.

Bestandteile der Abschlussdiagnostik sind eine zusammenfassende Bewertung des Reha-Verlaufs und der erzielten Ergebnisse. Dazu gehört die fachliche Beurteilung, aber auch die Selbsteinschätzung der Rehabilitanden als wichtige Parameter für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise im Reha-Entlassungsbericht.

Medizinische Diagnostik

Im Rahmen der fachärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird der aktuelle allgemeinmedizinische, neurologische und psychiatrische Befund erhoben. Zum Aufnahmeprozedere gehören auch laborchemische Blutuntersuchungen, vorwiegend zum Feststellen von Leberinfektionskrankheiten (Hepatitis-Serologie) und von HIV-Infektionen. Es erfolgen Verlaufskontrollen während der Reha-Maßnahme. Bei der Befunderhebung erfolgt eine Zusammenarbeit mit kooperierenden Fachärzten, Laboratorien und Krankenhäusern. Nach der medizinischen Aufnahmeuntersuchung erfolgt neben Verordnungen, Empfehlungen und ggf. Angaben zur Medikation auch eine Rückmeldung des Arztes an das therapeutische Team, ob aufgrund des körperlichen Befundes Einschränkungen in der Arbeitstherapie (AT) bestehen und wenn ja, in welcher Weise, bis wann und für welche AT-Bereiche. Ebenso erfolgt eine Rückmeldung, ob Einschränkungen im Bereich Sport und Freizeit, insbesondere für die Nutzung des Fitnessraumes, zu berücksichtigen sind.

Psychologische Testdiagnostik

Bestandteil der Eingangsdiagnostik sind auch standardisierte psychologische Testverfahren. Zum einen handelt es sich um ein Screening Verfahren (SCL-90-R) zur spezifischen Abklärung der Krankheitssymptomatik, zum anderen um ein Testverfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik (PSSI). Die Symptom Checkliste erfasst anhand von 90 Fragen die subjektive Beeinträchtigung innerhalb der letzten sieben Tage aufgrund von diversen psychischen oder körperlichen Symptomen. Das 140 Items umfassende PSSI ist ein Selbstberichtsverfahren über 14 Persönlichkeitsstile, deren pathologische Ausprägungen Entsprechungen in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10-GM finden.

Die Psychologen der Einrichtung führen die Testdiagnostik durch. Die Testergebnisse werden in einem Auswertungsgespräch mit dem Rehabilitanden besprochen.

Psychosoziale Diagnostik

Die psychosoziale Diagnostik ergibt sich insbesondere aus der Erhebung und Auswertung der anamnestischen Daten: Sucht- und Sozialanamnese, Biographie, Kontextfaktoren.

Darüber hinaus wird der psychosoziale Befund ergänzt und präzisiert durch Verhaltensbeobachtungen in der Therapiegemeinschaft und den therapeutischen Settings (Einzel- und Gruppengespräche / Schulungen). Die Bezugstherapeuten sind zuständig für die Durchführung der psychosozialen Diagnostik.

Arbeitsbezogene Diagnostik

Die arbeits- und berufsbezogene Diagnostik erfolgt bei Aufnahme anhand einer differenzierten Arbeits- und Berufsanamnese, die vom Rehabilitanden ausgefüllt und anschließend mit dem zuständigen Arbeitstherapeuten besprochen und ausgewertet wird.

Darüber hinaus wird noch mit dem Assessmentinstrument MELBA als Profilvergleichsverfahren das berufliche Fähigkeits- und Anforderungsprofil ermittelt/überprüft. Die Auswertung der Arbeits- und Berufsanamnese, einschließlich Erfassung der arbeitsbezogenen Kontextfaktoren, und die MELBA-Ergebnisse sind Grundlage für Zielvereinbarungen und Zielfortschreibungen der Ergo- und Arbeitstherapie zur Verbesserung des Erwerbsbezuges, der Teilhabe am Arbeitsleben. Eine ausführlichere Darstellung der Screening- und Assessmentinstrumente für die arbeits- und berufsbezogene Diagnostik findet sich bei der Beschreibung des BORA-Konzeptes in Abschnitt 4.1.6.

Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren

Kontextfaktoren betreffen den Lebenshintergrund einer Person und beeinflussen den Krankheitsverarbeitungsprozess. Für eine differenzierte Diagnostik der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind somit auch die Kontextfaktoren zu berücksichtigen, mit ihren fördernden Einflüssen (Ressourcen), aber auch mit ihren hemmenden Wirkungen (Barrieren). Aus diesem Grund ist es im Rahmen der Diagnostik wichtig, sowohl Förderfaktoren, als auch Barrieren zu identifizieren, um Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Interventionen ausloten und in der Behandlungsplanung berücksichtigen zu können (siehe Abschnitt 4.1.4).

Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

Um Rehabilitations- bzw. Teilhabebedarfe zu erkennen, ist dieser Diagnostikbereich von zentraler Bedeutung bei den durchzuführenden Befunderhebungen.

Die Erfassung von Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen erfolgt bei Aufnahme mit einem selbst entwickelten Screeningbogen „Sucht- und Sozialanamnese“, der vom Rehabilitanden ausgefüllt wird mit seiner subjektiven Einschätzung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. In dem Screeningbogen werden auch Einschränkungen der Teilhabe am Arbeitsleben erfasst. Anschließend erfolgt eine fachliche Auswertung bzw. ein Abgleich mit anderen Bereichen der Rehabilitationsdiagnostik bei Aufnahme.

An der Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren und an der Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen sind alle diagnostisch tätigen Mitarbeiter beteiligt.

Verlaufsdiagnostik

Insbesondere bei medizinischen Kontrolluntersuchungen und Fallkonferenzen im interdisziplinärem Reha-Team (Umstufungs-Settings), bei dem der bisherige Rehabilitationsverlauf zusammen mit dem Rehabilitanden reflektiert und ausgewertet wird, werden bisherige Zielvereinbarungen und Maßnahmen überprüft und ggf. aktualisiert.

Die bisherige Entwicklung im Reha-Prozess bzw. zusätzliche Störungsbilder und Beeinträchtigungen, die im Verlauf deutlich wurden, können entsprechend bei der weiteren Therapieplanung berücksichtigt und der Behandlungsfokus neu ausgerichtet werden.

Abschlussdiagnostik

Zum Abschluss der Reha-Maßnahme wird eine medizinische Entlassungsuntersuchung durchgeführt mit einer Abschlussbefundung zum körperlichen, neurologischen und psychischen Status, einschließlich einer Kontrolle der notwendigen Laborwerte.

In einem Abschlussgespräch mit dem Bezugstherapeuten werden der Reha-Verlauf und das Reha-Ergebnis mit dem Rehabilitanden besprochen und gemeinsam ausgewertet. Für die Vorbereitung des therapeutischen Abschlussgespräches erhält der Rehabilitand einen

Selbsteinschätzungsbogen mit Angaben zur Zufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie, zum Ergebnis, zu den erreichten Therapiezielen und zur subjektiven Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens.

Aus medizinischer und therapeutischer Sicht werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden Empfehlungen für notwendige weiterführende Maßnahmen besprochen bzw. vereinbart.

4.6.3 Individuelle Rehabilitationsplanung

Nach Auswertung des therapeutischen Erstgesprächs am Aufnahmetag und der Ergebnisse der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung erfolgt eine 1. Behandlungsplanung, die eine individuell ausgerichtete Rehabilitation von Beginn an ermöglicht.

Neben der Integration in die Therapiegemeinschaft werden erste Behandlungsschwerpunkte festgelegt. Behandlungsschwerpunkte in der Bezugstherapie sind in der ersten Zeit: Installation eines Arbeitsbündnisses, ausführliche Erhebung der anamnestischen Daten, einschließlich der Kontextfaktoren, Festlegung der ersten Schritte zur Erreichung der vorläufig vereinbarten Reha-Ziele.

Behandlungsschwerpunkt der Ergo-/Arbeitstherapie zu Beginn der Reha: Der Rehabilitand wird einem geeigneten Arbeitstherapiebereich zugeordnet zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeiten und des beruflichen Leistungsvermögens.

4.6.3.1 Zielgruppenorientierte Behandlungs- und Teilhabeplanung (BORA)

Im Laufe der ersten 4 Wochen soll in der Regel die 1. Behandlungsplanung nach Abschluss der Rehabilitationsdiagnostik abgelöst werden durch eine zielgruppenorientierte Behandlungs- und Teilhabeplanung gemäß BORA (siehe Abschnitt 4.1.6).

Zunächst werden die Ergebnisse der Diagnostik von allen an der Diagnostik beteiligten Berufsgruppen im Reha-Team zusammengetragen und gemeinsam ausgewertet.

Die anschließende Rehabilitationsplanung im Reha-Team erfolgt gemäß der BORA-Zielgruppe und des sozialmedizinischen Befundes:

Welche individuellen und erwerbsbezogenen Problemlagen bestehen (Barrieren)? Welche Ressourcen sind vorhanden? Der sozialmedizinische Befund ist die Grundlage für die Vereinbarung der Reha-Ziele und Maßnahmen unter Einbeziehung der Erwartungen und Ziele des Rehabilitanden (partizipative Behandlungsplanung).

Zudem wird mit dem Rehabilitanden die voraussichtliche Dauer der Behandlung vereinbart auf der Grundlage des Stufen- und Therapieplanes (siehe Abschnitt 4.6.3.2).

Gemäß des Rehabilitationsverlaufes und der prozessualen Diagnostik erfolgt eine Überprüfung und ggf. Modifizierung der Rehabilitationsplanung (siehe Abschnitt 4.6.2.).

Die interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit des Reha-Teams, einschließlich Häufigkeit und Inhalte der Reha-Team-Sitzungen, wird im Kapitel 9 ausführlicher dargestellt.

4.6.3.2 Der Stufen- und Therapieplan

Der Stufen- und Therapieplan (siehe Anlage) ist der Standardtherapieplan für alle zu behandelnden Indikationen. Er beinhaltet die Rehabilitationsziele bezogen auf die ICF-Dimensionen und Dauer und Regelwerk der einzelnen Therapiestufen, insbesondere bezüglich Ausgangsregelungen, Kontakte und Umgang mit Bargeld.

Bei der Behandlungs- und Teilhabeplanung werden aus den allgemeinen Zielsetzungen des Stufen- und Therapieplanes die individuellen Zielsetzungen und Behandlungsschwerpunkte mit dem Rehabilitanden vereinbart.

Art und Ausmaß der Aktivitäts- und Teilhabestörungen, die persönliche Motivation und Krankheitseinsicht der Rehabilitanden, die eigenen Therapieziele und die Kontextfaktoren (vorhandene Ressourcen und Barrieren) beeinflussen Verlauf und Dauer der stationären Entwöhnungsbehandlung.

4.6.4 Medizinische Behandlung

Der ärztliche Gesamtleiter trägt die Verantwortung für die Durchführung der medizinischen Behandlung in einem multiprofessionellen Team, insbesondere in Kooperation mit dem Therapeutischen Gesamtleiter, den Fachärzten und den Gesundheits- und Krankenpflegekräften an den Standorten.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören die Aufnahme-, Zwischen- und Entlassungsuntersuchungen, ärztliche Beratung, Medikation, Berichtsdocumentation für Verlängerungs- und Entlassungsberichte, Kurzarztbriefe, Mitwirkung am Rehabilitationskonzept und der Behandlungsplanung, Gesundheitsvorträge (besonders zu Hepatitis-Erkrankungen und HIV-Infektionen), Behandlung von interkurrenten Erkrankungen.

Zur Mit- und Weiterbehandlung von interkurrenten Erkrankungen oder komorbider Störungen erfolgt eine Zusammenarbeit mit kooperierenden Fachärzten und Krankenhäusern.

Arztsprechstunden sind täglich möglich und werden von den examinieren Pflegekräften organisiert.

Die tägliche Erreichbarkeit eines Arztes und ärztliche Rufbereitschaft außerhalb der Dienstzeiten sind gewährleistet. Die examinieren Pflegekräfte fungieren bei gesundheitlichen Problemen und Notfällen als erste Ansprechpartner rund um die Uhr (24/7 Präsenz).

Für die Mitarbeiter an den Standorten führt der ärztliche Gesamtleiter, der über eine Qualifikation in Rettungsmedizin verfügt, turnusmäßig Notfallschulungen durch, einschließlich Reanimationstraining.

4.6.5 Psychotherapeutisch/suchtttherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Angebote

Die psychotherapeutisch/suchtttherapeutisch durchgeführten Einzel- und Gruppengespräche werden mit einem interdisziplinären therapeutischen Behandlungsansatz durchgeführt, vorwiegend nach psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Methode.

Mehrere Gruppensitzungen und Schulungen finden in der Woche statt (siehe Anlage, Wochenpläne Schorborn und Amelith). Die therapeutischen Einzelgespräche werden wochenweise vereinbart, ebenso weitere indikative Angebote und Gruppen nach gesonderter individueller Wochenplanung.

4.6.5.1 Einzelbezugstherapie

Jeder Rehabilitand bekommt für die Dauer der medizinischen Rehabilitationsbehandlung einen für ihn zuständigen Bezugstherapeuten zugewiesen, der als kontinuierlicher Ansprechpartner fungiert und mit dem Rehabilitanden und in Abstimmung mit dem therapeutischen Team konkrete Therapieschritte zur Umsetzung der Behandlungsplanung erarbeitet, begleitet, überwacht, unterstützt und für Kriseninterventionen zur Verfügung steht. Die therapeutischen Einzelgespräche bilden einen Schwerpunkt in der Rehabilitation und finden regulär 1x wöchentlich statt (Dauer in der Regel 60 oder 90 Minuten).

Zu Beginn der Rehabilitation wird im Rahmen der Einzelbezugstherapie mit dem Rehabilitanden ein Arbeitsbündnis installiert und ein Therapievertrag geschlossen.

Das Arbeitsbündnis und der Therapievertrag schaffen eine zuverlässige Basis für die therapeutische Arbeit, auf der Grundlage der Hausordnung der Einrichtung mit dem bestehenden Regelwerk und den mit dem Rehabilitanden abgestimmten Rehabilitationszielen für die Behandlungsplanung.

Im Setting der Einzelbezugstherapie werden in Ergänzung zu den anderen Therapiemaßnahmen alle „Alltagserfahrungen“ des Rehabilitanden in der Gruppe, in der Gemeinschaft und in der therapeutischen Beziehung (Widerstände und Übertragungen) kontinuierlich und zielbezogen bearbeitet unter besonderer Fokussierung auf die Suchtdynamik.

Die Einzelgespräche dienen als stützendes Element bei krisenhaften Entwicklungen und stellen eine wichtige Ergänzung dar zu einer vertiefenden Bearbeitung der Gruppenthemen (vgl. Burian, 1994, S. 83 + 90).

Zu den weiteren Behandlungsschwerpunkten im Setting der Einzeltherapie gehören die Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte und der suchtbedingten individuellen Störungen, die Identifikation dysfunktionaler Beziehungs- und Kommunikationsmuster und die Entwicklung neuer Lösungs- und Konfliktbewältigungsstrategien zur Verbesserung der sozialen Kontakte und der Teilhabe am Erwerbsleben. Weitere spezifische Störungsbilder, wie Essstörungen oder Angststörungen werden ebenfalls im Setting der Einzeltherapie behandelt unter vorwiegender Verwendung verhaltenstherapeutischer Trainingsmaßnahmen.

4.6.5.2 Seelsorge

Neben den psychotherapeutisch/suchttherapeutischen Behandlungsmodulen bieten wir auf der Grundlage unseres christlich orientierten Therapiekonzeptes einen seelsorgerlichen Dienst an, falls dieser von den Rehabilitanden gewünscht ist. Dazu gehören Gebet, Beichte und die gemeinsame Betrachtung christlicher Werte und Maßstäbe für die eigene Lebensgestaltung (vgl. Bonhoeffer, 1977, S. 95-105). Der seelsorgerliche Dienst wird ggf. unterstützt von Pastoren der mit uns kooperierenden Kirchengemeinden.

4.6.5.3 Gruppensozialtherapie

In der wöchentlich stattfindenden sog. „Lichtstunde“ (Dauer in der Regel 90 Minuten) sollen in einem therapeutischen Gruppengespräch die Beziehungen und das Miteinander der Rehabilitanden „beleuchtet“ und psychosoziale Interaktionen gefördert werden. In den Gruppengesprächsrunden kommen auch Spannungen ans „Licht“ und Beziehungskonflikte und Unklarheiten können mit therapeutischer Hilfe geklärt und bearbeitet werden. Die Rehabilitanden werden angeleitet, gemeinsam in der Gruppe konstruktive Lösungen im Umgang miteinander und mit Konflikten zu erarbeiten und damit die eigene soziale Kompetenz zu verbessern.

Des Weiteren besteht in der „Lichtstunde“ für die Rehabilitanden ein Raum, Dinge „ans Licht zu bringen“, die im Zusammenhang mit süchtigen Denk- und Verhaltensweisen stehen (z.B. Verstöße gegen die Raucherregelung, „Verträge“ mit anderen Rehabilitanden). Durch Reflexion der Vorfälle im „Licht“ der Gruppe können die Rehabilitanden den eigenen Stand in der Suchtbearbeitung besser erkennen. Die Gruppensozialtherapie bietet den Vorteil, dass der Rehabilitand die Auswirkungen des eigenen Verhaltens durch die Rückmeldungen der anderen besser wahrnehmen kann und somit zu einer realen Selbsteinschätzung gelangt. Zusätzliche Feedbackrunden (Gruppenfeedback, Dauer in der Regel 60 Minuten) unterstützen diesen Prozess zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung.

Die Rehabilitanden lernen im Setting der Gruppe sich zu öffnen und mitzuteilen. Im offenen Austausch bei sog. Vorstellungsrunden in der Gruppe über die eigene Suchtvergangenheit und den Therapiealltag erfahren die Rehabilitanden, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Sie profitieren davon, dass andere Gruppenmitglieder ähnliche Schwierigkeiten und Konflikte kennen und erleben. Eigene Ängste, Schuld- und Schamgefühle können auf diese Weise leichter angesprochen und verarbeitet werden. Zudem lernen die Rehabilitanden in der Gruppe anhand von Gefühlsbotschaften und Übertragungsvorgängen auch unbewusste Konflikte und Vergangenheitsbezüge besser zu verstehen, die durch therapeutische Interventionen bewusst gemacht werden, auch durch die Anwendung psychodramatischer Methoden (Rollenspiel) in der Gruppentherapie.

Bei Krisensituationen (Abbruch- und Rückfallkrisen) werden zusätzliche Lichtstunden durchgeführt.

Ein weiterer Baustein in der Gruppensozialtherapie ist der Wochenendrückblick (Dauer in der Regel 60 oder 90 Minuten) am Montag zur Reflexion des Wochenendes und zur Klärung von aktuellen Konflikten, die am Wochenende aufgetreten sind.

Im Therapiezentrum Amelith wird die Gruppensozialtherapie sowohl gemischt, als auch in getrennten Gruppen für Männer und für Frauen durchgeführt.

In der Gruppe erlebt sich der Rehabilitand als Teil eines sozialen Systems und findet durch die therapeutischen Gruppengespräche vielfältige Lernmöglichkeiten zum Erkennen und Überwinden der eigenen Suchtstruktur, zur Verbesserung der Kommunikation und des eigenen Sozialverhaltens und damit insgesamt zur einer Verbesserung der Teilhabe in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

4.6.5.4 Paartherapie

Das Angebot der Paartherapie wird am Standort Amelith angeboten und richtet sich an Ehepaare, bei denen beide an einer Abhängigkeitserkrankung leiden. Beide Partner werden nach Möglichkeit zeitgleich in der Einrichtung zur Therapie aufgenommen. Die Unterbringung erfolgt in geeigneten Räumlichkeiten.

Beide Partner befinden sich als Einzelpersonen in den jeweiligen therapeutischen Settings zur individuellen Bearbeitung der Abhängigkeitserkrankung und zur Verbesserung der Aktivitäten und der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft.

Darüber hinaus finden in regelmäßigen Zeitabständen gemeinsame Paargespräche zur Behandlung der paarspezifischen Zielsetzungen in der Therapie mit den Bezugstherapeuten statt. Dazu gehören u.a. die Aufarbeitung der Partnerschaftskonflikte und Klärung der Beziehung, Verbesserung der Kommunikation und des Konfliktverhaltens, Klärung von Zielen und Werten in der Ehe, sowie die Erarbeitung einer gemeinsamen Lebens- und Zukunftsplanung.

4.6.5.5 Vollversammlung

Unter der Bezeichnung „Inforunde“ wird die Vollversammlung (Dauer: 30 Minuten) einmal wöchentlich in der Einrichtung durchgeführt. In diesem Rahmen werden allgemeine Informationen und Veränderungen im Wochenverlauf bekanntgegeben und Freizeitaktivitäten und Wochenendplanungen mit den Rehabilitanden besprochen. Bei dieser Zusammenkunft besteht auch die Möglichkeit institutionelle Regeln zu klären. Zudem ist die Vollversammlung ein Rahmen für Rehabilitanden- und Mitarbeitervorstellungen. Je nach Themen variiert die Dauer der Vollversammlung.

4.6.6 Psychoedukation und Schulungen

Die psychoedukativen Leistungen sind indikations- und störungsspezifisch ausgerichtet. Sie dienen der Krankheitsbewältigung und sollen zu einer Neuorientierung verhelfen.

4.6.6.1 Glaubens- und Wertbezüge

Unter der Bezeichnung „Lebenskunde“ werden in einer Gruppe ethische Fragen, Glaubens- und Lebensfragen, Sinn- und Wertbezüge behandelt, um den Rehabilitanden Informationen und Hilfen für eine Neuorientierung im Leben anzubieten.

4.6.6.2 Sucht besser verstehen

Was ist Sucht? Wie äußert sich Sucht? Im Rahmen dieser Themenreihe geht es darum, Grundwissen über das Thema Sucht zu vermitteln: Suchtformen. Suchtmittel und ihre Wirkungen. Suchtgedächtnis. Wie entsteht und entwickelt sich eine Abhängigkeit?

Wie entsteht ein Rückfall? Dieses Gruppenangebot soll helfen, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen als multifaktoriellen Prozess zu begreifen, die Krankheitseinsicht zu verbessern und vorbeugende Strategien zur Risikovermeidung zu entwickeln (Rückfallprophylaxe).

4.6.6.3 Soziales Kompetenztraining

Das Konzept der therapeutischen Lebensgemeinschaft eröffnet für die Rehabilitanden ein natürliches Übungsfeld zum Erwerb sozialer Kompetenzen. Soziale Situationen in der Gemeinschaft, z.B. die gemeinsamen Mahlzeiten, bei denen es durch rücksichtslose Verhaltensweisen immer wieder zu Spannungen in der Gruppe kommt, werden im Setting der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche aufgegriffen und bearbeitet zur Verbesserung sozialer Interaktionen.

Durch spezielle Trainingseinheiten (z.B. Rollenspiele) können durch Beobachtung Verhaltensanalysen durchgeführt und Verhaltensänderungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz herbeigeführt werden. Die Rehabilitanden lernen, ihre eigene Position angemessen zu vertreten und gleichzeitig die Beziehungen mit anderen positiv zu gestalten.

4.6.6.4 Aggressionskontrolltraining

Für Rehabilitanden, die unter aggressiven Impulsdurchbrüchen leiden, werden in den therapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen Methoden vorgestellt, die ihnen helfen sollen, die Impulskontrolle zu verbessern und Affektdurchbrüche zu vermeiden.

Die Rehabilitanden werden angeleitet, wie sie in Spannungs- und Konfliktsituationen für sich Grenzen ziehen können, so dass aggressiv-destruktive Verhaltensweisen mit Gewaltandrohungen oder Gewaltausübung gegen sich und andere verhindert werden können. Durch die vermittelten Methoden lernen die Rehabilitanden ihre Gefühle besser wahrzunehmen und bewusster zu kontrollieren.

Das Aggressionskontrolltraining verbessert die selbstregulierenden Fähigkeiten bei den Rehabilitanden und verhilft zu einem konstruktiven Umgang mit Aggressionen. Dadurch können auch Kurzschlussreaktionen vermieden werden, die nicht selten zu einem Therapieabbruch mit Drogenrückfall führen.

4.6.6.5 Stressbewältigung

In den themenbezogenen Schulungen in der Gruppe und auch in den therapeutischen Einzelgesprächen erhalten die Rehabilitanden Informationen und Anleitungen zu einem verbesserten Umgang mit alltäglichen Belastungssituationen. Bei der Stressbewältigung geht es darum, Stressoren und Stressreaktionen zu erkennen und durch ein gesundheitsförderndes Stressmanagement zukünftige negative Stressreaktionen zu vermeiden. In den Schulungen werden unterschiedliche Strategien zur Stressbewältigung (Coping) behandelt und vermittelt.

4.6.6.6 Einübung in schriftliche Selbstreflexion

Der wöchentliche sog. „Studierabend“ hat zum Ziel, dass sich die Rehabilitanden in schriftliche Selbstreflexion einüben zur Selbstanalyse und zur eigenen Standortbestimmung in der Therapie. Das geschieht unter therapeutischer Anleitung und mittels Fragebögen, die helfen sollen, den Werdegang in der Therapie zu reflektieren und die eigene Entwicklung bewusster und besser wahrnehmen zu können. Auf diese Weise können die Rehabilitanden auch eigene Therapieziele reflektieren und fortschreiben. Der Studierabend verbessert bei den Rehabilitanden die Fähigkeit zur Introspektion und schafft für die therapeutischen Einzelgespräche eine gute Vorbereitung für eine zielbezogene Bearbeitung relevanter Themen.

4.6.6.7 Medienkompetenz

In Zusammenarbeit mit unserer Fachstelle für Medienkompetenz „computence“ werden regelmäßig Schulungen zum Erwerb bzw. zur Verbesserung eines mündigen und kompetenten Umgangs mit Medien durchgeführt. Das betrifft vorwiegend den Umgang mit PC und Internet, Computerspiele, Smartphone und den sozialen Netzwerken. Problematischer und süchtiger Medienkonsum soll früh erkannt und differenziert wahrgenommen und Wege zu einer gesunden Mediennutzung aufgezeigt werden.

4.6.6.8 Sprachverbesserungstraining für Migranten

Bei Bedarf wird für Rehabilitanden mit Migrationshintergrund Unterricht angeboten zur Verbesserung der Deutschkenntnisse und der sprachlichen Kommunikation. Das Sprachtraining für Migranten fördert die berufliche und soziale Teilhabe.

4.6.6.9 Tabakentwöhnung

In der Einrichtung werden den Rehabilitanden im Rahmen von themenzentrierten Gruppenstunden Raucherentwöhnungskurse angeboten. Zielsetzungen sind dabei, über die Risiken und Gefährdungen durch Tabakkonsum aufzuklären, für eine Nikotinabstinenz zu motivieren und konkrete Hilfen anzubieten, wie eine Nikotinabstinenz erreicht und aufrechterhalten werden kann. Das Konzept zur Tabakentwöhnung orientiert sich an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden.

Die Kurse gliedern sich in zwei Teile. In einem ersten, theoretischen Teil erfolgen Information und Aufklärung und es werden Motivationshilfen zur Tabakentwöhnung vermittelt. Der Theorieteil wird für alle teilnehmenden Rehabilitanden durchgeführt. Der zweite, praktische Teil wird im Anschluss mit den Abstinenzwilligen durchgeführt. Dort geht es um die konkrete Umsetzung von Verhaltensänderungen, um Strategien zur Tabakentwöhnung und um die Aufrechterhaltung der erlangten Abstinenz. Zusätzlich erhalten alle Kursteilnehmer Arbeitsmaterialien, die sie für sich persönlich bearbeiten und mit ihrem Bezugstherapeuten besprechen können. Geeignete Literatur zur Förderung des Nichtrauchens, u.a. aktuelles Informationsmaterial der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), gehört zum Curriculum Tabakentwöhnung (siehe auch Carr, 1998).

4.6.6.10 Berufsfindungsseminar (PowerCheck)

Das in unseren Therapiehäusern angebotene Modul „PowerCheck“ ist ein 2-tägiges Seminar für Rehabilitanden zur Orientierung bzw. Neuorientierung bei der Berufsfindung. Die Seminare werden indikationsspezifisch angeboten, insbesondere für Rehabilitanden ohne Berufsausbildung, aber auch für diejenigen, für die aufgrund der Rehabilitationsentwicklung eine neue berufliche Orientierung angezeigt ist.

Wesentliche Bestandteile des Seminars sind eine ausführliche Potenzialanalyse und die darauf basierende Suche nach geeigneten Berufen. Mit verschiedenen wissenschaftlich validierten Tests (u.a. AIST Allgemeiner-Interessen-Struktur-Test), Workshops und Bewerbungstrainings können die Rehabilitanden für sich herausfinden, welche Fähigkeiten, Persönlichkeitsstärken und welche Umstände für ihre persönliche Berufswahl bzw. den beruflichen (Wieder)-Einstieg von Bedeutung sind.

4.6.6.11 EDV-Schulung/Bewerbungstraining

Bei Bedarf werden in den PC-Räumen der Einrichtung EDV-Schulungen angeboten, zur Erlangung von Grundkenntnissen für Anfänger, aber auch für Fortgeschrittene, zur besseren Nutzung der verschiedenen Programme (Word, Excel, usw.).

In den Schulungen werden Kenntnisse vermittelt über das formgerechte Schreiben von Bewerbungen als Bewerbungstraining, die Textverarbeitung für die berufliche Anwendung und das formgerechte Verfassen von Briefen an Ämter und Behörden.

4.6.6.12 Bibliodrama

Das Bibliodrama ist in Analogie zum Psychodrama ein Interaktionsspiel, bei dem Rehabilitanden mittels Rollenspiel angeleitet werden, einen erlebnisorientierten und ganzheitlichen Zugang zu biblischen Geschichten zu finden und ihre Bedeutung für die eigene Lebenswirklichkeit zu prüfen und zu entdecken (Warns & Fallner, 1999).

Nach dem interaktiven Spiel findet eine Auswertung in der Gruppe statt, um die Relevanz der gemachten Erfahrungen für den eigenen Lebenskontext zu erarbeiten. Das Bibliodrama wird bedarfsweise durchgeführt von Mitarbeitern der Einrichtung, die eine entsprechende Qualifikation für diese Methode erworben haben.

4.6.7 Arbeitsbezogene Interventionen (BORA)

Die arbeitsbezogenen Interventionen werden im Rahmen der Ergo-/Arbeitstherapie angeboten.

Das Ziel der Ergotherapie ist es, eine zufriedenstellende Ausführung alltäglicher Handlungen herbeizuführen und damit die Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen (Selbstversorgung, Erwerbsleben, häusliches Leben, Freizeitgestaltung) zu ermöglichen und zu fördern (vgl. Wilms 2005).

Das wird erreicht durch die Verbesserung, Wiederherstellung oder Kompensation von beeinträchtigten Fähigkeiten und Funktionen. Dadurch wird nicht nur die Handlungsfähigkeit der Rehabilitanden im Alltag und die berufliche und die gesellschaftliche Teilhabe verbessert, sondern auch die Lebensqualität.

Schwerpunkt der Ergotherapie ist im Neuen Land die Arbeitstherapie, die realitäts- und arbeitsweltbezogen am BORA-Konzept (siehe Abschnitt 4.1.6) ausgerichtet ist.

Die Rehabilitanden sollen durch arbeitsbezogene Interventionen für die (Wieder-)Eingliederung in Beruf und Arbeit vorbereitet und für den allgemeinen Arbeitsmarkt qualifiziert werden. Das geschieht im Rahmen der Arbeitstherapie (AT) durch Überprüfung und Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit und durch das Erhalten, Entdecken und Fördern von Fähigkeiten und Begabungen, die für die berufliche Integration erforderlich sind.

Im Rahmen der arbeitsbezogenen Diagnostik (siehe Abschnitt 4.6.2) wird mit Hilfe des Screeningbogens „Arbeits- und Berufsanamnese“ und des Assessmentinstrumentes MELBA der Erwerbsstatus (BORA-Zielgruppen) der Rehabilitanden und der individuelle Unterstützungs- und Förderbedarf ermittelt, der eine zielgerichtete Steuerung der arbeitsbezogenen Interventionen ermöglicht.

Die Ergebnisse der arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik sind Grundlage für eine zielgruppenorientierte Behandlungs- und Teilhabeplanung im Rahmen der Arbeitstherapie. Dort werden die mit dem Rehabilitanden vereinbarten Reha-Ziele und Maßnahmen in der Arbeitstherapie schriftlich fixiert: Welche beruflichen Zielsetzungen sollen verfolgt bzw. überprüft werden? Welche Grundarbeitsfähigkeiten und sozialen Fähigkeiten (MELBA) sind für den aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz erforderlich und insbesondere zu fördern und zu trainieren? Welche AT-Bereiche/ Lernfelder sind zur Überprüfung des beruflichen Leistungsvermögens, zur Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten, der sozialen Fähigkeiten, der Belastungsfähigkeit und einer beruflichen Orientierung indiziert? Der individuelle Unterstützungs- und Förderbedarf ist bei der Zuweisung der verschiedenen AT-Bereiche/Lernfelder zu berücksichtigen und erwerbsbezogene Problemlagen sind zu klären:

Sind eine Problembewältigung am bisherigen Arbeitsplatz und eine Rückkehr an diesen Arbeitsplatz möglich? Gibt es eine sozialmedizinische Notwendigkeit für eine berufliche Veränderung? usw.

Gemäß der zielgruppenorientierten Behandlungs- und Teilhabeplanung absolvieren die Rehabilitanden im Rahmen der Arbeitstherapie ein kontinuierliches Arbeits- und Ausdauertraining in möglichst realen Bezügen und können sich in den verschiedenen Lernfeldern der Arbeitstherapie beruflich orientieren.

Die Arbeitstherapie wird für die Rehabilitanden einzeln oder in der Gruppe durchgeführt.

Folgende AT-Bereiche/Lernfelder zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe und der Alltagsaktivitäten werden vorgehalten:

- Garten
- Geländepflege
- Küche
- Hauswirtschaft
- Renovierungs- und Hausmeisterarbeiten
- Holzwerkstatt
- Metallwerkstatt
- Wald
- Kreativwerkstatt (Kerzen-, Keramik-, usw.)

Mit den MELBA-Assessments können Arbeitsfähigkeitsprofile nach Zuweisung und Durchlaufen der verschiedenen AT-Bereiche/Lernfelder erstellt werden.

Beispiele:

Im AT-Bereich „Küche“ stehen die Überprüfung und Bewertung folgender Arbeitsfähigkeiten im Vordergrund: Arbeitsplanung, Teamfähigkeit, Umstellung, Verantwortung, Sorgfalt, Kritisierbarkeit. Zudem beinhaltet das AT-Lernfeld „Küche“ einen erhöhten Realitätsbezug: Arbeiten unter Zeitdruck (pünktliches Fertigstellen der Mahlzeiten).

Im AT-Bereich „Kreativwerkstatt“ bilden folgende Arbeitsfähigkeiten einen Schwerpunkt: Antrieb, Feinmotorik, Konzentration, Misserfolgstoleranz, Kritikfähigkeit. Zudem fördert der AT-Bereich „Kreativwerkstatt“ den Ausdruck von Emotionen und das Entdecken und Entfalten kreativer Begabungen. In der Kreativwerkstatt erhalten die Rehabilitanden sinnvolle Anregungen für die eigene Freizeitgestaltung.

In allen AT-Bereichen geht es um die Erhaltung und Verbesserung von Pünktlichkeit und Ausdauer.

In der wöchentlich am Freitag stattfindenden Begleitgruppe zur Arbeitstherapie, der sog. Arbeitsbesprechung, werden mit therapeutischer Unterstützung die Ergebnisse der Arbeitswoche mit den Rehabilitanden zielführend ausgewertet und aufgetretene Probleme und Konflikte im AT-Bereich und bei der Zusammenarbeit thematisiert und Lösungsmöglichkeiten zur Problem- und Konfliktbewältigung erarbeitet.

Berufsintegrierende Maßnahmen:

Neben den regulären AT-Bereichen dienen der beruflichen Integration:

- mehrtägige spezifische arbeitstherapeutische Projekte und interne Praktika zur Belastungserprobung (z.B. Renovierungen, Gartenarbeit)

Weitere berufsintegrierende Maßnahmen sind bei Rehabilitanden in Arbeit (BORA 1 +2):

- Problembewältigung am Arbeitsplatz und Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber

Diese berufsbezogenen Maßnahmen dienen der Erhaltung und Sicherung des Arbeitsplatzes.

Bei arbeitslosen Rehabilitanden (BORA 3 + 4) sind weitere berufsintegrierende Maßnahmen insbesondere die unter Psychoedukation und Schulungen (siehe Abschnitt 4.6.6) aufgeführten Module:

- Berufsfindungsseminar „PowerCheck“
- EDV-Schulung für die berufliche Anwendung / Bewerbungstraining
- Sprachverbesserungstraining für Migranten

Ist bei arbeitslosen Rehabilitanden als weitergehende Maßnahme eine Adaption einzuleiten, so ist während der Adaptionsphase das folgende Modul eine wichtige berufsintegrierende Maßnahme:

- Betriebspraktikum mit Arbeitsstellenprüfung als externe Belastungserprobung

Durch diese Maßnahme entstehen Kontakte zu potentiellen Arbeitgebern.

Insgesamt sind die arbeitsbezogenen Interventionen im Sinne der BORA-Konzeption darauf ausgerichtet, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und eine berufliche Orientierung und Integration ins Erwerbsleben zu fördern und zu ermöglichen.

4.6.8 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Sport und Bewegung schaffen Ausgleich, helfen zum psychischen Spannungsabbau, fördern das seelische Wohlbefinden und verbessern die körperliche Leistungsfähigkeit und Fitness. Sport- und Bewegungstherapie ist deswegen ein unverzichtbarer und integraler Bestandteil der Rehabilitation. Im Bereich der Sport- und Bewegungstherapie werden in der Regel 1x wöchentlich Fußball und/oder Volleyball angeboten, auf eigenen Sportplätzen bzw. in angemieteten Sporthallen. Die spielorientierten sport- und bewegungstherapeutischen Angebote haben stabilisierende Effekte. Sie können bei den Rehabilitanden gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen verbessern oder kompensieren, die durch den meist jahrelangen Suchtmittelkonsum entstanden sind.

Die sport- und bewegungstherapeutischen Angebote fördern das Gesundheitsbewusstsein der Rehabilitanden. Sie finden durch Sport und Bewegung zu einer besseren Körperwahrnehmung und einem gesünderen Verhalten im Umgang mit ihrem Körper, den sie jahrelang durch Substanzmissbrauch geschädigt haben. Weitere stabilisierende Effekte sind der Abbau von Antriebsschwäche und die Stärkung des Selbstwertgefühls. Die soziale Interaktion und Teamfähigkeit wird durch den Gruppensport gefördert.

Bei Bedarf wird unter sport- bzw. physiotherapeutischer Anleitung ein individueller Therapieplan erstellt für gezielte Übungen an Geräten im Fitnessraum zur Verbesserung körperlicher Funktionseinschränkungen.

Die Fähigkeit, Stress abbauen und sich entspannen zu können ist eine wichtige Ressource für eine gesunde Lebensführung und zur Rückfallprophylaxe. Neben Sport und Bewegung bieten wir durch tägliche Andachten Entspannungszeiten an, die helfen zur Ruhe zu kommen und geben, wenn es gewünscht ist, Anleitungen zur Stillen Zeit, zur Besinnung, zu Gebet und Meditation. Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen wird als Entspannungstechnik bei Bedarf in einer Kleingruppe unter fachlich qualifizierter Anleitung angeboten (vgl. Ohm 2007).

4.6.9 Freizeitangebote

Das Freizeitverhalten von drogenabhängigen bzw. suchtkranken Menschen ist oft von Passivität und Rückzugsverhalten geprägt. Damit die Rehabilitanden sich nicht ständig um ihre Krankheit drehen und sich zurückziehen, motivieren wir in Ergänzung zu den Angeboten der Sport- und Bewegungstherapie zu einer aktiven und sinnvollen Freizeitgestaltung.

In den Therapiezentren des Neuen Landes werden vielfältige Möglichkeiten für eine positive Freizeitgestaltung (Rekreationstherapie) angeboten. Diese dienen neben dem Erwerb einer Freizeitkompetenz und der Förderung sportlicher Aktivitäten auch der psychovegetativen Umstimmung und fördern die soziale Interaktion.

Zu den Freizeitangeboten gehören:

Schwimmen, Sauna, Wandern, Jogging, Spaziergänge, Fahrradfahren, Skilanglauf. Gemeinsame Spiele, wie z.B. Badminton, Tischtennis, Billard, Darts, Kickern, verschiedene Gesellschaftsspiele.

Gemeinsames Musizieren und Singen. Kreatives Gestalten. Es können Fertigkeiten erworben und Hobbys entdeckt oder weiter ausgebaut werden (z.B. Gitarre lernen).

Gemeinsame Ausflüge, Grillabende und Feste, Andachten und Gottesdienstbesuche.

Die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen fördert Bildung und soziale Kontakte nach außen.

Insgesamt bietet das gemeinsame Leben in den therapeutischen Gemeinschaften viele Möglichkeiten für Begegnungen in der Freizeit und für gemeinsame Aktivitäten. Durch die Freizeitaktivitäten finden die Rehabilitanden Abwechslung, Freude, Entspannung und Erholung. Nicht zuletzt werden durch die verschiedenen Freizeitunternehmungen auch die Erlebnisfähigkeit und der Bezug zur Natur gefördert. Besondere Höhepunkte sind ganz- oder mehrtägige, erlebnisorientierte Therapiefahrten, z.B. Fahrrad- oder Kanutouren.

4.6.10 Sozialdienst

Im Rahmen des Sozialdienstes werden begleitende Hilfen bei allen sozialen, wirtschaftlichen und juristischen Fragen und Schwierigkeiten gewährt.

Bei vielen drogenabhängigen bzw. suchtkranken Menschen ist es durch deren unsteten Lebenswandel, dem Mangel an sozialen Kompetenzen und der oft erheblich eingeschränkten Fähigkeit zur Selbstorganisation zu Schwierigkeiten mit Ämtern und Behörden gekommen, weil z.B. Auskünfte nicht rechtzeitig erteilt wurden. Die Rehabilitanden fühlen sich häufig überfordert bei der Bewältigung von „Schriftkram“ und den damit verbundenen administrativen Anforderungen. Durch die begleitenden Hilfen des Sozialdienstes erfahren die Rehabilitanden während der Therapie Unterstützung im Umgang mit Ämtern und Behörden (Justiz, Bewährungshilfe, Jobcenter, Jugendamt, Sozialamt usw.), beim Stellen von Anträgen, beim Ausfüllen von Formularen und durch sozialrechtliche Beratung.

Die Gewährung einer Grundsicherung (Bürgergeld / Sozialhilfe) oder Hilfen bei der Beantragung von Übergangsgeld während der Rehabilitation werden sichergestellt. Bei Verschuldung wird Beratung und Hilfe gewährt im Umgang mit Gläubigern und erforderliche Maßnahmen der Schuldenregulierung eingeleitet. Als Neues Land sind wir vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie als Schuldnerberatungsstelle anerkannt und können als geeignete Stelle für Verbraucher-Insolvenz-Beratung Privatinsolvenzverfahren eigenständig auf den Weg bringen. Bei allen Maßnahmen des Sozialdienstes wird Hilfe zur Selbsthilfe angeboten. Die Rehabilitanden werden angeleitet, ihre persönlichen Termine und Angelegenheiten besser zu organisieren und selbständiger zu lösen und somit ihre Kompetenzen zur Bewältigung der Alltagsanforderungen zu verbessern.

Entlastung und Hilfe zu schaffen bei sozialen, finanziellen und juristischen Schwierigkeiten gehört mit zu den zentralen Aufgaben des Sozialdienstes, damit die Rehabilitanden den „Kopf frei kriegen“ und sich besser auf die Therapie einlassen können.

Zu den weiteren Aufgaben des Sozialdienstes gehören die Erstellung von Aufnahme- und Entlassungsanzeigen an die zuständigen Stellen (Leistungsträger, Krankenkasse, Jobcenter, Sozialamt, Betreuer, Justiz usw.), die Einleitung weiterführender Maßnahmen wie zum Beispiel Adaption, Suchtnachsorge, Betreutes Wohnen, Tagesstätte, ambulante Weiterbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und auch die Begleitung bei Ämtergängen und Gerichtsterminen, bei der Praktikums-, Arbeits- und Wohnungssuche usw.

4.6.11 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Gesundheitsvorträge zu entzündlichen Erkrankungen der Leber (Hepatitis), insbesondere des Hepatitis-C-Virus, und zu HIV-Infektionen werden regelmäßig vom leitenden Arzt gehalten. Für Rehabilitanden, die intravenös Drogen konsumiert haben, stellt eine Ansteckung mit dem Hepatitis C-Virus einen erheblichen Risikofaktor dar.

In den Gesundheitsvorträgen wird informiert zu Übertragungswegen, Verhaltensmaßnahmen und Therapieoptionen.

Darüber hinaus können sich Rehabilitanden individuell ärztlich beraten lassen zu Krankheit und Therapie und zu gesundheitsbildenden Maßnahmen.

Ernährungsberatung einzeln und in der Gruppe wird regelmäßig von diätetisch geschulten Fachkräften durchgeführt. Es wird in der Ernährungsberatung informiert über eine gesunde und krankheitsangemessene Ernährung (D-A-CH-Referenzwerte). Auch Wissenswertes zur Lagerung von Lebensmitteln, zu Lebensmitteleinzelkostenberechnungen und Einkaufstipps wird in den Schulungen vermittelt.

In der hauseigenen Lehrküche am Standort Amelith erfolgt für Rehabilitanden in mehreren Lektionen nach einem Theorieteil zum Thema „Kochen und gesunde Ernährung“ die praktische Umsetzung des Gelernten, das Zubereiten und Verzehren einzelner Gerichte, zudem Aufklärung zu Hygiene und Unfallverhütung in der Küche.

Am Standort Schorborn wird keine hauseigene Lehrküche vorgehalten. Alternativ findet dort im Küchentrakt ein von der DRV anerkanntes integriertes Küchenkonzept „Arbeitstherapiebereich und Lehrküche“ Anwendung (siehe Anlage). Die Rehabilitanden, die im Rahmen ihrer Therapie in der Küche tätig sind, finden in Schorborn ein zweidimensionales Lernfeld vor, zum einen mit arbeitstherapeutischen Zielsetzungen gemäß BORA zur Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten und der sozialen Fähigkeiten im Berufsleben und zum anderen zum Erwerb von kochpraktischen Lebenskompetenzen (Lehrkücheninhalte).

4.6.12 Angehörigenarbeit

Als Mitbetroffene können Angehörige zur einer Stabilisierung oder Destabilisierung (co-abhängiges Verhalten) des Therapieprozesses beitragen. Deswegen spielt die Einbeziehung von Angehörigen (Eltern, Geschwister, Ehe-/Lebenspartner) in den therapeutischen Prozess eine wichtige Rolle, um sie als unterstützende Partner und Bezugspersonen von außen zu gewinnen. Aufklärung zu Zielen, zum Rehabilitationsverlauf und den Sinn von Kontaktregelungen sind vertrauensbildende Maßnahmen für ein konstruktives Arbeitsbündnis mit den Angehörigen.

Wichtige Elemente der Angehörigenarbeit sind Information und Austausch zu den Themen Sucht und Co-Abhängigkeit und Neuorientierung im Umgang miteinander. Dazu dienen auch Angehörigenseminare, die bei Bedarf und bei entsprechender personeller Kapazität durchgeführt werden.

Im Rahmen der Bearbeitung der Suchtvergangenheit ist es ein zentrales Anliegen, Angehörige zu Klärungsgesprächen einzuladen. Zu den Klärungsgesprächen im Dialog mit dem Bezugstherapeuten laden wir in der Regel in die Einrichtung ein, vorausgesetzt der Rehabilitand und die Angehörigen haben dafür ihr Einverständnis gegeben.

Die Angehörigen- bzw. Familiengespräche haben zum Ziel, belastende Erfahrungen aus der Vergangenheit, gegenseitige Verletzungen und Schuldzuweisungen, zu bearbeiten und Versöhnung anzustreben, um die psychischen und sozialen Folgen der Sucht miteinander positiv bewältigen zu können. Eine weitere Thematik in den Klärungsgesprächen ist es, Ablösungskonflikte und Umstellungen im bisherigen System von Familie und Partnerschaft zu bearbeiten, co-abhängige Strukturen zu identifizieren und zu einer neuen und reiferen Beziehungsgestaltung und zu gegenseitiger Akzeptanz zu verhelfen. Dadurch soll die selbständige Lebensgestaltung der Rehabilitanden gefördert werden.

4.6.13 Rückfallmanagement

Die Entwicklung von wirksamen Strategien zur Rückfallprophylaxe hat in der stationären Behandlung eine zentrale Bedeutung, um einem Drogen- bzw. Suchtrückfall vorzubeugen. Im Rahmen psychoedukativer Gruppenstunden und therapeutischer Einzelgespräche werden die Rehabilitanden angeleitet, vorbeugende Strategien zur Rückfallvermeidung zu erarbeiten. Es werden die Entstehungsbedingungen und die Dynamik von Rückfallprozessen herausgearbeitet. Dazu gehört u.a. der Umgang mit Suchtdruck, eine individuelle Gefahrenanalyse, die Vermeidung eines rückfallbegünstigenden Milieus, die Stärkung der Abstinenzmotivation und die Erarbeitung eines individuellen „Notfallplans /Notfallkoffers“, um sich in kritischen Situationen schützen und rechtzeitig Hilfe holen zu können.

Als Maßnahmen zur Rückfallerkennung werden während der Therapie regelmäßig Alkohol- und Drogenscreenings durchgeführt und zusätzlich auch bei Verdacht. Das erfolgt durch Urinkontrollen und Atemalkoholtests.

Rückfälligkeit während der Therapie führt nicht automatisch zur Entlassung. Für eine Fortsetzung der Rehabilitation ist es jedoch entscheidend, wie der Betroffene mit dem Rückfall umgeht. Positive Kriterien sind dabei, dass der rückfällig gewordene Rehabilitand den Rückfall selbst „aufmacht“, dabei ehrlich ist, seinen Rückfall bereut und bearbeiten will und eine Motivation zur Überwindung der Sucht weiterhin erkennbar ist. Dazu gehört auch die Bereitschaft, sich gegebenenfalls in eine kurzzeitige Entzugsbehandlung zu begeben. Diese Kriterien gelten auch für Rehabilitanden bei denen zum Beispiel mittels Alkohol- oder Drogentest der Rückfall aufgedeckt wurde und die im Nachhinein Krankheitseinsicht zeigen. In solchen Fällen besteht die Chance, dass der Rehabilitand aus der Rückfallkrise lernt und für sich positive Rückschlüsse ziehen kann, z.B. Abbau einer überzogenen Selbstsicherheit, Verbesserung der realen Selbsteinschätzung, Verbesserung der Krankheitseinsicht.

Die Rückfallbearbeitung durch den Rehabilitanden erfolgt anhand einer persönlichen Stellungnahme. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit den Gründen, die zum Rückfall geführt haben. Was hat Suchtdruck ausgelöst? Welche Gedanken waren rückfallvorbereitend? In der Stellungnahme geht es auch darum, dass der Rehabilitand sich mit der Frage beschäftigt, wie zukünftig Rückfälle verhindert werden können und ob er dafür die erforderliche Veränderungsbereitschaft zeigt.

Im Anschluss wird die persönliche Stellungnahme des Rehabilitanden im therapeutischen Team besprochen und ausgewertet und eine Entscheidung getroffen, ob die Rehabilitation fortgesetzt werden kann oder zu beenden ist. Voraussetzung für eine Fortsetzung der Rehabilitation ist, dass der Rehabilitand sich konstruktiv mit dem Rückfallgeschehen auseinandergesetzt hat und eine positive Prognose gestellt werden kann.

Gründe für eine Entlassung sind fehlende Offenheit und Ehrlichkeit und Krankheitseinsicht beim Rehabilitanden, die Ablehnung einer Rückfallaufarbeitung, die Verweigerung sich auf Alkohol- und Drogenkonsum testen zu lassen, die Gefährdung anderer Rehabilitanden durch den Suchtmittelrückfall oder durch Einschleusen von Drogen in die Einrichtung.

4.6.14 Gesundheits- und Krankenpflege

Die examinierten Pflegekräfte fungieren in den Therapiezentren als „rechte Hand“ der Ärzte. Sie sind als Sprechstundenhilfen zuständig für die Vor- und Nachbereitung von Untersuchungsterminen und assistieren bei Aufnahme- / Zwischen- und Entlassungsuntersuchungen. Zu den weiteren Aufgaben gehören die Medikamentenstellung und die Medikamentenausgabe, Blutdruckkontrollen, Erste-Hilfe-Leistungen und Wundversorgung bei Notfällen und weitere medizinische Hilfstätigkeiten. Dazu gehört auch die Koordination von Terminen für die Mit- und Weiterbehandlung bei kooperierenden Fachärzten und Krankenhäusern und bei interkurrenten Erkrankungen.

Insgesamt leisten die examinierten Pflegekräfte eine medizinische 24-Stunden-Präsenz und unterstützen dadurch insbesondere die ärztliche Bereitschaft im Nachtdienst.

4.6.15 Weitere Leistungen

4.6.15.1 Ambulante Suchtnachsorge

Im Anschluss an die stationäre Rehabilitation ist für die nachhaltige Sicherung des Therapieerfolges in der Regel die Durchführung einer ambulanten Suchtnachsorge erforderlich, ggf. besteht auch die Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlung.

Die erforderlichen Maßnahmen der ambulanten Nachsorge oder Weiterbehandlung werden nach der stationären Rehabilitation rechtzeitig mit den Rehabilitanden abgeklärt und nahtlos eingeleitet.

Für Rehabilitanden, die sich nach der stationären Rehabilitation im Umfeld der Therapiestandorte ansiedeln oder im Rahmen eines betreuten Wohnens mit Tagesstätte weiterhin in der Einrichtung bleiben, besteht seitens des Neuen Landes ein eigenes Angebot der ambulanten Suchtnachsorge.

Als Nachsorgeleistung wird von uns in der Regel 14-tägig eine cleanorientierte Nachsorgegruppe angeboten, in der die Teilnehmer mit fachlicher Begleitung Übergangsprobleme bei der Verselbständigung und Teilhabe bearbeiten können. Dazu gehören z.B. Problembewältigung am Arbeitsplatz, der Umgang mit Arbeitslosigkeit, Berufs- und Arbeitsfindung, die Gestaltung der Freizeit, der Umgang mit Medien, die Klärung von Partnerschaftsfragen und Beziehungskonflikten. Es geht für die Teilnehmer darum, die in der stationären Rehabilitation erworbenen Einsichten und Verhaltensweisen anzuwenden und weiterzuentwickeln, sowie rückfallgefährdende Situationen und Krisen angemessen zu bewältigen. Die Nachsorgeteilnehmer erhalten Hilfestellung beim Aufbau stabiler sozialer Kontakte und eines neuen, suchtmittelfreien Freundeskreises. Die fachlichen Interventionen seitens der Mitarbeiter zielen darauf ab, die Teilnehmer anzuleiten, sich gegenseitig zu unterstützen (Hilfe zur Selbsthilfe), bei den Eingliederungsschwierigkeiten, bei der Erhaltung der Abstinenz und Festigung der Abstinenzmotivation, bei der beruflichen Integration und dem Aufbau eines neuen suchtmittelfreien Lebensstils.

Zusätzlich zu den regelmäßigen Gruppengesprächen werden bei Bedarf Einzelgespräche und Beratung, seelsorgerliche Betreuung und auch weitere sozialarbeiterische Hilfen als Nachsorgeleistungen angeboten. Zu den weiteren Hilfen gehören auch die Vorbereitung und die Unterstützung der Rehabilitanden für den Erwerb oder Wiedererwerb einer Fahrerlaubnis (Führerschein), um die beruflichen Wiedereingliederungschancen zu verbessern.

Zu Beginn verpflichten sich die Teilnehmer mit einem „Nachsorgevertrag“ zur Teilnahme an den Gruppengesprächen und den individuell vereinbarten Einzelgesprächen, sowie zu Kontrollen der Suchtmittelfreiheit (Alkohol- und Drogenscreening).

Ergänzend zu den Gruppen- und Einzelgesprächen bieten wir den Nachsorgeteilnehmern zur Teilhabeförderung und Rückfallprophylaxe vielfältige Möglichkeiten zur sinnvollen Freizeitgestaltung und zum ehrenamtlichen Engagement.

Cleane Ehemalige können weiter an der Gemeinschaft und den Freizeitaktivitäten der Therapieeinrichtung teilnehmen und sich ehrenamtlich als Ex-User engagieren und im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit des Neuen Landes mitwirken, zum Beispiel in den Clean-Cafés der Einrichtung oder in der Präventionsarbeit an Schulen.

Die Dauer der ambulanten Suchtnachsorge wird flexibel gestaltet und individuell vereinbart, als Richtwert besteht eine Dauer von 6 bis 12 Monaten.

Rehabilitanden, die im Anschluss an die stationäre Rehabilitation ihren Wohnsitz in Hannover haben, können ein adäquates Nachsorgeangebot durch das Neue Land in Hannover in Anspruch nehmen.

4.6.15.2 Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)

Die Leistungen der ambulanten Suchtnachsorge werden in Kombination mit Ambulant Betreutem Wohnen angeboten. ABW-Hilfen (Assistenzleistungen) werden gewährt für Nachsorgeteilnehmer, die extern in selbst angemieteten Wohnräumen wohnen (eigene Häuslichkeit) und die zusätzlich zum Suchtnachsorgeangebot weitere Unterstützung und Hilfen zur Alltagsbewältigung und zum Erreichen und Erhalten einer selbständigen Lebensführung benötigen.

Teilnehmer im Ambulant Betreuten Wohnen können bei Bedarf auch das Modul der Tagesstätte (siehe 4.6.15.3) in Anspruch nehmen.

4.6.15.3 Hilfe in besonderen Wohnformen (HBW) und Tagesstätte

Die Leistungen der ambulanten Suchtnachsorge können in den Therapiehäusern auch kombiniert mit Hilfen in besonderen Wohnformen und dem Angebot einer Tagesstätte in Anspruch genommen werden.

Die betreuten internen Wohnplätze und tagesstrukturierende Maßnahmen werden insbesondere vorgehalten für Betreute, die aufgrund noch persönlicher Instabilität und eher geringer sozialer und beruflicher Ressourcen diesen weiteren Zwischenschritt und Schutzrahmen benötigen, zur Verbesserung der Alltagskompetenzen, zur Förderung der Teilhabe, zur Rückfallprophylaxe und die sich darüber hinaus positiv als Ex-User in der Einrichtung engagieren möchten.

Zu den Angeboten der Tagesstätte gehören: Entwickeln und Verbessern von Fähigkeiten und Fertigkeiten, Arbeitstraining, Beschäftigungs-, Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, Entwicklung von Perspektiven im Bereich Ausbildung, Beschäftigung und Arbeit sowie deren Umsetzung, Förderung sozialer Kompetenzen, Freizeitaktivitäten und Sportangebote, ehrenamtliche Mitarbeit, Teilnahme am Leben in der Hausgemeinschaft (Feste, Feiern, Andachten usw.), Teilnahme an kulturellen und gottesdienstlichen Veranstaltungen...

Die Leistungen und die Dauer der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlicher Behinderung (ABW oder HBW und Tagesstätte) orientieren sich an den Problemlagen bzw. am Hilfebedarf. Leistungsträger für die Eingliederungshilfe sind die Kommunen.

Gesetzliche Grundlage für die Hilfestellung ist § 102 i.V. m. § 113 SGB IX (Leistungen zur Sozialen Teilhabe).

Es bestehen entsprechende Leistungsvereinbarungen nach den §§ 123 ff. SGB IX.

4.6.15.4 Betreuung der Begleitkinder

In unserem Therapiezentrum in Amelith können drogenabhängige bzw. abhängigkeitskranke Frauen mit Kindern im Vorschulalter (0-5 Jahre) aufgenommen werden. Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass die Frauen mit ihrem Kind vor Beginn der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zusammengelebt haben und die Mütter in der Lage sind, ihre Erziehungsaufgaben adäquat zu versehen. Die Erziehungsverantwortung bleibt während der stationären Rehabilitation bei den Müttern. Ziel einer Mitaufnahme des Kindes ist es, eine belastende Trennung zwischen Mutter und Kind zu vermeiden und durch die Betreuung eine positive Entwicklung des Kindes zu fördern bzw. die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken. Während der Therapiezeiten der Mütter werden die Kleinkinder durch eine qualifizierte Tagesmutter betreut. Ältere Kinder besuchen die Kindertagesstätte vor Ort. Im weiteren Tagesablauf ist die Mutter für ihr Kind selbst verantwortlich.

Die Frauen wohnen mit ihren Kindern im Wohnbereich der Frauentherapie. Für die Kinder steht in Gemeinschaftsräumen eine Spielecke zur Verfügung. Eine Küche für die Zubereitung von Babynahrung und zur Herstellung von Zwischenmahlzeiten der Kinder ist vorhanden.

Zu den weiteren Betreuungsangeboten für Mütter mit Kindern gehören zielorientierte Angebote in Kleingruppen, z.B. malen, basteln oder die Gestaltung einer Geburtstagsfeier. Weitere Mutter-Kind-Aktivitäten sind z.B. ein gemeinsamer Schwimmbadbesuch oder kleinere Ausflüge. Zudem erhalten die Mütter Unterstützung bei Erziehungsfragen, auch durch die Mitarbeiter-Familien in der therapeutischen Lebensgemeinschaft.

Eine weitere Betreuung für Mütter mit Kindern erfolgt in den therapeutischen Einzelgesprächen, in der auch Themen zur Erziehungsverantwortung, zur Mutterrolle und zur Entwicklung von familiären Zukunftsperspektiven behandelt werden. Zu den grundlegenden Zielsetzungen gehört es, die Mütter zu einer tragfähigen, verantwortungsbewussten und positiv-emotionalen Mutter-Kind-Beziehung zu befähigen und die Kommunikation zwischen Mutter und Kind zu verbessern.

Das Angebot der Kindermitbetreuung gilt ebenso für suchtabhängige Väter mit Kindern. Die Unterbringung der Väter mit ihren Kindern erfolgt in einem separaten Bereich.

4.6.15.5 Ehemaligenarbeit/Selbsthilfe

Zu den Visionen des Neuen Landes als christliche Drogenarbeit gehört es, dass ehemals drogenabhängige bzw. abhängigkeitskranke Menschen **Hoffnungsträger** für andere werden. Eine wichtige Maßnahme im Neuen Land ist, Ehemalige für diese Vision zu begeistern und sie bei der Umsetzung zu begleiten und zu fördern. Durch die eigenen Erfahrungen mit Sucht und Kriminalität finden Ehemalige oft schnell den Zugang zu Betroffenen. Und durch die erfahrenen Ausstiegshilfen können sie Betroffene authentisch und glaubhaft zu einem drogen- bzw. suchtfreien Leben motivieren. Ehemalige leisten damit einen nicht hoch genug einzuschätzenden Dienst in der Suchtrehabilitation, wenn sie selbst zu einem „Seitenwechsel“ finden, d. h. vom Hilfesuchenden zum Helfer werden. Gleichzeitig erfahren Ehemalige dadurch eine tiefe Sinngebung für das eigene Leben, wenn sie erkennen, dass die Jahre der Drogenabhängigkeit bzw. der Abhängigkeitserkrankung nicht umsonst waren, sondern sie ihre Erfahrungen mit Sucht und die Erfahrungen in der Drogenszene positiv einbringen können zur Hilfe für andere.

Ehemalige können sich als Hoffnungsträger im Neuen Land engagieren, entweder als Ex-User durch Mitarbeit in den Therapiezentren oder auch bei entsprechender Stabilität in der Vorfeldarbeit des Neuen Landes in Hannover: Streetwork, Kontaktcafé Bauwagen, Tagestreff SOS Bistro, Auffanghaus (Clearingstation).

Weitere Einsatzfelder ergeben sich durch Präventionsveranstaltungen in Schulen oder Motivationsgruppen in Gefängnissen und Entzugsstationen usw.

Wir sind dankbar, dass bereits viele Ehemalige auf diese Weise Multiplikatoren und Hoffnungsträger geworden sind. Mit diesem Engagement ergänzen ehemals suchtabhängige Menschen das Mitarbeiterteam des Neuen Landes und haben Anteil am Grundauftrag der Arbeit, Betroffenen Hoffnung für ein neues Leben ohne Drogen und Sucht zu vermitteln. Dieses ehrenamtliche Engagement, Hoffnungsträger für andere zu werden, dient dem Ziel, zu einer sinnerfüllten Lebensperspektive zu finden und damit die eigene Abstinenz zu stabilisieren und die Teilhabe zu fördern.

Im Rahmen der Nachsorge- und Ehemaligenarbeit entstehen im Kontext des Neuen Landes immer wieder durch die Initiative von ehemals drogenabhängigen bzw. abhängigkeitskranken Menschen sogenannte Hauskreise, die mit christlicher Werteorientierung und der Verpflichtung zur Abstinenz als Selbsthilfegruppen fungieren. Diese Selbsthilfeinitiativen werden von uns gefördert. Bei den Hauskreiszusammenkünften geht es darum, sich über Glaubens- und Lebensfragen zur Alltagsbewältigung auszutauschen und sich Hilfestellung in Krisensituationen zu geben. Darüber hinaus erhalten Ehemalige auf Wunsch und nach den vorhandenen Möglichkeiten Informationen zu anderen Selbsthilfegruppen.

4.6.15.6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei erheblicher Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit sind mit dem zuständigen Reha-Fachberater oder der Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter am Wohnort Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als weiterführende Maßnahme zu prüfen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist ein nahtloser Übergang in eine geeignete überbetriebliche Ausbildungsstätte (§ 51 SGB IX /berufliche Rehabilitation) zu gewährleisten.

4.6.16 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Rehabilitanden erhalten etwa 4 – 6 Wochen vor der Entlassung die Möglichkeit, eine verlängerte Familienheimfahrt durchzuführen, wenn dies erforderlich ist zur Sicherung des künftigen Arbeitsplatzes beim Arbeitgeber, zur Vorstellung bei anderen Dienststellen, bei einer Suchtberatungsstelle, für die Kontaktaufnahme zu einer Kirchengemeinde usw.

Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen nach Beendigung der stationären Therapie, wie zum Beispiel Adaption, ambulante Suchtnachsorge, ambulant betreutes Wohnen, Hilfe in besonderen Wohnformen und Tagesstätte oder ambulante Weiterbehandlung, werden rechtzeitig mit den Rehabilitanden besprochen und eingeleitet, am Heimort oder am zukünftigen Wohnort.

Etwa 2 Wochen vor Therapieende erhalten die Rehabilitanden einen Voucher zur anonymen Beurteilung der Einrichtung und der Behandlung (Rehabilitandenbefragung) und einen Selbsteinschätzungsbogen zum Reha-Ergebnis und zum beruflichen Leistungsvermögen.

Die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zur Therapie und zur beruflichen Leistungsfähigkeit wird im Reha-Entlassungsbericht dokumentiert und ist zudem auch eine wichtige Gesprächsgrundlage im Abschlussgespräch mit dem Bezugstherapeuten, das in der Regel in der letzten Woche vor der Entlassung stattfindet.

Die ärztliche Abschlussuntersuchung erfolgt in der Regel in der letzten Behandlungswoche. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht an die Rentenversicherung mit sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung und Epikrise wird nach dem aktuellen Leitfaden der DRV zeitnah erstellt. Für Reha-Entlassungsberichte an die Krankenkassen wird ein anderer Vordruck verwendet. Die erforderlichen Entlassungsmittelungen an beteiligte Stellen (Leistungsträger, ggf. Staatsanwaltschaft) werden in der Regel am Entlassungstag versandt.

Reguläre Entlassungen erfolgen gemäß der mit dem Rehabilitanden abgestimmten Dauer der Therapie. Eine vorzeitige Entlassung mit ärztlicher Zustimmung oder auf ärztliche Veranlassung kann erfolgen, wenn medizinische oder vertretbare Gründe vorliegen.

Unplanmäßige Entlassungen erfolgen bei einem Therapieabbruch, bei außerplanmäßiger Verlegung oder aus disziplinarischen Gründen, wenn erhebliche Verstöße gegen die Hausordnung vorliegen (z.B. Gewalt, Drogenkonsum).

Ein positiver Therapieabschluss wird mit einer Abschiedsfeier in der Einrichtung gewürdigt.

5. Personelle Ausstattung

Für die Behandlung von drogen- bzw. abhängigkeitskranken Menschen im Rahmen einer stationären medizinischen Rehabilitation ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in einem interdisziplinären Team erforderlich.

Zum medizinisch-therapeutischen Bereich gehören folgende Berufsgruppen:

- Ärzte
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie und Sozialmedizin
- Psychologen / psychologische Psychotherapeuten bzw. mit Weiterbildung Suchttherapie
- Sozialarbeiter / Sozialpädagogen / Suchttherapeuten
- Examinierte Pflegekräfte
- Arbeitstherapeuten / Ergotherapeuten
- Sporttherapeuten
- Diätetische Fachkräfte

Die personelle Ausstattung erfolgt nach den Vorgaben unseres federführenden Leistungsträgers der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (siehe DRV Strukturqualität, 2014, S. 20-22).

Soll-Stellenplan DRV Braunschweig Hannover – **Therapiezentrum Schorborn** Medizinisch-therapeutischer Bereich

A Ärztlicher Bereich:	0,49 VK
B Bereich klinische Psychologie / Psychotherapie/Suchttherapie	2,43 VK
C Bereich Pflege	0,73 VK
D Bereich klinische Sozialarbeit	0,00 VK
E Bereich Therapie	<u>1,28 VK</u>
Gesamt	4,93 VK

Soll-Stellenplan DRV Braunschweig Hannover – **Therapiezentrum Amelith** Medizinisch-therapeutischer Bereich

A Ärztlicher Bereich:	0,66 VK
B Bereich klinische Psychologie / Psychotherapie/Suchttherapie	3,29 VK
C Bereich Pflege	0,99 VK
D Bereich klinische Sozialarbeit	0,00 VK
E Bereich Therapie	<u>1,45 VK</u>
Gesamt	6,39 VK

Die Besetzung der Personalstellen (Soll und Ist) wird fortlaufend mit unserem Federführer abgestimmt, sodass eine ausreichende Besetzung in den relevanten Bereichen gewährleistet wird.

Halbjährlich sind der DRV Braunschweig-Hannover Personalstandsmeldungen für den medizinisch-therapeutischen Bereich vorzulegen, um Auskunft zu geben über den aktuellen Personalstand und die Personalentwicklungen.

Die medizinisch und therapeutisch tätigen Mitarbeiter verfügen über die erforderliche Ausbildung bzw. eine entsprechende suchtspezifische oder psychotherapeutische Zusatzqualifikation nach DRV-Standard oder haben eine entsprechende Weiterbildung begonnen bzw. diese fortgeführt. Mit der Einreichung der Personalstandsmeldungen bestätigen wir, dass die erforderlichen Qualifikationen gegeben sind oder Zusatzausbildungen begonnen wurden.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die räumlichen Gegebenheiten sind abgestimmt mit den Vorgaben zur „Strukturqualität Gebäude“ unseres federführenden Leistungsträgers der DRV Braunschweig-Hannover.

Das betrifft sowohl die Anzahl, Größe und Ausstattung der Rehabilitandenzimmer und der Funktionsräume, z.B. Arztzimmer, Büros, Arbeitstherapie-Werkstätten, PC-Schulungsraum, Lehrküche, Gruppen- und Gesprächsräume, Fitnessraum, Sauna, als auch weiterer Gebäudemerkmale, wie Empfangsbereich, Haupt- und Nebeneingänge und Beschilderung. Die Aufnahme und Unterbringung von Rollstuhlfahrern ist nur am Standort Amelith möglich. Die integrierte Adaption ist in gesonderten Räumlichkeiten untergebracht.

Ein Raumplan/Raumbuch je Therapiestandort ist vorhanden und kann bei Visitationen unseres Federführers aktualisiert vorgelegt werden.

7. Kooperation und Vernetzung

Als Neues Land legen wir Wert auf eine gute und verlässliche Zusammenarbeit mit allen Institutionen und Personen, die an der Rehabilitation beteiligt sind.

Es bestehen Kooperationen mit Fachärzten, Praxen, Laboren, Krankenhäusern, Betrieben, der Arbeitsverwaltung, Sportstätten und Kirchengemeinden vor Ort.

In den Ortsgemeinden und dem Umfeld unserer Therapiestandorte sind wir gut integriert und bieten der Bevölkerung mit unseren therapiezugehörigen Clean-Cafés (Schorborn-Café und Hof-Café Amelith) eine wichtige Anlaufstelle zum Kennenlernen, für Kontakte und Informationen.

Zwischen dem Therapiehaus Amelith und der Ergotherapieschule im Reha-Zentrum in Lippoldsberg besteht eine enge Zusammenarbeit. Auszubildende der Ergotherapieschule erhalten die Möglichkeit zur Hospitation oder um ein Praktikum in Amelith zu absolvieren.

7.1 Kooperationen mit dem Jobcenter und der Agentur für Arbeit

Mit den örtlichen Jobcentern und den Agenturen für Arbeit haben wir eine Zusammenarbeit vereinbart und schriftliche Kooperationsvereinbarungen geschlossen, um arbeitslose Rehabilitanden beim Wiedereinstieg ins Arbeitsleben besser unterstützen zu können.

Bereits während der medizinischen Rehabilitation bzw. rechtzeitig vor der Entlassung erfolgt die Einbeziehung der Jobcenter bzw. der Arbeitsagenturen. Inhalte der Zusammenarbeit sind Informationsaustausch, auch über Vermittlungshemmnisse, und gemeinsame Fallbesprechungen. Darüber hinaus: Entwicklung gemeinsamer fallbezogener Strategien bezüglich der beruflichen Integration, unter Auswertung der bisher in der Rehabilitation erhobenen erwerbsbezogenen Daten und unter Betrachtung der Arbeitsmarktlage in der Region. Eine Arbeitsmarktanalyse ermöglicht zudem die Ermittlung von Bedarfen: Welche Berufe / Qualifikationen werden in der Region benötigt? Dadurch ist eine gezieltere Steuerung der betrieblichen Praktika gegeben, die Kontaktaufnahme mit potentiellen Arbeitgebern und somit eine verbesserte Vermittlung in Erwerbstätigkeit.

7.2 Netzwerk Arbeit zur beruflichen Integration

Als Neues Land haben wir mit zahlreichen Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes schriftliche Kooperationsvereinbarungen geschlossen für die Durchführung von Betriebspraktika im Rahmen der Rehabilitation (Adaption) zur Arbeitsbelastungserprobung, zur Arbeitsstellenprüfung, zur beruflichen Integration.

Rehabilitanden haben während eines Betriebspraktikums vielfältige Möglichkeiten, sich zu erproben und beruflich zu orientieren.

Kooperationen bestehen mit Betrieben in folgenden Berufsfeldern:

- Einzel- und Großhandel
- Heizung und Sanitär
- Tischlerei / Zimmerei
- Garten- und Landschaftsbau
- Industriebetriebe
- Bauschlosserei
- Elektrotechnik
- Fahrradtechnik
- Malerbetriebe
- KFZ-Betriebe
- Gerüstbau
- Hoch- und Tiefbau
- Glasreinigung und Glasverarbeitung
- Metallverarbeitung
- Restaurantbetriebe
- Hotelgewerbe
- IT-Bereich
- Tierheim
- Fitnessstudio
- Soziale Einrichtungen, Altenpflege usw.

Die Kooperationen mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes mit dem Instrument der Betriebspraktika verbessern die (Wieder)-Eingliederungschancen der Rehabilitanden ins Erwerbsleben. Das betriebliche Netzwerk soll gepflegt und weiter ausgebaut werden.

Ein weiteres wichtiges Modul im Netzwerk Arbeit ist die Ressource unseres Freundeskreises und der Kontakt und die Verbundenheit unserer Einrichtung mit zahlreichen Kirchengemeinden, mit denen Partnerschaften bestehen. Dadurch ergeben sich immer wieder Kontakte für die Rehabilitanden zur Vermittlung in Praktika, Ausbildung und Arbeit.

7.3. Mitgliedschaften

Der Trägerverein Neues Land e.V. ist Mitglied im Diakonischen Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Hannover, in der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen in Niedersachsen (ELAS), in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus) und in der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Lebenshilfen in Deutschland (ACL). Im Rahmen der ACL sind wir dabei, in Zusammenarbeit mit dem Blauen Kreuz ein Netzwerk christlicher Suchthilfearbeiten deutschlandweit aufzubauen.

7.4. Öffentlichkeits- und Präventionsarbeit

Als Neues Land veranstalten wir jährlich einen Tag der Begegnung als Freundeskreistreffen mit einem öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungscharakter. Der Freundestag findet im jährlichen Wechsel in Schorborn und Amelith statt.

Durch Freundeskreistreffen, Freundesbriefe (Mitteilungen), Tage der offenen Tür, Nachbarschaftskontakte und durch unsere Café-Arbeit fördern wir die Integration und Vernetzung unserer Einrichtung.

Mit ehemals drogenabhängigen bzw. abhängigkeitskranken Menschen gestalten wir Präventionsveranstaltungen an Schulen, um über Sucht und Suchtgefahren zu informieren und unterstützen damit die suchtpreventiven Aktivitäten der Kommunen vor Ort. Darüber hinaus gestalten wir regelmäßig mit verschiedenen Teams Gottesdienste und Info-Veranstaltungen in befreundeten Kirchengemeinden, zur Verbesserung der Einbindung der mit uns kooperierenden Kirchengemeinden, aber auch zur Pflege und Erweiterung des Freundeskreises.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Es besteht ein von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkanntes einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QM-System) nach § 37 Abs. 3 SGB IX, das auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001:2015 die Managementanforderungen der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie (deQus) erfüllt.

Seit 2012 ist die Rehabilitationseinrichtung Neues Land mit den Standorten in Schorborn und Amelith fortlaufend nach DIN ISO 9001 und den Managementanforderungen der deQus zertifiziert. Regelmäßige interne Audits und das jährlich durchgeführte Management Review stellen sicher, dass das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung praxisbezogen und zielführend weiterentwickelt wird. Für diese Aufgaben werden QM-Beauftragte benannt. Durch ein implementiertes Beschwerdemanagement und eine geregelte Rehabilitandenbefragung wird unter anderem sichergestellt, dass Mängel abgestellt und kontinuierliche Verbesserungen vorgenommen werden können.

Fortbildungspläne, insbesondere zu Ersthelferausbildungen und Pflichtschulungen, liegen vor. Die Termine werden den Mitarbeitern regelmäßig bekannt gegeben. Bei den Pflichtschulungen werden die Mitarbeiter zu folgenden Themen unterwiesen: Hygiene, Arbeitssicherheit, Umgang mit Gefahrstoffen, Brandschutz, Gewaltschutz, Notfallschulungen und Reanimationstraining (siehe auch Kapitel 10 Notfallmanagement).

Die Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung werden ergänzt durch Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung, zum Beispiel durch regelmäßige Visitationen als Instrument der Reha-Qualitätssicherung vor Ort.

9. Kommunikationsstruktur/Therapieorganisation: Reha-Team, Datenschutz

Unter der Gesamtverantwortung des leitenden Arztes und der therapeutischen Leitung finden zur Steuerung der Therapieprozesse und zum Austausch von rehabilitationsrelevanten Informationen regelmäßig 1x wöchentlich Teamsitzungen für Besprechungen und als Fall- und Planungskonferenzen des interdisziplinären und multiprofessionellen therapeutischen Gesamtteams statt. Die wöchentlichen regulären Teamsitzungen werden ergänzt durch Team- und Fallkonferenzen zur Behandlungs- und Teilhabeplanung (siehe Abschnitt 4.6.3.1), als Umstufungs-Settings mit dem Rehabilitanden oder für Sondersitzungen bei Krisen, die eine zusätzliche Besprechungsrunde erforderlich machen. Des Weiteren gibt es wöchentlich Kleinteam Sitzungen (Nachbesprechung von therapeutischen Gruppenstunden) und Bereichsteamsitzungen der Arbeitstherapeuten und der Bezugstherapeuten.

Täglich gibt es in der Mitarbeiterschaft Info-Runden, um Informationen auszutauschen (Übergaben) und aktuelle Ereignisse zu besprechen bzw. Kriseninterventionen durchzuführen.

Rehabilitationsrelevante Informationen und Ergebnisse werden dokumentiert (Teamprotokolle).

Ein Datenschutzbeauftragter mit entsprechender Qualifikation ist für die Therapiehäuser vorhanden. Die Zugänge zu den Rehabilitandendaten sind datenschutzrechtlich geregelt. Die Akten der Rehabilitanden werden gemäß aktuell geltender Datenschutzrichtlinien papiergebunden und digital archiviert.

Für die Einweisung von Mitarbeitern gibt es eine im QM-System der Einrichtung hinterlegte Checkliste, die auch das Einweisungsthema Datenschutz beinhaltet.

10. Notfallmanagement

Die Therapiezentren des Neuen Landes verfügen über ein differenziertes Notfallmanagementsystem nach den geltenden Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft, der Brandschutzordnung nach DIN 14096, dem Infektionsschutzgesetz und den Richtlinien der Rentenversicherung zur Ausstattung von Reha-Einrichtungen.

Alle Flure und Treppenträume und alle Zimmer der Rehabilitanden sind mit einem Rauchmelder an den Hausalarm angeschlossen. Die Rehabilitandenzimmer sind mit einer Notrufmöglichkeit im Zimmer und mit einer Notrufrkordel im Bad ausgerüstet.

Notrufmöglichkeiten befinden sich in allen Bereichen, in denen sich Rehabilitanden aufhalten können. Alle Wohn- und Funktionsbereiche sind mit einem Telefon ausgerüstet, sodass jeder den diensthabenden Mitarbeiter erreichen oder den Notruf absetzen kann.

Flucht- und Rettungswege sind beschildert und Feuerlöscheinrichtungen sind den Vorschriften entsprechend installiert.

Die Telefonanlage ist mit einer Notstromversorgung ausgestattet, die 20 Minuten lang die Notstromversorgung der Telefon- und Notrufranlage aufrechterhält.

Wesentliche rehabilitandenbezogene Dokumente und Notfallunterlagen sind auch bei Ausfall der EDV in Papierform vorhanden.

An apparativer Ausrüstung stehen ein AED (automatisierter externer Defibrillator) und ein Notfallkoffer zur Verfügung, in dem sich der Notfallablaufplan befindet.

Alle Mitarbeiter sind für das Verhalten im Notfall und im Brandfall geschult. Die Notfallschulungen mit Reanimationstraining und die Unterweisungen zum Thema Hygiene, zum Brandschutz, zum Arbeitsschutz, zum Gewaltschutz und zum Umgang mit Gefahrstoffen finden regelmäßig 1x jährlich statt. Alle Mitarbeiter mit unmittelbarem Kontakt zu Rehabilitanden absolvieren eine Ersthelferausbildung (Erste-Hilfe-Kursus), die alle zwei Jahre aufzufrischen ist.

Rehabilitanden werden bei Aufnahme auf das Verhalten im Notfall und im Brandfall (Brandschutzordnung Teil A) hingewiesen.

Eine 24/7 Präsenz durch examinierte Pflegekräfte ist an beiden Therapiestandorten gegeben. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von den Fachärzten wahrgenommen.

Brandschutzbegehungen und –übungen werden von der örtlichen Feuerwehr durchgeführt.

Alle Unfälle und Verletzungen werden in einem Verbandbuch nach Vorschriften der Berufsgenossenschaft dokumentiert.

Notfallpläne und Notfallmaßnahmen sind regelmäßig auf Aktualität zu überprüfen und ggf. anzupassen.

11. Hygiene

Eine Hygienefachkraft ist für die Therapiezentren auf Honorarbasis eingestellt und zusätzlich sind pro Standort Hygienebeauftragte vorhanden. Einmal jährlich und zusätzlich bei Bedarf werden von der Hygienefachkraft Begehungen in den Therapiezentren durchgeführt.

Die Ergebnisse (Mängel/Verbesserungsempfehlungen) werden protokollarisch erfasst. Anschließend ist es die Aufgabe einer Hygienekommission (pro Standort besteht je eine Hygienekommission) Maßnahmen aufgrund der Hygienebegehungen zu verabschieden. Die Hygienefachkraft führt zudem in den Einrichtungen 1x jährlich für die Mitarbeiter Unterweisungen/Schulungen zum Thema Hygiene durch: Allgemeine Hygieneunterweisung und Unterweisung zum Infektionsschutzgesetz.

Hygienepläne und entsprechende Aushänge zur Hygieneinformation sind in den Therapiezentren vorhanden.

12. Fortbildung

Externe Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Suchthilfe und zur Erfüllung der Qualifizierungsanforderungen in der Suchttherapie werden vom Neuen Land gefördert und auch durch einrichtungsinterne Förderrichtlinien finanziell unterstützt.

Zusätzlich werden zur Verbesserung der Handlungskompetenz regelmäßig interne Fortbildungen durchgeführt zum Rehabilitationskonzept, zum Berichtswesen, zum Qualitätsmanagement, zum Thema Digitalisierung, zu Neuentwicklungen, zur Information über (neue) Vorgaben der Leistungsträger usw. Ebenso gewährleisten Interventionen, wie Therapietage, Teamkonferenzen und Fallbesprechungen eine praxisbezogene interne Fortbildung.

13. Supervision

Supervision dient der Reflexion, der Überprüfung und der Verbesserung des professionellen Handelns der therapeutisch tätigen Mitarbeiter.

Externe Supervision findet regelmäßig, ca. alle 8 Wochen, in einer 2-stündigen Sitzung statt und ist für alle Mitarbeiter im therapeutischen Team verpflichtend. Die externe Supervision wird als Teamsupervision und/oder Fallsupervision durchgeführt.

Qualifikation der Mitarbeiter für externe Supervision: Supervisions-Ausbildung nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V.(DGSv).

Die interne Supervision (Intervention) findet wöchentlich in Form von Fallbesprechungen statt.

14. Hausordnung/Therapievertrag

Die allgemeinen Regelungen der Hausordnung in den Therapiestandorten schaffen einen Rahmen, um eine neue Orientierung zur Suchtmittelfreiheit und zur Teilhabe zu ermöglichen und ein gutes und rücksichtsvolles Miteinander in der Therapiegemeinschaft zu gewährleisten. Einhaltung von Suchtmittelfreiheit während der Rehabilitation bedeutet: Drogen, Alkohol, Glücksspiele und nicht von den Ärzten der Therapiezentren verschriebene Medikamente sind verboten. Rauchen (Nikotin) ist im eingeschränkten Rahmen möglich und gesondert geregelt. Wir bieten Kurse zur Tabakentwöhnung an und motivieren zu einer freiwilligen Nikotinabstinenz.

Erhebliche Verstöße gegen die Hausordnung und das Regelwerk können zur sofortigen disziplinarischen Entlassung führen. Das betrifft insbesondere den Besitz, den Konsum oder die Weitergabe von Suchtmitteln, aber auch die Androhung oder Ausübung von Gewalt oder Diebstahl. In welchen Fällen ein Suchtrückfall zu einer vorzeitigen Entlassung führt, ist konkreter in Abschnitt 4.6.13 Rückfallmanagement dargestellt.

Mit einer Aufnahmevereinbarung (Therapievertrag) erkennt der Rehabilitand die Hausordnung und das Regelwerk und individuell getroffene Vereinbarungen verbindlich an.

Ergänzt wird die Aufnahmevereinbarung durch eine schriftliche Zustimmung des Rehabilitanden zur vereinbarten Behandlungs- und Teilhabeplanung.

15. Epilog: Sinn statt Sucht

(Zum Verständnis einer christlich orientierten Entwöhnungsbehandlung)

Eine Therapie im Neuen Land ist eine sinn- und werteorientierte Therapie. Sinn statt Sucht. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF wird in einer christlich orientierten Entwöhnungsbehandlung durch die spirituelle Dimension zur Sinnfindung erweitert bzw. ausdifferenziert. Dem christlichen Menschenbild entsprechend gehören zu einem sinn-vollen Leben nicht nur intakte Beziehungen des Menschen zum Mitmenschen, zur Arbeit oder zur Umwelt, sondern auch zu Gott, dem Schöpfer des Lebens.

Drogensüchtige bzw. abhängigkeitskranke Menschen, die die spirituelle Dimension aufgrund einer ganzheitlichen Sicht des Menschen in ihrer Therapie mitberücksichtigt wissen möchten, erhalten im Neuen Land im Rahmen der medizinischen Rehabilitation vielfältige Hilfen zur Auseinandersetzung mit Glaubens- und Lebensfragen für die eigene Sinnsuche und Identitätsfindung.

Im Neuen Land erfahren Menschen mit Suchterkrankungen, dass sie von Gott bedingungslos geliebt und angenommen sind, dass es keinen hoffnungslosen Fall gibt und dass das Leben einen Sinn hat. Die Mitarbeiter in den therapeutischen Lebensgemeinschaften vermitteln diese Hoffnung des Glaubens. Sie leben modellhaft christliche Werte und Überzeugungen vor.

Durch die Erfahrungen von Angenommensein und Geliebtwerden, von Schuldvergebung und Hoffnung, kann der christliche Glaube zu einer tragenden inneren Größe und einem haltgebenden Lebensfundament für die Rehabilitanden werden. Ein Halt, der hält, unabhängig von Menschen, Situationen und Umständen. Ein fester Anker in den Stürmen des Lebens. Ein Halt, der auch im Scheitern und im Rückfall bleibt und der Hoffnung gibt, nicht aufzugeben. Und ein Halt der Antworten gibt auf die letzten existentiellen Lebensfragen.

Die christliche Grunderfahrung der bedingungslosen Annahme und Liebe, des Aussöhnens mit Gott und mit anderen Menschen, setzt neue Kräfte frei, Kräfte der Hoffnung und der Lebensfreude. Und ein Mensch, der sich angenommen weiß, kann sich selbst und auch andere besser annehmen und wird zu einem neuen Leben und einer lebensbejahenden Einstellung befreit, ganz im Sinne unseres Leitverses:

„Jesus Christus spricht: Ich lebe und ihr sollt auch leben“.
(Die Bibel, Johannes Evangelium Kapitel 14, Vers 19)

Die damit verbundene Sinngebung fördert eine klare Therapiemotivation und eine zufriedene Abstinenz, so dass dem sinnlosen Leben in der Sucht zunehmend der Nährboden entzogen wird. **Sinn statt Sucht.**

Das Sich-Einlassen auf den christlichen Glauben ist immer ein freiwilliges Angebot im Rahmen der medizinischen Rehabilitation.

Literatur

- Allem, J. P., Soto, D. W., Baezconde-Garbanati, L., & Unger, J. B. (2015):** Adverse childhood experiences and substance use among Hispanic emerging adults in Southern California. *Addictive behaviors*, 50, S.199–204. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.038>
- Bleckmann, Paula (2018):** Medienmündig, Klett-Cotta, 7. Auflage
- Bonhoeffer, Dietrich (1977):** Gemeinsames Leben. Brunnen Verlag Gießen / Basel
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** ICF-Praxisleitfaden 2 (2016)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** Förderung des Nichtrauchens- Informationsmaterialien für Erwachsene
- Burian, Wilhelm (1994):** Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. Picus Verlag Wien
- Carr, Allen (1998):** Endlich Nichtraucher, Goldmann Verlag
- Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung:** Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen (10.02.2012)
- Deutsche Rentenversicherung:** Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (2. Auflage Juli 2014)
- Deutsche Rentenversicherung:** Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)
- Deutsche Rentenversicherung:** Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht-Leitfaden (2015)
- Deutsche Rentenversicherung:** Leitlinien für die sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen (Dezember 2018)
- Deutsche Rentenversicherung Bund:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Stoff gebundenen Abhängigkeitserkrankungen (01.01.2018)
- Deutsche Rentenversicherung:** Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019
- Diakonisches Werk der EKD und Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD (2011):** Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern. Positionspapier
- Frankl, Viktor E. (2005):** Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Piper Verlag München, Sonderausgabe
- Funke, Wilma (2017):** Fallkonzeption und Therapieplanung – Interdisziplinäres Fallverstehen als Grundlage einer erfolgreichen Suchtbehandlung. Stuttgart: Kohlhammer (2017)
- Heigl-Evers, Annelise u.a. (Hrsg.) (1988):** Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken – Wege zur Kooperation ?. Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD
- Huber, Michaela (2004):** Wege der Trauma-Behandlung, Band 1+2. Junfermann Verlag

- Khantzian, E. J.** (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diag-nosed patient. *Primary Psychiatry*, 10(9), S. 47–54.
- König, Karl** (1997): Abwehrmechanismen. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- König, Karl** (1998): Übertragungsanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- König, Karl** (1998): Gegenübertragungsanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Kubicek, Herbert in Peter, Ulrike & Lühr, Henning (Hrsg.)** (2021): Handbuch Digitale Teilhabe und Barrierefreiheit, Kommunal- und Schul-Verlag Wiesbaden, Artikel: Digitalassistentz für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf
- Müller/Wölfling** (2017): Pathologischer Mediengebrauch und Internetsucht, Kohlhammer Verlag
- Ohm, Dietmar** (2007): „Stressfrei durch Progressive Relaxation“, Trias Verlag
- Scholz, Detlef** (2014): Systemische Interventionen bei Internetabhängigkeit, Carl-Auer Verlag
- Schuntermann, Michael F.** (2006): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung –
- Schuntermann, Michael F.** (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- Spatz Widom, C., Marmorstein, N. R., & Raskin White, H.** (2006): Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), S. 394–403. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.394>
- Thomasius, Rainer** (2021): Mediensucht während der Corona-Pandemie, Ergebnisse der Langzeitstudie von 2019 bis 2021 von Gaming und Social Media mit dem UKE Hamburg, eine Studie der DAK
- van der Kolk, B. A.** (2000): Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In B. A. van der Kolk (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Junfermann.
- Vanier, Jean** (1983): Gemeinschaft. Ort der Versöhnung und des Festes. Otto Müller Verlag Salzburg
- Warns, Else N. und Fallner Heinrich (Hrsg.)** (1999): Bibliodrama als Prozess, Band I u. II. Jansen Verlag Lüneburg
- Wilms, Regine** (2005): Ergotherapie mit suchtkranken Menschen. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.) Schulz Kirchner Verlag Idstein
- Zarbock, Gerhard** (2020): Praxisbuch Verhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie. Lengerich: Pabst, 7. Auflage

Anlagen

- Stufen- und Therapieplan
- Wochenplan Neues Land Schorborn
- Wochenplan Neues Land Amelith
- Integriertes Küchenkonzept Neues Land Schorborn

Stufen- und Therapieplan

STAMMPHASE

Dauer: 12 – 24 Wochen
(Regelzeit: 22 Wochen)

Stufe 1 (Basismodul)

Regeln: **Stufe 1a**

Kein Ausgang allein möglich, kein Bargeld, keine Außenkontakte.

Richtzeit: 4 Wochen

Stufe 1b

Dorfausgang allein möglich: Montag bis Freitag in der Mittagspause und zwischen Arbeitsschluss und Abendbrot, Samstag bis 13.00 Uhr, Sonntag bis 18.00 Uhr.

Kein Bargeld. Ggf. erste Außenkontakte zu Familienangehörigen nach Absprache.

Richtzeit: 4 Wochen

Stufe 1c

Erweiterter Dorfausgang allein möglich: Montag bis Freitag in der Mittagspause und zwischen Arbeitsschluss und Abendbrot, Samstag bis 17.00 Uhr, Sonntag bis 18.00 Uhr. Bargeld nach Absprache mit Quittung. Außenkontakte nach Absprache.

Richtzeit: 4 bis 6 Wochen

Dauer : 12 bis 14 Wochen

Thema: **Sich neu orientieren und die Teilhabe verbessern**

Reha-Ziele :

Zielsetzungen auf der körperlichen und psychischen Ebene

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Fitness
- Verbesserung körperlicher Funktionseinschränkungen
- Stärkung der Ich-Funktionen, z.B. Frustrationstoleranz, Impulskontrolle, Zugang zu eigenen Gefühlen, Affektdifferenzierung, Abgrenzungsfähigkeit, Angsttoleranz, Realitätsbezug, Selbstwahrnehmung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Antizipationsfähigkeit, Stressbewältigung und Entspannungsfähigkeit
- Verbesserung des Selbstwertgefühls und psychische Stabilisierung

Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe

- Verbesserung der Suchtbewältigungskompetenzen, Stärkung der Abstinenzfähigkeit, Bearbeitung der biographischen Hintergründe der Suchtsymptomatik, Rückfallprophylaxe
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen: Interaktions- und Beziehungsverhalten, kommunikative Fähigkeiten, Konversation und Kontaktfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Gruppenfähigkeit
- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten und der sozialen Fähigkeiten im Arbeitsleben
- Klärung bzw. Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens und der psychischen Belastbarkeit (interne Belastungserprobung)

- Berufliche Orientierung: Entdecken und Entwickeln von Fertigkeiten und Ressourcen, Überprüfung der eigenen Berufswünsche, Berufsfindung, Entwicklung realistischer Berufsperspektiven
- Berufliche Integration: Erhaltung und Sicherung des Arbeitsplatzes, Problembewältigung am Arbeitsplatz, Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber usw.
- Umgang mit Geld / Schuldenregulierung
- Verbesserung der Fähigkeit zu aktiver und sinnvoller Freizeitgestaltung / Förderung sportlicher Aktivitäten
- Erwerb und Verbesserung von Medienkompetenz
- Erarbeitung von sinnhaften und abstinenzorientierten Zukunftsperspektiven im privaten und sozialen Bereich nach realistischer Selbsteinschätzung, Verbesserung der sozialen Teilhabe

Zielsetzungen auf der Ebene der Kontextfaktoren

- Lebensstilveränderung durch Reduzierung von gesundheitlichen Risikofaktoren und Risikoverhalten: Gewichtsabnahme / Gewichtszunahme, Bewegungsmangel abbauen, Tabakreduktion, Nikotinabstinenz usw.
- Verbesserung der Therapiemotivation und Förderung von Krankheitseinsicht
- Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Abstinenzwunsches
- Findung bzw. Stärkung eines lebensbejahenden Glaubens (Sinn statt Sucht)
- Klärung der Beziehungen zu Angehörigen und weiteren Bezugspersonen,

Stufe 2 (Vertiefungsmodul)

Regeln: Stadtausgang allein möglich: Montag - Freitag bis 21.00 Uhr, Samstag bis 18.00 Uhr, Sonntag bis 21.00 Uhr, wöchentliches Bargeld mit oder ohne Quittung.

Dauer: bis 10 Wochen

Thema: **Sich stabilisieren und innere Heilung erlangen**

Reha- Ziele:

- Fortführung der Therapie mit den vereinbarten Reha-Zielen (Stufe1)
- Vertiefende Aufarbeitung der Suchtvergangenheit, Heilung von seelischen Verletzungen
- Klärung der Beziehungen zu Angehörigen und weiteren Bezugspersonen: Verstärkte Einbeziehung von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess. Klärung der Beziehungen zu Eltern, Familienangehörigen, Lebenspartnern usw. Versöhnung anstreben
- Soziale und berufliche Integrationsvorbereitung (Tagesfahrt/Heimfahrt)
- Einleitung weitergehender Maßnahmen (z.B. Adaption)

ADAPTIONSPHASE**Dauer: 14 – 16 Wochen****Stufe 3 (Erprobungsmodul)**

Regeln: Ausgang allein möglich: Montag - Sonntag bis 22.30 Uhr, monatliches Bargeld und Verpflegungsgeld (darüber hinaus Bargeld nach Vereinbarung), Separater Wohnbereich, Wochenterminplan, Heimfahrten

Thema: **Sich erproben und reintegrieren**

Reha-Ziele:

Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe

- Verbesserung der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben: Einübung in selbständige Lebensgestaltung: Haushaltsführung, Selbstversorgung, Einkaufstraining, Umgang mit Geld
- Verbesserung und Stabilisierung der Grundarbeitsfähigkeiten und der sozialen Fähigkeiten im Arbeitsleben durch Arbeitstraining, interne Belastungserprobung, Arbeitsprojekte
- Berufliche Orientierung: Erprobung und Überprüfung eigener beruflicher Ziele durch externe Betriebspraktika, Arbeitsbelastungserprobung im beruflichen Alltag
- Berufliche Orientierung: Berufs- und Arbeitsfindung, Entwicklung realistischer Berufsperspektiven
- Optimierung der Krankheitsbewältigung: Festigung des bisher Erreichten, Stabilisierung und Sicherung der Abstinenz, Rückfallprophylaxe
- Wohnungsfindung
- Schuldenregulierung
- Verbesserung der Fähigkeit zu aktiver und sinnvoller Freizeitgestaltung / Förderung sportlicher Aktivitäten
- Erwerb und Verbesserung von Medienkompetenz
- Erarbeitung von sinnhaften und abstinenzorientierten Zukunftsperspektiven im privaten und sozialen Bereich nach realistischer Selbsteinschätzung
- Verbesserung der sozialen Teilhabe durch Reaktivierung oder Aufbau eines sozialen Bezugsrahmens mit drogen- bzw. suchtmittelfreien Kontakten
- Überprüfung der Belastbarkeit und Abgrenzungsfähigkeit durch Heimfahrten
- Nachsorge vorbereiten

Zielsetzungen auf der Ebene der Kontextfaktoren

- Lebensstilveränderung durch Reduzierung von gesundheitlichen Risikofaktoren und Risikoverhalten: Gewichtsabnahme / Gewichtszunahme, Bewegungsmangel abbauen, Tabakreduktion, Nikotinabstinenz usw.
- Klärung der Beziehungen zu Angehörigen und weiteren Bezugspersonen,

Abschließendes:

Die Therapie im Neuen Land ist **modular** aufgebaut und beinhaltet die mit den Rehabilitanden/innen vereinbarten Reha-Ziele.

Die Stufe 1 ist das sog. Basismodul (Dauer: 12 bis 14 Wochen). Mit den Ergänzungsmodulen (Stufe 2 / Vertiefung und Stufe 3 / Adaption) kann die Therapie fortgeführt oder auch bereits nach Ablauf der Stufe 1 regulär beendet werden.

Eine Umstufung oder Beendigung der Therapie ist nach erfolgtem Gruppenfeedback zu beantragen. Für jede Stufe ist eine mit den Rehabilitanden/innen abgestimmte **individuelle Behandlungs- und Teilhabeplanung** erforderlich, die der Entwicklung gemäß anzupassen ist.

Bei Rückfall während der Therapie wird individuell reagiert. Es kann eine Rückstufung oder auch das Ende der Therapie bedeuten.

Nach Abschluss der stationären medizinischen Rehabilitation bestehen Möglichkeiten zur **ambulanten Nachsorge** und für Maßnahmen der **Eingliederungshilfe**.

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:15	Morgenfitness					8:30 bis 10:00 freies Frühstück (Aufstehen bis 10:00) Freizeit Putzbereiche	8:30 Frühstück 10:00 Gottesdienst (Abfahrt 9:30)
7:30	Frühstück						
8:00	Andacht (anschließend Pause)						
8:40	Zimmerordnung						
9:00	Arbeitstherapie						
10:45	Pause						
11:00	Arbeitstherapie						
13:00	Mittagessen / Pause					freies Mittagessen	Mittagessen
13:30	Taschengeldausgabe (Di oder Mi)					12:00 - 14:00 Uhr	13:00 Uhr
14:30	WE-Rückblick -Gruppe-	Lichtstunde -Gruppe-	Lebenskunde -Gruppe-	Themenstunde - Gruppe-	Arbeitsbesprechung -Gruppe-	Freizeitangebot	Freizeit
15:30			Pause	Pause			
15:45			Feedback / Vorstellung -Gruppe-	Sport / Wanderung -Gruppe-	Kaffeetrinken		
16:00							
16:30	Dienstbereiche	Inforunde	Dienstbereiche		Einkaufsfahrt		
17:00	Freizeit					Putzbereiche Abnahme	Sportschau/Weltspiegel 18:00 Uhr
18:30	Abendessen					18:30 Gemeinschafts- abend (Hausabend)	freies Abendessen 18:30 -20:00
19:00	Tabakausgabe			Kiosk	Tabakausgabe		
20:00	Filmapend	Studierabend 20:00 - 21:30		Gemeinde- Bibelstunde bzw.	TV- Dokumentation		
21:00			Andacht	Andacht			Andacht
22:30	Nachtruhe						

Zusatz: Therapeutische Einzelgespräche finden nach Vereinbarung, regulär 1x wöchentlich, statt. Ärztliche Sprechstunde ist täglich nach Absprache möglich.
Weitere indikative Angebote und Gruppen nach gesonderter Wochenplanung (z.B. Tabakentwöhnung, Lehrküche, Sprachverbesserungstraining...)

Zeit	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
7:10	Morgenfitness											8:30 bis 10:30 freies Frühstück (Aufstehen bis 10:30) im Anschluß Putzbereiche	8:30 Frühstück 10:00 Gottesdienst (Abfahrt 9:40)	
7:30	Frühstück													
8:00	Andacht													
8:30	Dienstbereiche					Inforunde anschl. Dienstbereiche		Dienstbereiche						
9:00	Arbeitstherapie							Arbeitstherapie						
10:45	Pause													
11:00	Arbeitstherapie													
12:45														
13:00	Mittagessen / Pause											freies Mittagessen	Mittagessen / Pause	
14:30	WE-Rückblick / Lichtstunde -Gruppe-		Vorstellung -Gruppe-		Lebenskunde -Gruppe-		Themenstunde - Gruppe-		Arbeitsbesprechung -Gruppe-		Freizeitangebot 16:30 Kaffeetrinken Sportschau/Weltspiegel	Freizeit 16:30 Kaffeetrinken Sportschau/Weltspiegel		
15:30	Pause													
15:45	Lichtstunde -Gruppe-		Lebenskunde -Gruppe-		Feedback / Indikationsgruppe*		Pause		Kaffeetrinken anschl. TG-Ausgabe					
16:00							Sport							
16:45	TG-Ausgabe				TG-Ausgabe		Einkaufsfahrt							
17:00	Freizeit						Freizeit		freies Abendessen 18:00 - 19:30					
18:00														
18:30	Abendessen												19:00 Gemeinschafts- abend	freies Abendessen 18:00 -20:00 Andacht
19:30	Freizeit	Frauen: Studierabend		Männer: Studierabend		Freizeit								
20:15	Männer: Spielfim					Frauen: Spielfilm		interne Gruppe						
21:00			Freizeit				Andacht		Doku-Abend					
22:30	Nachtruhe													

Zusatz: Einzeltherapiegespräche finden nach Vereinbarung, regulär 1x wöchentlich, statt. Ärztliche Sprechstunde ist täglich nach Absprache möglich.

* Weitere indikative Angebote und Gruppen nach gesonderter Wochenplanung (z.B. Tabakentwöhnung, Lehrküche, Sprachverbesserungstraining...)

Integriertes Küchenkonzept: Arbeitstherapiebereich und Lehrküche

1. Ausstattung

Seit Januar 2019 ist im Therapiehaus Schorborn ein neuer Küchentrakt mit Speiseraum vorhanden. Die neue Küche entspricht den Strukturanforderungen der Rentenversicherung und den EU- Qualitätsstandards.

Zur Verfügung stehen folgende Räumlichkeiten:

Ein gesonderter Lagerraum für die Anlieferung von Lebensmittel, ein Vorratsraum für Lebensmittel, ein Raum für Kühl- und Gefriergeräte, eine gesonderte Spülküche, ein Büro, eine Umkleide, ein WC, ein Materiallagerraum (Putzmittel) und die Hauptküche mit dem Kochbereich, einschließlich einer modernen Küchenausstattung: 2 Konvektomaten, 1 multifunktionales Cooking Center, mehrere Induktionskochfelder für kleinere Gerichte mit dazugehörigen Töpfen und Pfannen und weitere Betriebsmittel, die im Küchenbereich erforderlich sind.

2. Lernfeld

Rehabilitanden, die im Rahmen ihrer Therapie in der neuen Küche tätig sind, finden dort **ein zweidimensionales Lernfeld** vor:

1. Dimension: Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten und der sozialen Fähigkeiten im Berufsleben (BORA)

Diese Dimension ist realitäts- und arbeitsweltbezogen ausgerichtet.

Dazu gehören insbesondere folgende MELBA-Items: Pünktlichkeit, Teamarbeit, Umstellung, Verantwortung, Arbeitsplanung, Ausdauer, Sorgfalt, aber auch Konzentration und Kritikfähigkeit und Kritisierbarkeit.

Das Arbeiten unter Zeitdruck - das Mittagessen muss pünktlich serviert werden – ermöglicht eine Leistungsbeurteilung und Belastungserprobung.

Rehabilitanden können sich in diesem Tätigkeitsfeld beruflich orientieren. Zudem besteht im Anschluss an die Reha die Möglichkeit einer Ausbildung / Umschulung zum Koch in unserer Einrichtung. Es liegt eine entsprechende Anerkennung als Ausbildungsbetrieb der Industrie- und Handelskammer (IHK) Hannover vor.

2. Dimension: Erwerb von kochpraktischen Lebenskompetenzen (Lehrküche)

Die Rehabilitanden lernen in der Gemeinschaftsküche auch für sich selbst im Sinne einer gesunden Ernährung zu kochen, sich krankheitsangemessen zu verpflegen und einzukaufen. Hinzu kommen theoretische Schulungen zur Erährungsberatung einzeln und in der Gruppe.

Nähere Ausführungen zu den integrierten Lehrkücheninhalten in der Gemeinschaftsküche:

Hygiene, Unfallverhütung, Betriebsmittel

Alle Rehabilitanden, die in der Küche arbeiten, erhalten eine Unterweisung zur Beachtung der Hygienerichtlinien (persönliche Hygiene und Produkthygiene, saubere Küche), zur Unfallverhütung in der Küche und zum Umgang mit den Betriebsmitteln (Schneidunterlagen, Messer, Gargeschirr usw.)

Die Hygieneunterweisung nach § 43 IfSG wird schriftlich dokumentiert.

Gesunde Ernährung – Theoretischer Teil / Schulung

Lektion: Wie kann ich mich gesund und ausgewogen ernähren?

Die Ernährungspyramide kennen lernen, zur Umsetzung einer ausgewogenen, vollwertigen Ernährung im Alltag.

Essenskomponenten zusammenzustellen (D-A-CH-Referenzwerte).

Essenskomponenten bestehen aus:

- Fleisch, Fisch, Ei
- Gemüse, Salat
- Sättigungsbeilagen
- Soße
- Dessert/ Obst

Wie ist die Verteilung auf dem Teller? Portionsgrößen / Portionsmengen berechnen. Nährwertberechnung (z. B. Pizzateig).

Vorbereiten, zubereiten und nachbereiten einzelner Gerichte / Mahlzeiten

Die Rehabilitanden erhalten Einblick in den Speiseplan / Gemeinschaftsverpflegung (Vollkost, vegetarische Kost, ggf. Sonderkost).

Sie werden eingeführt in die Arbeitsplatzorganisation, den zeitlichen Ablauf und die unterschiedlichen Garverfahren.

Durch den mehrwöchigen Einsatz in der Küche lernen die Rehabilitanden bei der Zubereitung von Mahlzeiten verschiedene Gemüsesorten und Soßen kennen, verschiedene Sättigungsbeilagen (Kartoffeln, Reis, Nudeln), verschiedene Fleischsorten in Form von Braten, Geschnetzeltes, Gulasch, Schnitzel und Hackfleisch.

Die Rehabilitanden erwerben umfangreiche Kenntnisse für die Zubereitung unterschiedlicher Gerichte für die Gemeinschaftsverpflegung, die sie aber auch für den privaten, kleinen Haushalt durch Umrechnung der Werte anwenden können!

Beispiel:

Schweinebraten mit Erbsen und Möhren und Kartoffeln

Menge für 30 Leute:

Schweinebraten 3 kg; Erbsen u. Möhren 6 kg, Kartoffeln 10 kg

Umrechnung pro Person:

100 g Fleisch, 200 g Gemüse, 330 g Kartoffeln, ca. 100 g Soße

Zur Zubereitung gehört auch das Anrichten und Garnieren von Speisen – Tellergericht oder Schalen.

Nachbereitung:

„Alles wieder an seinen Platz“

Arbeitsgeräte abwaschen, Arbeitsflächen säubern, aufräumen, putzen (Saubere Küche)

Lagerung von Lebensmitteln

In den wenigsten Fällen werden die Lebensmittel gleich nach dem Einkauf weiterverarbeitet. Man unterscheidet bei der Lagerhaltung in

- leicht verderbliche,
- verderbliche und
- haltbare Lebensmittel

Die Rehabilitanden lernen im Rahmen der Küchentätigkeit, wie etwas richtig gelagert wird. Ebenso erhalten sie Kenntnisse über die Haltbarmachung von Lebensmitteln und über die Resteverwertung.

Vor Ort kann dazu Einblick genommen werden im Lebensmittelvorratsraum, verbunden mit Einkaufstipps. Auch in Theorieeinheiten (Ernährungsschulung) wird diese Thematik aufgegriffen.

Grundregeln des Eindeckens /Tischkultur

Die Rehabilitanden erwerben ein Grundwissen zum Eindecken und auch zur Tischkultur in Theorie (Themenstunde) und Praxis: Für das gemeinsame Mittagessen in der Therapiegemeinschaft müssen die Tische eingedeckt werden. Das „Auge“ isst mit, ein schön gedeckter Tisch sieht einladender aus!

Lebensmitteleinzelkostenberechnung / Einkaufstipps

Im Rahmen der Ernährungsberatung (einzeln und in der Gruppe) wird beispielhaft für Gerichte eine Lebensmitteleinzelkostenberechnung durchgeführt und es werden Einkaufstipps gegeben, zum Beispiel:

- Mit Einkaufsliste einkaufen gehen, erspart zu viel Kosten (Die Hälfte sollte Obst/Gemüse und Vollkornprodukte sein).
- Preise vergleichen (Obst- und Gemüsepreise schwanken, saisonal und regional einkaufen).
- Tiefkühlkost kaufen (frisch geerntet und schockgefroren enthält sie meist höhere Werte an Vitaminen und Mineralstoffen als frische Ware). So lassen sich z.B. Erdbeeren und Himbeeren auch im Winter genießen.
- Nicht zu den Stoßzeiten einkaufen, möglichst früh gehen: die Ware ist frisch, es gibt keine Warteschlangen.
- Vorsicht bei Angeboten! (Man kauft leicht, was günstig angeboten wird, was man aber eigentlich gar nicht braucht - aber bei Lebensmitteln, die man regelmäßig braucht, sollte man natürlich auf Angebote achten.)
- Die Kühlkette nicht unterbrechen (entsprechende Waren möglichst erst zum Schluss in den Einkaufswagen legen und eine Kühltasche oder eine Box mitnehmen. Hilft gegen Verderben).

3. Ganzheitliches Therapiekonzept

Aufgrund des ganzheitlichen Konzepts (gemeinsames Leben, gemeinsame Mahlzeiten) werden die Rehabilitanden – über die eigentliche Küchenarbeit hinaus – eingeführt und unterwiesen (Theorie und Praxis) für folgende Tätigkeiten:

- Frühstück und Abendbrot für die Gemeinschaft vor- und nachbereiten.
- Einzelkochen auf den Induktionskochfeldern in der Küche für das freie Mittagessen am Samstag.
- Optional: Wochenendkochen für die Gemeinschaft (Samstagabend und Sonntagmittag) mit Wahlmöglichkeit der Gerichte, Rezeptbesprechung, Kochen und Nachbereitung (Auswertung).

Die Einweisung und Unterweisung umfasst auch allgemeine Hygieneregeln zur Speisezubereitung.