

# Anforderungen an die stationäre medizinische Rehabilitation für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen

Stellungnahme der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften

Martin Holtmann, Rainer Thomasius, Peter Melchers, Marianne Klein, Gisela Schimansky, Thomas Krömer und Olaf Reis

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)

## 1. Präambel

Die Behandlung von substanzbedingten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist integraler Bestandteil des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Auswahl der für den einzelnen Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt angezeigten Behandlung und der dafür geeignete Rahmen sind dabei stark von der individuellen Konstellation sowie den derzeitigen regionalen Versorgungsgegebenheiten geprägt. Zu berücksichtigen sind insbesondere die Dauer und Intensität der Störung, körperliche Folgen des Suchtmittelgebrauchs, das Vorhandensein und das Ausmaß komorbider psychischer Störungen, der Grad der Teilhabebeeinträchtigung, der schulische und allgemeine Entwicklungsstand, die familiären Rahmenbedingungen, der Effekt bisheriger Behandlungsversuche sowie Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft des Jugendlichen.

Die Spanne möglicher Behandlungssettings reicht von ambulanten Beratungs- und Behandlungsangeboten über (sehr selten angebotene) tagesklinische Aufenthalte bis hin zu stationären Behandlungen. Es lassen sich zudem verschiedene Phasen definieren, etwa

- die qualifizierte Entzugsbehandlung (in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit auf substanzbedingte Erkrankungen spezialisiertem Setting),

- die häufig gleichzeitig und anschließend notwendige stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung komorbider psychischer Störungen,
- weiterführende medizinische Rehabilitationsbehandlungen (Langzeittherapie in medizinischen oder gemischt medizinisch-jugendhilflichen Einrichtungen).

Im gesamten Verlauf der Behandlung sind sowohl die fachliche Förderung von Bildung und Ausbildung sowie eine angemessene Unterstützung der künftigen Lebensgestaltung im Alltag erforderlich, ggf. auch als weitergehende Eingliederungshilfe in entsprechenden Wohngruppen der Jugendhilfe.

Besteht schon im Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung eine Versorgungslücke für Jugendliche (Thomasius, Sack, Arnaud & Hoch, 2016), so gilt dies in noch stärkerem Maß für die medizinische Rehabilitation; in vielen Regionen fehlt ein entsprechendes Angebot für Jugendliche mit substanzbedingten Störungen vollständig. Zu den Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung hat die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften bereits eine Stellungnahme publiziert (Thomasius et al., 2016).

Die vorliegende Stellungnahme unterstreicht in Ergänzung dazu auch für die medizinische Rehabilitation die

Notwendigkeit eines Behandlungssettings, das dem Entwicklungsstand und den schulischen sowie pädagogischen Entwicklungsanforderungen junger Menschen Rechnung trägt. Ausdrücklich nicht empfehlenswert ist die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation von Jugendlichen in Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene.

Die Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche müssen unter kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer fachärztlicher Leitung stehen und etliche andere kinder- und jugendtypische Besonderheiten auf personeller, struktureller und qualitativer Ebene berücksichtigen.

Die medizinische Rehabilitation stellt eine Erweiterung des Behandlungsangebotes für suchtkranke Jugendliche dar und darf nicht in Konkurrenz zur qualifizierten Entzugsbehandlung sowie der Akutbehandlung der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung stehen. Sie ist keine psychiatrische Krankenhausbehandlung und kann diese nicht ersetzen. Vielmehr setzt die Rehabilitation eine ausreichende Behandlung der akuten substanzbedingten Störung, i. d. R. eine qualifizierte Entzugsbehandlung, und eine ausreichend lange vorherige Behandlung begleitender, dann nicht mehr durch Konsum „maskierter“ akuter psychischer Störungen voraus. Diese kann, auch je nach Alter und Entwicklungsstand, 12 Wochen oder auch länger dauern, um eine Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen, v. a. wenn komplizierende psychiatrische Störungen wie drogeninduzierte Psychosen oder posttraumatische Belastungsstörungen vorliegen,

## **2. Begriffsklärung und Zuständigkeit**

Die sozialrechtliche Einordnung der medizinischen Rehabilitation für Jugendliche mit Suchtproblemen weist traditionell eine Zuständigkeitslücke auf, in der alle infrage kommenden Leistungsträger des SGB (Sozialgesetzbuch) IX subsidiär sind. Derzeit gibt es Bemühungen, über das Konstrukt der früheren „Kinderheilverfahren“ nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen die Zuständigkeit der Rentenversicherung eines Elternteils auch für substanzassoziierte Störungen zu befürworten. Für Kinder und Jugendliche ohne eigene Versicherungszeiten, deren Eltern nicht rentenversichert sind, müssen dringend entsprechende verbindliche Zuständigkeitsregelungen auf Bundesebene getroffen werden (vgl. hierzu Fegert & Schepker, 2009).

Die medizinische Rehabilitation hat zum Ziel, Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen (in der Regel sind die Abhängigkeitskriterien für legale und/oder illegale Substanzen nach ICD-10 erfüllt, siehe unten Abschnitt 3.) wieder die möglichst dauerhafte Eingliederung in Schule, Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen. Dem die-

nen die Erhaltung der Abstinenz, die weitgehende Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen, das Aufholen von durch den Konsum akkumulierten Entwicklungsdefiziten und der Erwerb und die Stabilisierung sozialer Kompetenzen.

Anstelle von Rehabilitation könnte im Jugendalter auch von „Habilitation“ gesprochen werden, da oft nicht die Wiedereingliederung, sondern eine erstmalige gelungene Verortung (DGPPN) in Gesellschaft, Schule und Arbeitswelt im Zentrum steht. Gerade bei jungen Patienten, die häufig nicht einmal einen Schulabschluss haben, bilden die (Wieder-)Herstellung von Lernfähigkeit und die Hinführung zu einem qualifizierten Schulabschluss die Grundlage für eine spätere Erwerbstätigkeit. Darüber hinaus ist die Aufarbeitung von Persönlichkeitsproblemen und von Sozialisationsdefiziten erforderlich, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation aber häufig genug nur begonnen werden kann, sodass dann anschließend weitere Hilfen erforderlich sind.

Notwendig ist die Integration von ärztlich-therapeutischen, pädagogischen und heilpädagogisch-/fachtherapeutischen Elementen in ein Gesamtkonzept. Ein multiprofessioneller Therapieansatz fokussiert dabei v. a. auf den Bezug zur Alltagsrealität, zumal Ziel der medizinischen Rehabilitation die adäquate Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben in der Gesellschaft ist. Ein wesentlicher Faktor ist die gelebte Umsetzung therapeutisch gewonnener Erkenntnisse auf der Handlungsebene, das Einüben neuer Fähigkeiten im Alltag und deren Anwendung unter Realbedingungen.

Der medizinischen Rehabilitation liegt ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis der Abhängigkeitsentwicklung im Jugendalter zugrunde, wie es seine Entsprechung in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) findet.

## **3. Behandlungsindikation, Voraussetzungen und Ausschlusskriterien für eine medizinische Rehabilitation**

### **Zielgruppe: Welche Patienten werden behandelt?**

Zielgruppe der medizinischen Rehabilitation sind Jugendliche, die an einer behandlungsbedürftigen Substanzabhängigkeit oder einem schweren Missbrauch von illegalen und legalen Suchtmitteln, evtl. komorbid mit nichtsubstanzgebundener Abhängigkeit, erkrankt sind (ICD 10 F1 x .1, F1 x .2 bzw. F63.8) und die überwiegend zusätzlich unter begleitenden psychiatrischen Störungen leiden wie z. B.:

- Depressive Episoden und andere affektive Störungen
- Substanzinduzierte psychotische Entwicklungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend wie z. B. hyperkinetische Störungen (ADHS)

Bei den Patienten liegen zumeist langjährige Suchtentwicklungen vor. Sie können aufgrund von Sozialverhaltensstörungen oder Beschaffungskriminalität eine Vorgeschichte von Konflikten mit Polizei und Justiz sowie Therapieauflagen aufweisen. In aller Regel sind Brüche in der schulischen Entwicklung, wie Schulabbrüche oder schulischer Abstieg, oder Ausbildungsabbrüche vorhanden. Oft sind die Ressourcen der Familien oder des Herkunftsmilieus erschöpft und es gibt keinen nichtkonsumierenden Freundeskreis mehr. Weitere Interessen und Fähigkeiten sind meist verloren gegangen. Dadurch entstehen erhebliche Teilhabedefizite, und in der Regel erfüllen die Jugendlichen auch die Kriterien einer (drohenden) seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII/SGB IX.

### Voraussetzungen seitens der Patienten

- Die medizinische Rehabilitation setzt die Rehabilitationsfähigkeit der Jugendlichen voraus, d. h. ein hinreichendes Maß an psychischer Stabilität, Gruppenfähigkeit, Emotionsregulation, Absprachefähigkeit und hinreichende Regelakzeptanz sowie Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation (Wunsch nach einem suchtmittelfreien Leben).
- Erfolgreicher Abschluss einer qualifizierten Entzugsbehandlung (körperliche Suchstofffreiheit, Ende des Entzugs, negatives Drogenscreening)
- Hinreichende Stabilisierung akuter psychiatrischer Erkrankungen, z. B. von ausgeprägten affektiven Störungen und Angsterkrankungen
- Bereitschaft zu realistischer Klärung und Vorbereitung der schulischen und beruflichen Perspektive
- Bereitschaft zur Einhaltung der wesentlichen Regeln der Reha-Einrichtung

### Welche Patienten können nicht behandelt werden?

Assoziierte psychische Erkrankungen dürfen nicht so ausgeprägt sein, dass ihr Schweregrad eine Krankenhausbehandlung notwendig macht. Daher sind die folgenden Bedingungen in aller Regel nicht geeignet für die Behandlung in der medizinischen Rehabilitation:

- Patienten mit schwerem hirnorganischem Psychosyndrom
- Patienten, die akut psychotisch erkrankt sind mit Verlust des Realitätsbezugs und Einzelbetreuungserfordernis
- Patienten, die schwer depressiv oder akut suizidal sind oder an ausgeprägten Angsterkrankungen leiden
- Patienten, die zu ausgeprägten fremd- und selbstaggressiven Durchbrüchen neigen und diese nicht angemessen unter Kontrolle halten
- Patienten, die intellektuell stark beeinträchtigt sind im Sinne einer geistigen Behinderung
- Patienten mit einer somatischen Erkrankung, deren Behandlung zu wesentlichen Abwesenheitszeiten führt oder die Teilnahme am therapeutischen Programm wesentlich und längerfristig beeinträchtigt. Weitere Kontraindikationen sind das Vorliegen bestimmter ansteckender Erkrankungen wie offene Tuberkulose, akute Hepatitis A oder ansteckende Durchfallerkrankungen im Sinne des Bundesseuchengesetzes.
- Substituierte Patienten (nur relevant für junge Volljährige)
- Patienten, die so geringe Deutschkenntnisse haben, dass sie einer Gruppensitzung nicht folgen können

### Formale Voraussetzungen

- Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers

## 4. Phasen und Ziele der medizinischen Rehabilitation

### Allgemeine Ziele der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation verfolgt klar definierte Zielsetzungen mittels verschiedener Therapieelemente. Die Ziele der medizinischen Rehabilitation sind u. a.:

- Festigung der Motivation zur Suchtmittelabstinenz
- Erreichung und Erhaltung der Abstinenz
- Motivation und Befähigung zur Übernahme von Selbststeuerung und Eigenverantwortung
- Erwerb und Stabilisierung sozialer Kompetenzen
- Klärung der Beziehung zur Herkunftsfamilie und ggfs. begleitete Ablösung
- Vermittlung alternativer Freizeitkompetenzen
- Weitgehende Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Perspektivenklärung für die Reintegration in Schule/Beruf

- Hinführung zu qualifizierter und qualifizierender Schulausbildung
- Vermittlung von Fähigkeiten in Bezug auf berufliche Ausbildungschancen
- Motivation und Vorbereitung einer möglichst dauerhaften Eingliederung in Schule, Arbeit, Beruf und Gesellschaft
- Gegebenenfalls Klärung des Lebensmittelpunkts/einer Wohnperspektive
- Anbahnung von Kontakten zu nichtkonsumierenden Peers, Vorbereitung eines neuen, suchtmittelfreien sozialen Empfangsraums

Für Jugendliche sind spezifische Rehabilitationskonzepte erforderlich, die insbesondere folgende Besonderheiten berücksichtigen:

- Bei Jugendlichen dauern die Eingewöhnung und Anpassung bei stationären Leistungen häufig länger als bei Erwachsenen.
- Die Trennung vom bisherigen Kontext kann zunächst eine psychische Belastung bedeuten, die ggf. behutsam aufgearbeitet werden muss. Die Trennung kann aber auch wichtige Erkenntnisse für die Bewältigung von ungewohnten Situationen und Aufgaben bringen, um die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Jugendlichen sowie den Unterstützungsbedarf in der häuslichen Umgebung einschätzen zu können.
- Bei Jugendlichen sind viele Prozesse insbesondere wegen altersspezifischer Verhaltens- und Akzeptanzproblemen meist zeitaufwendiger als bei Erwachsenen.

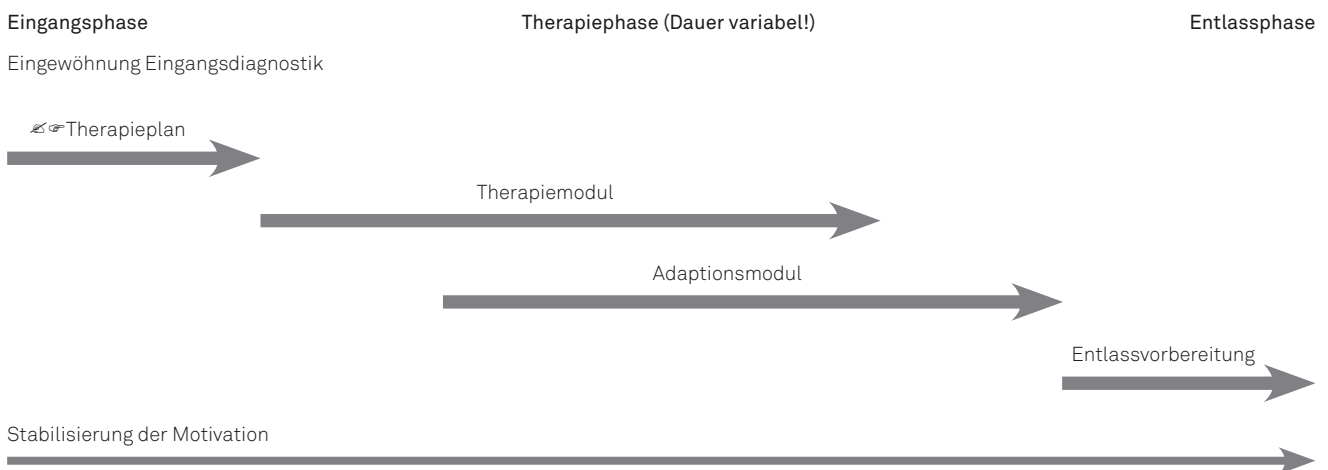
Die Rehabilitationsbehandlung für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen umfasst in aller Regel je nach Konzept der Einrichtung drei Behandlungsphasen: die Eingangs-, die Therapie- und die Entlassphase. Auf-

grund des oben geschilderten erheblichen pädagogischen und psychosozialen Nachreifungsbedarfs erfordert die Gesamtrehabilitation einen längeren Zeitraum als in der Erwachsenenrehabilitation sowie ein größeres Augenmerk auf den Erwerb von sozialen Kompetenzen. Eine Adaption ist stets erforderlich und daher regelhafter Teil der Therapiephase. Diese besteht aus dem Therapiemodul und dem Adaptionsmodul, welche nicht nacheinander geschaltet sind, sondern zeitlich und inhaltlich überlappend zum Einsatz kommen (s. Abb. 1).

Die medizinische Rehabilitation von Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen umfasst wegen des oben geschilderten erheblichen pädagogischen und Nachreifungsbedarfs in aller Regel einen längeren Zeitraum dadurch, dass eine sogenannte Adaptionsphase jeweils eingeschlossen ist (buss, 2016). Gegebenenfalls kann die Betreuungsdichte innerhalb der Einrichtung in der Entlassphase verringert werden.

In der **Eingangsphase** werden die vorliegenden diagnostischen Unterlagen (somatische und jugendpsychiatrische Diagnostik, Sucht-, Familien- und Fremdanamnese, psychologische Diagnostik) überprüft und ggf. ergänzt. Weiterhin erfolgen mit Blick auf die berufliche Rehabilitation eine Abklärung der Arbeitsbelastungsfähigkeit sowie die Einordnung in ein passendes schulisches Anforderungsniveau. Es erfolgt eine Einschätzung der Selbstfürsorgekompetenzen und der Haushaltsfähigkeiten sowie des diesbezüglichen Unterstützungsbedarfs. Des Weiteren erfolgt eine Einschätzung der verbliebenen Ressourcen des Herkunftsmilieus.

Darüber hinaus wird die Stabilität der Therapiemotivation überprüft. Die Eingangsphase endet mit der Erstellung des Therapieplans und der Festlegung einzelner Therapieschritte auch im Sinne einer Therapiezielhierarchie. Die geplanten Leistungen werden in einem individuellen Therapieplan zusammengefasst.



**Abbildung 1.** Rehabilitationsbehandlung im zeitlichen Verlauf.

## Elemente des Rahmentherapieplans können sein (je nach individueller Anpassung):

- Medizinisch-psychiatrische Diagnostik und Behandlung
- Medizinische Gesundheitsberatung, Förderung der gesundheitlichen Selbstfürsorge, Anleitung zu angemessener Gesundheitsprophylaxe
- Psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie
- Erlernen und Halten einer funktionalen Tagesstruktur, Erlernen sozialer Handlungskompetenzen durch die Begleitung der Mitarbeiter des pädagogisch-pflegerischen Dienstes
- Arbeitstherapie und Ergotherapie
- Sporttherapie, Psychomotorische Therapie, Musik- und Kunsttherapie und Entspannungsverfahren
- Sozio-emotionales Kompetenztraining
- Vorbereitung auf die schulische und/oder berufliche Integration durch Klinikschule, Arbeitstraining und berufliche Belastungserprobung (Praktikum)
- Sozialberatung und indizierte Motivationsarbeit mit den Patienten und den Sorgeberechtigten für die Einleitung einer Jugendhilfemaßnahme im Anschluss an die Rehabilitation
- Belastungserprobungen durch Heimfahrten, ggf. Probewohnen in der Anschlusseinrichtung der Jugendhilfe, Realitätstraining außerhalb der Einrichtung, Motivationsüberprüfung
- Elternseminare, Familientherapie, Angehörigengespräche
- Freizeit- und Erlebnispädagogik
- Hauswirtschaftstraining, Alltagskompetenztraining, Besuch von Vereinen außerhalb der Einrichtung, Erweiterung kultureller Kompetenzen (Bibliotheken etc.), Arbeit mit Partnern und Paten
- Anleitung zu zunehmender Selbstversorgung und zur (selbstständigen) Bewältigung von Alltagsproblemen

Eine ggf. notwendige spezialisierte medizinische Versorgung (z. B. Gynäkologie, Dermatologie, Zahnmedizin) etc. muss außerhalb der Einrichtung erfolgen und braucht kooperierende Ärzte.

In der **Therapiephase** werden alle Behandlungselemente im Therapiemodul zusammengefasst, die der Verbesserung und Heilung der psychischen Symptomatik dienen, wie z. B. Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Einzel- und Gruppenfachtherapie, Familientherapie oder pädagogische Tagesstrukturierung. Das Adaptionsmodul beinhaltet alle für die psychosoziale Stabilisierung und Teilhabeverbesserung nach der Rehabilitation erforderlichen Maßnahmen. Die im Therapieplan festgelegten Zielsetzungen werden schrittweise erarbeitet und wenn notwendig modifiziert und ergänzt.

Ziele des Adaptionsmoduls sind die Öffnung nach außen, die Erprobung von Therapieergebnissen und die Hin-

führung auf einen Entwicklungsstand, der den jungen Menschen in die Lage versetzt, sich bestenfalls eigenständig im Erwerbsleben und im Alltag zu behaupten. Es beinhaltet konkret

- die Öffnung nach außen und zu einem zunehmend selbstständig zu strukturierenden Tagesablauf,
- die Bewährung und Erprobung der Fähigkeiten des Patienten unter Alltagsbedingungen, v. a. durch Schul- und Arbeitsbelastungserprobung sowie
- die Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung.

Im Vordergrund steht das Schaffen der Voraussetzungen für Schul-, Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit durch ein verstärktes Angebot von Berufspraktika, berufsvorbereitenden Maßnahmen sowie der schulischen und beruflichen Integration. Ziel ist, unter realen Alltagsbedingungen zu erproben, ob der junge Mensch den Anforderungen einer dem Entwicklungsalter angemessenen eigenverantwortlichen Lebensführung und der Selbstversorgung gewachsen ist.

Wird im Verlauf der Therapiephase deutlich, dass der junge Mensch trotz weitgehender Erreichung der Ziele des Therapiemoduls dermaßen Defizite im psychosozialen Funktionsniveau beibehalten wird, dass der Therapieerfolg ohne intensivere Maßnahmen nicht hinreichend stabil bleiben kann, so muss das Adaptionsmodul inhaltlich und zeitlich ausführlicher geplant und durchgeführt werden. Besonderes Augenmerk muss dabei auf Defizite in der Auffassung und Umsetzung der grundsätzlichen Arbeitsanforderungen (z. B. Belastungsfähigkeit, schulische Vertiefung, Ausdauer, Erwerb von handwerklichen Grundfertigkeiten), Defizite im sozialen Miteinander (mit Gefährdung zwischenmenschlicher Beziehungen in allen Lebensbereichen) und auf Defizite in der Selbstfürsorge gelegt werden. Dem Einbezug der Jugendhilfe mit Planung einer unterstützenden ambulanten oder gar stationären Maßnahme der Jugendhilfe kommt im Einzelfall eine besondere Bedeutung für die langfristige Stabilisierung und den langfristigen pädagogischen Bedarf jugendlicher Rehabilitanden zu. Die für einen stabilen Rehabilitationserfolg variable Dauer des Adaptionsmoduls bedingt die mehrmonatige Varianz in der Rehabilitationsgesamtdauer.

Die Adaption wird beendet und die Rehabilitation in die Entlassphase übergeleitet, sobald die Wiederherstellung der Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit erreicht ist, der junge Mensch wieder die Schule besuchen oder seiner früheren Arbeit oder einer anderen zumutbaren Arbeit nachgehen kann und eine entsprechende Tätigkeit hat, oder an einer weiteren Maßnahme zur Wiedereingliederung in Schule, Ausbildung und Beruf teilnehmen kann.

In der **Entlassphase** wird der therapeutische Prozess im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitati-

on zum Abschluss gebracht und der Fokus immer mehr auf die Verselbstständigung des Patienten und den nächsten Therapieabschnitt gerichtet. Es wird verstärkt auf die Verstetigung des Therapieerfolgs und Belastungserprobungen unter Alltagsbedingungen hingearbeitet. Insbesondere wird auf eine gute und konkrete Überleitung in die anschließende Wohn-, Schul- oder Arbeitssituation und die weiterführende ambulante Therapie geachtet.

Die Dauer der Rehabilitationsbehandlung variiert nicht nur je nach den individuellen Erfordernissen des Adaptionsmoduls, sondern auch je nach den individuellen Zielen und den Möglichkeiten, nahe der Einrichtung Maßnahmen z.B. der Berufsanbahnung absolvieren zu können. Im Verlauf der Rehabilitation wird individuell überprüft, ob die eingeplante Verweildauer verkürzt werden kann oder verlängert werden muss. Das entscheidende Kriterium für eine Verkürzung der üblichen Behandlungsdauer liegt im vorzeitigen Erreichen der im Einzelfall gesteckten Therapieziele.

### Umgang mit Rückfällen

Rückfälle in den Suchtmittelkonsum sind immanenter Teil einer Suchterkrankung. Sie können produktiv genutzt werden, sofern der Patient weiterhin therapiefähig ist. Dabei bilden die Einsicht und die Mitarbeit des Patienten wesentliche Faktoren. Es genügt nicht, ausschließlich Sanktionen zu verhängen, sondern es steht die Entwicklung konkreter Bewältigungsstrategien des Patienten im Zentrum der therapeutischen Arbeit.

Andererseits ist es wichtig, allen Patienten einen abstinenter Rahmen für die Behandlung zu sichern und Hürden nicht zu niedrig anzusetzen. Der Besitz und Konsum von Alkohol und Drogen, nicht ärztlich verordneten psychotropen Medikamenten und sonstigen bewusstseinsverändernden Substanzen sowie der Anbau derselben und insbesondere die Weitergabe psychotroper Substanzen in der Gruppe sind nicht mit der Behandlung vereinbar. Bei hinreichendem Verdacht können gemeinsam mit den Patienten deren Zimmer kontrolliert und auf Drogen oder gefährliche Gegenstände durchsucht werden. Es besteht die Möglichkeit einer vorzeitigen disziplinarischen Entlassung bzw. die vorzeitige Entlassung wegen erwiesener Therapieunfähigkeit oder -unwilligkeit, daneben die Möglichkeit kurzfristiger therapeutisch begründeter „Moratorien“ mit Entlassung über 1 oder 2 Wochen zur Reflektion der Therapiemotivation.

Themen der Rückfallgefährdung im Rahmen der Psychoedukation und von Angehörigenseminaren sind ebenso Bestandteil der Behandlung wie regelmäßige und auch nichtangekündigte Drogenscreenings.

### Umgang mit Regelverstößen

Eine Atmosphäre der Sicherheit und der Gewaltfreiheit sollte in der Rehabilitationseinrichtung gewährleistet sein. Dazu gehört eine Aufarbeitung von jeglichen Regelverstößen mit Ausübung von Gewalt, ggf. in Form einer vorzeitigen Entlassung.

Die Einrichtung muss des Weiteren ein Konzept des Jugendschutzes hinsichtlich des Konsums von Medien und auch hinsichtlich des Schutzes vor unerwünschten sexuellen Kontakten, insbesondere Übergriffen, vorhalten und umsetzen.

### Umgang mit den Herkunftsfamilien

Arbeit mit dem Herkunftsmilieu ist immanenter Bestandteil der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Diese findet je nach Lage und Einzugsgebiet der Einrichtung in Form von Familiensitzungen, Familiengruppenwochenenden, vorbereiteten Familienheimfahrten oder Elternseminaren statt, sofern nicht Gründe wie Kindeswohlgefährdung und/oder bestehende Umgangssperren dagegen sprechen.

Einbezug von und Zusammenarbeit mit Vormündern sind ebenso Teil des Vorgehens.

## 5. Personelle und strukturelle Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen benötigt für die Herstellung eines angemessenen therapeutischen Milieus qualifiziertes Fachpersonal unterschiedlicher Berufsgruppen mit Kompetenz für diese Altersgruppe. Die Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche stehen unter kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer fachärztlicher Leitung. Zum multiprofessionellen Team, das sich mit vielfältigem Fachwissen in die Arbeit einbringt, zählen insbesondere:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Erzieher und Jugend- und Heimerzieher, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Fachtherapeuten (Ergo-, Physio-, Moto- und Sporttherapeuten); eine Kooperation mit einer Schule für Kranke oder einer Schule für Erziehungshilfe sollte Unterricht in der Einrichtung durch qualifizierte Lehrer ermöglichen, einschließlich Schulabschlüssen.

Die Personalbemessung muss sich an den Besonderheiten der jungen Patienten und der Notwendigkeit einer 24-stündigen Aufsichtspflicht orientieren. Dabei sind insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen:

#### **Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbidität**

Die psychiatrische Komorbidität spielt bei jungen Minderjährigen mit substanzbedingten Erkrankungen eine noch ausgeprägtere Rolle als in der Suchthilfe für Erwachsene. Ausgeprägte psychiatrische Komorbiditäten finden sich je nach Studienlage bei 60 bis 90 % dieser Patienten allgemein und bei über 90 % der jugendlichen Patienten in medizinischer Rehabilitation. Daraus leitet sich die Notwendigkeit eines umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsplans ab, der nicht nur die Abhängigkeitsproblematik berücksichtigen darf. Das gilt umso mehr, je jünger die betroffenen Patienten sind. In dieser Altersgruppe spielen insbesondere emotionale und hyperkinetische Störungen eine gravierende Rolle, neben Traumafolgestörungen, Teilleistungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Juvenile drogeninduzierte Psychosen und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen sind ebenfalls anzutreffen.

#### **Berücksichtigung der neurobiologischen Folgen der Abhängigkeitserkrankungen**

Chronische Gebrauchsmuster von Alkohol, Cannabis und Stimulanzien im Jugendalter wirken sich ungünstig auf Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen und Emotionsregulation und -kontrolle aus. In Längsschnittstudien wurden Intelligenzeinbußen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch belegt. Exzessive Alkoholgebrauchsmuster im Jugendalter korrespondieren mit Hirnvolumenminderungen. Bei adoleszenten Cannabisabhängigen zeigen sich auch bei Abstinenz noch neuropsychologische Defizite, die durch ungünstige Beeinflussung der in dieser Altersphase relevanten Hirnreifung und kognitiven Entwicklung erklärt werden. Bei Cannabiskonsumern sind anhaltende Einschränkungen in den Bereichen abstraktes Denken, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Lernen, Planungsfähigkeit und psychomotorische Funktionen (u.a. psychomotorische Geschwindigkeit) zu verzeichnen. Neuroadaptative Prozesse, v.a. im sog. Suchtgedächtnis, akzentuieren diesen Befund. Die Folge ist eine deutliche Beeinträchtigung handlungsplanender Kontrollfunktionen (Kontrollminderung) sowie der Gedächtnisfunktionen (Lernstörung).

In therapeutischer Hinsicht müssen Verfahren und Maßnahmen bereitgestellt werden, die die Kognitionen und die Kontrollfunktionen fördern: computergesteuertes kognitives Training, Schule, Aufmerksamkeits- und Achtsamkeitstraining, Ergotherapie bzw. Arbeitstherapie sowie Kontingenzmanagement, Verfahren zur kognitiven

Umstrukturierung (kognitive Verhaltenstherapie), motivationale Ansätze (Motivational Enhancement Therapy) sowie Physio- und Sporttherapie oder Erlebnistherapie.

#### **Berücksichtigung von Delinquenz und juristischen Folgen**

Der Missbrauch von Suchtmitteln ist, insbesondere bei früh beginnendem oder multiplem Konsum, häufig Teil einer delinquenten Entwicklung. Der missbräuchliche Konsum von Alkohol beispielsweise erhöht die Wahrscheinlichkeit von Straftaten, sowohl für die Täter- als auch für die Opferrolle. Gewalttaten stehen hierbei im Vordergrund, doch auch andere Delikte können mit Substanzkonsum assoziiert sein. Der Konsum illegaler Drogen macht darüber hinaus Kontakte zu delinquenten Milieus und Personen wahrscheinlicher. In jedem Fall sollte die Bearbeitung des Themas Teil der Reha-Behandlung sein. Die Suchtrehabilitation sollte sich explizit auf ein Leben ohne Kriminalität und auf die nachhaltige Unterbrechung der Kontakte zu delinquenten Gruppen richten. Gegebenenfalls können Reha-Maßnahmen in juristische Kontexte eingebunden werden (Weisung, Beauflagung) und sollten dann mit den entsprechenden Institutionen, etwa der Jugendgerichtshilfe, sorgfältig koordiniert werden. Rückfälle in den Konsum können mit kriminellen Handlungen verbunden sein, was in der Planung von Reha-Behandlungen zu berücksichtigen ist. Zumeist können Therapieauflagen wie Sozialstunden während der Rehabilitationsbehandlung abgeleistet werden, es kann eine Schuldnerberatung stattfinden und somit der Weg in eine sozial adäquate Zukunft gebahnt werden.

Die Einrichtung muss sich als „delinquenzfreie Zone“ verstehen und wird ggf. auch delinquente Handlungen zur Anzeige bringen. Es braucht geschulte, mit der Jugendgerichtsbarkeit vertraute Therapeuten und Sozialarbeiter in der Einrichtung.

#### **Notwendigkeit pädagogischer Unterstützung**

Ausgeprägter Drogenkonsum und Abhängigkeitsentwicklungen im Jugendalter führen fast immer dazu, dass psychosoziale Reifungsprozesse und altersentsprechende Entwicklungsschritte nicht erreicht werden. Als Resultat entsprechen viele Patienten in ihrem planerischen Handeln und ihrer Situationsübersicht nicht ihrem biologischen Alter. Dies wird z. B. deutlich durch starke Einschränkungen in der Konfliktbewältigung und Emotionsregulation sowie der Anstrengungsbereitschaft. Die ausgeprägte Reifeverzögerung verstärkt eine soziale Überforderung im Alltag. Die Patienten benötigen ein hohes Maß an Hilfe in der Konfliktklärung und Alltagsstrukturierung sowie pädagogische Unterstützung. Hier erhält strukturierende Bezugspflege durch ausgebildete pädagogische und pflegerische Fachkräfte in der suchtmmedizinischen Rehabilitation von

jugen Patienten mit Abhängigkeitsproblemen eine besondere Bedeutung und Notwendigkeit.

### Einbezug der Familie

Das Ausmaß von nicht altersentsprechender Entgrenzung und das Sich-Entziehen vom Einfluss der zuständigen Erwachsenen sind in der Patientengruppe stark ausgeprägt. Konflikthafte Beziehungen, unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse treffen auf finanzielle und emotionale Abhängigkeiten in den Familiensystemen, die eine differenzierte Betrachtung und Behandlung mit familientherapeutischen Elementen und Ansätzen benötigen. Hier kommt der Familientherapie, dem Familienseminar sowie der Angehörigenberatung und -betreuung eine hohe Bedeutung zu. Hierzu werden ausreichende personelle Kapazitäten benötigt.

### Schulische und berufliche Eingliederung

Die Indikationsstellung zur suchtmmedizinischen Rehabilitation ergibt sich aus der Gefährdung der Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit junger Suchtmittelkonsumenten. Hier sind besondere Kapazitäten wie Sonderbeschulung in einer Schule für Kranke/Klinikschule oder Erziehungshilfeschule oder Einsätze in Arbeitstherapie-Werkstätten (ATW) in möglichst kleinen Gruppen notwendig und in der Reha-Einrichtung vorzuhalten, um grundlegende Arbeitsfähigkeiten zu erarbeiten und Motivationseinschränkungen ausreichend zu begegnen. Auch hier ist die Gruppe der Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen besonders auf intensive Unterstützung angewiesen, die von Einrichtungen für Erwachsene in der Regel nicht vorgehalten werden.

### Kooperation mit der Jugendhilfe

Die Aufarbeitung von Persönlichkeitsproblemen und von Sozialisationsdefiziten kann im Rahmen der medizinischen Rehabilitation häufig genug nur begonnen werden. Bei vielen Patienten können diese Defizite nicht ausreichend ausgeglichen oder nur Teilziele erreicht werden, sodass anschließend weitere Hilfen erforderlich sind. Das soziale Umfeld der Jugendlichen verfügt meist nicht über ausreichende Ressourcen, um dies etwa im familiären Rahmen umzusetzen. Dann kommt der Kooperation mit der Jugendhilfe eine überragende Bedeutung zu, z. B. mittels einer anschließenden Maßnahme der stationären Jugendhilfe.

### Grundsätzliche Anforderungen an die Einrichtungen

Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche mit Substanzgebrauchsstörungen haben eine umfassende, inter-

disziplinär abgestimmte Behandlung und Betreuung zu gewährleisten. Dazu müssen insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- stets verfügbare fachärztliche Präsenz und Verantwortung
- Mitwirkung von qualifiziertem und besonders geschultem Personal (das Personal sollte über Erfahrungen in der Vorsorge bzw. Rehabilitation von Jugendlichen verfügen)
- strukturiertes, verbindliches Rehabilitationskonzept
- interdisziplinäre multiprofessionelle therapeutische Angebote als konzeptionelle Schwerpunkte der Rehabilitationsleistungen (ganzheitlicher Ansatz)
- Erstellung und Fortschreibung eines individuellen Therapieplanes durch den verantwortlichen Arzt unter Beteiligung des multiprofessionellen Teams und des Betroffenen bzw. seiner Bezugspersonen

Die Einrichtung muss groß genug sein, um wirtschaftlich arbeiten zu können, sollte aber in der Binnendifferenzierung Gruppengrößen von acht (Jugendhilfestandard) bzw. zehn bis zwölf (Kinder- und Jugendpsychiatriestandard) jeweils nicht überschreiten. Die relativ kleine Gruppengröße wirkt sich auf die erforderlichen Personalschlüssel aus, ebenso die Aufsichtspflicht über Minderjährige und die gebotenen Standards zum Kinder- und Jugendschutz. Zu Personalanzahlzahlen können auf Anfrage mit Erklärungen Angaben gemacht werden.

Vermischungen mit Einrichtungsteilen für Erwachsene (ob im Bereich der Speisenversorgung oder der Freizeit) sollen vermieden werden und insbesondere dürfen keine regelhaften Kontakte zu erwachsenen Rehabilitanden ermöglicht werden. Es müssen die Möglichkeit zur Selbstversorgung, Nähe zu Freizeiteinrichtungen, ggf. Tierhaltung und ausreichend Außen- und Freiflächen bestehen.

## 6. Qualitätssicherung

Maßnahmen zur Qualitätssicherung tragen dazu bei, dass medizinische Rehabilitationsleistungen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Die Reha-Qualitätssicherung ist dabei an die Besonderheiten der Lebens-, Gesundheits- und Rehabilitationssituation von Jugendlichen anzupassen. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung beziehen sich auf die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2008).



Im Mittelpunkt der externen Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität wird von der Struktur- und der Prozessqualität beeinflusst und durch ihren Bezug darauf nachvollziehbar. Die Qualität einer Einrichtung lässt sich daher nur mithilfe aller drei Qualitätsdimensionen angemessen darstellen. Die Anforderungen an stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche werden durch externe Verfahren der Qualitätssicherung konkretisiert. Bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Sie basieren auf einer umfassenden Dokumentation der geleisteten Versorgung.
- Sie berücksichtigen unterschiedliche Aspekte der Versorgungsqualität.
- Sie beziehen Patienten/Rehabilitanden und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen mit ein.
- Sie werden regelhaft und kontinuierlich durchgeführt.
- Sie werden nach transparenten Maßgaben durchgeführt (z. B. Veröffentlichung der Anzahl einbezogener Patienten, Rehabilitationseinrichtungen).
- Die Ergebnisse werden in regelmäßigen Berichterstattungen zusammengefasst.
- Sie beschreiben nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern bewerten sie auch.
- Sie stellen die Praktikabilität und Handhabbarkeit der verwendeten Instrumente und Verfahren sicher.
- Sie ermöglichen faire Qualitätsvergleiche zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und fördern damit einen Wettbewerb um die beste Qualität.
- Sie stellen ihre Ergebnisse auch für versorgungsorientierte Fragestellungen zur Verfügung.

## Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (Hrsg.) (2008). Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Verfügbar unter: [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Gemeinsames\\_Rahmenkonzept.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Gemeinsames_Rahmenkonzept.pdf)
- buss – Bundesverband für stationäre Suchttrankenhilfe e.V. (Hrsg.) (2016). Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Verfügbar unter <https://www.suchthilfe.de/informationen/grundsatzpapier-adaption-2016-08-24.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. (Hrsg.) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Verfügbar unter: <https://www.dgppn.de/dgppn/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psycho-soziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankun-gen.html.pdf>
- Fegert, J. & Schepker, R. (2009). Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. *Das Jugendamt*, 82, 60–67
- Thomasius, R., Sack, P.M., Arnaud, N. & Hoch, E. (2016). Behandlung alkoholbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Altersspezifische Empfehlungen der neuen interdisziplinären S3-Leitlinie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, 44(4), 295–305.
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O. et al. (2016). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 62(2), 107–111. Verfügbar unter: <http://www.dgkjp.de/stellungnahmen-positionspapiere/stellungnahmen-2013/199-stn-der-suchtkommission>

### DGKJP-Geschäftsstelle

Reinhardtstr. 27B  
10117 Berlin  
Deutschland

[geschaeftsstelle@dgkjp.de](mailto:geschaeftsstelle@dgkjp.de)