

Konzept der Station 16III - „Jugendlich(t)“

Leitbild der Station

Wir nehmen den Menschen in seinem individuellen Sein vorurteilsfrei an, betrachten ihn ganzheitlich, d.h. mit seinen seelischen, körperlichen und sozialen Bedürfnissen, sprechen ihm auch in Zeiten von Krankheit das Recht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu und sehen und fördern in jedem Menschen dessen Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten. Wir legen Wert auf eine vertrauensvolle Atmosphäre sowie klare Vorgaben und Strukturen, um damit Sicherheit und therapeutisch tragfähige Beziehungen zu fördern. Therapeutische Entscheidungen werden im multiprofessionellen Team erarbeitet und gemeinsam getragen. Die Entwicklung der individuellen Behandlungsziele und deren Umsetzung im Behandlungsprozess geschieht - soweit dies möglich ist - in enger Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten. In Diagnostik, Behandlung und Pflege orientieren wir uns an aktuellen und wissenschaftlich fundierten Leitlinien. Unsere grundlegenden Werte sind Individualität und Ganzheitlichkeit, Wertschätzung und Akzeptanz, Kompetenz und Qualität, Offenheit und Transparenz, Sicherheit und Vertrauen, Kooperation und Beteiligung sowie besonders wichtig: Achtsamkeit und Humor. Nach diesen Grundsätzen gestalten wir auch unsere Beziehungen untereinander.

Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen

Charakteristisch für suchtkranke Kinder und Jugendliche – und hier liegt ein deutlicher Unterschied zu suchtkranken Erwachsenen – ist die große Nähe und die hohe Aktualität der initialen psychischen Auffälligkeiten bzw. psychischen Störungen. Diese muss im qualifizierten Drogenentzug für Jugendliche diagnostiziert und therapeutisch mitbearbeitet werden. Dies erfordert einen zusätzlichen therapeutischen Aufwand, der über die Bearbeitung der Suchtproblematik deutlich hinausgeht.

Qualifizierte Entzugsbehandlung

Um dem persönlichen, schulischen und sozialen Entwicklungsstand junger Menschen gerecht zu werden, dem jeweiligen Stand des jugendspezifischen Krankheitsverlaufes zu entsprechen, bedarf es besonderer Hilfeangebote innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Qualifizierte Entzug wird in Krankenhäusern durchgeführt. Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen werden diese Kosten im Rahmen von § 39 SGB V finanziert. Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, werden die Kosten ggf. vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen.

Die jugendlichen Patienten sollen Suchtstofffreiheit während des Entzuges erreichen. Darüber hinaus werden sie darin unterstützt, ihre Einstellung zu Suchtmitteln und ihr suchtbezogenes Verhalten zu reflektieren. Ebenso sollen sie Suchtmittelfreiheit als ständiges Lebensmuster kennen lernen und akzeptieren. In diesem Zusammenhang sind individuelle, familiäre und ergänzende psychosoziale Ressourcen zu stärken und die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten bei familiären, schulischen und sonstigen sozialen Konflikten zu erweitern. Bestehende körperliche Erkrankungen und körperliche Symptome während des Entzuges werden diagnostisch abgeklärt und behandelt – falls erforderlich in der Zusammenarbeit mit anderen Kliniken. Kinder- und jugendpsychiatrische Komorbidität wird diagnostiziert; erste Behandlungsschritte werden eingeleitet. Schließlich werden, gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten, der Familie, dem Jugendamt und anderen Institutionen individuelle Perspektiven entwickeln, wie zum Beispiel eine Entwöhnungsbehandlung, den weiteren Ausbildungs-/Schulweg und die künftige Lebensgestaltung im Alltag.

Die Dauer der Qualifizierten Entzugsbehandlung kann je nach Indikation, vorvereinbarten Anschlussmaßnahmen, Verlauf und individueller Problemlage bis zu 4 Wochen betragen, in besonders gelagerten und begründeten Ausnahmefällen auch länger.

Die Ziele unserer Behandlung

- Durchführung der qualifizierten Entzugsbehandlung wie oben definiert
- Bei Verdacht auf eine neben der Drogenproblematik bestehende jugendpsychiatrische Störung umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik
- Jugendliche mit behandlungsbedürftigen jugendpsychiatrischen Störungsbildern werden nach der Entgiftungsphase übergangslos weiter behandelt
- Entwicklung einer störungsadäquaten nachstationären Lebensperspektive

Die Klinik

Marsberg ist eine Kleinstadt in schöner landschaftlicher Lage im östlichen Hochsauerlandkreis, an der Grenze zu Hessen. Die LWL-Klinik Marsberg liegt an der B7, ist mit Auto und Bahn gut zu erreichen und nicht weit entfernt von Paderborn, Dortmund und Kassel. Im Rahmen des regionalen Pflichtversorgungsauftrages ist die Klinik zuständig für den Hochsauerlandkreis, sowie die Kreise Höxter und Paderborn. Suchtstoffabhängige Kinder und Jugendliche können darüber hinaus auch überregional aufgenommen werden.

Die Station 16 III „Jugendlich(t)“

Für die qualifizierte Entzugsbehandlung steht im Haus 16 der LWL-Klinik Marsberg eine eigens konzipierte Station zur Verfügung. Die Station wird gemischt geschlechtlich belegt, es stehen 11 Betten für die Behandlung in modern und zweckmäßig eingerichteten Einzel- und Doppelzimmern zur Verfügung. Eine funktionell ausgestattete Küche, in der die Jugendlichen ihre Mahlzeiten auch selbst zubereiten können, einen gemütlichen Aufenthaltsraum, ein Esszimmer, eine Spiel- und Computerecke, ein Raucherzimmer sowie einen reizarmen Kriseninterventionsraum, die beiden Dienstzimmer der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes (=PED), das Zimmer für die Nachtbereitschaft und ein Therapeutenzimmer befinden sich ebenfalls direkt auf der Station. Die Büroräume des Arztes/ der Ärztin sowie ein Besucherzimmer für ungestörte Besuchskontakte liegen in unmittelbarer Nähe der Station, ein Stockwerk tiefer. Im Erdgeschoss befinden sich weitere Räumlichkeiten der Station. Der große Freizeitraum, ausgestattet mit Kicker, Billardtisch, Tischtennisplatte und Dartscheibe, ein kleiner Sportraum, ein Entspannungszimmer, der Raum für den Einzelunterricht sowie ein Raucherzimmer, ein Gruppenraum für pflegerische und therapeutische Gruppenarbeit, das Büro des Sozialarbeiters und ein Praktikantenraum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung. Im Untergeschoss des Hauses sind ein gut eingerichteter Fitnessraum, die Ergotherapiebereiche, sowie der großräumige Garten mit altem Baumbestand für die Patienten verfügbar.

Die Rahmenbedingungen der Behandlung

Die Jugendlichen befinden sich in der Regel unter freiwilligen Bedingungen auf der Station, deren Eingangstüren jedoch abgeschlossen sind. Sie erklären sich bei der Aufnahme schriftlich mit dieser einschränkenden Rahmenbedingung der Behandlung einverstanden. Dieses Setting dient der Unterstützung der Patienten bei ihrer Entgiftungsbehandlung. Behandlungsabbrüchen aufgrund von Suchtdruck oder ambivalenter Motivationslage begegnen wir mit folgenden Maßnahmen: Eine Entlassung kann in der Regel nur im Rahmen der Dienstzeiten vom Stationsarzt/Psychologen erfolgen. Darüber hinaus nutzen wir die Möglichkeit zu Abstandsbeurlaubungen mit zeitlich verabredeter Rückkehrvereinbarung um dem ambivalenten Jugendlichen die Gelegenheit zu geben, seine Situation zu überdenken und seine Motivationslage erneut zu klären.

In Ausnahmefällen bieten wir auch die Möglichkeit an, eine Patientin oder einen Patienten für einen von vorn herein festgelegten, auf eine Woche begrenzten Zeitraum auch auf der Grundlage einer vormundschaftsgerichtlichen Unterbringungsgenehmigung aufzunehmen. Damit soll gefährdeten aber (noch) nicht hinreichend motivierten Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, ohne den störenden und beeinträchtigenden Einfluss der Droge ihre

Lebenssituation zu reflektieren und sich dann nach einer Woche zu entscheiden, die Entgiftung und Behandlung unter freiwilligen Rahmenbedingungen fortzusetzen. Dabei respektieren wir, sofern nicht eine zwingende psychiatrische Behandlungsnotwendigkeit mit akuter Gefährdungssituation besteht, den dann erklärten Willen des Jugendlichen, auch wenn er sich dann zu einem Behandlungsabbruch entscheiden sollte. Dem Jugendlichen wird in diesem Fall eine zeitnahe erneute Aufnahme angeboten, falls er sich doch noch zu einer Behandlung entschließen sollte, was nach unserer Erfahrung nicht selten vorkommt.

Patienten, die psychiatrisch bedingt akut eigen- und fremdgefährdet sind und sich nicht weiter auf eine freiwillige Behandlung einlassen können, und/oder so wenig absprachefähig sind, dass eine sichere Betreuung auf unserer Station nicht mehr zu gewährleisten ist, können wir auf unserer Station nicht behandeln.

Das Klientel

Wir behandeln Kinder, Jugendliche und in Ausnahmefällen (psychosoziale/emotionale Entwicklungsrückstände) auch Heranwachsende, unabhängig von Geschlecht und Herkunft, die sich in ihren Lebensvollzügen zunehmend auf Suchtmittel konzentrieren, und Suchtstoffe oft täglich konsumieren. Bei den Patienten liegen negative Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf die gesundheitliche, schulische, berufliche und soziale Entwicklung, psychische Störungen und Entwicklungsverzögerungen, somatische Folgeschäden (Hepatitis, HIV-Infektion, Fehlernährung usw.), und/oder soziale Risiken/Folgeschäden, z.B. strafrechtliche Probleme, Bildungsdefizite, Verschuldung usw. schon vor oder drohen einzutreten.

Jugendliche mit ausschließlich nicht stoffgebundenen Süchten (Spielsucht) oder mit Essstörungen behandeln wir auf unserer Station nicht.

Die Patienten lassen sich anhand von Symptomatik und Behandlungsziel meist einer der folgenden fünf Fallgruppen zuordnen:

	Zielsetzung der Behandlung	Zeitliche Perspektive der Behandlung
1. Abhängigkeit durch Mischkonsum illegaler Drogen und/oder chemischer Drogen, Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit mit Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. - Ein Therapieplatz ist bereits fest organisiert	<ul style="list-style-type: none"> - Entzug - Aufrechterhaltung der Motivation zur Entwöhnungsbehandlung - Erreichen von Reha-Fähigkeit 	Meist 2 – 3 (4) Wochen, bis Pat. entgiftet, stabilisiert und rehabilitationsfähig ist
2. Abhängigkeit durch Mischkonsum illegaler Drogen und/oder chemischer Drogen, Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit mit Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. – Weitere Planungen existieren bisher nicht	<ul style="list-style-type: none"> - Entzug - Aufbau der Motivation zur Drogenfreiheit - Jugendpsychiatrische Diagnostik - Reduktion von Suchtdruck und gereizter Stimmung auf erträgliches Maß, Affektive Stabilisierung, Gruppenfähigkeit - Erarbeiten einer psychosozialen drogenfreien Perspektive inkl. nachstat. Behandlung - Ggf. Erreichen von Reha-fähigkeit 	Meist ca. 3 Wochen, bei kompliziertem Verlauf auch länger Clean-Befund bei Cannabis für die Entlassung nicht zwingend

<p>3. Abhängigkeit durch Mischkonsum illegaler Drogen und/oder chemischer Drogen, Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit. Komorbide Kinder- u. Jugendpsychiatrische Störung relevanten Ausmaßes (z.B. ADHS, dissoziale Störung, depressive Störung, PTBS, ggf. Borderline-Störung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entzug - Aufbau der Motivation zur Drogenfreiheit - Jugendpsychiatrische Diagnostik - Reduktion von Suchtdruck und gereizter Stimmung auf erträgliches Maß, Affektive Stabilisierung, Gruppenfähigkeit - Jugendpsychiatrische Therapie, Herstellen eines Zustandes, in dem der Pat. auf Drogen verzichten kann - Erlernen von drogenalternativen Aktivitäten - Erarbeiten einer psychosozialen drogenfreien Perspektive inkl. nachstat. Behandlung 	<p>Keine zeitliche Begrenzung Behandlung entspricht der jugendpsychiatrischen Regelbehandlung Jugendhilfe wird frühzeitig mit einbezogen</p>
<p>4. Psychose und Drogenkonsum</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entzug - Aufbau der Motivation zur Drogenfreiheit - Jugendpsychiatrische Diagnostik - Reduktion von Suchtdruck und Dysphorie auf erträgliches Maß, Affektive Stabilisierung, Gruppenfähigkeit - Antipsychotische Behandlung - Jugendpsychiatrische Therapie, Herstellen eines Zustandes, in dem der Pat. auf Drogen verzichten kann - Psychoedukation Psychose - Erlernen von drogenalternativen Aktivitäten - Erarbeiten einer psychosozialen, drogenfreien Perspektive - Einleitung adäquater Sozialrehabilitation 	<p>Keine zeitliche Begrenzung Behandlung entspricht der jugendpsychiatrischen Regelbehandlung, oft verzögerter Verlauf und Komplikationen</p> <p>Bei extremer psychotischer Symptomatik Behandlung auf Akutstation</p>
<p>5. Vorgereifte Kinder unter 14 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entzug - Diagnostik - Abwendung einer Drogenkarriere - Zuweisung adäquater Betreuung/Jugendhilfemaßnahme 	<p>Keine zeitliche Begrenzung Entspricht der kinderpsychiatrischen Regelbehandlung Frühzeitiger Einbezug der Jugendhilfe</p>

Ist bei den Fallgruppen 1 und 2 eher von kürzeren Verweildauern von etwa 3 Wochen auszugehen, so wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen der Fallgruppen 3 bis 5 in der Regel längerfristig notwendig sein. Hier bestehen sowohl formal als auch inhaltlich die Voraussetzungen für eine reguläre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, bei der die Suchtmittelabhängigkeit lediglich eine Komplikation darstellt. Dadurch wird das Gesamtbild komplexer und schwieriger und bedarf meist einer längerfristigen Behandlung, als wenn das Störungsbild allein vorliegen würde.

Aufnahmevoraussetzungen

Mindestvoraussetzung für eine Behandlung auf unserer Station ist auf Seiten des jugendlichen Patienten die Bereitschaft, sich für eine zeitlang auf der Station aufzuhalten und keine

Drogen zu konsumieren. Wir akzeptieren auch Jugendliche, die sich unter einem gewissen äußeren Druck zu einer Behandlung bereitfinden.

Das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten in die stationäre Behandlung muss bei Behandlungsbeginn vorliegen.

Behandlungsphasen

Der Behandlungsverlauf lässt sich in unterschiedliche Phasen einteilen, deren Dauer unterschiedlich ausfallen kann.

Phase I : Akutphase

Akute körperliche und psychische Behandlungsnotwendigkeit: Entgiftung/Entzug

- medizinisch–körperliche Basisdiagnostik inkl. regelmäßiger Drogenscreenings, EKG, ggf. EEG, medizinische Grundversorgung, ggf. medikamentöse Unterstützung in der Entgiftungsphase, ggf. konsiliarische Diagnostik und Behandlung
- pflegerisch–strukturierte Erfassung des pflegerischen Unterstützungsbedarfes (Pflegeplanung nach POK), Beziehungsaufbau, Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und der Bewältigung der Entzugssymptomatik, motivierende Gespräche, Biostimulation, Reiki
- psychologisch–psychotherapeutisch: Aufbau einer therapeutischen Allianz, Psychodiagnostik, Erstellung eines vorläufigen Behandlungsplanes, Psychotherapie, Durchführung des Reflektions- und Perspektivplanungsgesprächs nach einer Woche
- ergotherapeutisch: ergotherapeutische Diagnostik, tägliche kreative Einzel- und Gruppenangebote, Motivation, neue Impulse für die Beziehungs- und Handlungsfähigkeit, Verbesserung von sozial-praktischen Kompetenzen und das Füllen der Leerezeiten
- abhängig von der Entzugssymptomatik ggfs. weitere fachtherapeutische Angebote (Musiktherapie, Mototherapie, Reittherapie) und Einzelunterricht
- Sozialdienst: erste Kontaktaufnahme zur Frage weiterer Perspektivplanung

Am Ende dieser Phase steht meist die Einleitung der weiteren Behandlungs-, Reha-, Schul-, Unterbringungs- und Arbeitsperspektive.

Phase II : Stabilisierungsphase

Stabilisierung von physischen und psychischen Heilungstendenzen, Therapie und Behandlung komorbider oder zugrundeliegender Störungen, Fortsetzung der konkreten Vorbereitung der nachstationären Perspektiven.

- Medizinisch: erweiterte Diagnostik, Koordinierung der Diagnostik- und Behandlungsmassnahmen je nach Krankheitsbild, ggf. auch Einleitung und Einstellung medikamentöser Behandlung
- Pflegerisch: fortlaufende Aktualisierung des pflegerischen Unterstützungsbedarfes (Pflegeplanung nach POK), Herstellen von Beziehungskontinuität, Stabilisierung der eigenständigen Tagesstrukturierung, motivierende und beratende Gespräche, Psychoedukation, ggf. auch Beratung von Angehörigen
- psychologisch–psychotherapeutisch: ggf. erweiterte Diagnostik, psychotherapeutische Behandlung zugrundeliegender kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen, Beratung des Helfersystems, ggf. familientherapeutische Interventionen, psychotherapeutische Aufarbeitung der verursachenden Faktoren, Psychoedukation, Vorbereitung von Anschlussmaßnahmen
- Fachtherapien und Schule: je nach individueller Indikation Ergotherapie, Mototherapie, Musiktherapie, Reittherapie, Arbeitstherapie, Schule im Einzel- oder Kleinklassenverband

- Sozialdienst: sozialadministrative Beratung des Helfersystems, Unterstützung bei der konkreten weiteren Perspektivplanung (z.B. nachstationäre Jugendhilfe, Entwöhnungsbehandlung, ambulante Anbindung, Arbeit/Schule, Bewährungshilfe)

Phase III : Perspektivphase

In der Perspektivphase werden die therapeutischen und pflegerischen Aktivitäten aus der Stabilisierungsphase weiter fortgeführt. Darüber hinaus bilden sich neue Schwerpunkte in der konkreten Begleitung und Vorbereitung bei dem Übergang in die nachstationäre Lebenssituation des Patienten. Dazu gehören:

- Konkrete Rückfallprophylaxe inkl. Erarbeitung von 'Notfallplänen' mit Bezug auf die zukünftige Lebenssituation, Ermitteln von und Umgang mit individuellen Risikofaktoren
- Drogen- und krankheitsspezifische Psychoedukation
- konkrete Vorbereitung auf die Entlassung und auf eventuelle weiterführende Maßnahmen
- Aufbau/Intensivierung des Kontaktes zu den zukünftigen Sozialpartnern
- ggf. Belastungserprobungen zur Wiedereingliederung in das alte Umfeld

Das Team

Das multiprofessionelle Team setzt sich aus MitarbeiterInnen folgender Berufsgruppen zusammen, die mit unterschiedlichen Schwerpunkten, aufeinander abgestimmt, an der Behandlung der Patienten beteiligt sind:

Ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ein Stationsarzt, ein Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut, Suchtfachpfleger, Krankenpflegepersonal, Erzieher, ein Sozialarbeiter, eine Ergotherapeutin, sowie Praktikanten und Schüler verschiedener Berufsgruppen. Des weiteren unterstützen Fachtherapeuten für Musik-, Reit- und Mototherapie und ein Sonderschulpädagoge unsere Behandlung. Kommunikationsschwerpunkte im Team sind die morgendlichen Kurvenvisiten, die wöchentliche Hauptvisite, tägliche Mittagsübergaben, Teambesprechungen und die Supervision.

Als strukturelle Rahmenvorgabe für die Personalbemessung gilt die PsychPV (Psychiatrie-Personalverordnung). Alle Teammitglieder nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen teil.

Koordination der Arbeit

Tägliche Dienstübergaben und Visiten

Übergabe des Nachtdienstes an den Frühdienst (6.30 Uhr – 7.00 Uhr)

- Bericht aus Spätdienst (Vortag) und Nachtdienst
- Besprechung organisatorischer, struktureller Aufgaben und Probleme

„Kurvenvisite“ bzw. Therapieverlaufskonferenz mit Stationsleitung, Oberarzt, Stationsarzt, Psychologe, Sozialdienst und Ergotherapeutin (8.00 Uhr – 8.30 Uhr)

- Besprechung der individuellen Problematik der Patienten, Bericht aus Spätdienst (Vortag) und Nachtdienst, Treffen von Behandlungsabsprachen und Teamentscheidungen, ggfs. auch verhaltensmodifizierender Maßnahmen
- Terminabsprachen
- Absprachen bezüglich spezifischer Ablauforganisationen im Zusammenhang mit den Patienten

Übergabe von Frühdienst an den Spätdienst gemeinsam mit Stationsarzt, Psychologe und Sozialdienst (13.30 Uhr – 14.00 Uhr)

- Besprechung der individuellen Problematik der Patienten, Bericht aus Spätdienst (Vortag), Nachtdienst und Frühdienst, Treffen von Behandlungsabsprachen und Teamentscheidungen, ggfs. auch verhaltensmodifizierender Maßnahmen
- Austausch teamrelevanter Informationen

Übergabe des Spätdienstes an den Nachtdienst (20.45 Uhr – 21.00 Uhr)

- Besprechung der individuellen Problematik der Patienten, Bericht aus Früh- und Spätdienst Information über Behandlungsabsprachen, Teamentscheidungen

Oberarztvisite im Multiteam

Findet jeden Dienstag von 13.00 Uhr bis max. 15.30 Uhr statt. Inhalte:

- Darstellung der aktuellen Situation des Patienten auf der Station
- Bericht der Bezugspflege (Pflegeplanung)
- Bericht aus den Fachtherapien
- Vorstellung von Diagnostikergebnissen
- Gemeinsame Reflektion der bisherigen Entwicklung des Behandlungsverlaufes
- Kontinuierliche Fortschreibung der Behandlungsplanung

Pflegeteam

Findet jeden Mittwoch von 13.15 Uhr bis max. 14.15 Uhr statt. Inhalte:

- Weitergabe von hausinternen Informationen
- Konferenzprotokolle (Klinik-, SL-, OA-SL, andere wichtige Besprechungen)
- Optimierung und Anpassung von Konzeptinhalten
- Besprechungen zur Ablauforganisationsoptimierung bzw. Ablauforganisationsproblemen
- Vorstellung von Inhalten interner und externer Fortbildungen
- Vorstellung und Reflexion von Pflegeplanungen
- Problemanalysen und Erarbeiten von Lösungsstrategien

Themenbezogenes Multiteamgespräch

- Bei Klärungsbedarf nach Absprache im Rahmen eines Extratermins

Supervision

- Zehnmal im Jahr findet eine externe Supervision von 2 Stunden Dauer statt

Teamtage

Teamtage finden in unregelmäßigen Abständen im Rahmen besonderer konzeptioneller Aufgaben und Neuorientierungen der Station statt.

Medizinische, therapeutische, pflegerische und pädagogische Angebote für die Patienten

Medizinische Behandlung

Medizinisch – körperliche Basisdiagnostik inkl. regelmäßiger Drogenscreenings, EKG, ggf. EEG, medizinische Grundversorgung, ggf. Koordination konsiliarischer Diagnostik und Behandlung durch andere Fachdisziplinen. Es werden verschiedene unterstützende Maßnahmen für die Bewältigung des Entzugs angeboten, wie zum Beispiel medikamentöse Unterstützung, physikalische Therapie, Sport, Entspannungsverfahren, Reiki, Biostimulation. Bei ausgeprägter körperlicher Entzugssymptomatik erfolgt eine regelmäßige Überwachung des körperlichen Zustandes, inkl. intensiver Überwachung der Vitalfunktionen.

Die psychotherapeutische Arbeit mit den Patienten

Die psychotherapeutische Arbeit mit dem Patienten umfasst die Begleitung des Jugendlichen von der Aufnahme bis zur Entlassung. Bei Aufnahme bekommt der Patient einen Bezugstherapeuten zugeteilt, üblicherweise denjenigen, der ihm aus dem Vorstellungs-/Aufnahmege-

sprach bekannt ist. Diese im folgenden dargestellten Maßnahmen erfolgen unter ständiger Reflektion mit den Jugendlichen in Form einer Prozessbegleitung. Die Therapie wird je nach Indikation individuell auf den Patienten abgestimmt. Durch die Möglichkeit, wiederholt aufgenommen zu werden und eine individuelle Rückfallbearbeitung zu erhalten, wird das Therapieangebot niedrigschwellig gehalten. Die therapeutische Arbeit auf der Station umfasst folgende Tätigkeiten und Inhalte:

- Aufnahme- und Entlassungsgespräch mit dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen, die gerade in der Aufnahmesituation wichtige Informationen zu dem Jugendlichen beisteuern
- Motivationsarbeit mit dem Patienten; in die Motivationsarbeit wird nach Möglichkeit die Familie als wichtigstes Bezugssystem mit einbezogen
- In der Regel findet eine Woche nach der Aufnahme ein 'Wochengespräch' mit relevanten Bezugspersonen statt. Hier werden die zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen zusammengetragen und der weitere Behandlungsauftrag des Patienten und seiner Bezugspersonen an die Klinik geklärt
- Einzeltherapeutische Gespräche: In der Einzeltherapie kommt der psychotherapeutischen Biographiearbeit eine besondere Bedeutung zu. Ziel ist es, dem Jugendlichen ein vertieftes Verständnis für seine individuelle Lebenssituation zu erschließen und ihm beim Suchen und Finden eigener Positionen zu helfen
- Zweimal wöchentlich finden gruppentherapeutische Sitzungen statt, in denen über drogenbezogene Themen, aber auch über persönliche Probleme der Patienten gesprochen wird
- Familientherapeutische Gespräche werden außer zur Perspektivplanung vor allem zur Bearbeitung struktureller Probleme innerhalb der Familie genutzt, um so Sucht aufrechterhaltende Faktoren zu reduzieren
- Motivations- und Kriseninterventionsgespräche sind häufig aus aktuellen Anlässen notwendig, um Patienten zu beruhigen und stabilisieren
- Die psychologische Testdiagnostik ist Teil des Regelangebotes unserer Behandlung, mit dem Ziel, vertiefende Verständnismodelle für die Gesamtproblematik der Patienten zu entwickeln
- Informations- und Zielplanungsgespräche mit Patient und Sorgeberechtigten, Jugendämtern und anderen Einrichtungen
- Ambulante Gespräche im Vorfeld der Aufnahme oder zur Nachsorge

Unsere spezifischen psychotherapeutischen Angebote beinhalten im Einzelnen:

Morgenvisiten finden täglich an den Werktagen statt. Es handelt sich um einen Einzelkontakt zwischen Therapeuten, Bezugspflegerperson und der/dem Jugendlichen, in dem der Jugendliche sich zu seiner physischen und psychischen Befindlichkeit äußert, aktuelle Probleme und Perspektivplanung bearbeitet werden und ein Tagesziel festgelegt wird.

Integrative Gruppentherapie

Findet zweimal wöchentlich, jeweils eine Stunde, mit allen aktuell gruppenfähigen Patienten statt. Sie wird geleitet durch den zuständigen Facharzt und cotherapeutisch unterstützt durch einen Mitarbeiter des PED sowie die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin in Ausbildung. Die Gruppentherapie stellt einen möglichst sanktionsfreien, geschützten therapeutischen Raum mit einem möglichst angenehm erlebten, offenen, akzeptierenden, aber dennoch kritisch hinterfragenden Klima dar. Hier wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, sich je nach momentaner Befindlichkeit und Fähigkeit mit ihrer Persönlichkeit, ihrer persönlichen Geschichte und ihrer aktuellen Lebenssituation wertneutral einzubringen, damit anderen persönlich zu begegnen und dazu Rückmeldungen und neue Anregungen zu erfahren.

Inhalte der Gruppentherapie sind gegenseitiges Kennenlernen, Etablieren und Verteidigen eines Klimas gegenseitiger Offenheit und Akzeptanz, Reflektieren von Ausgrenzungsprozessen

sen gegenüber Einzelnen und gruppenbezogener Konflikte. Suchtbezogene Inhalte betreffen die Psychoedukation, Reflektion und individuelle Ursachenforschung des eigenen Drogenkonsums, Motivationsarbeit bezüglich Drogenabstinenz, sowie gemeinsame Reflektion vielfältiger Formen von Selbstbetrug. Ein weiterer wichtiger Bereich ist das Aufgreifen psychotherapeutisch relevanter Einzelthemen, soweit dies gleichzeitig für den Einzelnen und für die Gruppe zuträglich ist. Die Patienten lernen, eigene Schwächen zu zeigen und andere in der Bewältigung ihrer Schwächen zu unterstützen. Gleichzeitig bietet sich dem Facharzt hier eine zwanglose Gelegenheit für eine fortlaufende psychiatrische Diagnostik.

Die Gruppentherapiestunde findet in Form eines Kaffeetrinkens statt, bei dem von den Patienten selbst gebackener Kuchen verzehrt wird. Nach einem informellen ersten Teil stellen sich neue Patienten, je nach momentaner individueller Zumutbarkeit mehr oder weniger intensiv der Gruppe vor. Das Hauptthema der jeweiligen Therapiesitzung ergibt sich meist aus der Gesamtsituation, es wird bewusst nicht aktiv vorgegeben.

Stabilisierungsgruppe

Viele unserer Patienten waren traumatisierenden Erfahrungen und Erlebnissen ausgesetzt. Wir integrieren traumaspezifische Aspekte in unsere Diagnostik und Therapie. Im Rahmen einer Kleingruppe haben die Patienten Gelegenheit, Informationen über Traumafolgestörungen zu erhalten und Übungen und Techniken zur Distanzierung von belastenden Gefühlen und Gedanken sowie zur Erarbeitung hilfreicher, stabilisierender Bilder und Einstellungen zu erlernen.

Familientherapeutische Gespräche werden außer zur gemeinsamen Perspektivplanung vor allem zur Aufdeckung und Bearbeitung struktureller Probleme innerhalb der Familie genutzt, um so im Familiensystem bestehende suchtaufrechterhaltende Faktoren zu erkennen und wenn möglich zu reduzieren.

Verhaltenstherapie

Viele Patienten unserer Station haben sich vor ihrer Aufnahme meist in extrem unstrukturierten und unregelmäßigen Lebenssituationen bewegt, häufig seit längerem keine Schule mehr besucht und sind es, wenn sie bei uns aufgenommen werden, nicht mehr gewohnt, soziale Regeln und Grenzen zu akzeptieren. Deshalb wird mit Hilfe des allgemeinen verhaltenstherapeutischen Programms (VTP) der Station versucht, wieder eine Tagesstruktur für die Patienten zu etablieren, Regelakzeptanz wiederherzustellen, und über erfolgreiches positives Verhalten die Motivation für ein drogenfreies, geregelteres Leben zu fördern. Die Jugendlichen sollen wieder lernen, in einer gesellschaftlich akzeptierten Gruppe Gleichaltriger zurecht zu kommen, Konflikte adäquat zu lösen, und für ein geordnetes soziales Miteinander wieder aufmerksam zu werden.

Durch das weiter unten im einzelnen beschriebene VTP wollen wir prosoziales Verhalten der Jugendlichen positiv bestärken, indem wir gelungene und adäquate Verhaltenssequenzen strukturiert wahrnehmen und belohnen. Unser Ziel ist es dabei, Regeln und Rahmenbedingungen kontinuierlich und einheitlich zu verdeutlichen, ohne den Patienten dabei das Gefühl von Unterlegenheit oder Versagen zu geben. Dadurch führen wir sie dahin, Vereinbarungen und Regeln des Zusammenlebens zu akzeptieren und unterstützen sie bei ihren Versuchen, sich auch daran zu halten (was nicht immer sofort gelingt). Bisherige, gewohnte Verhaltensmuster werden bewusst, der Reflektion zugänglich gemacht und möglichst durch andere, sozial angemessenere Verhaltensweisen ersetzt. Dabei werden mit den Jugendlichen vereinbarte, individuell ausgerichtete soziale Verstärker, orientiert an den Bedingungen und dem Entwicklungsstand des Patienten, zeitnah eingesetzt (nur wer ein Ziel hat sucht auch einen Weg dahin).

Das VTP ist gegliedert in verschiedene Phasen. So werden gerade in der schwierigen Aufnahme- und Eingewöhnungsphase täglich motivierende, meist genussnahe (Süßigkeiten, Musik, Telefonat mit Freund/in etc.) Verstärker eingesetzt, um ein gewünschtes therapieför-

derndes Verhalten zu unterstützen. Im Verlauf der weiteren Behandlung wird den Patienten zunehmend auch ein gewisser Belohnungsaufschub abverlangt, eine Verstärkung erfolgt nicht mehr direkt, sondern es besteht auch die Möglichkeit, durch kontinuierliches Sammeln von Tagesstempeln auch bedeutendere, subjektiv wichtigere, 'größere' Verstärker zu bekommen (z.B. Ausgang, Besuche, Belastungsgerprobung = 'Wochenendbeurlaubung').

Vorgehensweise beim VTP

Die praktische Umsetzung des VTP findet im Rahmen der alltäglichen Abläufe der Jugendlichen statt, und wird im wesentlichen durch den Pflege- und Erziehungsdienst, möglichst im Rahmen der Bezugspflege geleistet. Das VTP startet am Tag nach der Aufnahme. Das Verhalten des einzelnen Patienten wird von den Mitarbeitern im Pflege- und Erziehungsdienst differenziert wahrgenommen, bewertet und dem Patienten in strukturierter Form Rückmeldung darüber gegeben. Dies findet in Form einer Art Tagesbilanz täglich nachmittags nach der Mittagsübergabe für jeden Patienten einzeln im Dienstzimmer statt. Wichtig ist dabei auch das direkt auf der Beziehungsebene rückmeldende Verhalten der Bezugsbetreuer. Die Patienten, die es im Vorfeld der Aufnahme kaum erleben konnten, Anerkennung und persönliche Aufwertung zu erfahren, können hier oft erstmals wieder eine selbstwertsteigernde Zuwendung erleben, für die der Verstärker zum Symbol wird.

Im Vorfeld wird mit jedem einzelnen Patienten besprochen, welche Art von Belohnung für positives Verhalten ('Verstärker') ihn motivieren könnte. Hier können, in Absprache zwischen Bezugstherapeut und Bezugsbetreuer auch sehr individuelle Lösungen gewählt und umgesetzt werden. Natürlich muss ein Verstärker vom Zeitkontingent und von der Finanzierbarkeit her umsetzbar sein. Um seinen Verstärker zu erhalten, muss der Jugendliche eine bestimmte Mindestpunktzahl erreichen.

Darüber hinaus ist die tägliche Erreichung des Tagesstempels eingebettet in einige übergeordnete Ziele: Wenn es einem Patienten gelingt, von Mittwoch bis zum darauf folgenden Mittwoch 7 Tagesstempel in Folge bei voller Punktzahl zu erreichen, bekommt er auf Kosten des Hauses zum Abendessen als Verstärker eine Pizza vom externen Pizzadienst. An dieser Stelle heben sich diejenigen Jugendlichen, denen ein prosoziales Verhalten gut gelungen ist, von anderen ab und das Erreichen dieser Vergünstigung wird als erstrebenswert erlebt.

Auch kann eine intermittierende Verstärkung durch den Bezugsbetreuer 'spontan' erfolgen, wenn ein Patient eine längere Serie von Tagesstempeln erreicht hat. Hierbei kann es sich z.B. um individuelle Angebote zu einer gemeinsamen Unternehmung handeln.

Auch das Gesamtverhalten der Gruppe kann situativ durch besondere Unternehmungen, die an das positive Gesamtverhalten der Gruppe geknüpft werden, intermittierend belohnt werden, z.B. durch Wochenverstärker für die Gesamtgruppe.

Eingesetzte Verstärker

Die eingesetzten Verstärker selbst sind gestaffelt und berücksichtigen die Behandlungsphase, in der sich der Patient jeweils befindet.

Entgiftungsphase

In der ersten Woche erfolgt täglich eine Verstärkung, z. B. mit Süßigkeiten, ab dem 3. Tag auch mit der Möglichkeit eigene Musik mit eigenem MP3-Player oder Discman zu hören. Hier bedarf es genauer Absprachen, wann und wie lange der Einzelne diesen Verstärker pro Tag bekommt (aktuell ab 18.00). Außerdem muss der Jugendliche ein eigenes Gerät haben.

In der zweiten Woche erfolgt die Verstärkung ebenfalls täglich. Da im Normalfall die Kontaktpause beendet ist, können hier auch, in Absprache mit dem Bezugstherapeuten, Telefonate zu Freunden eingesetzt werden, wobei auch hier klare Absprachen im Verlauf dokumentiert

werden müssen. Der Verstärker ist in diesem Fall die Möglichkeit, Freunde anzurufen, denn in der Regel sind solche Kontakte nicht möglich. Anrufe, die als Verstärker eingesetzt werden, müssen vom Jugendlichen selbst finanziert werden.

Stabilisierungsphase

Ab der 3. Woche erfolgt die Verstärkung nicht mehr täglich, hier werden im Rahmen individueller Absprachen Verstärker formuliert, wobei über mehrere Tage ein „Stempel“ erreicht werden muss, um den jeweiligen vereinbarten Verstärker einlösen zu können. Dies wird im Formular „VTP - Stempelblatt“ in der Spalte „Verstärker“ mit „sammeln“ dokumentiert. Am Zieltag wird der Verstärker eingetragen, auch hier ist eine ergänzende/erklärende Dokumentation im Verlauf notwendig

Genau Verstärkerbeschreibungen sind im Verlauf so zu dokumentieren, dass für alle Mitarbeiter klar erkennbar ist, was für welchen Zeitraum abgesprochen ist.

Es besteht ab der 3. Woche die Möglichkeit, Ausgangsveränderungen mit in das VTP aufzunehmen, wobei diese vorher im Kleinteam (Bezugstherapeut und Bezugspflegekraft) abgesprochen werden, und die dazugehörigen Bedingungen klar formuliert sein müssen (Verlaufsbericht).

Ausgang als Verstärker im Rahmen des VTP: Die Ausgangsregelung ist gestaffelt in:

- Unbegleiteter Ausgang in das Sozialzentrum (mit Zeitkarte)
- 30 Min Ausgang mit kurzer Meldung in der Station nach 15 Min.
- 30 Min freier Geländeausgang
- 1 Std. freier Geländeausgang
- Individuelle Ausgangsregelung, bis hin zu ´freier Stadtausgang´

Die Ausgänge können nur wochenweise gesteigert werden, dazu muss der Jugendliche in der Regel täglich über eine Woche seinen Stempel bekommen.

Ablauforganisation des VTP

Über 24 Stunden kann der Patient dadurch, dass er die regulären Anforderungen und Erwartungen der Station erfüllt, in dem Bewertungsraster maximal 53 Punkte erreichen, die sich zusammensetzen aus

- 23 Punkte im Spätdienst – hiervon müssen 18 mindestens erreicht werden
- 25 Punkte im Frühdienst – hiervon müssen 20 mindestens erreicht werden
- 5 Punkte im Nachtdienst – hiervon müssen 4 mindestens erreicht werden

Wenn der Patient unsere Erwartungen nicht erfüllt oder Fehlverhaltensweisen gezeigt hat, führt dies dazu, dass ein Punkt in dem entsprechenden Bereich nicht gegeben werden kann. Um den Tagesstempel zu erreichen, muss in jedem Dienst die jeweilige für den Dienst festgelegte Mindestzahl erreicht werden. Die Punktzahl wird in dieser Reihenfolge zusammengesetzt: Spätdienst, Nachtdienst, Frühdienst.

Das Sozialverhalten wird besonders gewichtet: Jede Teilnahme an einer tagesstrukturierenden oder stationsinternen Aktivität wird in der Spalte „T“ mit einem Punkt bewertet. In Spalte „S“ wird das dazugehörige Sozialverhalten bewertet, Beispiel: Steht der Patient zu spät auf, so dass er verspätet zum Frühstück kommt, kann der Punkt bei „T“ nicht gegeben werden. Wenn er sich dabei adäquat verhält, bekommt er selbstverständlich seinen dazugehörigen Sozialverhaltenspunkt. Fällt er dabei jedoch durch unangemessenes Verhalten aus dem Rahmen, kann er seinen Punkt für Sozialverhalten an der Stelle nicht bekommen.

Zusätzlich zu dieser einzelheitlichen Bewertung wird das allgemeine Sozialverhalten für jede Schicht gesondert gewertet (Frühdienst 7, Spätdienst 7, Nachtdienst 2). Beispiel: Ein Ju-

gendlicher verhält sich durchgängig angemessen und freundlich. In diesem Fall erhält er die maximale erreichbare Punktzahl. Bei Fehlverhalten können ihm, je nach Schweregrad der Verfehlung, bis zu 7 Punkte abgezogen werden. Über die Bewertung des Punktabzuges entscheidet der Mitarbeiter, der die Situation miterlebt hat.

Dokumentiert werden die Punkte im Formular „VT-Programm“. Dieses Blatt hat der Jugendliche für sich in seiner „Therapiemappe“, ein Duplikat ist zur Kontrolle in seiner Stationsakte hinterlegt. Hat ein Jugendlicher alle notwendigen Punkte erreicht, wird dies mit einem Stempel im Formular „VTP-Stempelblatt“ gekennzeichnet.

Der Jugendliche wird über einen nicht erhaltenen Punkt sofort informiert. Die Punkte werden im VTP-Plan mit einem „X“ eingetragen, nicht erhaltene Punkte mit einer „O“ gekennzeichnet. Praktisch werden im Tagesverlauf direkt die nicht erhaltenen Punkte mit O markiert.

Um dem Patienten zeitnah nochmals eine wichtige Rückmeldung über sein Verhalten zu geben, macht möglichst derjenige Mitarbeiter der das Nichterreichen des Punktes ausgesprochen hat, den Patienten nochmals am Ende des jeweiligen Dienstes wertschätzend auf sein Fehlverhalten aufmerksam.

Jeden Nachmittag ab 16.00 Uhr reflektiert nach Möglichkeit der Bezugsbetreuer (oder ein Betreuer der Bezugsgruppe) mit jedem Jugendlichen einzeln seinen vergangenen VTP-Tag. Danach wird der vorher abgesprochene Verstärker eingelöst. Hat der Jugendliche die Mindestpunktzahl nicht erreicht, bekommt er keinen Verstärker, und das Feld im Stempelblatt wird durchkreuzt.

Wenn ein Patient dreimal in Folge die notwendige Mindestpunktzahl nicht erreicht hat, bekommt er in der Regel eine Abmahnung, um ihm eine Rückmeldung zu geben, dass sein momentan gezeigtes Verhalten deutlich verbesserungswürdig ist. Weitere negative Konsequenzen hat die Abmahnung (s.u.) zunächst nicht.

In besonderen Fällen, z.B. bei starken psychiatrischen Auffälligkeiten und dadurch begründetem Nichterreichen der Tagesstempel passen wir situationsbezogen das Anforderungsprofil durch Sonder-Regelungen im VTP an die Möglichkeiten des Patienten an. Der Patient erhält dann ein sogenanntes 'Sonder-VTP', das meist kleinschrittiger aufgebaut ist als das reguläre VTP und meist mit vermehrten Rückmeldungen und kürzeren Auszeiten arbeitet.

Wenn ein Patient seine schichtbezogen notwendige Punktzahl nicht erreicht hat, kann es vorkommen, dass er unmotiviert reagiert und sich nun gar keine Mühe mehr gibt, ein positives Verhalten zu zeigen. In einem solchen Fall setzen wir im Rahmen eines „Motivations-VTP“ auch negative Verstärker ein, indem dem betroffenen Patienten bei fortgesetztem Fehlverhalten nach und nach Freiräume (Rauchen in der Gruppe, Fernsehen, Essen in der Gruppe...) entzogen werden (siehe Anhang). Dies kann u.U. so weit gehen, dass der Jugendliche völlig aus der Gruppe herausgenommen wird.

Eine Behandlung auf unserer Station ist grundsätzlich nur möglich, wenn der Jugendliche bereit ist, mit uns zu kooperieren und die Regeln der Station anzuerkennen und zu beachten. Wenn ein Patient diese Bereitschaft fortgesetzt nicht (mehr) erkennen lässt, so melden wir ihm unsere Wahrnehmung über diesen Umstand zunächst in Form einer Abmahnung zurück. Dadurch vermeiden wir zunächst einen Beziehungsabbruch und gehen über sein Problemverhalten mit ihm in den vertieften therapeutischen Kontakt. Die Abmahnung signalisiert dem Patienten, dass es bei weiterem außergewöhnlichem Fehlverhalten auch zu einem Abbruch der Behandlung durch die Klinik kommen kann.

Wenn im Verlauf einer Behandlungsepisode eine zweite Abmahnung hinzukommt, wird der Patient regelhaft für ca. 5 Tage nach Hause abstandsbeurlaubt, da sich in diesem Zeitraum die (ablehnende) Verfassung des Patienten hinreichend ändern kann, er wieder eine Motiva-

tion zur Weiterführung der Behandlung aufbauen kann und er gleichzeitig meist noch nicht wieder komplett in die alten Suchtstrukturen zurückgefallen ist. Eine dritte Abmahnung in einer Behandlungsepisode führt regelhaft zur disziplinarischen Entlassung.

Pflegerisch-pädagogisches Konzept - Sozio- und Milieuthherapie

Das Bezugspersonenkonzept

Die intensive Beziehungsarbeit ist ein Schwerpunkt unserer Behandlung. Hier versuchen wir, die Jugendlichen ´persönlich und parteilich´ zu betreuen. Ziel ist es, den Jugendlichen über die Beziehung in seinen subjektiven Erlebnisweisen zu erreichen, diese gemeinsam mit ihm zu reflektieren, dysfunktionale Anteile zu hinterfragen und zu modifizieren. Gleichzeitig wollen wir die Ressourcen des Jugendlichen gemeinsam mit ihm identifizieren und aktivieren.

Der Bezugsbetreuer nimmt die Belange des Jugendlichen wahr, vertritt diese gegenüber Dritten und setzt sich für ihn ein. Nach Möglichkeit steht schon vor der Aufnahme fest, wer diese Aufgabe übernehmen wird, um so von Anfang an in den Behandlungs- und Pflegeprozess einsteigen zu können. Auch bei Familien- und Zielplanungsgesprächen sollte er dabei sein. Zudem kommt ihm eine wichtige Funktion in der Begleitung und Reflektion von Krisen und der Behandlung allgemein zu. Im Verlauf der Behandlung findet täglich ein auf jeden einzelnen Patienten ausgerichteter Kontakt mit seinem Bezugsbetreuer oder seinem Vertreter statt.

Der PED ist in zwei Bezugsgruppen aufgeteilt, das bedeutet, dass jeder Bezugsbetreuer bei Abwesenheit durch Mitglieder ´seiner´ Bezugsgruppe vertreten werden kann. Die Erstellung der individuellen Pflegeplanung und deren Umsetzung, sowie die Erstellung des Pflegeabschlussberichtes, der später im Behandlungsbericht erscheint, liegen ebenfalls im Verantwortungsbereich des Bezugsbetreuers.

Struktur und Regelwerk

Ein strukturierter Tagesablauf ist gerade für aus allen Strukturen herausgefallene Jugendliche besonders wichtig und wird durch den Wochenplan gewährleistet (s. Anhang). Er umfasst feste Weck-, Schlaf- und Esszeiten, einen mit Ergotherapie, Schule oder anderen Fachtherapien ausgefüllten Vormittag sowie Gruppen oder Freizeitangebote am Nachmittag/Abend. Es sind aber auch Ruhephasen eingeplant, um Zeit für Reflektion zu geben und das Aushalten von Inaktivität zu lernen.

Das Regelwerk der Station, das für die Jugendlichen transparent dargelegt wird, ist mit dem verhaltenstherapeutischen Programm verknüpft. Hiermit soll ein Bewusstsein für die Konsequenzen des eigenen Verhaltens geschaffen werden, um so Eigenverantwortung und prosoziale Umgangsweisen zu fördern, hinzu kommt das Training lebenspraktischer Fähigkeiten.

Regeln des Zusammenlebens

Die wichtigsten Regeln der Station sind in einem Vertrag niedergelegt und werden dem Jugendlichen in der Regel von seinem Bezugsbetreuer mit seiner Therapiemappe ausgehändigt und gemeinsam in doppelter Ausfertigung unterschrieben.

Weitere spezielle Regelungen (Raucherregelung, Essraumbenutzung...) hängen in den entsprechenden Räumlichkeiten aus. Die Jugendlichen werden bei der Aufnahme auf die einzelnen Regeln hingewiesen.

--> *alle schriftlich festgehaltenen Regeln sind im Anhang zu finden*

- **Tägliche Zimmerordnung:** jeder Jugendliche räumt sein Zimmer bis 8.30 Uhr auf (z.B. Bett machen, herumliegende Kleidung wegräumen...) Ziel: lernen, seinen eigenen Bereich in Ordnung zu halten und Verantwortung für seinen Bereich zu tragen

- **Erledigung von Ämtern:** d.h. jeder Jugendliche bekommt eine Aufgabe übertragen, die er zu erledigen hat, z.B. Raucherzimmer aufräumen, Flur fegen, Küchen- oder Tischdienst. An der Pinnwand im Flurbereich hängt eine genaue Aufgabenbeschreibung aus, an der sich jeder orientieren kann. Ziel: Training von lebenspraktischen Fertigkeiten, Ordnung halten, für die Gruppe Verantwortung übernehmen
- **Einkauf:** d.h. zweimal in der Woche (Montags und Freitags) gehen zwei Jugendliche für die Gruppe einkaufen. Zur Vorbereitung gehört, dass jeder Jugendliche seine Einkaufswünsche aufschreibt und das Geld dafür zur Verfügung stellt. Ziele: Verantwortung für das Geld anderer übernehmen, Organisieren eines komplexen Einkaufs, Belastungen wahrnehmen und sich damit auseinandersetzen (z.B. Alkoholregal, soziale Situationen bewältigen)
- **Zimmerreinigung:** Jeden Freitag nach dem Frühstück soll jeder Jugendliche sein Zimmer gründlich reinigen, d.h. das Bett frisch beziehen, Kleiderschrank aufräumen, Nachtschrank aufräumen, Staub wischen und das Zimmer feucht durchwischen. Ziele: trainieren der lebenspraktischen Fähigkeiten, Ordnung und Sauberkeit trainieren
- **Wäsche:** Jeder Jugendliche kann seine Wäsche in der Stationswaschmaschine waschen, anschließend im Trockner trocknen und hat die Möglichkeit die Wäsche zu bügeln. Hierfür erfährt er Anleitung und Unterstützung im Rahmen des Notwendigen. Ziele: Wäsche sortieren und den entsprechenden Waschprogrammen zuordnen, angemessenen Umgang mit Waschmitteln erlernen, Wäsche nach Trocknereignung sortieren, Bügeln und falten der Wäsche, Absprachen in der Gruppe treffen (wer wäscht wann, gemeinsames Waschen absprechen)
- **Kochen:** Jeden Freitag kochen 2 Jugendliche für die ganze Gruppe, hierzu können sie sich im Gruppengespräch am Montag anmelden, sie werden soweit notwendig von einem Mitarbeiter bei der Vorbereitung und Durchführung angeleitet und unterstützt. Ziele: Vorbereitung und Organisation einer Mahlzeit, Bedarf der Zutaten ermitteln und planen, Trainieren der Kochfähigkeiten, Absprachen in der Gruppe treffen und deren Wünsche und Bedürfnisse ermitteln
- **Backen:** Jeden Donnerstag backen 2 Jugendliche, hierzu melden sie sich am Montag im Gruppengespräch. Sie werden, soweit notwendig von einem Mitarbeiter bei der Vorbereitung und Durchführung unterstützt und angeleitet. Ziele: Vorbereitung und Durchführung des Backens lernen, Absprache und Organisation mit dem kooperierenden Mitpatienten treffen

Wochenplan

Siehe Anhang

Tägliche Gruppen der Pflege

Morgenbesprechung mit den Patienten direkt nach dem Frühstück

Es können „Lockrufe“ angemeldet werden, d.h.: jeder, der nach der Kontaktpause mit Angehörigen telefonieren will, muss dies am Morgen anmelden, Lockruf = die Angehörigen werden angerufen und um Rückruf gebeten. Außerdem Bekanntgabe von Tageterminen der einzelnen Patienten, z.B. Therapietermine, Elterngespräche, diagnostische Maßnahmen usw..

Täglich nachmittags Orgarunde mit den Patienten

Hier werden die weiteren Aktivitäten des Tages besprochen und das gemeinsame Fernsehprogramm am Abend geplant.

Wöchentliche Gruppen (siehe Wochenplan)

Gruppengespräch

Hier geht es vorwiegend um die Besprechung organisatorischer Routinen wie Essensbestellung für die nächste Woche, Ämterverteilung für die Woche, wer kocht, wer backt diese Wo-

che. Hier ist auch Raum gegeben für aktuelle Gruppenprobleme, außerdem besteht die Möglichkeit, sich zu beschweren, Anliegen der Gruppe an das Team zu stellen etc..

Training sozialer Kompetenzen (TSK)

Viele unserer Patienten weisen deutliche Schwächen im sozialen Miteinander auf. Diese können zum einen in die Richtung gehen, dass unangemessenes Durchsetzungsverhalten gezeigt wird, auf der anderen Seite bestehen oft Schwächen in der sozialen Wahrnehmung und im Äußern eigener Bedürfnisse. Auch verbergen sich nicht selten soziale Ängste hinter scheinbar selbstbewussten Verhaltensweisen. Das TSK wird durch speziell geschulte Mitarbeiter des PED durchgeführt. – Bei Bedarf können spezielle Inhalte in zwei unterschiedlichen Gruppen bearbeitet werden (z.B. geschlechtsspezifische Angebote).

Info- und/oder Projektgruppe

Info- oder Projektgruppen sind Kleingruppenangebote, die am Mittwochnachmittag mit max. 5 Jugendlichen stattfinden.

Die Infogruppe befasst sich vornehmlich mit suchtspezifischen Themen wie Aufklärung und Prävention, aber auch mit gesundheitlichen Problemen, wie z.B. Aufklärung über Hepatitis, HIV, Geschlechtskrankheiten usw., die durch den Konsum von Suchtmitteln entstehen können.

Projektgruppen werden durchgeführt um das Zusammenleben und das „gemeinsame Tun“ zu trainieren und zu fördern. Spezifische Inhalte und Angebote sind im „Konzept Info- und Projektgruppe“ festgeschrieben.

Fachtherapien

Unser therapeutisches Stationskonzept wird erweitert und komplettiert durch Ergotherapie, Mototherapie, Musiktherapie und Reittherapie:

Ergotherapie

Aus dem Griechischen übersetzt bedeutet Ergotherapie „Heilung durch Handeln, Werken, Arbeiten oder Tun“. Die Arbeit, das Werken oder die unterschiedlichen Einzel- oder Gruppenaktivitäten tragen als Teil der Behandlung zur Überwindung von Störungen, zur Förderung der Selbstständigkeit bei. Dabei geht die Ergotherapie von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Patienten, unter Berücksichtigung seiner persönlichen, schulischen und beruflichen Entwicklungsgeschichte, aus. Therapieziele werden auf der Grundlage der vorhandenen Fähigkeiten, Bedürfnisse und der aktuellen Situation des Patienten formuliert. Der Patient wird immer da abgeholt, wo er steht. Das der Arbeit zugrundeliegende Handlungs- und „Alltagsorientierte-Konzept“ bezieht Medien und Mittel ein, die praktische Tätigkeiten erfordern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der ergotherapeutischen Arbeit, bieten alle kreativen Bereiche mit ihren Materialien und Medien. Es werden handwerkliche und gestalterische Prozesse in Gang gesetzt, wodurch dem Patienten die Möglichkeit gegeben wird, sich über ein Medium auszudrücken. Gezielte Handlungen, sinnvolle Aktivitäten und die damit verbundene Auseinandersetzung führen zur Stärkung der gesunden Anteile und Fähigkeiten. Sie verhelfen dem Patienten zur Erhaltung und Wiedererlangung von Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit in persönlichen, sozialen und beruflichen Bereichen.

- Arbeit und sich beschäftigen ist Bestandteil der Selbstverwirklichung
- Im Rahmen der Ergotherapie kann ich erfahren und spüren, wie ich mich anstrenge, konzentriere, durchhalte und wie ich mit Fehlern umgehe

- Ich kann lernen, verloren gegangene Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen, und ich kann lernen, mich mit Menschen auseinander zu setzen-mich einzulassen und abzugrenzen
- „Ergotherapeuten“ lenken die Selbstwahrnehmung auf das Tun, auf die Aktivität, auf das, was jemand kann und nicht kann, aber auch auf die Art und Weise, wie jemand etwas macht.

Schwerpunkt ist eine individuelle Förderung des jeweiligen Patienten im Einzelkontakt oder auch in der Gruppe. In kreativen Einzel- und Gruppenangeboten werden durch Motivation neue Impulse für die Beziehungs- und Handlungsfähigkeit gesetzt. Ein weiterer Schwerpunkt die Verbesserung sozialer Kompetenzen und das Füllen der Lücke, die sich oft auftut, wenn der Jugendliche auf den Konsum von Drogen verzichten muss.

Methoden

- Kompetenzzentrierte Werkgruppe und Projektarbeit
- Ausdruckszentrierte Einzelarbeit in der Gruppe
- Interaktionelle Gemeinschafts- und Projektarbeit
- Kreativitätsprogramme

Mototherapie

Mototherapie ist eine körper- und bewegungsorientierte Behandlungsmethode. Sie spannt einen Bogen zwischen physio- und psychotherapeutischer Maßnahme, d.h. sie arbeitet mit Körper und Motorik, erreicht damit aber psychotherapeutische Effekte (Kiphard). Hauptanliegen sind: Stärkung von Beziehungs- und Handlungsfähigkeit im Umgang mit sich selbst und anderen, Aufbau /Reaktivierung /Erweiterung von Kompetenzen. Inhalte und Methoden werden individuell abgestimmt auf den Patienten (Entwicklungsstand, intellektuelles Vermögen, Art/Ausmaß von Störung/Fehlentwicklung, Gruppengefüge, Prozessphase). Sie orientieren sich an der gesamten Persönlichkeit, die durch positives (Bewegungs-)Erleben unterstützt und soweit wie möglich stabilisiert werden soll. Mototherapie kann einzeln oder in der Kleingruppe erfolgen, arbeitet schwerpunktmäßig mit körper- und bewegungsbezogener Interaktion. Es werden Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Spielsituationen angeboten, in denen der Patient sich selbst und seinen Körper besser wahrnehmen und kennen lernen kann, sich auseinandersetzt mit Material, Raum, Zeit und sozialem Kontext. Sie bietet problemorientierte Fragen, die dazu auffordern, selbst nach Lösungen zu suchen. Hilfe wird soweit wie nötig angeboten, Gefühle unterstützend begleitet, Konflikte gemeinsam bearbeitet.

Im Jugendlichen-Suchtbereich findet der Erstkontakt i.d.R. im 1:1 Setting statt, mündet im folgenden – soweit vom Patienten aus möglich – in Partnersituation/Kleinstgruppe. Die Therapieplanung erfolgt in Abstimmung wöchentlich. Innerhalb räumlich-materieller Struktur (Turnhalle, Fitnessraum, Spielzimmer) orientieren sich mögliche Inhalte an Interesse und in Absprache mit den Patienten, die begleitet/angeleitet werden. Besonderen Anreiz hat i.a. der Großraum Turnhalle, vorzugsweise die großen Sprung-/Schwunggeräte und das Spiel mit Bällen. Besondere Bedeutung kommt dem Trampolin zu. Hoher Aufforderungscharakter und gerättypisch klare Struktur bietet vielfältig Möglichkeit zu Selbst- und Sozialerfahrung, Aktivität und Entspannung. Anknüpfend an die Bewegungs-/Verhaltensbeobachtung wird ggf. ein erster Behandlungsansatz angebahnt. Mitabhängig von Verweildauer, Teilnahmehäufigkeit, (Tages-)Verfassung sind „zarte Pflänzchen“ unter folgenden Aspekten vermittelt- und erlebbar:

- Aktivierung, Motivationsaufbau
- Erleben augenblicklicher Körperlichkeit mit Facetten wie Anstrengung, Erregung, Ermüdung, Erholung...
- Momentane Befindlichkeitsverbesserung: Erfahrung von Vitalitätsgewinn, Spannungsabbau + Entlastung, Stimmungsaufhellung, positives Körpergefühl + Wohlbefinden
- Selbstwahrnehmung, Selbstbestätigung durch Selbstaktivierung, Erfolge

- Ressourcenförderung
- Materialerfahrung, Interesse wecken
- Wieder- oder Neuentdecken von Freude an Bewegung, Spiel, Experiment
- Gefühlswahrnehmung
- Bewegungskontakte eröffnen: Eigen- + Fremdwahrnehmung, Kommunikation + Interaktion, Freude am Bewegungsdialog, soziale Kompetenzen
- Umgang mit Energien, Regulation
- Anregung zur Freizeitgestaltung; sich ggf. (erneut) Freizeitsportaktivität zuwenden

Musiktherapie

Musiktherapie ist eine relativ junge, moderne Therapieform, in der mit dem Medium Musik gearbeitet wird. Sie ermöglicht es, Wege zu finden, inneren Gefühlen und Empfindungen, Stimmungen und Wünschen einen Ausdruck zu verleihen, bzw. neue Umgehensweisen damit zu erproben. Die Musiktherapie ist dazu geeignet, soziale und kommunikative Handlungskompetenzen aufzubauen, sich in Selbstbehauptung und Abgrenzung zu üben. Außerdem macht sie Beziehungs- und Gemeinschaftserfahrungen möglich. In der Musiktherapie können musikalische Rhythmen und Melodien, Töne, Klänge und Geräusche eingesetzt und damit frei improvisiert werden. Es ist auch möglich, mit bekannten Songs zu experimentieren, eigene Texte zu vertonen bzw. zu rappen, neue Instrumente kennen und spielen zu lernen – oder einfach Musik zu hören. Es werden keine Vorkenntnisse benötigt. Es gibt keine falschen Töne. Ein wenig Neugierde und die Bereitschaft, neue Erfahrungen zu machen, reichen aus, um den Zugang zur Musiktherapie zu finden. Vereinfacht könnte man das, was in der Musiktherapie passiert, wie folgt beschreiben:

**„Musik spielen – aber anders als im Konzert
Musik lernen – aber anders als in der Schule“**
(vgl. F.-J. Plum)

Es steht ein vielseitiges Angebot an bekannten und zum Teil auch weniger bekannten Musikinstrumenten zur Verfügung: Schlagzeug, E- und Bassgitarre, Akustikgitarre, Vibraphon, Steeldrum, Congas, Djemben, Schlitztrommeln, Kalimba, Flöten, kleinere Percussioninstrumente, Klavier, Keyboards... Die Musiktherapie wird im allgemeinen als Einzeltherapie angeboten. Eine Sitzung dauert 45 Minuten. Möglich sind auch Kleingruppen, gegebenenfalls auch Band-Projekte. Die Anmeldung zur Musiktherapie erfolgt durch den behandelnden Arzt oder zuständigen Psychologen, der bei entsprechender Indikation eine Verordnung ausstellt.

Reittherapie

Die Reittherapie wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als heilpädagogisches Reiten zum Einsatz gebracht. Dabei geht es nicht um eine reitsportliche Ausbildung, sondern um die individuelle Förderung des Sozialverhaltens durch den Umgang mit dem Pferd, sowie der Förderung körperlicher, geistiger und emotionaler Kompetenzen. Daraus ergibt sich die Ganzheitlichkeit in der Entwicklungsförderung durch die Reittherapie. Pferde haben ein feines Gespür für Gefühle und Stimmungen. Sie zeigen Zufriedenheit, Angst, Unruhe und Ungeduld. Sie reagieren spontan auf positive oder negative Handlungen der Menschen. Dadurch sind die Jugendlichen zum aktiven Beobachten, Einfühlen und Handeln aufgefordert. Das Pferd ist ein meist positiv besetzter Beziehungspartner, da es nicht wie ein Mensch wertet. Somit betrachtet es die Kinder und Jugendlichen völlig wertfrei und nimmt sie so an, wie sie sind. Diese Erfahrung ist für die Entwicklung der Jugendlichen sehr wichtig, da sie von ihrer Umwelt oft als Störenfriede oder Unruhestifter verkannt sind. Durch den hohen Motivationscharakter, den das Pferd besitzt, gehen die Jugendlichen gerne an die Arbeit mit dem Pferd, sie übernehmen in der Therapiestunde Verantwortung und Führung für ein anderes Lebewesen. Sie merken wie das Pferd auf sie reagiert und wie man sich gegebenenfalls auch einmal durchsetzen muss. Schon das Berühren eines Pferdes auf Grund seiner Größe sowie das Hufe auskratzen erfordert Mut und Konzentration. Hierbei will auch der Umgang mit den eigenen Ängsten erlernt sein. Schwindet diese Angst, erhöht sich das Selbstwertgefühl. Das Miteinander spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Jugendlichen müssen sich

aufeinander verlassen können, sich an Absprachen halten wenn sie z.B. gemeinsam auf dem Pferd sitzen und verschiedene Übungen ausführen oder auch, wenn einer das Pferd führt, während der andere die Augen zu hat, um die Bewegungen des Pferdes zu fühlen. So wird das Selbstbewusstsein gestärkt, Ängste abgebaut und überwunden und das Sozialverhalten verbessert sich. Die Atmosphäre der gegenseitigen Achtung, des Respekts und des Vertrauens hat eine positive emotionale Wirkung und setzt erwünschte soziale Lernprozesse in Gang, welche sich auf andere Lebensbereiche übertragen lassen.

Gezielte Aufgaben des Therapeutischen Reitens

- zulassen von Körperkontakt und Nähe
- Förderung von Gleichgewicht und Balance
- Koordination von Bewegungsabläufen
- Erfahrung von Halt und Sicherheit
- Steigerung von Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Übernahme von Verantwortung
- Stärkung von Teamfähigkeit und Sozialkompetenz
- Regulierung von Verhaltensauffälligkeiten
- Korrektur von Wahrnehmungsstörungen, Konzentrationsschwächen und Lernschwierigkeiten

Schule

Die Schule bietet den schulpflichtigen jugendlichen Patienten der Station 16 III zunächst einen stationsinternen Einzelunterricht an, in dem die individuellen Voraussetzungen geprüft und auf die Schüler abgestimmte Lerninhalte angeboten und vermittelt werden. Zur Zeit können damit 2 – 3 Schüler am Tag je 1 Stunde differenzierten Unterricht erhalten. Bei kurzer Aufenthaltsdauer auf der Station verbleiben die Schüler im Einzelunterricht. Vorrangiges Ziel des Einzelunterrichtes ist es, die Lernvoraussetzungen des Einzelnen zu analysieren und darauf aufbauend Lernmotivation auf- bzw. Schulängste abzubauen, die sich häufig in vielen Monaten oder Jahren des Misserfolgs, der Leistungs- und Schulverweigerung und sozialen Isolation manifestiert haben. Für viele Schüler bietet der Einzelunterricht auch die Gelegenheit Kenntnis- und Wissenslücken in bestimmten Bereichen gezielt zu schließen. Die individuelle Beratung und Unterrichtung durch den Lehrer wird dabei in der Regel als positiv und motivierend von den Schülern empfunden.

Nach zwei bis drei Wochen und entsprechender Eignung können die Schüler dann den Kleingruppenunterricht (4 – 8 Schüler) in der Krankenhausschule (externes Gebäude) besuchen, der durchaus an Lehrplan und Anforderungen der öffentlichen Schulen orientiert ist. Dazu müssen sie bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich des möglichen Ausgangs von der Station, sowie auch hinsichtlich schulischer Belange erfüllen, wie z.B. Gruppenfähigkeit, Motivation, längere Konzentrationsdauer u.a.. In der Regel nehmen die Schüler zur besseren Eingewöhnung zunächst nur 2 Stunden pro Tag am Kleingruppenunterricht teil. Der Klassenlehrer/die Klassenlehrerin entscheidet dann zusammen mit dem Schüler über eine Verlängerung der Unterrichtszeiten bis hin zur Wahrnehmung des gesamten Unterrichtsangebotes (ca. 28 Wochenstunden). Jederzeit ist auch die Rückkehr in den Einzelunterricht möglich, wenn sich der Schulbesuch aus verschiedenen Gründen als Überforderung herausstellen sollte.

Sozialer Dienst

Der Sozialdienst ist die Schnittstelle der Station nach außen. Bereits der Erstkontakt wird in der Regel über unseren Sozialdienst hergestellt, der den Zuweisern unsere Angebote und

Möglichkeiten erläutert, individuelle Zielsetzungen klärt, die Motivation zur Behandlung prüft und die individuelle Organisation der Aufnahme erarbeitet.

Die weiteren Aufgaben des Sozialarbeiters ergeben sich einzelfallbezogen und abhängig von der individuellen Ausgangslage, der Störung und der Perspektive des einzelnen Patienten und dessen Umfeld. Es ergeben sich folgende Tätigkeiten:

- Koordination von Aufnahmen und Entlassungen
- Zielplanungsgespräche
- Beratung in der Auswahl einer weiterführenden Einrichtung
- Organisation und Begleitung eines Vorstellungsgesprächs
- Bearbeitung von Formalien für weiterführende Maßnahmen: Sozialbericht, Kostenantrag für Therapie
- Durchführung unserer „offenen Drogensprechstunde“

Patientenorientierte Organisation

Die Aufnahme

In einem telefonischen Vorgespräch informieren wir über die Behandlungsmöglichkeiten, besprechen eventuelle Zielsetzungen und Perspektivplanungen und schätzen die Indikation zur Aufnahme ein. Wir pflegen eine enge Kooperation mit allen Beteiligten (Eltern, Patienten, ggfs. andere Sorgeberechtigten, Drogenberatungsstellen, Jugendämtern, Jugendhilfeeinrichtungen, Therapieeinrichtungen etc.).

Bei einem eventuell stattfindenden persönlichen Vorstellungsgespräch ist bei gegebener Indikation eine zeitnahe Aufnahme möglich, und es wird ein Aufnahmetermin vereinbart. Im Einzelfall kann der Jugendliche auch sofort aufgenommen werden. Ungeplante Notfallaufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeiten durch den diensthabenden Arzt werden in der Regel nicht direkt auf der Station 16_3 aufgenommen.

Prinzipiell findet die qualifizierte Entzugsbehandlung unter freiwilligen Bedingungen statt (Therapievertrag). Die Aufnahme findet Vormittags zwischen 9.00 und 11.00 Uhr statt. Auf Seiten der Patientin/des Patienten und ihres/seines sozialen Umfeldes ist eine basale Motivation (eine beginnende Einsicht und Veränderungsmotivation, die erweitert werden kann) für die Aufnahme wichtig. Die Patienten und die Sorge- oder Erziehungsberechtigten erklären sich im Behandlungsvertrag mit notwendigen Einschränkungen ihrer persönlichen Freiheiten einverstanden: die Station ist geschlossen und Ausgänge finden zunächst in Begleitung statt, um das Rückfallrisiko zu minimieren.

Zunächst findet ein Aufnahmegespräch statt, an dem von der Klinik aus ein Arzt oder Psychologe (Bezugstherapeut), ein Krankenpfleger oder Erzieher (meist späterer Bezugsbetreuer), der Jugendliche selbst, der/die Sorgeberechtigten und gegebenenfalls weitere mit dem Jugendlichen befasste Personen des Helfersystems teilnehmen. In diesem Gespräch wird die aktuelle Problematik vertiefend eruiert, und letztlich die Aufnahmeindikation gestellt. Im Anschluß wird die erweiterte Anamnese erhoben und der Behandlungsauftrag weiter konkretisiert. In der mitlaufenden psychiatrischen Untersuchung stellen wir mögliche Komorbiditäten fest und planen die ersten Behandlungsschritte, wie z.B. unterstützende Medikation etc.. Zum Abschluß des Aufnahmeverfahrens wird mit allen Beteiligten ein obligatorisches „Wochengespräch“ terminlich fest vereinbart, in dem erste Erfahrungen und neue Erkenntnisse kommuniziert und reflektiert, weitere Informationen eingeholt, sowie der weitere Behandlungsprozess gemeinsam geplant werden.

Im weiteren Verlauf des Aufnahmeverfahrens wird der Patient körperlich–medizinisch untersucht und eine Urinprobe zur Erfassung der konsumierten Substanzen abgenommen. Am Folgetag wird mit dem Patienten eine Routine-Labor-Untersuchung sowie ein EKG durchge-

führt. Innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme erfolgt die fachärztliche Nachexploration des Patienten, in der der Patient erneut, in einem gegenüber der meistens emotional belasteten Aufnahmesituation deutlich veränderten Setting, im Rahmen der Zweitsicht psychiatrisch untersucht wird.

Die Wiederaufnahme eines Patienten wird in der Regel an konkrete Erwartungen und Planungen für die weitere Zukunft des Patienten geknüpft. Somit wird die Anforderung an den Patienten, sich auf den Behandlungsprozess einzulassen, bei wiederholter Behandlung erhöht.

Aufnahme von Patienten mit Unterbringungsgenehmigung (‘Beschluss’)

In einigen Fällen kann eine Behandlung zu Beginn auch mit familiengerichtlicher Unterbringungsgenehmigung (‘Beschluss’) auf Antrag der Sorgeberechtigten sinnvoll sein, bis eine eigene Therapievereinbarung mit dem Patienten selbst erzielt werden kann.

Ziele der nichtfreiwilligen Behandlung

- Der Patient lernt Mitarbeiter und Rahmenbedingungen kennen
- Der Patient kann sich mit seiner Suchtproblematik im geschützten Rahmen auseinandersetzen
- Motivationsaufbau für eine freiwillige Weiterbehandlung

Rahmenbedingungen bei nichtfreiwilliger Behandlung

- Nichtfreiwillige Behandlung auf der QE-Station nur für eine Woche (7 Tage)
- Nach einer Woche Gespräch mit Einweisenden und Patient zur Perspektivabklärung und/oder Entlassung
- Tägliche Therapeutenkontakte
- Beschlussverlängerung nur wenn „Gefahr im Verzug“ ist oder eine psychiatrische Notwendigkeit besteht, dann erfolgt in der Regel zunächst eine Verlegung auf eine andere Station (21BI/ akut Aufnahme)

Sicherheitsaspekte bei nichtfreiwilliger Behandlung

- Kein Ausgang, kein Gartenausgang
- Nur allein Rauchen und in den Sportkeller
- Komplette Kontaktpause zur alten Umgebung
- Unterbringung im Einzelzimmer in der Nähe des Dienstzimmers
- Maximal drei nichtfreiwillig behandelte Patienten gleichzeitig auf der Station
- Kontrollierte Kontakte zur Gruppe, um Motivation der Mitpatienten zu sichern
- Sicherheit und Sicherung gehen vor

Entlassung

Es gibt unterschiedliche Entlassungsmodi:

- Vorbereitete und geplante Regelentlassung
- Regelentlassung nach kurzfristiger Entlassungsentscheidung
- Behandlungsabbruch durch die Klinik (disziplinarische Entlassung)
- Behandlungsabbruch durch den Patienten

Wir bemühen uns, jeden Patienten im Verlauf der Behandlung so gut zu begleiten, dass die Entlassung einvernehmlich und als Regelentlassung erfolgen kann. Dies gelingt zur Zeit in etwa 70 % der Fälle.

Bei der geregelten Entlassung ist das Entlassungsmanagement wichtiger Bestandteil der Behandlungsplanung eines Patienten. Es umfasst u.a. auch die Prüfung der Notwendigkeit und die Einleitung poststationärer Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen. Jeder Patient/jede Patientin erhält ein individuelles Konzept zur bestmöglichen Sicherung eines bedarfsgerechten poststationären Angebotes. Dabei beziehen wir den Patienten/die Patientin

und sein/ ihr soziales Umfeld maßgeblich in die Entscheidungsfindungsprozesse ein. Der Patient/die Patientin und sein/ihr soziales Umfeld wird, unabhängig von der Entlassform, durch den Entlassungsprozess begleitet und individuell angemessen auf die Entlassung vorbereitet.

Wenn der Entlassungszeitpunkt feststeht, können die unmittelbaren stationsspezifischen Entlassungsvorbereitungen der Bezugspflege beginnen. Dazu gehören zum Beispiel die Pflegevisite, Abschiedsplanung und Vorbereitung, Abschiedsrituale, nachstationäre Vereinbarungen, organisatorische Entlassungsvorbereitungen, Vorbereiten des vorläufigen Entlassungsberichtes.

Bedacht werden muss z.B. die Entlassfahrt, nochmalige Überprüfung des körperlichen Allgemeinzustandes (z.B. Bewertung, früherer pathologischer Laborbefunde, kurze körperliche Untersuchung etc.) durch den Stationsarzt, intensivierte Begleitung und Betreuung des Patienten/ der Patientin in der Phase des Abschiednehmens. Der Patient/die Patientin wird bei seinen/ihren organisatorischen Entlassungsvorbereitungen angeleitet und, wenn nötig, unterstützt. Stationsspezifische Verabschiedungsrituale, Ausfüllen von *Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen zur Behandlungszufriedenheit*.

Ungeplante Entlassungen

Bei jeder ungeplanten Entlassung (s.u.) untersucht der zuständige Facharzt den Patienten psychiatrisch in Bezug auf ein etwaiges aktuelles Gefährdungspotential.

Abstandsbeurlaubung

Bei erheblichen disziplinarischen Verstößen, insbesondere bei Gewaltanwendung auf der Station kann eine sofortige disziplinarische Beurlaubung für einen Zeitraum von ca. 5 Tagen erfolgen. Diese nennen wir Abstandsbeurlaubung.

Im VTP ist das Instrument der Abmahnung vorgesehen und beschrieben. Wenn ein Patient die zweite Abmahnung erhält, folgt automatisch eine Abstandsbeurlaubung.

Eine Abstandsbeurlaubung ist während einer stationären Behandlungsepisode jeweils nur einmal möglich.

Disziplinarische Entlassung

Eine disziplinarische Entlassung erfolgt automatisch nach der dritten Abmahnung.

Bei gewalttätigen Übergriffen mit erheblichem Fremdschaden erfolgt in der Regel eine sofortige disziplinarische Entlassung.

Behandlungsabbruch durch den Patienten

Immer wieder kommt es vor, dass Patienten situativ bedingt, oder aufgrund von Suchtdruck, die Behandlung kurzfristig abbrechen möchten. Wir bemühen uns in solchen Fällen darum, den Patienten in der Behandlung zu halten. Mittel hierzu können Motivationsgespräche, Entlastungsgespräche, Schaffen entlastender Situationen, „Bedarfsmedikation“ zur Entlastung u.v.a. sein.

Bei Aufnahme erklärt der Patient schriftlich, dass er nicht darauf bestehen wird, außerhalb der regulären Dienstzeiten der Stationstherapeuten die Behandlung abzubrechen. Die meisten Patienten halten sich an diese Vereinbarung. Dies ermöglicht häufig, die oft besonders belastende abendliche Situation zu überbrücken.

Wenn ein Patient für sich keine andere Alternative mehr sieht, als die vorzeitige Entlassung, bieten wir ihm die Abstandsbeurlaubung für maximal 5 Tage an.

Kontakte/Netzwerke innerhalb und außerhalb des stationären Rahmens

Qualifizierte Entzugsbehandlung kann langfristig nur erfolgreich sein, wenn sie in das Hilfesystem integriert ist. Dies erfordert die Integration des Angebotes in bestehende Jugend- und Suchthilfestrukturen.

Suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche leben in anderen Alltagsbezügen als erwachsene Suchtkranke. Ein effizientes Versorgungsnetzwerk erfordert die stringente Kooperation sowohl mit den Eltern bzw. Sorgeberechtigten als auch mit den zahlreichen Institutionen wie Jugendämtern und anderen Jugendhilfeinstitutionen, Schulen und Ausbildungsinstitutionen, Drogenberatungsstellen und schulpyschologischem Dienst, niedergelassenen Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung. Gleichzeitig müssen Institutionen eingebunden werden, die suchtkranke Erwachsene, die zugleich Eltern sind, beraten und behandeln. Ferner sind die verschiedenen Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen einzubeziehen.

Öffentlichkeitsarbeit/ Prävention

Mit unserem von Mitarbeitern des Pflege- und Erziehungsdienstes erarbeiteten Aufklärungs- und Präventionskonzeptes wollen wir für das Thema Sucht und psychische Gesundheit sensibilisieren, und durch aktive Aufklärung und Information am gesellschaftlichen Aufklärungsauftrag in der Region teilnehmen. Wir wenden uns mit diesem Angebot vor allem über die Schulen der Umgebung an Kinder und Jugendliche der Region, denen wir helfen möchten, eine selbstkritische, distanzierte und „unabhängige“ Einstellung zum Suchtmittelkonsum zu finden. Gemeinsam mit ausgesuchten jugendlichen Patienten unserer Station suchen wir mehrmals im Monat Schulklassen auf, und klären am Beispiel der teilnehmenden Patienten der Station über Drogen und Abhängigkeitsentwicklung und die dabei in der Regel entstehenden persönlichen Probleme (Schulversagen, Kriminalität, häusliche Konflikte, psychische Störungen...) auf. Diese Situation, in der unsere jugendlichen Patienten sich selbst authentisch darstellen müssen, bietet ihnen die Möglichkeit, ihre eigene Problematik unter dem Gesichtspunkt ihres meist ja noch nicht gefestigten Wunsches, diese zu überwinden, darzustellen und ihre bezüglich der Folgen ihres Konsums gewonnene selbstkritische Haltung zu stärken. Für die teilnehmenden Schüler bedeutet unser Angebot ein hohes Maß an Authentizität, und es besteht seitens der teilnehmenden Schulen ein sehr hohes Interesse an solchen Terminen.

Im Rahmen einer vorbeugenden Suchtarbeit bedeutet dies:

- Besonders jungen Menschen Unterstützung und Orientierung geben
- Realistische Aufklärungsarbeit zu Suchterkrankungen zu leisten
- Den Einstieg in Suchterkrankungen zu verdeutlichen und damit vorzubeugen
- Sensibilität für das Thema Sucht zu schaffen
- Den Kontakt zwischen gesunden und betroffenen kranken Menschen herzustellen
- Stationäre suchtspezifische Hilfsmöglichkeiten und Fachkompetenzen aufzuzeigen
- Auf regionale Hilfsangebote hinweisen
- Praktische Anregungen zur Suchtpräventionsmöglichkeit zu geben

Dokumentation und Qualitätssicherung

Alle wichtigen Diagnostik- und Behandlungsschritte des Qualifizierten Entzuges werden unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in ihren Ergebnissen dokumentiert. Eine wesentliche Rolle spielt hierfür eine einheitliche Dokumentation. Die Ergebnis-

se der Anamneseerhebungen - einschließlich Sucht-, Eigen- und Fremdanamnese, der körperlichen Untersuchungen sowie der psychodiagnostischen Verfahren- werden zusätzlich in einer Basisdokumentation festgehalten.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement umfassen alle Maßnahmen, die erforderlich sind, um das Behandlungsziel möglichst effektiv und effizient zu erreichen. Qualitätsmanagement schließt auch externe Vergleiche unter Einbeziehung von Kooperationspartnern ein. Durch Vergleich der Behandlungs- und Beratungsergebnisse der kooperierenden Institutionen sollen die Hilfeangebote systematisch weiterentwickelt werden. Gleichzeitig soll durch Qualitätssicherung gewährleistet werden, dass alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen nach dem aktuellen und anerkannten Stand der wissenschaftlichen Forschung vorgehalten werden.

*Dieses Konzept wurde erarbeitet von
Michael Ahls, Falk Burchard, Sabine Giesel, Filip Salem, Walter Schmidt, Gerhard Schröder, Monika Schulte und anderen*

Anhang

Dienstplan des PED

Dienstzeiten	Frühdienst:	06.30 Uhr	-	14.00 Uhr
	Spätdienst:	13.30 Uhr	-	21.00 Uhr
	Nachtdienst 1:	20.45 Uhr	-	06.45 Uhr (Wache)
	Nachtdienst 2:	20.45 Uhr	-	23.30 Uhr
		06.30 Uhr	-	06.45 Uhr (Bereitschaft)

Zur Flexibilität im Rahmen der Arbeitsorganisation sind sogenannte D-Dienste möglich, mit unterschiedlichen Anfangzeiten, jeweils über 7 Stunden plus 30 Minuten Pause

Besetzung Die Station ist in der Regel sowohl im Frühdienst, als auch im Spätdienst mit je 3 MitarbeiterInnen besetzt, am Wochenende mit jeweils 2 MitarbeiterInnen

In der Nacht sind 2 Mitarbeiter/Innen anwesend, davon einer/eine als Nachtwache und einer/eine in Bereitschaft

Dienstzeiten des Ärztlich-therapeutischen Personals

Dienstzeiten Kernarbeitszeit im Rahmen der Gleitzeitordnung von 8.30 bis 15.30, bei einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Std. bis 40 Std. (Ärzte)

Stationsübergreifende Besprechungen (unvollständig)

- Klinikkonferenz
- Oberarzt- Stationsleitungskonferenz
- Fachtherapeutentreffen
- Stationsleiterbesprechung, Finden 2x monatlich statt, jeden 2. Donnerstag um 8.30 mit Schwerpunktthemen von Seiten der Pflegedirektion, jeden 4. Donnerstag um 14.30 mit dem Schwerpunktthemen von Seiten der Stationsleitungen

Wochenplan 16III

Zeit/ Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag/ Sonntag
6.45-7.15			Wecken und Körperpflege			
7.15-7.45	Frühstück mit anschließender Bekanntgabe der Tagestermine und Medikamentenausgabe					
7.45-9.00	Zimmer aufräumen/ Zimmerkontrolle/ Ämter erledigen					
8.00-9.30	Morgenvisite					
Ab 9.30	BT	BT	BT	Reit- therapie	BT	Lebens- prakt. Trai- ning
10.00-11.00	BT Schule	BT Schule	BT Schule	BT Schule	BT-Einzel Schule	Einkauf
11.00-12.00	BT Schule	Geld ab- schreiben Schule	BT Schule	BT Schule	BT Schule	Zimmer säubern Gelenkte Freizeit
12.00-12.30	Mittagessen mit anschließender Medikamentenausgabe					
12.30-13.00	Wochenorga					
13.00-13.30	13.00-15.00 Multiteam / Visite		13.15-14.30 Pflegeteam		Gelenkte Freizeit	
13.30-14.00	Mittagsruhe während der Mitarbeiterübergabe, Visite und Teams (jeder Patient hält sich in seinem Zimmer auf)					
14.30-15.00	14.30-15.30 TSK		Kaffeetrinken+ Orga	Kaffeetrinken+ Orga	Gruppentherapie (bis 15.30)	
15.00-16.00		15.30 – 16.30 Grup- penthérapie		TSK	Orga	Gemeinsames Kaffeetrinken
16.00-17.00	Einkauf	anschließend Orga	15.30-16.30 Info-/ Projektgruppe	Backen	16.00 – 18.00 Turn- halle Garten oder	Gelenkte Freizeit
Ab 16.00	Bezugspersonen-Einzelkontakt mit Verstärkerbesprechung und Tagesreflexion mit Besprechung der Tagesziele aus der Morgenvisite					
17.00-18.30	Aktivität Garten oder 16I	Sport 18.00-19.00 Snoezelen	Garten oder 16I	Sozial- zentrum 16I	Garten oder 16I	Kochen
Ab 18.30	Abendessen mit anschließender Medikamentenausgabe					
Ab 19.00	Ämter erledigen					
Ab 20.00	Freizeit (mit Möglichkeit TV zu sehen)					
Ab 22.00	Nachtruhe					
	Samstagabend besteht die Möglichkeit einen Spät- film zu sehen> der Nacht- dienst entscheidet					

Orga> Besprechung der „Aktivitäten“ am Nachmittag/ für die Woche