Behandlungskonzeption

Fachklinik Hirtenstein



Für die Konzeption verantwortlich:

Dr. med. Ursula Fennen, MBA Chefärztin

Stand: Januar 2019

Fachklinik Hirtenstein

Hirtenstein 1

87538 Bolsterlang

Tel. 08326/ 311-101

FAX 08326/311-113

fachklinik.hirtenstein@deutscher-orden.de

Ärztliche Leitung: Dr. med. Ursula Fennen, MBA

Träger: Deutscher Orden- Ordenswerke

Klosterweg 1

83629 Weyarn

Geschäftsführer: Dr. Thomas Franke

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Allgemeines	5
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	6
3. 1.	Zur Klinik	6
3. 2.	Das Menschenbild des Deutschen Ordens	6
3. 3.	Zielgruppen, Behandlungsdauer	7
4.	Rehabilitationskonzept	8
4. 1.	Theoretische Grundlagen	9
4. 1. 1.	Allgemeine theoretische Grundlagen	9
4. 1. 2.	Spezifische theoretische Grundlagen	13
4. 2.	Rehabilitationsindikation und -kontraindikation	18
4. 3.	Rehabilitationsziele	19
4. 4.	Rehabilitationsdauer	20
4. 5.	Individuelle Rehabilitationsplanung	21
4. 5. 1.	Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur und Erwerbsbezug	21
4. 5. 2.	Behandlungsphasen	25
4. 6.	Rehabilitationsprogramm	28
4. 6. 1.	Behandlungskonzept für Alkohol- und Medikamenten-abhängigkeit, Langzeitmodul	28
4. 6. 2.	Pathologisches Glücksspiel	29
4. 6. 3.	Therapien kürzerer Dauer	36
4. 7.	Die Adaptionsbehandlung	38
4. 8.	Rehabilitationselemente	43
4. 8. 1.	Aufnahmeverfahren	44
4. 8. 2.	Rehabilitationsdiagnostik	44
4. 8. 3.	Medizinische Therapie	46
4. 8. 4.	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere	
	Gruppenangebote	46
4. 8. 5.	Arbeitsbezogene Intervention	49
4. 8. 6.	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	56
4. 8. 7.	Freizeitangebote	60
4. 8. 8.	Sozialdienst	61
4. 8. 9.	Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung	61
4. 8. 10.	Angehörigenarbeit	62
4. 8. 11.	Rückfallmanagement	63
4. 8. 12.	Gesundheits- und Krankenpflege	64
4. 8. 13.	Weitere Leistungen	64
4. 8. 14.	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	65
5.	Personelle Ausstattung	65
6.	Räumliche Gegebenheiten	66
7.	Kooperation und Vernetzung	66

8.	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	66
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	69
9.1	Leitungsstruktur der Fachklinik Hirtenstein	69
9.2	Das multidisziplinäre Team	69
9.3	Kommunikationsstruktur	72
10.	Notfallmanagement	73
11.	Fortbildung	73
12.	Supervision	73
13.	Hausordnung und Therapievertrag	75
14.	Abstinenz- und Therapievertrag	87
1:44	romaishais	

Literaturverzeichnis

Anhang

1. Einleitung

Die Fachklinik Hirtenstein erbringt Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen nach § 6 SGB IX in Verbindung mit § 5 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V gemäß dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung mit "dem Ziel der Befähigung der Rehabilitanden, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen ihre Funktion in Beruf, Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben". Die Klinik wird durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Facharztbezeichnung "Psychiatrie/ Psychotherapie", die über die Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" oder "Rehabilitationswesen" verfügt, geleitet. Die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation auf dem Krankheitsfolgemodell der Internationalen Klassifikation basiert Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation von 2001 / 2006 und ist somit verankert im § 1 SGB IX. Die berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) ist von Beginn an über eine Zuordnung der Patienten in eine BORA Zielgruppe, welche im Sinne einer Homogenität hinsichtlich der Erwerbsprognose identisch ist mit der Bezugsgruppe, therapieführend. Aus ICF und BORA abgeleitet ist die Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur (Abb. 2) in der Fachklinik, die die Rehabilitation in drei Phasen gliedert.

2. Allgemeines

Die Fachklinik Hirtenstein, 1959 als Lungenfachklinik errichtet, wurde im Jahr 1983 vom Katholischen Männerfürsorgeverein (KMFV) e.V. in München als Rehabilitationsklinik für suchtkranke Männer gegründet und im September 2015 vom Deutschen Orden gekauft.

Die Fachklinik Hirtenstein ist mit 74 Behandlungsplätzen die derzeit größte Einrichtung des Fachbereichs Suchthilfe des Deutschen Ordens und die einzige Klinik, in der alkohol- und medikamentenabhängige Männer geschlechtsspezifisch (s. 4.1.2) behandelt werden. Weitere Geschäftsbereiche des Deutschen Ordens sind die Altenhilfe und Behindertenhilfe. In der Fachklinik Hirtenstein sind 34 Mitarbeiter beschäftigt. Das Versorgungsgebiet der Klinik ist regional das Oberallgäu, Ostallgäu, Kempten, Unterallgäu, reicht aber bis München und das Umland sowie Oberbayern.

Entstanden ist die folgende Konzeption als ein Ergebnis eines Organisationsentwicklungsprozesses in der Fachklinik Hirtenstein von Juni 2016 bis Mai 2017. Nach dem Trägerwechsel im September 2015 sowie dem Leitungswechsel im März 2016 wurde dieser Reorganisationsprozess erforderlich, um die Klinik an den aktuellen fachlichen Anforderungen bezüglich ICF und BORA auszurichten, Therapieangebote zu profilieren sowie innerhalb der Klinik Strukturen zu schaffen, die eine effiziente Aufbau- und Ablaufprozesse ermöglichen.

Nach nun fast drei Jahren unter einer neuen, tiefenpsychologisch ausgebildeten Leitung, interner und externer Fortbildung der Mitarbeiter, Fallbesprechungen, Konferenzen und Visiten sowie Supervision finden sich mittlerweile alle Mitarbeiter, von denen zwei eine tiefenpsychologische, zwei eine psychoanalytisch interaktionelle Ausbildung haben, drei eine integrative in einem tiefenpsychologischen Krankheitsverständnis und einer psychodynamisch ausgerichteten Behandlungspraxis wieder. Lediglich in der Bezugsgruppe Pathologisches Glücksspiel erfolgt derzeit die Diagnostik und Behandlung auf Grund der Ausbildung des Bezugstherapeuten verhaltenstherapeutisch und ist somit in diesem Kapitel auch beschrieben.

Konzept und dessen Operationalisierung im Arbeitsalltag erfüllen die Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen. Federführender Kostenträger der Fachklinik Hirtenstein ist die DRV Schwaben mit Sitz in Augsburg. Die Fachklinik sowie das umgebende Gelände gehören seit September 2015 dem Deutschen Orden.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3. 1. Zur Klinik

Die Fachklinik Hirtenstein bietet 74 Behandlungsplätze für suchtkranke Männer. Sie ist gut mit dem Öffentlichen Nahverkehr zu erreichen, der nächste Fernbahnhof ist im zwei Kilometer entfernte Fischen. Auf dem Klinikgelände liegen das Hauptgebäude mit angeschlossener Sporthalle sowie ein Ende 2017 fertiggestellter Neubau mit einer Holz- und Metallwerkstatt. Das Hauptgebäude gliedert sich in drei Trakte. Im Erdgeschoss sind Büros, Untersuchungsräume, ein Computerraum für Patienten, ein Konferenzraum, Küche, Ergotherapie und der Speisesaal. In den oberen Stockwerken sind Gruppenräume, Büros der Bezugstherapeuten sowie Patientenzimmer. Seit Juni 2018 bietet die Klinik als zweite Phase der medizinischen Entwöhnungsbehandlung die Adaptionsbehandlung mit acht Behandlungsplätzen in Einzelappartements.

Die Sporthalle und ein mit Geräten gut ausgestatteter Raum für die medizinische Trainingstherapie stehen für ein qualifiziertes sporttherapeutisches Programm zur Verfügung. Außerdem verfügt die Klinik über ein reichhaltiges Angebot an Freizeitaktivitäten (Patientenbibliothek, Billardtisch, Tischkicker, Tischtennis, Dart, TV Räume) sowie die Möglichkeit, auch in der Freizeit Materialen aus Kunst- und Ergotherapie oder die Sporthalle zu nutzen. Die unmittelbare Nähe zur Hörnerbahn in Bolsterlang sowie die umgebenden Berge laden zu Wanderungen unterschiedlichster Schwierigkeitsgrade ein. Therapeutisch genutzt wird ein direkt unterhalb der Klinik gelegener Klettergarten sowie die Bogenschießanlage der Gemeinde Bolsterlang zur Rekreation.

Die Fachklinik verfügt über Doppelzimmer, einige Einzelzimmer können bei therapeutischer oder medizinischer Indikation genutzt werden. Durch einen Aufzug ist die Klinik weitestgehend barrierefrei.

Erwähnenswert ist die Kapelle der Fachklinik Hirtenstein, die unter dem ehemaligen Träger des Katholischen Männerfürsorgevereines profaniert wurde und nun unter dem neuen Träger des Deutschen Ordens erneut geweiht werden wird. Die seelsorgerliche Betreuung der Mitarbeiter und der Rehabilitanden sowie die Feier von Heiligen Messen aber auch Wortgottesdiensten in der Kapelle stellen die Patres des Deutschen Ordens auf zurückhaltende, aber dennoch präsente Art sicher.

3. 2. Das Menschenbild des Deutschen Ordens

Die Einrichtungen des Fachbereichs Suchthilfe im Deutschen Orden K.d.ö.R. unterstützen Menschen bei dem Wunsch, ihre Sucht zu überwinden und alternative, gesunde Bewältigungsstrategien zu erlernen. Die unterschiedlichsten Einrichtungen, von der Beratungsstelle über die Akut- bzw. Entzugsstation zur Übergangseinrichtung und zur Rehabilitationsklinik bzw. zum soziotherapeutischen Heim werden dem individuellen Hilfebedarf süchtiger Menschen gerecht. Das Angebot ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen bietet ein in seiner Betreuungsintensität abgestuftes System, so dass Förderung zielgerichtet dort geleistet wird, wo sie notwendig und sinnvoll ist.

Zentrales Ziel der Behandlungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen ist eine durch den fortgesetzten Suchtmittelkonsum drohende oder bereits eingetretene Behinderung zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Als Ergebnis aller Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen wird die möglichst vollständige Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit als Voraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und insbesondere am Arbeitsleben angestrebt.

Der Mensch ist für uns individuell, einmalig, unwiederholbar und unverwechselbar. Als Person verfügt er über sich selbst in Freiheit und Verantwortung.

Suchtmittelkonsum ist in unserem Verständnis für den Suchtkranken eine, wenn auch dysfunktionale, so doch lösungsorientierte Strategie. Die Suchterkrankung ist nur eine Facette der Persönlichkeit eines suchtkranken Menschen. Gemeinsam mit uns machen sich unsere Patienten und Bewohner auf die Suche nach ihren Ressourcen, ihren Kompetenzen und ihren Talenten. Damit diese Suche gelingt, begegnen wir unseren Patienten und Bewohnern unter dem Ursprungscharisma des Deutschen Ordens "Helfen und Heilen" mit Respekt und Wertschätzung, mit einer sorgenden, partnerschaftlichen, aufrichtigen, empathischen und neugierigen Haltung. In unseren Einrichtungen schaffen wir eine Geborgenheit, Solidarität, Zuversicht, Klarheit, Atmosphäre der Herausforderung und Lebendigkeit. Ein solches Setting ermutigt unsere Patienten und Bewohner, ein Lebenskonzept zu entwerfen und zu entwickeln, welches ihnen ein suchtfreies und zufriedenes Leben ermöglicht. Tragende Säulen eines solchen Konzeptes sind die Entdeckung und Entwicklung einer persönlichen, sozialen, beruflichen und spirituellen Identität.

Unsere Mitarbeiter mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung sind unser größtes Kapital. Wir begegnen uns untereinander mit Wertschätzung und Respekt. Transparenz und Vertrauen sind die Basis für einen offenen Umgang miteinander.

Wir verpflichten uns, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen verantwortlich umzugehen, so dass unter den Prämissen von Wirtschaftlichkeit und qualitätsorientiertem Handeln der größtmögliche Nutzen für unsere Patienten und Bewohner im Sinne dieses Leitbildes erreicht werden kann.

3. 3. Zielgruppen, Behandlungsdauer

Die medizinische Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Hirtenstein ist vorgesehen für abhängig kranke Männer ab 18 Jahren. Die Behandlungsdauer beträgt regulär 15 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, zwölf Wochen bei Abhängigkeit vom Pathologischen Glücksspiel. Ebenso werden Rehabilitanden mit begleitendem Konsum von Cannabis und/ oder Partydrogen sowie Drogenkonsum in der Anamnese behandelt. Weitere Indikationen sind affektive und schizophrene Erkrankungen sowie Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, vergesellschaftet mit Substanzkonsum.

Modul: Langzeitbehandlung Alkohol/ Medikamente

Wenigstens fünfzehnwöchige stationäre Langzeitbehandlung von alkohol- und/ oder medikamentenabhängigen Rehabilitanden.

Modul: Kurzzeitbehandlung Alkohol/ Medikamente

Achtwöchige stationäre Kurzzeitbehandlung von alkohol- und/ oder medikamentenabhängigen Rehabilitanden.

Modul: Wiederholerbehandlung Alkohol/ Medikamente

Acht-bis zehnwöchige stationäre Wiederholungsbehandlung von alkohol- und/oder medikamentenabhängigen Rehabilitanden nach einem Rückfall bei vorheriger abgeschlossener Langzeitbehandlung.

Modul: Kombibehandlung

Sechs- bis achtwöchige stationäre Therapiephase mit anschließender sechsmonatiger ambulanter Behandlungsphase in der Suchtfachambulanz am Heimatort oder mehrwöchiger ganztägig ambulanter Behandlungsphase in einer Tagesrehabilitation am oder nahe des Heimatorts.

Modul: Pathologisches Glücksspiel

Zwölfwöchige Behandlung von Rehabilitanden mit Abhängigkeit von Pathologischem Glücksspiel mit und ohne zusätzliche stoffgebundene Abhängigkeit.

Modul: Teilstationäre Entlassphase

Die letzten vier Wochen der Rehabilitation können in eine teilstationäre Entlassphase umgewidmet werden.

Zweite Phase der medizinischen Rehabilitationsbehandlung: Adaption

Zwölfwöchige Behandlung für Patienten jeder Indikation zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

4. Rehabilitationskonzept

In den mehr als 30 Jahren ihres Bestehens hat die Fachklinik Hirtenstein je nach Leitung mehrere konzeptionelle Änderungen und Kehren erfahren; das Ergebnis der letzten Konzeptnovellierung 2013 ist somit sprachlich und methodisch eklektisch mit einer zu Grunde liegenden verhaltenstherapeutischen Ausrichtung. Die Herausforderung an das hier vorliegende Konzept war es, um diese unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Methoden eine Klammer zu legen, die eine Bündelung mit Fokus auf das Therapieziel sowie eine Anschlussfähigkeit für Vor- und Nachbehandler an das alte Konzept ermöglicht. Diese Klammer ist die stringente Umsetzung von ICF und BORA, dieses ist der gemeinsame Nenner, auf den sich alle Therapierichtungen bringen lassen, der Sprachfähigkeit und somit Planungsfähigkeit ermöglicht. Gleichwohl ist die Ausrichtung der Klinik, abgesehen von der Bezugsgruppe Pathologisches Glücksspiel, mittlerweile eine psychodynamische.

Das Konzept orientiert sich am Gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherungen vom 23.09.2011. Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind

- die Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011
- die BAR- Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12).

4. 1. Theoretische Grundlagen

4. 1. 1. Allgemeine theoretische Grundlagen

ICF

Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

- ihre k\u00f6rperlichen Funktionen (einschlie\u00dblich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre K\u00f6rperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der K\u00f6rperfunktionen und -strukturen),
- 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivität) und
- 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen, Partizipation).

Der ICF-Begriff der "Funktionsfähigkeit" umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich den bio-medizinischen zu (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung.

Ferner sind die Kontextfaktoren der betreffenden Person von wichtiger Bedeutung für die Funktionsfähigkeit, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie lebt sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft). Kontextfaktoren können sich positiv insbesondere auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, "gebraucht zu werden", gute Leistungsbereitschaft der Person) oder negativ (zum Beispiel Barrieren, fehlende Teilzeitarbeitsplätze, Migration, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, mangelnde Motivation der Person).

Nach dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation ist eine Krankheit mit Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten und auf die Partizipation verknüpft. Während sich die akutmedizinische Behandlung mit der direkten Beeinflussung der Körperfunktionen und -strukturen beschäftigt, besteht die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Wesentlichen darin, die durch die Gesundheitsstörung beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten ("Krankheitsfolgen") unter Berücksichtigung der Kontext- und personenbezogenen Faktoren zu beeinflussen. Nicht die direkte Behandlung und Beseitigung der Erkrankung, sondern die Befähigung der betroffenen Person im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen sowie die Optimierung der Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) stehen somit im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation.

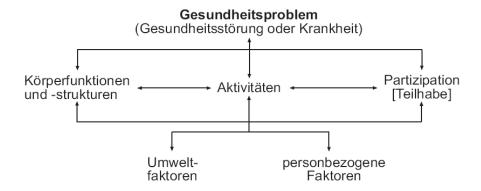


Abb.1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit nach der ICF

Abhängigkeitserkrankungen sind psychische Erkrankungen, die häufig auch durch Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (z.B. alkoholbedingte Lebererkrankung) begleitet werden oder diese bedingen. Krankheitsbedingt sind die Aktivitäten und Teilhabefähigkeit an Lebensbereichen beeinflusst. Einschränkungen in der Partizipation an wichtigen Lebensbereichen werden bei Abhängigkeitserkrankungen sowohl als Mitverursachung als auch als Krankheitsfolge betrachtet. Die Verbesserung der Fähigkeiten zur Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung, gemeinschaftlichem, sozialem und staatsbürgerlichem Leben, Mobilität, Selbstversorgung, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen stehen somit im Mittelpunkt der Bemühungen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen.

BORA

Die ICF befasst sich mit der "funktionalen Gesundheit" und nimmt damit den Rehagedanken auf, einen Rehabilitanden mit und trotz gesundheitlicher Defizite durch geeignete Maßnahmen wieder dem ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen. Folgerichtig war die Entwicklung des Konzepts MBOR, Medizinisch berufliche Orientierung in der Reha von 2012, welches sich anfangs somatischer Krankheitsbilder annahm.

2015 legte die DRV dann ein Konzept für Suchterkrankte vor, BORA= Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Im Gegensatz zu den somatischen Rehabilitationen ging es bei diesem Konzept von Anfang an nicht darum, berufsbezogene Arbeitsabläufe gezielt zu trainieren, sondern die in allen Suchtkliniken bestehenden arbeitstherapeutischen Interventionen zu strukturieren, zu koordinieren sowie eine berufsbezogenen Diagnostik mit Zuweisung zu fünf BORA Zielgruppen planungsleitend in die gesamte Therapie zu implementieren (s. 4.7.5).

Die Abhängigkeitserkrankung: Ein Psychoanalytisches Krankheitsmodell

International werden Abhängigkeitserkrankungen in ihren Krankheitsursachen als "multiphänomenal" und "multikausal" betrachtet (Rost 1992). Neben konstitutionellen Faktoren (Emde 1991) und weiteren "konkurrierenden Ursachen" (Wurmser 1997) wie z.B. "psychosoziale(n) Konflikte(n)" (Burian 1994) haben aus der Sicht psychoanalytischer Forschung insbesondere persönlichkeitsprägende Beziehungserfahrungen als protektive oder vulnerabilisierende Faktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die Krankheitsentstehung (Standke 1993, Heigl-Evers et.al.1988) und -aufrechterhaltung.

Die von der Psychoanalyse vertretene Dualität von Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung eröffnet ein komplexes Feld krankheitsrelevanter Wirkfaktoren. Burian (1994, S. 30) sieht den Vorteil psychoanalytischer Ansätze und Zugangsweisen im

Erfassen und Behandeln von Abhängigkeitserkrankungen "in dem Verstehen der Dynamik von äußerem Verhalten, innerem Erleben und Affekt". Je nach Schweregrad der Entwicklungsstörung eines Menschen ersetzt die Suchtmittelwirkung psychosoziale Funktionen, über die der oder die Betroffene aufgrund der zugrundeliegenden Störung nicht verfügt. Die destruktivste Ausprägung von Sucht und Abhängigkeit (mit einer nicht zu übersehenden selbstzerstörerischen Qualität) korrespondiert in der Regel mit einer schweren Selbstwertstörung, verbunden mit einer grundsätzlich eingeschränkten Beziehungsfähigkeit.

Die Funktion der Substanzwirkung ist in diesem Falle die eines Objektersatzes (Rost 1992). Ichpsychologische Suchttheorien (Krystal & Raskin 1983; Heigl-Evers et al. 1988; Büchner 1993) befassen sich mit Suchtphänomenen, die sich auf dem Hintergrund struktureller Störungen von Ich-Funktionen (v.a. Affektstörungen, Triebstörungen u. Störungen der Selbstwertregulation; Krystal & Raskin) als "artifizielle Ich-Funktionen" (Büchner 1993) interpretieren lassen. Es handelt sich in diesen Fällen um weniger selbstzerstörerische Formen von Abhängigkeit. Die Drogenwirkung ist über die Länge der Jahre gesehen zwar ebenfalls verheerend, diese Wirkung wird aber nicht wie im ersten Fall aggressiv provoziert. Vielmehr wird das Suchtmittel gezielt zur Unterstützung von Lebensvollzügen eingesetzt.

Ein weiterer Typus der Abhängigkeitserkrankung bezieht sich auf eine "relativ gesunde und entwickelte Persönlichkeit" (den neurotischen Charakter) und tritt hier eher im Sinne eines "Durchgangssyndroms" auf (Rost 1992). Die Suchtmittelwirkung unterstützt hier die Steuerung und Kontrolle von mitunter heftigen, sich widerstreitenden Affekten. Die Funktion der gesuchten Drogenwirkung lässt sich folglich als "pharmakologisch verstärkte Verleugnung von Gefühlen" (Wurmser 1987, S. 222) beschreiben. Das sind dann die Patienten, die neben der Suchterkrankung psychosomatische Phänomene wie (komorbide) Angst- und depressive Störungen aufweisen. Diesen Störungen begegnen wir ebenfalls durch das analytische Verständnis implizit in der Psychotherapie, bieten aber auch vertiefende, zum Teil psychoedukative Indikationsgruppen für diese Patienten an.

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Entsprechend des tiefenpsychologischen Konzepts und des beziehungsorientieren, psychodynamischen Behandlungsansatzes diagnostizieren wir die Patienten in der Aufnahmephase nach OPD-2. OPD-2 ist ein Manual für Diagnostik und Therapieplanung, herausgegeben vom Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, gegründet 1992 und liegt in zweiter, überarbeiteter Auflage vor. Die OPD erfasst auf fünf Achsen psychodynamische Befunde der Patienten, differenziert diese, bietet daraus folgend Behandlungsfoki an und ist somit als Persönlichkeitsdiagnostik zusammen mit der Zuordnung zu einer BORA Zielgruppe therapieleitend.

Auf Achse I wird das Krankheitserleben und -verständnis sowie die Behandlungsvoraussetzungen des Patienten beschrieben.

Auf Achse II betrachtet die OPD, wie Patienten Beziehungen gestalten und sich in Beziehuna erleben. d.h. es wird ein Beziehungszirkel erstellt, der ein immer wiederkehrendes Beziehungsmuster darstellt: Der Patient macht dysfunktionales Beziehungsangebot, das wiederum im Anderen ein wie auch immer geartetes unangenehmes Gefühl auslöst, was wiederum zu einer Handlung des Anderen führt, und diese Handlung wiederum löst im Patienten ein Unlustgefühl aus, was wiederum zum dysfunktionalen Beziehungsangebot führt. Der Beziehungszirkel bildet also Übertragung und Gegenübertragung als Reinszenierung (Freud) ab.

Auf Achse III stellt OPD im Sinne des Wiederholungszwangs (Freud) den lebensüberdauernden, repetitiven Konflikt und damit die Möglichkeiten des Patienten, sein Ich sowie seine Beziehungen zu regulieren, dar. Der früheste Konflikt nach OPD ist der

- Abhängigkeit vs. Individuation, also Beziehung um jeden Preis oder Einsamkeit um jeden Preis.
- Der nächste Konflikt ist der Kontrolle vs. Unterwerfung, des Weiteren der
- Konflikt Autarkie vs. Versorgung: Bedürfnisse bei sich selber werden nicht wahrgenommen, aber andere werden versorgt. Zuwendung und Versorgung durch andere erzeugt Trauer, Angst, und Lösung der Beziehung.
- Der typische Konflikt auf dem mittleren Strukturniveau ist der Selbstwertkonflikt, reife Konflikte sind der
- Identitäts-,
- Schuldkonflikt und der
- ödipale Konflikt.

Jeder Konflikt steht für eine Entwicklungsphase in den ersten sechs Lebensjahren, korrespondiert stets mit Ich-strukturellen Defiziten bzw. Defiziten in der Objektregulation und ist begleitet von spezifischen Abwehrmechanismen.

In Achse IV trifft die OPD im Kern eine Aussage über das strukturelle Integrationsniveau der Persönlichkeit: die OPD unterscheidet das geringe Integrationsniveau, das mäßige und das gute. Der Vollständigkeit halber zu nennen ist das desintegrative Strukturniveau, die Psychose. Um zu dieser strukturellen Diagnose zu gelangen werden folgende Ichfunktionen betrachtet:

- Selbstwahrnehmung, hier die Selbstreflektion, die Affektdifferenzierung und die Identität, also die Möglichkeit des Patienten, den Blick auf die eigene Innenwelt zu richten und diese in sprachliche Begriffe zu fassen, Affekte differenziert wahrzunehmen sowie über ein konstantes und kohärentes Selbstbild zu verfügen.
- Des Weiteren die Objektwahrnehmung, hier die Selbstobjektdifferenzierung, also das Auseinanderhalten von Selbst und Objekten, die ganzheitliche Objektwahrnehmung und die realistische Objektwahrnehmung.
- Selbstregulation und Regulierung des Objektsbezugs, hier Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulation, Beziehung schützen zu können, Interessen ausgleichen und Antizipation.
- Die Kommunikation nach innen und außen meint Affekterleben, das Nutzen von Fantasie, ein intaktes Körperselbst, Kontaktaufnahme, Affektmitteilungen und Empathie.
- Wir beurteilen die Bindung an innere und äußere Objekte, sind Objekte internalisiert, gibt es gute Beziehungserfahrungen, die in Notsituationen nutzbar sind, gibt es variable Bindungen, triadische Beziehungen, kann Bindung eingegangen werden, können Objekte geschützt werden, können Bindungen gelöst werden. Kann Hilfe angenommen werden?

Je differenzierter diese Fähigkeiten ausgebildet sind, desto höher das Strukturniveau. Es lässt sich unterscheiden, ob strukturelle Störungen im Vordergrund stehen oder konfliktuöse im Sinne der Objektbeziehungsregulation.

4. 1. 2. Spezifische theoretische Grundlagen

Der geschlechtsspezifische Therapieansatz

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern liegen suchtvorbereitende Ursachen in psychosozialen Erfahrungen ihrer Entwicklungsjahre begründet. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Entwicklungsverläufen sind durch die entwicklungspsychologische Forschung sowie geschlechtsspezifische Forschung belegt (u.a. Gender Studies, Universität Zürich 1999; Rohde-Dachser 1996; Badinter 1992). Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen zum einen in der biologischen Verschiedenartigkeit und der Wirkungsgeschichte ihrer Verarbeitung, zum anderen in sozio-kulturellen und gesellschaftlich-politischen Differenzen, die u.a. in unterschiedlichen Rollenerwartungen und Identitätsbildungen ihren Ausdruck finden.

Der männerspezifische Therapieansatz berücksichtigt folgende Faktoren: Das Selbstbild vieler Männer ist in der heutigen patriarchalen Gesellschaft zweigeteilt; im Extremfall in ein weibliches Inneres und ein männliches Äußeres (Badinter 1993, S. 152). Die männlichen und die weiblichen Anteile stehen sich oft feindlich gegenüber. Die Leugnung von Persönlichkeitsanteilen hat jedoch ihren Preis. Die Verdrängung führt zum Hass auf die geleugneten Anteile des eigenen Selbst. Der Hassaffekt wird in der Regel projektiv verarbeitet. Z. B. kann sich der Hass auf "die Frau" richten oder in differenzierterer Form auf bestimmte Qualitäten der Frau. Im patriarchalen Gesellschaftssystem führt der Hass auf das weibliche Selbst zu einer Polarisierung der sexuellen Gegensätze im gesellschaftlichen Leben. Das männliche Prinzip gestaltet und beherrscht die öffentliche Szene. Weiblichkeit hingegen wird abgewertet.

Die auslösende Dynamik hinter diesen Prozessen liegt in der nicht gelungenen Integration der weiblichen Anteile in einer gefestigten männlichen Identität. Unterstützt wird diese Identitätsspaltung auch durch fehlende Rituale männlicher Initiation in einer "vaterlosen Gesellschaft" (Mitscherlich). Die Sehnsucht nach einer ganzheitlichen Selbsterfahrung scheint vor diesem Hintergrund nur als regressive Form der Bindung an das "mütterlich Weibliche" (Badinter) möglich. Ein männerspezifisches Therapieangebot kann an der Befindlichkeit einer gespaltenen männlichen Identität und der regressiven Fixierung an den mütterlichen Grund nicht vorbeischauen, vor allem auch deshalb nicht, weil zur Aufrechterhaltung von Identitätsspaltung und Mutterfixierung Suchtmittel unterstützend eingesetzt werden.

Folge der nicht oder schlecht gelungenen Integration sind Störungen im Affektleben des Mannes. Sie zeigen sich z.B. in der nicht zu leugnenden Gewaltbereitschaft vieler Männer, einschließlich der Bereitschaft zu sexuell motivierter Gewaltanwendung, selbst unter Missachtung der Inzestschranke. Auf der anderen Seite zeigen Männer häufig ein unsicheres und gehemmtes Verhalten, wenn es um den Ausdruck zärtlicher Gefühle und personaler Intimität geht. Ein therapeutischer Ansatz, der Männern hier Hilfestellung und Entwicklungsmöglichkeiten anbieten will, muss v.a. eine Antwort auf die hohe Schamschwelle dieser Männer finden.

Ein männerspezifischer Behandlungsansatz sollte das männliche Selbstwertgefühl und die Mechanismen der Selbstwertregulierung im Blick haben. Männer werden ihrer selbst vornehmlich über ihr Leistungsverhalten bewusst. Ihre Selbsteinschätzung und in Folge ihr Selbstwertgefühl richten sich ebenfalls danach aus. "Ich leiste, also bin ich" oder "Ich leiste nicht, also bin ich nicht." Auch dieses Leistungsprinzip der Selbstwertbestimmung und -regulierung verweist auf Brüche und Schwachstellen in der Entwicklung einer männlichen Identität. Dieses Leistungsprinzip zur Identitätssicherung ist ein von außen

aufgezwungenes Prinzip. Es kompensiert zwar den nicht oder schlecht gelungenen Versuch einer autonomen, innengesteuerten Selbstfindung, auf der anderen Seite führt dieses Prinzip jedoch zu einer dauerhaften Selbstentfremdung und zu einer Erschöpfung psychischer und physischer Ressourcen.

Suchtkarrieren von Männern dokumentieren dieses Dilemma oft in erschütternder Weise. Suchtmittel werden eingesetzt, um den Raubbau mit eigenen Ressourcen zu kaschieren, um "die Leistung zu erhalten" und um die Wahrheit des sich abzeichnenden Zusammenbruchs zu verleugnen.

Ein männerspezifischer Behandlungsansatz bietet Möglichkeiten, diesen Kreislauf leistungsabhängiger Selbstwertregulierung aufzubrechen. V.a. Erfahrungen in Beziehungen sind hier wichtig; Erfahrungen, durch die bisher ungelebte Seiten der eigenen Persönlichkeit bewusst erlebt werden und zum Ausdruck kommen. Nur über eine kommunikative Erschließung des eigenen Selbst werden identitätsstiftende Prozesse möglich.

Beziehungstrauma, Persönlichkeitsstörung und Sucht

Bedeutsam für die Entwicklung ist vom ersten Moment unseres Lebens an eine angemessene affektive Antwort der Bezugspersonen auf die Äußerungen, Bedürfnisse und Fragen des Kindes. Über diese angemessene Antwort der Bezugspersonen lernt das Kind im Laufe seiner ersten sechs Lebensjahre, Affekte wahrzunehmen, sie zu differenzieren, sie zu identifizieren und zu benennen. Die Benennung ist letztendlich die Symbolisierung auf einer nur noch mittelbaren Metaebene und erlaubt die vollumfängliche Nutzung von Ich-Funktionen. Sprache strukturiert somit inneres Erleben und dessen Kommunikation nach außen. Wenn die Interkation zwischen Kind und Bezugsperson dauerhaft nicht gelingt, kommt es zur dysfunktionalen Beziehung, die eine vollständige Reifung entlang der verschiedenen Entwicklungsstufen verhindert, also zum Beziehungstrauma als Grundlage für Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung (Büchner, 1993).

Drei große Abschnitte prägen die ersten sechs Lebensjahre: Anfangs ist das Kind auf Reizschutz, Trost und Befriedigung seiner Bedürfnisse durch jemand Anderen angewiesen. Zu demjenigen nimmt es aktiv bereits Kontakt auf, nonverbal durch Lächeln, verbal über Schreien. Es ist die Zeit der Symbiose mit der Bezugsperson, die als nicht getrennt vom Selbst erlebt wird und, wenn die Symbiose glückt, das kleine Kind tröstet und versorgt und Mangelzustände nicht zulässt. Hier entstehen die ersten Ich-Funktionen, sie heißen Selbstfürsorge, Reizschutz, Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung. Objektbeziehungstheoretisch entstehen hier Selbstobjektbeziehungen: Der Andere ist integraler Bestandteil der eigenen Persönlichkeit und zum Überleben essentiell. Eine Trennung zwischen dem Selbst und dem Anderen wird nicht wahrgenommen (Bilitza, 1993).

Bereits ein paar Monate nach Beginn des Lebens beginnt das Baby zu unterscheiden zwischen sich nähernden Bezugspersonen und lächelt die für ihn bedeutsame Bezugsperson auf eine besondere Weise an. Zu diesem Zeitpunkt bildet sich die dyadische Beziehung aus. In der Dyade der Zweierbeziehung erkennt und erlebt das Baby und Kleinkind die Bezugsperson als einen von ihm getrennten, anderen Menschen, der sich dennoch liebevoll, fürsorglich und unterstützend dem Kind zuwendet. So entstehen die Fähigkeiten, zwischen innen und außen zu unterscheiden, sich auf jemand anderen zu beziehen, die Ich-Funktionen des Bedürfnissaufschubs, der Affektidentifizierung, der Affektbenennung und auch schon des Selbstwerts. Das Kind beginnt die eigene Willensbildung, es trotzt, und weiß sich dennoch sicher aufgefangen von der Liebe der bedeutsamen Bezugsperson. In dieser Zeit entstehen aus objektbeziehungstheoretischer

Sicht Teilobjektbeziehungen: Am Anderen werden Eigenschaften und Verhaltensweisen wahrgenommen, die für den Erhalt des Selbstwerts der eigenen Interessen, bedeutsam sind.

Die letzte Phase ist die der Triangulierung. In einer vollständigen Dreierkonstellation, also z.B. der herkömmlichen Familie, entdeckt das Kind um das dritte Lebensjahr herum, einen weiteren Menschen in seinem Umkreis, im herkömmlichen Familienmodell den Vater. Und das Kind stellt fest, dass die Mutter, hier genommen als Modell der Bezugsperson, sich diesem Vater liebevoll zuwendet. Das Kind realisiert, dass es für die Mutter nicht das einzige Liebesobjekt ist, obgleich die Mutter bisher sein einziges Liebesobjekt war. Das Kind bemerkt bei sich eine aufflackernde Neugier auf diesen Dritten, aber auch Rivalität. Zwei komplexe Dinge geschehen: Einerseits erlebt das Kind eine narzisstische Frustration, für die Mutter nicht der Einzige zu sein, andererseits erlebt das Kind eine Gewissensschuld, einen anderen ebenfalls interessant zu finden und sich diesem zuwenden zu wollen. Diese Schuld ist gerichtet auf die Mutter, von der sich das Kind ja nun in der Ausschließlichkeit selbst und dann der Teilobjektbeziehung abwenden wird (Kernberg, 1985, 1988).

Diese narzisstische Frustration ist erforderlich (Wernado, 1993), um ein realistisches Selbstwertgefühl zu entwickeln, mit Widersprüchen leben zu können, Ambivalenz auszuhalten. Die Bewältigung des Schuldgefühls bedeutet, mit Unzulänglichkeiten zurechtkommen, Alternativen finden, variable Bindungen eingehen zu können, Pluralität auszuhalten. Aus objektbeziehungstheoretischer Sicht entstehen SO Ganzobjektbeziehungen: Der Andere wird wahrgenommen mit allen Fehlern und Schwächen als eigenständiger, anders denkender und fühlender Mensch, mit dem es dennoch Momente von Intimität und Gleichklang gibt. Gerade das dennoch Anderssein weckt die Neugier auf Beziehung und regt als Ich-Funktionen Fantasie, Kreativität und Intelligenz an. Gelingt die Triangulierung, dann wendet sich das Kind voller Abenteuerlust diesem Dritten zu, der, in der Regel der Vater, beantwortet diese Neugier mit Begeisterung, war er doch bisher aus der Mutter-Kind-Beziehung relativ ausgeschlossen. Und das Kind stellt fest, dass die Mutter die Trennung überlebt, dass sich das Kind dem Vater zuwenden kann, ohne dass die Mutter zugrunde geht, weil sie nämlich durch die Liebe des Vaters geschützt ist. Erworben in dieser Zeit wird die Fähigkeit zu Antizipation, Regulation und Kontrolle von Triebimpulsen und Affekten und Bewältigungskompetenzen. Die aufmerksame und liebevolle Beziehungsantwort des Dritten bewirkt des Weiteren die Bewältigung ödipaler Wünsche und Fragen nach (sexueller) Identität.

Nach Freud ist das Ich der Vermittler zwischen dem Es, den nicht domestizierten Wünschen und Trieben und dem Über-Ich, also dem Gewissen, den gesellschaftlichen Normen, Konventionen und Traditionen und dem Außen, also den Bedürfnissen oder Anforderungen Anderer. Damit das Ich diese Vermittlerrolle übernehmen kann, bedarf es der eben genannten Ich-Funktionen. Nur so kann es die innere Balance halten bzw. nach Erschütterungen wiederfinden, sodass ein zufriedenes gelingendes Leben möglich ist.

Objekterfahrungen (Streek 2009) werden im Sinne einer Repräsentanz verinnerlicht: Ein hinreichend gutes verinnerlichtes Objekt ist für die spätere affektive Selbstregulation unabdingbar. Hat der Mensch die Vorstellung von anderen, das sie prinzipiell liebevoll und unterstützend sind, so wird er sich als liebenswert und gewollt empfinden, so auch neue Beziehungen knüpfen bzw. sich trösten können, wenn er denn einmal verletzt und gekränkt wird. Hat ein Mensch jedoch eher verfolgende, böse Objekte introjiziert aufgrund seiner frühen Beziehungserfahrungen, hat er ein entsprechendes Selbstbild des Versagers, des Ungewollten und wird all seine Aktivitäten darauf richten, dieses Selbstbild zu korrigieren, wird Zeit seines Lebens auf der Jagd nach einem liebenden Objekt sein, welches er jedoch

immer wieder verfehlen wird, da er dieses Selbstbild von sich nicht hat. Hier bildet sich der Wiederholungszwang, wie Freud ihn beschrieben hat, ab.

Aus analytischer Sicht leiden Patienten mit einer Suchterkrankung an einem Defizit in der Persönlichkeitsentwicklung (Heigl, Heigl-Evers 1983), d.h. wir haben Menschen vor uns, die durch die Beziehungserfahrungen in ihren ersten sechs Lebensjahren wichtige Entwicklungsschritte des Ich nicht haben bewältigen bzw. andere Menschen nicht in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnehmen können. Ersteres führt zu Störung in der Selbstwertregulation, in der Regulation eigener Grenzen, in der Impuls- und Affektregulation, letzteres zu Störungen in der Beziehungsgestaltung bzgl. Antizipation, Perspektivenübernahme, Konfliktlösung, Bindung (OPD 2). Da alles beides der Persönlichkeit als Störung immanent ist, fehlt einem so beschädigten Menschen die innere Bühne der Reflektions- und Introspektionsfähigkeit, Störung und Scheitern werden entweder nach außen attribuiert oder nur an eigenem Verhalten festgemacht im Sinne von Versagen und Schuld. In allen Fällen kommt es zu einer Dysfunktionalität: je früher die Verletzung der Persönlichkeit war, desto früher treten die Defizite im Erwachsenenleben zu Tage. Das Suchtmittel ist dann Prothese, scheinbar verlässliches, gutes Objekt, Selbstwertregulator oder ersetzt die fehlende Ichstruktur. Wir sehen bei unseren Patienten also fragmentierte Persönlichkeiten mit ausgestanzten Ich-Funktionsdefiziten sowie daneben guten Ich-Funktionen, denen jedoch die innere Organisation des psychischen Binnenraums fehlt, um Selbstwert und Beziehung eigenständig regulieren zu können. Erhaltenes und Entwickeltes steht unverbunden neben Defekt, letzteres bestimmt Leben und Handeln unserer Patienten, "Heiles" ist nicht nutzbar, nicht integriert. Das ist das Wesen des Beziehungstraumas (Schäfer, Krausz, 2006) und der resultierenden Persönlichkeitsstörung. In dem Maße das Ich (nach)reift, kann es Unbewusstes aber Handlungsbestimmendes integrieren und wird von ihm nicht mehr behindert, sondern macht es sich dienstbar. Das Ich ist, wie Freud gesagt hat, wieder "Herr im eigenen Haus".

Schizophrene und affektive Komorbidität

Aufgrund der psychiatrischen Fachkompetenz der Leitung sowie der Krankenpflege der Fachklinik Hirtenstein ist inzwischen die Behandlung von Rehabilitanden mit Diagnosen nach ICD 10 F 2 etabliert:

- Schizophrenie F 20
- anhaltende wahnhafte Störung F 22
- schizoaffektive Störung F 25

Ebenso Rehabilitanden, die an affektiven Störungen ICD10 F 3 leiden, hier:

- bipolare affektive Störung F 30
- depressive Episode F 32
- rezidivierend depressive Störung F 33
- anhaltende affektive Störung F 34 (depressive Persönlichkeitsstörung)

Akute produktive Symptomatik sowie Suizidalität sind Kontraindikationen.

Rehabilitanden mit schizophrenen und affektiven Störungen werden integriert in den Bezugsgruppen behandelt mit zusätzlichen psychiatrischen Visiten durch die Chefärztin. Die Pharmakotherapie (Antipsychotika, Antidepressiva) richtet sich nach anerkannten Prinzipien und Behandlungsrichtlinien. Für Pharmaka mit Suchtpotential gelten strenge Indikationsrichtlinien. Innerhalb der Bezugsgruppen besteht die Möglichkeit auf die ggf.

besonderen Bedürfnisse dieser Rehabilitanden Rücksicht zu nehmen, da sie z. T. gerade zu Beginn der Behandlung noch Defizite in Konzentration, Aufmerksamkeit, Spannkraft, Intentionalität, Antrieb und sozialer Interaktion aufweisen.

Des Weiteren fällt auf, dass der Bedarf nach Sozialberatung bei diesen Rehabilitanden erheblich höher als der der übrigen Rehabilitanden ist: Nach unseren bisherigen Erfahrungen müssen in nahezu jedem Einzelfall sehr grundlegende sozialdienstlich relevante Themen bearbeitet werden. Oft sind Wohnsituation und sonstige existentielle Bereiche betroffen. Die Sozialberatung leistet Beratung und Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragestellungen (Sicherung des Lebensunterhaltes, Klärung der Wohnsituation, Rentenfragen, soziale und berufliche Eingliederungshilfe) mit dem Ziel der sozialen und beruflichen Reintegration zur Sicherung des Behandlungserfolgs. Eine nicht ausreichende Existenzsicherung des Rehabilitanden führt in der Praxis zu rascher Destabilisierung und allmählicher Erhöhung der Somit ist die Wiedereingliederung ein zentrales Suchtbehandlung. Die Vermittlung in nachbetreuende Institutionen ist bei der Schwere der Erkrankung oft entscheidend für die Absicherung des Behandlungserfolgs. Es ist von größter Bedeutung, darauf zu achten, dass die Bedürfnisse des Rehabilitanden, seine Ressourcen und Vorstellungen mit seinen persönlichen Möglichkeiten und Grenzen übereinstimmen (Schwoon, Krausz, 1992). Das Hilfesystem für die Rehabilitanden mit komorbiden Störungen hält leider nur wenige Nachbetreuungsplätze vor. Die Sozialberatung stellt daher ein Behandlungs- und Rehabilitationsmodul dar, das gerade bei diesen Rehabilitanden sehr umfassend und dringend benötigt wird.

Persönlichkeitsstörung, psychosomatische Störung und Sucht

Auf der Grundlage der vorbeschriebenen Persönlichkeitsstörungen struktureller Art wird das Suchtmittel kompensatorisch eingesetzt, um die fehlende Ich-Struktur zu ersetzen, also fehlende Ich-Funktionen zu kompensieren oder brüchige zu stützen oder dient als Objektersatz im Sinne eines Idealobjektes, welches immer verfügbar ist, niemals abweist, sich nie verweigert, berechenbar und zuverlässig ist.

Aus dem Konzept der Ichfunktions- und der Objektbeziehungsstörungen leiten sich jedoch nicht nur Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung ab, sondern auch einige psychosomatische Störungen. Depressive und Anpassungsstörungen sind sorgfältig darauf zu prüfen, ob sie z.B. Stimmungsschwankungen sind im Dienste der Regulation der Angst vor Vernichtung und Verschmelzung bei gleichzeitigem Wunsch nach Nähe und Verschmelzung beim Borderline-Patienten.

Bei der narzisstischen Struktur, bei der der Selbstwert nur über Anerkennung generiert werden kann, der Betroffene also angewiesen ist auf ein an ihn anerkennendes, bewunderndes Objekt, kann eine Anpassungsstörung oder eine depressive Verstimmung im Rahmen einer schweren, durchaus andauernden narzisstischen Kränkungsproblematik bis hin zur Suizidalität aufscheinen. Phobische oder Angststörungen können Begleitsymptome sowohl früher Persönlichkeitsstörungen, als auch narzisstischer Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsstörungen auf dem reifen Strukturniveau, also bei depressiven Persönlichkeitsstrukturen vorkommen, dieses im Sinne von sich abhängig machen von Anderen, Konflikte und Entscheidungen zu vermeiden. Eine Zwangserkrankung kann auch Symptom einer schizoiden oder zwanghaften Persönlichkeitsstörung sein (Büchner 1993).

Im ICD10 sind solche Phänomene gefasst als:

- schizoide Persönlichkeitsstörung F 60.1
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung F 60.3

- ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung F 60.6
- abhängige Persönlichkeitsstörung F 60.7
- Sonstige (narzisstische) Persönlichkeitsstörungen F 60.8
- phobische Störung F 40
- sonstige Angststörung F 41
- Zwangsstörung F 42
- Anpassungsstörung F 43
- Somatoforme Störungen F 45
- Dysthymie F 34.1

Nach Abgrenzung dieser psychosomatischen und psychodynamischen Symptome zur affektiven oder schizophrenen Erkrankung kann initial eine medikamentöse Therapie mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten notwendig sein, um den Rehabilitanden erst einmal in einen so stabilen psychischen Zustand zu bringen, dass ein psychodynamisches Arbeiten sowohl hinsichtlich der klassischen Symptome der Persönlichkeitsstörung -vornehmlich in der Selbstwert- und Beziehungsregulation— als auch die Arbeit am psychosomatischen Symptom im Sinne des psychodynamischen Verständnisses dafür, möglich ist.

Somit ist sowohl die Arbeit an der Persönlichkeitsstörung, als auch die Arbeit an psychosomatischen Symptomen integraler Bestandteil der in den Bezugsgruppen stattfindenden Sucht- und Sozialtherapie, da beides untrennbar mit der Suchterkrankung verbunden ist (Thomäe, Kächele, 1986). Supportiv werden Patienten mit zusätzlichen psychosomatischen Störungen noch in den Indikationsgruppen "Keine Angst vor der Angst" oder Depression mitbehandelt.

4. 2. Rehabilitations in dikation und –kontrain dikation

Behandelt werden erwachsene Männer mit:

- Stoffgebundener Abhängigkeit (ICD 10 F10, F 13)
- Pathologischem Glücksspiel (ICD 10 F63)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD 10 F60)
- Komorbidität von Schizophrenie (ICD 10 F20-29) und affektiven Störungen (ICD 10 F30-39) als Suchtmittelfolge- oder Begleiterkrankung
- Komorbidität von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD 10 F 40, F 41, F 43, F 45, F 48) als Suchtmittelfolge- und Begleiterkrankung
- Beikonsum von Cannabis und Partydrogen (ICD 10 F 12, F 16)

Nicht behandelt werden Männer,

- die jünger als 18 Jahre sind,
- die aktuell substituiert werden,
- bei denen eine akute Suizidalität besteht,
- die einer intensiven internistischen und/oder psychiatrischen Behandlung bedürfen und/oder deren Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist.

Jeder Rehabilitand in der Fachklinik Hirtenstein durchläuft eine individuelle medizinische Rehabilitationsbehandlung, in der seine funktionale Gesundheit unter Berücksichtigung seiner ihn determinierenden umwelt- und personenbezogenen Faktoren bestmöglich wieder

hergestellt werden soll. Der dazu benötigte zeitliche Rahmen für die stationäre Behandlung hängt vom individuellen Behandlungsverlauf und der sozialmedizinischen Begutachtung ab und kann entsprechend angepasst werden.

4. 3. Rehabilitationsziele

Das zentrale Ziel unserer rehabilitativen therapeutischen Interventionen ist eine erfolgreiche Teilhabe und Aktivität der Rehabilitanden (SGB IX) auf der Basis einer wiedererlangten beruflichen Leistungsfähigkeit (Erwerbsfähigkeit) und einer daraus resultierenden Integration unter Nutzung der stützenden Kontextfaktoren (berufliche Erst- oder Wiedereingliederung). Ziele gemäß des Gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung sind Erreichen und Erhalten der Abstinenz, Behebung oder Ausgleich körperlicher oder seelischer Störungen und die möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Des Weiteren betreiben wir die Prävention erneuter Rückfälligkeit bzw. der Ausbildung von Suchtfolge- und Begleiterkrankungen sowie die Heilung kurabler Erkrankungen. Voraussetzung dafür ist die vollständige und dauerhafte Suchtmittelabstinenz.

Einer der zentralen Aspekte unserer Vorgehensweise ist die Fokussierung auf die Potentiale, Kompetenzen, Stärken unserer Rehabilitanden im Sinne der funktionalen Gesundheit. Ermutigung, Sinngebung, positive Erfahrungsfelder, kurzfristige Übernahme von Hilfsichfunktionen, das Prinzip Antwort, Wertschätzung und angemessene Bestätigung und Anerkennung bilden die Grundpfeiler des Veränderungs- und Nachreifungsprozesses.

Auf der Basis vorhandener Ressourcen entwickeln wir gemeinsam mit dem Rehabilitanden einen individuellen Rehabilitationsplan für die Bereiche Teilhabe, Aktivität und funktional intakte Körperstrukturen mit dem Ziel einer optimalen Vorbereitung auf den Neuanfang nach der Therapie. Diese Planung umfasst alle wesentlichen Elemente der Kontextfaktoren für den anstehenden beruflichen Ersteinstieg wie auch die Wiedereingliederung. Der Rehabilitationsplan wird während der Rehabilitationsmaßnahme in den regelmäßigen Rehabilitandenkonferenzen (Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur, Abb.2) interdisziplinär beraten, angepasst und weiterentwickelt.

Unsere Erfahrung zeigt, dass folgende Rehabilitationsziele von Bedeutung sind:

- Suchtsymptomatische Verleugnungshaltung ist abgebaut oder vermindert, Krankheitseinsicht sowie Krankheitsakzeptanz sind gefördert und stabil
- Sachkenntnisse über Sucht und deren Folgeerkrankungen liegen vor
- Biographiebezogene Plausibilität für die Abhängigkeitserkrankung ist gewonnen
- Risikosituationen werden zuverlässig erkannt und alternative Verhaltensweisen sind erprobt
- Es herrscht eine hilfreiche Gewichtung der langfristigen Ziele vor; hilfreich ist eine Lebensplanung, die zu einer sinnerfüllten Lebensgestaltung beiträgt
- An die Stelle des Suchtmittelgebrauchs sind verstärkt psychosoziale Kompetenzen zur allgemeinen Lebensführung getreten.
- Eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Suchtmittelabstinenz ist eine hinreichend stabile Persönlichkeit mit gefestigtem Selbstwertgefühl und realistischen Lebensperspektiven. In der Therapie streben wir deshalb folgende Ziele zur Persönlichkeitsstabilisierung an:
- eigene Gefühle, Bedürfnisse und Kompetenzen werden bewusst wahrgenommen, Genussfähigkeit ist gesteigert, das Vertrauen in das eigene Urteilsvermögen ist groß
- stabile Ich-Grenzen sind aufgebaut

- eine gute Körperwahrnehmung führt zu hilfreichem Gesundheitsverhalten
- Wertschätzung der eigenen Person, die nicht bloß auf der erbrachten Leistungen beruht
- psychosoziale Stärken in unterschiedlichen Lebensbereichen sind erkannt und werden im Alltag eingesetzt
- bessere Impulskontrolle und adäquater Umgang mit Aggressionen und selbstzerstörerischem Verhalten wurden erlernt
- eine angemessene Frustrationstoleranz liegt vor
- eine angemessene Eigenverantwortung liegt vor.
- Eine verbesserte soziale Integration, die eine wichtige Rückfallprophylaxe darstellt, wird über die Förderung der Beziehungsfähigkeit erreicht. Dazu streben wir folgende Ziele an:
- andere Menschen werden als eigenständige Personen wahrgenommen, zu denen angemessene Abgrenzung besteht
- angemessene Empathiefähigkeit liegt vor
- persönliche Wünsche und Bedürfnisse können geäußert werden
- angemessene Konflikt- und Kritikfähigkeit sowie Durchsetzungsvermögen liegen vor
- eigene Gefühle können angemessen kommuniziert werden
- persönliche Anliegen werden deutlich formuliert
- Grundregeln einer sinnvollen, fairen Gesprächsführung werden beherrscht.

4. 4. Rehabilitationsdauer

Die Indikationen für die unterschiedlichen Behandlungsformen sind derzeit noch immer einem tiefgreifenden Wandel im Therapieverständnis Suchtkranker unterworfen, gestützt durch den Grundsatz "ambulant vor stationär" sowie der beruflichen Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Indikationskriterien für die unterschiedlichen Behandlungsformen sind stets zu wichten vor dem Hintergrund der abstinenzfördernden Kontextfaktoren, die durchaus prognostisch günstiger sein können als es der Störungsgrad vermuten ließe.

Stationäre Langzeittherapie

In das stationäre Langzeittherapieprogramm von je nach Suchtmittel zwischen zwölf (Pathologisches Glücksspiel) und 15 Wochen (alle anderen Indikationen) werden Rehabilitanden aufgenommen, bei denen mehrere der nachfolgenden Kriterien vorliegen können:

- längere Arbeitslosigkeit
- fehlende soziale Integration
- durch Suchtmittel geprägtes soziales Umfeld
- schwere psychiatrische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- schwere suchtmittelbedingte körperliche Folgeerkrankungen, die mitbehandelt werden müssen oder bei einem Rückfall eine vitale Gefährdung darstellen würden
- stark reduzierter Allgemeinzustand
- Abstand vom bisherigen (konsumbefördernden) Umfeld

Stationäre Therapie kürzerer Dauer

Unter die "Therapien kürzerer Dauer" fallen alle Therapieformen, die unter zehn Wochen liegen. Darunter fassen wir folgende Behandlungsformen zusammen:

- Auffangtherapie oder Kurzzeittherapie: Von einer Auffangtherapie sprechen wir, wenn es nach zunächst erfolgreicher Entwöhnungstherapie kurzfristig zu Rezidiven kommt und ambulante Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg zeigen, so dass mit einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und Leistungsminderung gerechnet werden muss.
- Wiederholungstherapie: Im Falle der Wiederholungstherapie fanden zu einem früheren Zeitpunkt eine oder auch mehrere Langzeittherapien statt. Eine Wiederholungstherapie ist angezeigt, wenn die Abhängigkeitserkrankung exacerbiert, die Leistungsfähigkeit eingeschränkt und somit auch die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist.
- Stationär-ambulante oder stationär-ganztägig ambulante Kombinationsbehandlung: Hier handelt es sich um eine Kombination aus stationärer und ganztägig ambulanter bzw. ambulanter Rehabilitation, die von den Kostenträgern als "Gesamtpaket" verstanden wird. Die stationäre Phase erfolgt als Initialphase zu Beginn der Gesamtbehandlung.

4. 5. Individuelle Rehabilitationsplanung

4. 5. 1. Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur und Erwerbsbezug

Die gesamte Reha fokussiert Arbeit und Beruf, das heißt, alle therapeutischen Maßnahmen sind auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit auszurichten, so wie es die Fachklinik Hirtenstein in der Therapieverlaufsorientierten Konferenzstruktur (Abb.2) vorsieht. BORA findet somit nicht "in der Arbeitstherapie statt", sondern durchdringt die gesamte Therapieplanung und -führung aller Berufsgruppen. Das hat uns bewogen, auch die Bezugsgruppen bzgl. der Erwerbsprognose, also entsprechend den BORA Zielgruppen zu homogenisieren. Einzig die Bezugsgruppe Pathologisches Glücksspiel ist homogen bzgl. des Suchtmittels, da wir auf Grund der geringen Größe der Klinik eine weitere Differenzierung nicht ohne das Risiko des konzeptbedingten Leerstands von Gruppen vornehmen können. Gleichwohl ist auch diese Gruppe nach BORA diagnostiziert.

Vorteil der Homogenität bzgl. Erwerbsstatus und Erwerbsprognose ist die große Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher und perspektivischer Themen der Rehabilitanden. Der Erwerbsaspekt der Rehabilitanden ist somit unmittelbar in der Psychotherapie präsent. Schon durch die Zuweisung zu bestimmten Bezugsgruppen werden Schwerpunkte eher auf psychotherapeutische Interventionen gelegt bzw. der wahrscheinlichen Intensität der Sozialberatung Rechnung getragen.

So arbeiten drei Bezugsgruppen im Schwerpunkt psychotherapeutisch und eher frühstörungs- und neurosenorientiert mit Rehabilitanden der BORA Zielgruppen I und II. Hier steht ein lebensgeschichtliches Verstehen der Suchterkrankung, die Bedeutung von Arbeit für den Selbstwert, die Fähigkeit zur Rekreation, die Weitung der Sinnperspektive des Lebens im Vordergrund. Zwei Bezugsgruppen entsprechen den BORA Zielgruppen III und IV, befassen sich eher sozialtherapeutisch mit Arbeitsplatzverlust und Langzeitarbeitslosigkeit, den daraus resultierenden alltagspraktischen Schwierigkeiten, aber

auch der persönlichen Bedeutung von Arbeitslosigkeit und ggfls. auch Verlust sozialer Beziehungen, Aneignung von z.T. schweren Suchtmittelfolge-, Begleiterkrankungen und Wohnungslosigkeit. Rehabilitanden der BORA Zielgruppe V werden je nach individueller Problemstellung den anderen Gruppen zugeordnet, in der Regel mit der Zielgruppe 1 behandelt, weil nach einem Arbeitsleben ähnliche Fragen zu beantworten sind: Was ist der Sinn des Daseins (außer Arbeit), was ist der eigene Wert, wenn keine Leistung mehr erbracht werden muss, welche Wünsche, Neigungen, Ressourcen gibt es, die (neu)entdeckt werden können. Gemäß dieser BORA Zielgruppen wird ein individuelles Sport- und Arbeitstherapieprogramm verordnet, das somit ebenfalls an der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit orientiert ist. Des Weiteren werden die Rehabilitanden über die gesamte Therapiedauer hinweg für sie passenden, wechselnden Indikationsgruppen zugewiesen.

Das Hauptziel aller medizinischen und therapeutischen Maßnahmen und Interventionen ist, durch die Behandlung der geschädigten Körperfunktionen und -strukturen, durch die Überwindung bzw. Kompensation beeinträchtigter Körper- und psychischer Funktionen und durch die Steigerung der körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Aktivitäten ein höheres Maß an Teilhabe des Rehabilitanden in möglichst vielen Lebensbereichen zu erreichen.

Herzstück der Therapieführung und -planung in der Fachklink Hirtenstein ist die Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur (Abb. 2). In jeder Rehabilitandenkonferenz zwei Wochen als Indikations-, nach der Hälfte der Therapiezeit Rehabilitationskonferenz und zwei Wochen vor der Entlassung als Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) werden nach **ICF** interdisziplinär Therapieziele (Indikationskonferenz) und therapeutische Leistungen miteinander vernetzt, deren Effizienz dann in der Rehabilitationskonferenz interdisziplinär reflektiert und evaluiert wird. Eine letzte Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses findet in der sozialmedizinischen Beurteilung zwei Wochen vor Entlassung statt. Nach BORA ist der Bezugstherapeut der Koordinator der gesamten Rehabilitation, so, wie die Konferenzstruktur der Fachklinik Hirtenstein ihn als Federführer der Konferenzen vorsieht. Bei allen Konferenzen ist der Rehabilitand mit eigener, vorbereiteter Zielformulierung und Wünschen zu therapeutischen Maßnahmen dabei und kann so direkten Einfluss auf seine Therapie nehmen bzw. Rückfragen stellen. Die gesamte Behandlung wird für ihn bzgl. Sinn und Planung transparent, er erlebt die Behandlung als Ergebnis des Zusammenwirkens eines multiprofessionellen Teams und eigener Anstrengung.

Die Fachklinik Hirtenstein realisiert also die Implementierung von ICF und BORA über eine Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur (Abb. 2) sowie erwerbsprognosehomogene Bezugsgruppen.

BORA Zielgruppe I,

sind Rehabilitanden mit Arbeit und ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen (BPL). Es handelt sich also um Patienten, die einen sicheren, leidensgerechten Arbeitsplatz, der ihren Fähigkeiten und Interessen entspricht, haben.

BORA Zielgruppe II,

sind Rehabilitanden mit Arbeit in besonderen beruflichen Problemlagen mit Fehlzeiten, drohendem Arbeitsplatzverlust, sozialer oder medizinischer Notwendigkeit beruflicher Veränderung oder subjektiv negativer Prognose bezüglich der Berufsfähigkeit bzw. der

beruflichen Zukunft. Hierunter fallen also Patienten, die wie auch immer geartete Schwierigkeiten an ihrem vorhandenen Arbeitsplatz haben und insofern einen besonderen Bedarf bezüglich Gesprächen mit Arbeitgebern, Personalräten, Vorgesetzten, Arbeitsbelastungserprobung usw.

BORA Zielgruppe III,

fasst arbeitslose Patienten im ALG I Bezug. Hierunter fallen Rehabilitanden, die während der Arbeitslosigkeit arbeitsunfähig geworden sind sowie Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind, von der Krankenkasse ausgesteuert wurden oder werden, deren Arbeitsplatz aber noch vorhanden ist, sie also ALG I oder II beziehen. Auch hier besteht arbeitstherapeutisch und sozialdienstlich erhöhter Unterstützungsbedarf.

BORA Zielgruppe IV,

fasst arbeitslose Patienten im ALG II Bezug. In dieser Gruppe finden wir Rehabilitanden, die langzeitarbeitslos sind mit aus vielerlei Hinsicht schlechter Erwerbsprognose, bei denen es in der Regel um Diagnostik und Entwicklung einer beruflichen Perspektive geht. Oft liegen bei diesen Patienten auch vielfältige soziale und gesundheitliche Probleme als Folge langjährigen Suchtmittelkonsums vor.

BORA Zielgruppe V,

sind nicht Erwerbstätige. Das sind Rehabilitanden, die aus welchen Gründen auch immer, keiner sozialversicherungsrechtlichen Tätigkeit nachgehen, also Rentner, Hausfrauen, Studenten u.s.w. Hier gilt es zu überprüfen, ob diese Patienten eine intakte Tagesstruktur haben, über Wissen und Fähigkeit zur Rekreation verfügen usw.

Therapieverlaufsorientierte Rehabilitandenkonferenz

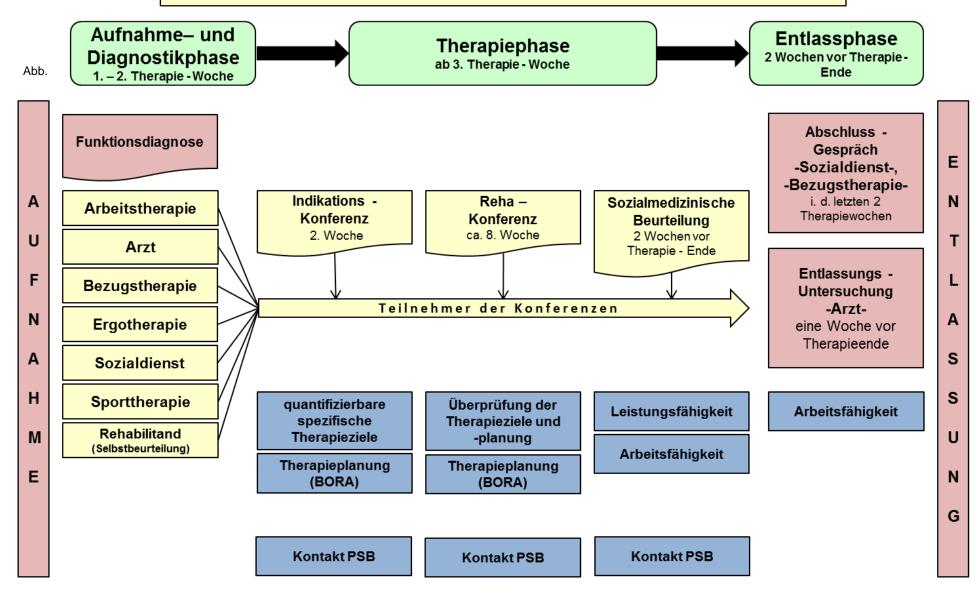


Abb.2: Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur der Fachklinik Hirtenstein

4. 5. 2. Behandlungsphasen

Aufnahmephase

Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen alle neu aufgenommenen Rehabilitanden die zweiwöchige (Regeldauer) Aufnahme- und Diagnostikphase. In dieser ersten Phase werden die Rehabilitanden ausführlich auf die anstehende Therapie im Hause vorbereitet. Sie erhalten sämtliche notwendigen Informationen über alle zur Verfügung stehenden Angebote und Möglichkeiten und werden mit Haus- und Gruppenregeln vertraut gemacht. Sämtliche Arbeitsbereiche der Rehabilitationseinrichtung sind in der Aufnahme- und Diagnostikphase tätig: Medizin, Psychotherapie, Sozialdienst, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Verwaltung und Sporttherapie.

Die ausführliche medizinische und psychologische (OPD 2, Suchtmodul OPD), sozialpädagogische und berufsbezogene (MELBA) Untersuchung der Patienten dient zu Abklärung der Notwendigkeit primärer medizinischer Behandlungen (z.B. körperliche Entgiftung, medikamentöse Behandlung, bzw. Einstellung) und sozialer Versorgung (Schuldenregulierung, Übergangsgeld, anhängige Strafverfahren), sowie der Anamneseerhebung und der psychologischen Testdiagnostik.

Die Rehabilitanden nehmen dreimal wöchentlich je 60 Minuten an der "Aufnahmegruppe" teil, ein vierter Gruppentermin dient der Diagnostik durch die Chefärztin. Die Aufnahmegruppe wird von einer Diplom-Psychologin geleitet.

Krankheitseinsicht und Compliance der Rehabilitanden soll durch ausführliche Psychoedukation gefördert und erweitert werden vor dem Hintergrund biopsychosozialen Krankheitsmodells. Die Rehabilitanden werden in der Gruppenarbeit dabei unterstützt, ein Verständnis für die Zusammenhänge ihrer Symptome bzw. Problemverhaltensweisen zu ihrer persönlichen Biographie und Alltagsrealität zu entwickeln. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeits- und Suchtentwicklung in der Gruppe soll die Eigenmotivation der Rehabilitanden stärken, die Selbstreflexionsfähigkeiten und die soziale Einbindung fördern. Wir verwenden die Suchtfibel von Ralf Schneider.

Diese Ziele werden in der ersten Aufnahmephase angestrebt:

- Stabilisierung der K\u00f6rperfunktionen und -strukturen mit Hilfe der Behandlung noch bestehender Entzugserscheinungen, k\u00f6rperlicher Kr\u00e4ftigung, Verbesserung von physischer und psychischer Belastbarkeit und Koordination
- positive Identifikation mit dem Therapiekonzept der Klinik
- persönliche Aneignung der eigenen Suchtgeschichte
- Förderung der Veränderungsbereitschaft
- umfassende diagnostische Abklärung zur Vorbereitung eines auf die Persönlichkeit des Rehabilitanden zugeschnittenen Therapieprogramms
- ➤ Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses.

Bausteine der Aufnahme- und Diagnostikphase:

- Chefarztvisite
- > Arbeitstherapeutische Eingangsdiagnostik
- Arbeitstherapie Basisgruppe Tonarbeiten
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR)
- Ernährungsberatung
- Nordic Walking
- Sportprogramm
- Informationen zur Raucher-Entwöhnung
- Gesundheitsinformation
- Informationsvermittelnde Gruppenangebote: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Sozialdienst, Ergotherapie, Verwaltung, Sport
- > Selbstgeleitete Patientengruppe zur Vorbereitung der Indikationskonferenz
- Indikationskonferenz

Den Abschluss der Aufnahme- und Diagnostikphase bildet die Indikationskonferenz (Abb. 2) in der zweiten Woche. In der berufsgruppenübergreifenden Indikationskonferenz findet im Beisein des Rehabilitanden ein interdisziplinärer Austausch der diagnostischen Erkenntnisse und der klinischen Eindrucksbildung der Aufnahmephase statt. Der jeweilige betreffende Rehabilitand steuert seine individuellen Therapieziele bei. Die Therapieplanung erfolgt zusammen mit dem Rehabilitanden, der dann seinen individuellen Wochenplan, auf dem die für ihn festgelegten Veranstaltungen und Maßnahmen verzeichnet sind und der wöchentlich fortgeschrieben wird, erhält.

Hauptphase

Dieser Therapieabschnitt bietet die Möglichkeit, die spezifischen Zusammenhänge von personalem, psychodynamischem Hintergrund und Abhängigkeitsentwicklung in der eigenen Geschichte und im eigenen Erleben nachzuvollziehen und konkrete Schritte der Persönlichkeitsnachreifung (Strukturachse OPD 2) vorzunehmen. Die Dauer der Hauptphase unterscheidet sich zwischen den Behandlungsmodulen. Sie umfasst mindestens 2/3 der gesamten regulären Behandlungsdauer. In der Mitte der Hauptphase liegt die Rehabilitationskonferenz, ebenfalls im Beisein des Rehabilitanden (Abb. 2), die der Evaluierung der bisherigen Zielerreichung sowie der evtl. Kurskorrektur dient.

Im Einzelnen geht es darum,

➤ Beziehungserfahrungen innerhalb der Klinik mit Sucht auslösender Tendenz zu analysieren (Suchtspirale / Suchtmodul OPD, Beziehungsachse OPD 2) und die

dabei provozierten Affekte und Emotionen (Übertragung und Gegenübertragung) bewusst zu erleben und zu bearbeiten,

- zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte (Konfliktachse OPD 2) im Dialog mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten erfahrbar und benennbar zu machen,
- hilfreiche neue Einstellungen und Verhaltensnormen für sich festzulegen und damit im sozialen Feld der Nachreifung in der Klinik oder im Kontakt mit Angehörigen (Wochenendbesuche, Partnerseminar) im Sinne des Probehandelns zu experimentieren,
- eine weitere k\u00f6rperliche Erholung zu erreichen und Suchtfolgeerkrankungen zu behandeln

Abschlussphase

Die Abschlussphase mit dem Schwerpunkt der Außenorientierung beginnt drei Wochen vor Entlassung mit einem fünftägigen Realitätstraining am Wohnort. In sozialmedizinischen Wochen Beurteilung zwei der Entlassung vor (Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur, Abb.2) fließen Erkenntnisse und Erfahrungen aus diesem Realitätstraining ein. In den letzten beiden Therapiewochen nehmen die Rehabilitanden neben ihrer Bezugsgruppe verbindlich teil an der Entlassgruppe. Die Entlassgruppe wird von der Chefärztin der Klinik geleitet.

Inhalte der Entlassgruppe:

- > Sammlung noch offener Fragen (Wohnen, Arbeiten, Angehörige, Selbsthilfegruppe, Nachsorge usw.)
- Planung des weiteren Vorgehens, sofern es noch zu klärende Aspekte gibt
- ➤ Bearbeitung von noch offenen Fragen oder Beschwerden hinsichtlich der Rehabilitationsbehandlung
- Aushändigung des Fragenbogens zur Patientenzufriedenheit
- Hinweis auf die katamnestische Nachbefragung
- Einladung zum Ehemaligentreffen
- Individuelles Resümee zur Therapiezielerreichung sowie zur Veränderung und Entwicklung außerhalb der Therapiezeit, welches bei der Verabschiedung im Patienten-plenum vorgetragen werden kann

Sinn der Entlassgruppe ist, dass im Sinne einer Qualitätssicherung am Therapieende Erwerbsperspektive, sozialer Empfangsraum und Nachsorge sicher geklärt sind bzw. der Rehabilitand verbindliche Termine mit Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, evtl. Freizeitaktivitäten usw. getroffen hat, damit der Übergang von der stationären Therapie nach Hause möglichst störungsfrei gelingt.

Des Weiteren erhält der Rehabilitand in einem reflexiven Prozess die Gelegenheit, seine Entwicklung, seine Nachreifung aufgrund, wegen oder trotz aller Stolpersteine in der Therapie zu versprachlichen und zu würdigen. Innerhalb der Gruppe erfährt er in der Triangulierung auf ihn bezogene Rückmeldungen und Unterstützung durch Rehabilitanden, die die gesamte Therapie mit ihm zusammen, aber nicht unbedingt in seiner Bezugsgruppe, verbracht haben.

Er erhält die Chance zur realistischen Einschätzung seines Selbst sowie macht erneut die korrigierende Beziehungserfahrung der absichtsvollen Hinwendung und Auseinandersetzung mit ihm als Individuum. Die Leitung der Gruppe durch die Chefärztin gewährleistet eine letzte sozialmedizinische Sicherung der Erwerbsprognose sowie eine letzte fachärztliche Sicherung der Entlassungsdiagnosen. So wird auch eine Brücke geschlagen zur chefärztlichen Aufnahmevisite zu Beginn (vierter, wöchentlicher Gruppentermin der Aufnahmegruppe), in der jeder Rehabilitand sich vorstellt mit seinen Veränderungsanliegen für die Zeit der Therapie und sozialmedizinisch sowie psychiatrisch untersucht und diagnostiziert wird.

4. 6. Rehabilitationsprogramm

In der Fachklinik Hirtenstein bieten wir neben der medizinischen Rehabilitation Alkohol-, Medikamentenabhängiger die Behandlung von Rehabilitanden mit Abhängigkeit vom Pathologischem Glücksspiel an. Alle Rehabilitanden gehören einer verbindlichen, halboffenen, konstanten Bezugsgruppe an, die als Ort für Beziehungserfahrung, Nachreifung und Erwerb von Ich-Funktionen der Gegenentwurf zum fragmentierten Selbstbild Frühgestörter sowie früher Abwehrmechanismen der Spaltung, Entwertung und projektiven Identifikation ist. Auf das jeweilige Behandlungsspektrum nehmen wir in den Unterpunkten Bezug. Da für jeden Patienten im Rahmen der Patientenkonferenzen Indikationsgruppen, Ergound Sporttherapie individuell geplant und Therapiezielüberprüfung im Verlauf der Therapie verändert werden, erhält jeder Rehabilitand wöchentlich einen neuen, individuellen Therapieplan (s. Anhang).

4. 6. 1. Behandlungskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Langzeitmodul

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Hirtenstein für Rehabilitanden mit einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit im Langzeitmodul orientiert sich an den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit der deutschen Rentenversicherung, Stand März 2016. In der Behandlung werden therapeutische Leistungen erbracht, die sich an den Vorgaben aller evidenzbasierten Therapiemodule der Leitlinie orientieren.

Die stationäre Behandlung dieser Rehabilitandengruppe ist gegliedert nach den oben beschriebenen Therapiephasen. Alle Rehabilitanden dieses Behandlungsmoduls durchlaufen eine zweiwöchige Aufnahmephase, der die Befunderhebung, in Diagnosestellung, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverlauf die weitere Behandlungsplanung im Zentrum stehen.

In der achten Therapiewoche findet in der Rehakonferenz eine Überprüfung des Therapiestands des Rehabilitanden im Hinblick auf die formulierten Therapieziele statt. Hier kann es auch zu Veränderungen oder Anpassungen der Therapieziele kommen, die nochmals Veränderungen im individuellen Therapieprogramm des jeweiligen Rehabilitanden

nach sich ziehen können. Geklärt wird hier auch die Frage nach der Weiterbehandlung in Adaption oder Nachsorge nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung.

In der Abschlussphase der Behandlung wird die innere Ablösung aus dem stationären Rahmen begleitet. Die konkrete Vorbereitung der unmittelbaren nächsten Schritte nach der Behandlung soll den Übergang in den Alltag erleichtern und auch strukturieren.

siehe Therapieplan im Anhang

4. 6. 2. Pathologisches Glücksspiel

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren schätzt die Zahl der pathologischen Glücksspieler im Jahr 2016 auf über 215 000 (Jahrbuch Sucht 2016). Außerdem weisen ca. 241.000 Menschen ein problematisches Spielverhalten auf. Insgesamt ist beobachtbar, dass die Glücksspielproblematik deutschlandweit zunimmt. Seit Beginn der 80er Jahre sind es vermehrt die sogenannten "Glückspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit", die für eine große Gruppe von Menschen zur gesundheitlichen Gefahr werden. So sind es auch überwiegend die Automatenspieler, die in zunehmendem Umfang einer stationären Behandlung bedürfen. Aber auch illegale Karten- und Würfelspiele, Online – Gambling und das Spielen im Casino gehören zum Krankheitsbild des pathologischen Glücksspielens. Lotterien, Pferdewetten und Börsenspekulationen spielen in der Häufigkeit eher untergeordnete Rolle. Die Folgen des Glückspielens sind für viele dieser Patienten katastrophal: hohe Verschuldung, zerrüttete Partnerschaften und Störungen in sozialen Beziehungen sind nur einige Beispiele für die belastende Folgeproblematik dieser Krankheit.

Im nachfolgenden Behandlungskonzept verwenden wir den Begriff "Pathologisches Glücksspiel". Gemeint ist damit das Spielen um Geld, das für den einzelnen zur Krankheit geworden ist. Als Grundlage dient die "Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspielen" vom März 2001. Diese fasst eine seit Beginn der 80er Jahre geführte Diskussion um das pathologische Glücksspielverhalten als ein eigenständiges Krankheitsbild. Der wesentliche Schritt war die Aufnahme pathologischen des Glücksspielens als eigene Diagnosekategorie in die wichtigsten international verwendeten Diagnosesysteme DSM und ICD. Im ätiologischen Verständnis und aus phänomenologischer Perspektive bestehen deutliche Parallelen zu Suchtkonzepten, so dass in der Literatur die Betrachtung des pathologischen Glücksspielens als Sucht- und Abhängigkeitserkrankung dominiert (z.B. Böning 1999; Grüsser & Thalemann 2006; Meyer & Bachmann 2005; Premper 2006; Sobottka 2007).

Die Fachklinik Hirtenstein behandelt Rehabilitanden mit Abhängigkeit von Pathologischem Glücksspiel mit oder ohne stoffgebundene Abhängigkeit in einer Bezugsgruppe.

Diagnose

Pathologisches Glücksspiel liegt vor, wenn wiederholt und dauerhaft gespielt wird, obwohl sich negative finanzielle, soziale oder psychische Konsequenzen abzeichnen oder bereits vorliegen. Kennzeichnend dafür sind ein starkes gedankliches Eingenommensein vom Spielen und eine herabgesetzte Kontrolle über Beginn, Ende und Ausmaß der Spielhandlungen.

Als Testverfahren setzen wir die Glücksspielskalen für Screening und Verlauf (GSV), (Baulig, T, Fischer, Th., Peters, A., Petry, J., Premper, V., Sobottka, B. 2013) ein.

Pathologisches Glücksspiel ist durch massive psychosoziale Folgen gekennzeichnet. So ist zunehmend die ökonomische Existenz gefährdet, unüberlegte Kredite und Schulden werden angehäuft, Angehörige in Mitleidenschaft gezogen, familiäre Bindungen drohen zu zerbrechen. Der Spieler selbst leidet unter starken Scham- und Schuldgefühlen und versucht, sein pathologisches Spielen zu verheimlichen. Er ist ständig auf Suche nach neuen Geldquellen. Für den dauernden Geldmangel erfindet er Geschichten und leugnet offensichtliches Fehlverhalten und Unregelmäßigkeiten. Dabei können depressive Verstimmungen bis hin zu suizidalen Tendenzen auftreten. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen. Die hierfür häufig auch verwendete Bezeichnung "zwanghaftes Spielen" ist weniger zutreffend, denn das Verhalten ist weder im engeren Sinne zwanghaft noch steht es mit der Zwangsneurose in Beziehung.

Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Glücksspielen nach ICD 10 F63.0:

Die Diagnose wird im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) als eine Form der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63) eingeordnet.

Die Störung besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.

Differentialdiagnose nach IDC 10:

- Exzessives Spielen manischer Patienten (F30).
- Spielen bei dissozialer Persönlichkeitsstörung (F60.2)
- Gewohnheitsmäßiges Spielen (Z72.6).

Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Glücksspielen in DSM-IV-TR 312.31:

Das DSM-IV-TR definiert das pathologische Glücksspielen unter Störungen der Impulskontrolle, die nicht andernorts klassifiziert sind.

Andauerndes und wiederkehrendes, fehlangepasstes Spielverhalten, das sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:

- Starkes Eingenommensein vom Glücksspiel (z.B. starke gedankliche Beschäftigung mit Geldbeschaffung)
- Steigerung der Einsätze, um gewünschte Erregung zu erreichen
- Wiederholte erfolglose Versuche, das Spiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben
- Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spiel einzuschränken oder aufzugeben
- Spielen, um Problemen oder negativen Stimmungen zu entkommen
- Wiederaufnahme des Glücksspiels nach Geldverlusten
- Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu vertuschen
- Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens
- Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, von Arbeitsplatz und Zukunftschancen
- Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte

Es gibt eine hohe Übereinstimmung der Krankheitskriterien stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen und der Glücksspielsucht wie Kontrollverlust, psychische

Abhängigkeit, Dosissteigerung und Toleranzentwicklung, sowie die suchtspezifische Veränderung der Persönlichkeit z.B. in Form von Verleugnung der Suchtfolgen oder Vernachlässigung wichtiger Lebensbereiche.

Indikationen

Eine stationäre Rehabilitation für Pathologische Glücksspieler kommt insbesondere dann in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen

- Das soziale Umfeld des pathologischen Glücksspielers hat keine ausreichende unterstützende Funktion (mehr).
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Der pathologische Glücksspieler benötigt voraussichtlich spezifische Leistungen zur Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung.
- Dem pathologischen Glücksspieler fehlt die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans im Rahmen der ambulanten Rehabilitation.
- Der pathologische Glücksspieler ist nicht gewillt oder nicht in der Lage, während einer ambulanten Rehabilitation Glücksspielabstinenz einzuhalten.

Derzeit ist die Behandlung von pathologischen Glücksspielern sowohl in Sucht- als auch in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen möglich, sofern die Voraussetzung erfüllt wird, dass ein angemessenes glücksspielerspezifisches Behandlungsangebot besteht. So werden bisher nach Petry und Jahrreiss (1999) die pathologischen Glücksspieler in vier

So werden bisher nach Petry und Jahrreiss (1999) die pathologischen Glücksspieler in vier Gruppen eingeteilt:

- Gruppe A: pathologische Glücksspieler, bei denen zusätzlich eine stoffgebundene Abhängigkeit vorliegt
- Gruppe B: pathologisches Glücksspielverhalten, komorbid mit einer Persönlichkeitsstörung v. a. vom narzisstischen Typ
- Gruppe C: zusätzlich zum pathologischen Glücksspiel Merkmale einer depressivneurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsichervermeidenden Typ
- Gruppe D: pathologisches Glücksspiel und zusätzlich eine psychosomatische Störung, die für sich genommen eine psychosomatische Rehabilitation erfordert.

Für die Gruppe A und B wurde eine medizinische Rehabilitation in einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankte mit glücksspielerspezifischem Angebot empfohlen, für die Gruppe C und D in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung mit glücksspielerspezifischem Angebot.

Gemäß eines tiefenpsychologischen Krankheitsverständnisses liegt dem pathologischen Glückspielen ebenso wie der stoffgebundenen Sucht eine Persönlichkeitsstruktur zu Grunde, die geformt ist durch eine unzureichende Passung kindlicher Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bezugsperson, diese Bedürfnisse angemessen zu befriedigen. Im Laufe der Entwicklung gerät das schwache Ich eines so beschädigten Menschen in unreife Unlust- und Spannungszustände, zu deren Regulierung das Spielen eingesetzt wird.

Das Spielen verselbständigt sich im Verlauf und entwickelt eine Eigendynamik, die den Krankheitswert der Sucht erfüllt. In folgenden Symptomen (nach Meyer 2005) zeigen sich Übereinstimmung zwischen Glücksspielsucht und anderen Suchterkrankungen:

Kontrollverlust, psychische Abhängigkeit, Progredienz, Entdifferenzierung der Persönlichkeit in Form von Vernachlässigung wichtiger Lebensbereiche und Verleugnung der Suchtfolgen. Auch die neurobiologische Forschung zeigt, dass eine große phänomenologische und neurobiologische Ähnlichkeit zwischen pathologischem Glücksspielen und substanzgebundener Abhängigkeit besteht, weil in beiden Suchtentstehungsprozessen das mesocorticolimbische Belohnungssystem entscheidend involviert ist.

Therapieziele allgemeiner Art

Therapieziele werden immer auf die spezifische Problemlage des Rehabilitanden und das mit ihm zuvor erarbeitete individuelle Störungsmodell abgestimmt und geplant. Ziele in der medizinischen Rehabilitation bei pathologischen Glücksspielern sind:

- Aufbau einer intrinsischen Veränderungsmotivation: Wofür lohnt es sich, das Spielverhalten aufzugeben?
- Überwindung von kognitiven Verzerrungen: Der Spielausgang ist zufallsabhängig und nicht durch Geschicklichkeit zu beeinflussen. Die Nachteile (z. B. Schulden) übersteigen bei weitem die gelegentlichen Gewinne/Erfolge.
- Rückfallprävention: Identifikation der Auslösefaktoren für erneutes Glücksspiel und Einüben von Bewältigungsfertigkeiten in Risikosituationen, Aushalten von Frustration und Langeweile.
- Ressourcenorientierung: Eruierung und Stärkung von Ressourcen, die die Lebensfreude steigern und die positiven Erlebnisinhalte des Spielens bedeutungslos werden lassen.
- Selbstwertproblematik: Aufbau von stabilen Quellen für ein positives Selbstwertgefühl, Erkennung und Akzeptanz von persönlichen Stärken und Grenzen.
- Gefühlsregulation: Umgang mit Aktionsdrang und physiologischer Unruhe, Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und eines authentischen Gefühlsausdrucks, Umgang mit Ärger und Aggression.
- Beziehungsstörung und Sozialverhalten: Aufbau tragfähiger, authentischer Beziehungen, Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten, selbstfürsorglicher Umgang mit Vertrauen und Nähe.
- Schuldenregulierung, Geldmanagement.
- Teilhabe am Arbeitsleben
- und am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern.

Die Teilhabe am Erwerbsleben und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im jüngeren und grundsätzlich erwerbsfähigen Alter wie bei pathologischen Spielern ohne wesentlich einschränkende körperliche Komorbidität, von zentraler Bedeutung.

Therapiedauer

Die konzeptuelle Therapiedauer orientiert sich an der üblicherweise von den Kostenträgern bewilligten Therapiedauer von derzeit 12 Wochen. Bei entsprechender Kostenzusage durch den Kostenträger kann die stationäre Therapiephase für die Durchführung einer Kombitherapie verkürzt werden. In Abhängigkeit des Therapieverlaufs und der Genehmigung durch den Kostenträger ist während der Therapie sowohl die Verkürzung der stationären

Therapiephase, die Umwandlung der Therapie im Sinne einer Kombibehandlung oder auch eine der Schwere der Erkrankung angemessene Therapiedauerverlängerung möglich.

Schwerpunkte der Behandlung

Literatur zu Pathologischem Glücksspiel ist weitestgehend verhaltenstherapeutisch dominiert, insofern findet sich im Folgenden auch verhaltenstherapeutisches Vokabular, um eine Vergleichbarkeit des Behandlungsansatzes zu gewährleisten. Gleichwohl bewegen wir uns in der Fachklink Hirtenstein in der Behandlung pathologischer Spieler in einem psychodynamischen Bezugsrahmen.

Orientierung auf "die leisen Töne"

Mit der Erregungsintensität des Glücksspiels kann im "normalen" Alltag nichts konkurrieren. Sowohl in der Gewinnphase als auch bei Verlusten erreicht die emotionale Erregung ein Niveau, welches im Klinikalltag nicht und danach nur sehr schwer nachzubilden ist. Entsprechend gilt es bereits während der stationären Phase der Therapie die Notwendigkeit einer derart starken Erregung zu reduzieren bzw. den Fokus des Rehabilitanden auf die richten. Dies geschieht fachbereichsübergreifend indem misserfolgsmotivierte Verhaltensweisen (Extreme in Sport oder Arbeitstherapie) reduziert werden, im Rahmen der Bezugsgruppe Genusstraining stattfindet, und der Fokus des Rehabilitanden immer wieder und beständig auf die "Mitte" in Wahrnehmung und Handlung auch kleine daraus sowie auf Erfolge gelegt wird. Die Selbstwirksamkeitserwartungssteigerung sowie Selbstwertsteigerung passen nicht zu den alten suchtfördernden Narrativen und beginnen diese langsam aufzulösen.

Phasen der Reflexion, Veränderung, Erprobung, Überprüfung

Oft ist Rehabilitanden die eigene Veränderungsambivalenz nicht so bewusst, sie fallen in alte Verhaltensweisen zurück, produzieren eine Veränderungsbereitschaft anstatt sie wirklich bereits zu empfinden. Eine wohl selektive und dennoch hohe persönliche Authentizität wirkt sehr niederschwellig und ermöglicht es den Rehabilitanden, diese Widerstandsphänomene zu überwinden. Auch hier gilt es immer wieder, die Eigenverantwortung des Rehabilitanden zu betonen, zu bestärken und seinen Fokus auf die bereits sichtbaren Veränderungen zu richten. Einzig, wenn genügen Beziehungskredits vorhanden und die zu befürchtenden Konsequenzen nicht zu einschneidend sind, wird es der Rehabilitand schaffen, sein Spielverhalten uneingeschränkt anzusprechen und so bearbeitbar machen.

Eigenverantwortung

Die Verantwortung für das Setting, den Raum, das therapeutische Klima sowie die therapeutischen Angebote liegt bei der Fachklinik und den zuständigen Therapeuten. Die Verantwortung für die Umsetzung der therapeutischen Interventionen, für das, was Rehabilitand tatsächlich annimmt und womit und an welchen Themen er wirklich arbeitet verbleibt bei ihm. Die ieweils aktuelle Involviertheit ins Glücksspiel, Glücksspielgeschehen ist weder im stationären Setting durch die Klinik noch später durch Angehörige nachweisbar. Entsprechend liegt ein Fokus der Behandlung in der Fachklinik auf der Bereitschaft, die Verantwortung für die Behandlung, und letztlich für das eigene Leben wieder selbst zu übernehmen. Nur das, was der Rehabilitand bereit ist zu tun oder umzusetzen, wird er letztlich und langfristig auch tun und umsetzen können.

Regelkonformität

Die Tendenz glücksspielabhängiger Menschen, ihre Bedürfnisse umgehend befriedigt zu sehen, ist in der einschlägigen Literatur hinlänglich beschrieben. Diese zumeist dysfunktionale Verhaltensweise, wie auch der Wunsch, durch Ausnahmen von Regeln eine besondere Position zu erhalten werden durch eine klare Therapieplanung, einen gut strukturierten Tagesablauf sowie immer wieder einer Fokussierung auf die therapeutische Eigenverantwortung des Rehabilitanden thematisiert. Durch das klare therapeutische Setting, der Therapielenkung alleinig durch den Bezugstherapeuten sowie einer sehr zurückhaltende Gewährung von Ausnahmen werden diese Tendenzen der Rehabilitanden bearbeitbar und können mit Fokus auf die Eigenverantwortung von diesen auch selbst immer besser gesteuert werden.

Behandlungsangebote

Die folgende Darstellung dient der inhaltlichen Beschreibung der besonderen Bedeutung der Angebote für pathologische Spieler.

Einzelgespräche

In der Einzeltherapie liegen die Schwerpunkte im Aufbau einer belastbaren therapeutischen Beziehung, einer die Therapiezeit überdauernden prozessualen Diagnostik, Förderung der Achtsamkeit auf vorhandene Ressourcen und Resilienzen, Entwicklung eines Störungsmodells, sowie die beständige Fortschreibung therapeutischer Aufgaben zur Kompetenzsteigerung im Umgang mit den individuellen suchtfördernden Verhaltensweisen.

Bezugsgruppe

Die dreimal in die Woche stattfindende Bezugsgruppe hat die Entwicklung einer sozialkompetenten Beziehungsfähigkeit sowie ein erweitertes Verständnis des Störungsbilds und dessen Korrekturmöglichkeiten zum Inhalt. Im Speziellen kann hier auf tagesaktuelle gruppendynamische Prozesse eingegangen werden, kognitive Verzerrungen besprochen, Widerstände thematisiert und der Transfer neuer im Rahmen der Einzeltherapie erlernter Verhaltensmuster erprobt werden.

Weitere bedarfsabhängige Inhalte der Bezugsgruppe sind u.a.:

- Herausforderungen bieten und Lösungskompetenzen entwickeln
- Steigerung der Frustrationstoleranz / Realistische Einschätzung von Erfolg und Misserfolg
- Fehlentscheidungen anerkennen als Mittel gegen "Gefangennahme"
- Entwickeln einer "neuen" Ehrlichkeit / Schuld offen eingestehen
- Erleben unbelasteter sozialer Bezüge; denn das soziale Netzwerk ist oft stärker belastet als bei anderen Suchtgruppen. Schulden entziehen auch dem Umfeld (Familie, Freunde) die Existenzgrundlage.
- Konsumarme Freizeitbeschäftigung als Ausgleich für die vielfältigen Funktionen des Glücksspiels.

Auch in der Bezugsgruppe liegt ein Teil der therapeutischen Aufmerksamkeit auf der Authentizität der Rehabilitanden mit dem Ziel, einen Rückfall in alte Verhaltensweisen des Produzierens zu erkennen und zu thematisieren. Eine besondere Bedeutung im Rahmen der Bezugsgruppe nimmt die spezifische Rückfallprophylaxe ein. Diese orientiert sich grob am

Rückfallprophylaxemanual S.T.A.R. welches für alkoholkranke Rehabilitanden in Benutzung ist.

Indikationsgruppe Geldmanagement

Diese Indikationsgruppe flankiert als solitäres Angebot für Glücksspieler die Bezugsgruppe. Geldmanagement besteht aus zwei Teilen: Zum einen der eher technische Teil mit dem Inhalt

- Budget,
- Haushaltsbuch und
- Vorbereitung auf eine eventuelle Schuldenregulierung.

Zum anderen aber auch aus Inhalten wie

- Geld wieder zu Geld werden lassen,
- die Bedeutung des Geldes wieder herzustellen,
- den Wert von Geld erfahren zu können,
- und Geld von emotionalen Empfindungen sowie dem Glücksspielgeschehen zu entkoppeln.

Glücksspielspezifische Angehörigenarbeit

Glücksspielabhängige Menschen haben auf besondere Weise mit Ihrer Umwelt interagiert, haben "Ihre" Wahrheit produziert und auf diese Weise ihr Umfeld häufig manipuliert. Akut therapiewirksam gilt es, diese Muster offen, sichtbar und unter Zeugen (Therapeut, Mitpatienten) zu durchbrechen und neue Umgangsformen zu etablieren. Perspektivisch ermöglicht dieser Schritt, zusammen mit dem Partner eine neue Basis des Umgangs miteinander zu finden. Dies steigert bereits während der stationären Phase des Heilungsprozesses die Abstinenzzuversicht und erhöht die Therapiemotivation signifikant. Findet die Angehörigenarbeit in einem Dreiergespräch statt, können auch spezifische, suchtfördernde Verhaltensweisen des Angehörigen identifiziert und Hilfestellungen für eine Korrektur gegeben werden.

Durch die Angehörigenarbeit erhält das soziale Umfeld wieder eine Unterstützungsfunktion.

Indikationsgruppe Erfahrungslernen

Die gerade bei Spielern verzerrte Selbstwahrnehmung und reduzierte Frustrationstoleranz kann beim überwiegend nonverbalen Therapieangebot des Erfahrungslernens, in der Fachklinik Hirtenstein in Form von Begehung eines Hochseilgartens, in den Fokus der Behandlung genommen werden. Widerstandsphänomene treten nicht so häufig auf, da Unterschiede in der Selbstdarstellung und -wahrnehmung nicht von einem anderen Menschen thematisiert werden, sondern der Rehabilitand für sich selbst erfährt. Durch die therapeutische Begleitung vor Ort kann eine Reinszenierung dysfunktionaler Verhaltensweisen vermieden werden.

Indikationsgruppe Achtsamkeit

Die hohe Fähigkeit pathologischer Glücksspieler sich "ihre" Realität selbst zu gestalten kann durch die Anleitung zu einer wertfreien Achtsamkeit durchbrochen werden. Nicht das, was sein soll bleibt in der Wahrnehmung des Rehabilitanden, sondern der Weg wird offen, was wirklich ist zu erkennen, anzuerkennen und zu akzeptieren. Der Fokus wandert von einer

stetig bewertenden zu einer akzeptierenden Wahrnehmung und ermöglicht auf diese Weise eine nicht intendierte und dennoch erwünschte Verhaltensänderung.

Sport

Analog zu den Rehabilitanden anderer Suchtgruppen haben auch pathologische Glücksspieler häufig die Fähigkeit einer realistischen Körperwahrnehmung und ein Gefühl für die eigene Belastbarkeit verloren. Diese gilt es sukzessive wieder aufzubauen. Des Weiteren ist im besonderen Fokus die Steigerung der Frustrationstoleranz sowie der sozialen Kompetenz, vor allem in Bezug auf die Absprache- und Beziehungsfähigkeit. Resilienz steigernd wirkt der Spielsport, welcher nicht nur eine alternative, konsumarme Freizeitbeschäftigung anbietet, sondern vielmehr noch die häufig negativen Selbstzuschreibungen erlebbar als ungültig erfahren lässt.

Allgemeine Rückfallprophylaxe

Auch in Blick auf eine allgemeine Rückfallprophylaxe wird einem selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Leben höchste Bedeutung zugeschrieben. Als ein wichtiges Element der speziellen Spielerbehandlung ist die Distanzierung von Absichtsbekundungen. Die Rehabilitanden werden immer wieder ermutigt und sensibilisiert, ihr eigenes Tun kritisch zu überwachen und anhand dessen die eigenen Therapiefortschritte bemessen zu können. Aus der daraus erwachsenden Selbstwirksamkeitssteigerung resultiert ein wichtiger Baustein der allgemeinen Rückfallprophylaxe. Die Rehabilitanden verpflichten sich im Rahmen eines speziellen Behandlungsvertrages jeweils maximal 30 € Bargeld bei sich zu tragen sowie jeglichen Rückfall umgehend zu thematisieren. Nur so kann ein anhaltendes Rückfallgeschehen schnellstmöglich wieder beendet werden. Ein weiterer Baustein der Rückfallprävention besteht in einer möglichst engen Verzahnung der Behandlungskette. Die Absprachen der einweisenden Beratungsstelle mit dem Rehabilitanden und deren Behandlungsrichtung werden aufgegriffen, weiterentwickelt und im Austausch mit den nachbehandelnden Stellen abgeglichen. Auf diese Weise kann eine abstinenzbegünstigende Teilnahme an Nachsorge und Selbsthilfegruppe bereits vorbereitet werden. Des Weiteren geben die Rehabilitanden ihr internetfähiges Handy ab und erhalten von der Klinik ein Handy mit Telefonfunktion.

4. 6. 3. Therapien kürzerer Dauer

Seit vielen Jahren führt die Fachklinik Hirtenstein Therapien kürzerer Dauer, Kurzzeit-, Wiederholungs- und Kombitherapie durch, auf Grund der Größe der Klinik werden diese Rehabilitanden integriert in den Bezugsgruppen behandelt. Aufgabe der Behandlung ist es, die speziellen Vorteile, die sich jeweils für die ambulante Rehabilitation oder Nachsorge auf der einen Seite und für die stationäre Rehabilitation auf der anderen Seite eruieren lassen, gezielt herauszugreifen und in eine sinnvoll- kombinierte Abfolge zu bringen, so dass erwartet wird, dass die therapeutischen Effekte sich durch die Kombination der therapeutischen Elemente potenzieren.

Kombibehandlung

Die Verbindung einer kurzen intensiven stationären Therapiephase mit Abstand vom Umfeld und einer sich nahtlos anschließenden ambulanten Phase, ggfls. auch als ambulante Weiterbehandlung ganz nah am Alltag an der Suchtberatungsstelle oder einer Tagesrehabilitation nahe des Heimatortes ist indiziert bei:

- Alkohol- und / oder medikamentenabhängigen Männern mit ausreichender Abstinenzmotivation und Krankheitseinsicht.
- sozial ausreichend integrierten Rehabilitanden, die entweder in einem Arbeitsverhältnis stehen oder nach kurzfristiger Arbeitslosigkeit eine berufliche Perspektive mitbringen.
- Rehabilitanden ohne schwere k\u00f6rperliche Einschr\u00e4nkungen oder Suchtfolgeerkrankungen.
- bestehender Notwendigkeit eines geschützten Rahmens für die ersten Schritte des Ausstiegs aus der Sucht, z.B. nach vorheriger Entgiftung.
- vorangegangenen arbeitsrechtlichen Schritte des Arbeitgebers, so dass weiteres suchtbedingtes Fehlverhalten zur Kündigung führen würde.
- Vorliegen einer gering entwickelten Behandlungsmotivation, die im stationären Setting soweit verbessert werden kann, dass die anschließende ambulante Therapie zu Ende werden kann.
- Rehabilitanden, die eine lange Abwesenheit aus ihrem sozialen Umfeld nicht in Kauf nehmen wollen oder können.

Auf Grund der kurzen Behandlungsdauer bedarf es einer pragmatischen Fokussierung auf erreichbare Therapieziele bzw. von Anfang an eine Hierarchisierung der Ziele und Besprechung mit der weiterbehandelnden Stelle zu Zeitplan, und Teilung der Aufgaben sowie der Zielformulierung. Die Kontaktaufnahme zur weiterbehandelnden Stelle erfolgt somit unsererseits in der zweiten Therapiewoche, also nach der Aufnahme- und Diagnostikphase. Eine professionelle Verzahnung mit den Vor- und Nachbehandlern in Form von Übergabegesprächen ist unabdingbar für einen gelungenen Wechsel in die nächste Behandlungsphase. Infolgedessen planen wir schon sehr früh die Entlassung mit und suchen zwei Wochen zuvor erneut den Kontakt mit der Weiterbehandlern, um Erreichtes zu resümieren und weitere Arbeitsaufträge abzusprechen. In all diese Planungen ist der Rehabilitand eng z.B. mit Telefonkonferenzen eingebunden. Es bedarf also der engen und verbindlichen Zusammenarbeit mit genauen Absprachen zwischen beiden Institutionen, Dieses und gemeinsame Fallanalysen ermöglichen eine lebensnahe Orientierung auch des stationären Teils der Therapie und einen gelingenden Übergang in den ambulanten Teil.

Kurzzeitbehandlung

Die Kurzzeitbehandlung ist gedacht als Auffangbehandlung nach einem Rückfall kurz nach der Entlassung aus einer Langzeittherapie oder als Auffrischung, wenn sich eine Rückfälligkeit innerhalb von vier Jahren nach eine abgeschlossenen Therapie ereignet. Sie setzt eine fortgesetzte Abstinenzmotivation bei (drohender) Rückfälligkeit voraus, gründet also auf bereits erreichten Zielen und begonnen Veränderungen und beschäftigt sich mit dem "neurotischen Rest", der nach der Therapie in der alltäglichen Erprobung zu Tage gefördert wurde.

Teilstationäre Entlassphase (in Planung)

Die letzten vier Wochen der stationären Therapie können in eine teilstationäre Entlassphase umgewidmet werden, in der der Rehabilitand unter den Bedingungen seines alltäglichen Gefüges und seiner Verpflichtungen den therapeutisch eng begleiteten Transfer seiner innerpsychischen Veränderung und seiner Abstinenzabsicht vollzieht. Der Rehabilitand verbleibt Mitglied seiner Bezugsgruppe und nimmt gemäß seines individuellen Therapieplans an allen Maßnahmen teil, er behält sein Zimmer aus der stationären Phase als Rückzugs-

und Ruheort, verlässt aber die Klinik am Nachmittag und kommt morgens zurück. Der Vorteil dieser Behandlung liegt in der unmittelbaren Chance, auftretende Irritation sofort aufzugreifen, "neurotische Reste" aufzuspüren und vor der Entlassung noch einer Bearbeitung zuzuführen.

Sinnvoll ist die teilstationäre Entlassphase bei Rehabilitanden die

- in der der Nähe der Klinik wohnen
- · ein suchtmittelfreies Umfeld und
- familiäre oder
- Soziale Verpflichtungen haben
- im Sinne von Aktivität und Teilhabe Hobbies pflegen
- einen erhöhten Bedarf in der Einbeziehung Angehöriger oder
- des Arbeitsgebers in die Behandlung haben
- auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur die Enge der stationären Behandlung kaum ertragen

4. 7. Die Adaptionsbehandlung

Rehabilitanden mit schweren Suchtmittelfolge- und begleiterkrankungen sowie sozialen und Suchtmittelfolgeschäden haben längeren beruflichen einen und Rehabilitationsbedarf. Schwere Suchtmittelfolge- und begleiterkrankungen können das Leistungsvermögen sowohl für den zuletzt ausgeübten Beruf als auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt erheblich verändern. Soziale Folgeschäden von Substanzmittelkonsum sind Wohnungslosigkeit, Leben in nassem Umfeld, sozialer Abstieg, Kriminalität, Verlust von sozialen Beziehungen, Verschuldung, Verlust von Tagesstruktur und sinnvoller Freizeitaktivität, also Verlust einer förderlichen Umwelt und der Möglichkeiten und Fähigkeiten zu Teilhabe und Aktivität. Berufliche Folgeschäden des Suchtmittelkonsums sind fehlende Schul- und Berufsabschlüsse, lange Zeiten der Arbeitslosigkeit, rasche Stellenwechsel, substanzkonsumbedingter Verlust von Arbeitsstellen, Brüche in der Berufsbiographie und versäumte Fort- und Weiterbildungen.

Diese Beeinträchtigungen können so gravierend sein, dass sich an den ersten Schritt der medizinischen Rehabilitationsbehandlung mit sozialmedizinischer Einschätzung und mit den Mitteln der Psychotherapie erreichter Nachreifung der Persönlichkeitsstruktur der Bedarf der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung als zweiter Schritt der medizinischen Rehabilitation, nämlich als Adaptionsbehandlung ergibt. In der Adaptionsphase stellen sich die Rehabilitanden unter realen Alltagsbedingungen den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung unter weiterhin therapeutischer und medizinischer Behandlung.

In der Adaptionsbehandlung erfolgt neben der medizinischen Leistung zur Rehabilitation die Öffnung nach außen, die Erprobung der Therapieergebnisse aus dem ersten Schritt der medizinischen Rehabilitation und die Hinführung auf einen Entwicklungsstand, der die Rehabilitanden in die Lage versetzen soll, wieder eigenständig ein Erwerbs- und Alltagsleben zu bewältigen. Gegebenenfalls müssen weitere Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden. Insofern finden wir hier mit viel grundsätzlicherer Fragestellung die Indikation zur gezielten beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation.

Die Adaptionsphase umfasst außer der medizinischen Behandlung:

- Maßnahmen zur externen Belastungserprobung zur Stabilisierung der beruflichen Leistungsfähigkeit mit dem Ziel der (Re)Integration ins Erwerbsleben,
- Leistungen zur Teilhabe oder Beginn einer Ausbildung.
- Assistenz zur Vorbereitung einer selbständigen Lebensführung (einschließlich der Unterstützung bei den Bemühungen um Arbeitsplatz und Wohnraum oder der Vermittlung in ein ambulant betreutes Wohnen) sowie
- die Hilfestellung beim Umgang mit Ämtern und Behörden.
- Sozialtherapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie und
- Krisenintervention in begleitender und ihrer Intensität abnehmender Form.

In der Adaptionsbehandlung werden möglichst alltagsnahe Rahmenbedingungen etabliert, in denen Rehabilitanden ihre Bewältigungskompetenzen in unterschiedlichen Lebensbereichen steigern. Insbesondere sollen sie auf berufliche Herausforderungen, selbständiges Leben und die Suche nach einem Arbeitsplatz vorbereitet werden.

Räumlichkeiten

Die Fachklinik Hirtenstein gliedert sich in drei durch Treppenhäuser miteinander verbundene Bauteile. In einem randständigen Trakt mit separatem Eingang befindet sich die Adaption mit acht Einzelappartements mit integrierter Kochzeile sowie Nasszelle, Büro des Bezugstherapeuten und Gruppenraum. Die Adaption ist also eine eigenständige, vom übrigen Gebäude getrennte Funktionseinheit, die Rehabilitanden nutzen dennoch zur Rekreation die Sport- und Kreativeinrichtungen der Klinik sowie werden vom medizinischen Personal der Klinik behandelt. Somit ist auch eine Nachtwache vorhanden.

Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer beträgt 12 Wochen.

Behandlungsziele

Die Behandlungsziele der stationären Adaptionsbehandlung sind:

- Überprüfung und Anpassung bzw. Entwicklung von Bewältigungskompetenz für die Gestaltung des Alltags mit dem Ziel der Maximierung der Teilhabefähigkeiten in allen relevanten Lebensbereichen.
- Verbesserung und Stabilisierung der Leistungsfähigkeit mit dem Ziel der dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie Klärung der beruflichen Perspektiven.
- Abstinenz von Suchtmitteln als Ergebnis der eigenen Entscheidung, Festigung der Abstinenzmotivation, Rückfallprophylaxe und Aufarbeitung von Rückfällen.
- Psychische Stabilisierung, Umgang mit eigenen Grenzen und Erarbeitung einer realistischen Selbsteinschätzung.
- Entwicklung einer eigenverantwortlichen Selbstversorgungsfähigkeit sowie des adäquaten Umgangs mit finanziellen Ressourcen.
- Soziale Stabilisierung durch Aufbau eines neuen sozialen Netzes im neuen Lebensumfeld, Erwerb sozialer Kompetenz im Umgang mit anderen Menschen, sinnvolle und eigenständige Freizeitgestaltung.

- Selbständige Haushaltsführung
- Selbständiger und kompetenter Umgang mit Ämtern und Behörden
- Beschaffung geeigneten Wohnraums bzw. Überleitung in geeignete Nachbehandlungen.

Aufnahmekriterien

Zur Aufnahme in die Adaptionsbehandlung wird der Entlassbericht des einweisenden Fachkrankenhauses benötigt. Er muss das Behandlungsergebnis, die erreichten Ziele und die erlangten Fähigkeiten beinhalten. Er muss Angaben über die Motivation enthalten und einschätzen, welche noch vorhandenen Defizite bearbeitet werden sollen. Die Ziele für die Adaptionsbehandlung sollen umrissen werden. Weiterhin ist die Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers vor Aufnahme in die Adaptionsbehandlung erforderlich.

Voraussetzungen zur Aufnahme in die Adaptionsbehandlung sind:

- Arbeitslosigkeit
- Patienten ohne eigenen Wohnraum bzw. Wohnsituation im nassen Umfeld
- Therapeutische Indikation für die Notwendigkeit eines Umfeldwechsels
- Abhängigkeit von Alkohol und/ oder Medikamenten und / oder Pathologischem Glücksspiel
- Eine regulär abgeschlossene medizinische Rehabilitation in einer stationären Einrichtung
- Nahtloser Übergang vom ersten in den zweiten Schritt der stationären medizinischen Rehabilitation
- Eine schriftliche Bewerbung

Kontraindikationen sind:

- Irregulärer Abschluss des ersten Schrittes der medizinischen Rehabilitation und
- akute Suizidalität,
- akute Psychose oder
- fehlende Perspektive zur
- Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit.

Auch die Aufnahme von auch Rehabilitanden aus anderen Fachkliniken ist vorgesehen. Durch die Möglichkeit des Besuchs der Adaption und Übergabegespräche mit der vorbehandelnden Einrichtung können evtl. Unterschiede in der psychotherapeutischen Technik erklärt werden.

Therapeutischer Ansatz

Das Therapiekonzept der Adaption ist hergeleitet aus dem tiefenpsychologisch orientierten, auf Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie basierenden Gesamtkonzept der Fachklinik Hirtenstein und zentriert auf die sozialen Folgen der Abhängigkeitserkrankungen.

Auf der Grundlage des vorausgegangenen ersten Schritts der stationären medizinischen Rehabilitation erfolgt eine Vertiefung der Krankheitseinsicht und das Aufzeigen und Bearbeiten von Zusammenhängen zwischen aktuell erlebbaren, kritischen Lebenssituationen und der Suchterkrankung. Die Behandlung hat nach der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik vor allem die Beziehungsachse im Fokus, deren

Konflikthaftigkeit sowohl im beruflichen Alltag als auch im dem des Zusammenlebens mit anderen Rehabilitanden im Sinne des Wiederholungszwangs virulent wird und nachreifend mit positiv korrigierenden Erfahrungen bearbeitet werden kann. Neue Erkenntnisse und Erfahrungen werden im lebenspraktischen Vollzug eingeübt und umgesetzt. Neben der Behandlung der psychischen und körperlichen Folgen der Suchterkrankung rücken die sozialen Folgen der Suchterkrankung in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Für die Aufrechterhaltung des Rehabilitationserfolgs ist ein unterstützendes, soziales Umfeld entscheidend wichtig. Deswegen liegt neben der beruflichen Wiedereingliederung ein weiterer Schwerpunkt auf der sozialen Integration mit Beschaffung von geeignetem Wohnraum bzw. einer geeigneten Nachbehandlung, Entwicklung sinnstiftender Freizeitaktivitäten und dem Aufbau eines sozialen Beziehungsnetzes.

In Einzelfällen bei neuer Indikationsstellung können die Rehabilitanden der Adaption auch die kurrikularisierten, teilhabeorientierten Gruppen des 1. Schritts des medizinische Reha besuchen, also Bewerbungstraining oder MPU Gruppe.

Nach ca. sechs bis acht Therapiewochen findet eine Evaluierung des bisherigen Prozesses im Rahmen der Rehavisite statt: Rehabilitand, Arzt, Bezugstherapeut und Sozialdienst stimmen miteinander das bisher Erreichte ab, überprüfen die Therapiezielformulierung für die zweite Hälfte der Adaptionsbehandlung und beginnen bereits der Entlassvorbereitung, um einen bei den ja z.T. zuvor wohnungs- und arbeitslosen Rehabilitanden einen geeigneten sozialen Empfangsraum sicher zu stellen.

Externe Arbeitserprobung und Betriebspraktika

Zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben finden externe Arbeitserprobungen und Praktika in regionalen Betrieben statt, die zum Teil mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden müssen. Neben der Überprüfung der beruflichen Kenntnisse erfolgt das Einüben von Durchhaltevermögen, Ausdauer, Pünktlichkeit, Team- und Kritikfähigkeit, Sorgfalt und Frustrationstoleranz. Ebenso wird die berufliche Neuorientierung, das Anknüpfen an das erlernte Berufsbild bzw. bestehende Arbeitsfeld und das Kennenlernen anderer Arbeitsfelder und Berufe ermöglicht. Das Praktikum bildet die zeitliche Strukturbasis der Adaptionsbehandlung als Eingewöhnung eines geregelten Tagesrhythmus.

Der zeitliche Umfang der externen Arbeitserprobung und Betriebspraktika beträgt wöchentlich ca. 30 Stunden. In Zusammenarbeit mit dafür zuständigen Institutionen (Leistungsträger, Agentur für Arbeit etc.) werden weitere Leistungen zur Teilhabe überprüft und gegebenenfalls vorbereitet. Eine regelmäßige Reflektion der Erfahrung am Praktikumsplatz dient der Überprüfung der Leistungsfähigkeit und der Entwicklung einer realistischen beruflichen Zukunftsperspektive. Die Adaptionseinrichtung pflegt die Kontakte zu den Praktikumsbetrieben und führt dort regelmäßig Auswertungsgespräche. Im Laufe der Adaptionsbehandlung werden Bewerbungsunterlagen erstellt und können mit einer Praktikumsbeurteilung ergänzt werden. Die Praktikumsakquise, die Besuche am Praktikumsplatz, die Auswertungsgespräche mit Rehabilitand und Praktikumsgeber werden vom Bezugstherapeuten der Adaption übernommen.

Psychotherapie

Psychotherapie ist auch in der Adaptionsbehandlung das wesentliche Therapiemedium. Im vorausgegangenen ersten Schritt der stationären medizinischen Rehabilitation begonnene Entwicklungsprozesse werden weitergeführt und reflektiert. Die Rehabilitationsziele werden

nochmals überprüft und gegebenenfalls modifiziert. Die Gruppenpsychotherapie findet wöchentlich zweimal statt mit einmal 60 Minuten, einmal 90 Minuten Dauer. Die wöchentliche Einzelpsychotherapie mit einem Umfang von 50 Minuten dient der Klärung aktueller Fragestellungen und der weiteren Durcharbeitung individueller psychodynamischer Aspekte der Rehabilitanden. Im Falle eines Rückfalls wird geprüft, ob eine Entlassung aus der Behandlung erfolgen muss oder eine Weiterbehandlung möglich ist. Dazu werden die Motive für den Rückfall untersucht und die Einstellung des Rehabilitanden hinsichtlich seiner Haltung zu einer Weiterbehandlung geklärt. Bei hinreichend günstiger Prognose steht die Aufarbeitung des Rückfallgeschehens im Mittelpunkt, gegebenenfalls auch eine Unterbrechung des Außenpraktikums. Ziel ist, eine Stabilisierung des Abstinenzverhaltens auf der Grundlage eines tieferen Verstehens der Suchtdynamik zu erreichen und zum regulären Behandlungsverlauf zurückzukehren.

Sozialberatung

Die Sozialberatung umfasst die spezifische Beratung hinsichtlich wirtschaftlicher und sozialrechtlicher Fragestellungen und unterstützt die Rehabilitanden im Umgang mit Ämtern und Behörden und gibt Orientierungshilfe im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Sozialberatung arbeitet mit einer offenen Sprechstunde für die Rehabilitanden.

Medizinische Behandlung

Die psychiatrische und internistische Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung wird von den Ärzten der Fachklinik Hirtenstein durchgeführt. Durch den therapeutischen und medizinischen Tages- und Nachtdienst der Fachklinik Hirtenstein ist eine 24-Stunden Versorgung der Rehabilitanden, auch am Wochenende, gewährleistet.

Hausgruppe

Einmal in der Woche freitags findet in Anwesenheit des Bezugstherapeuten die Hausgruppe mit einer Dauer von 60 Minuten statt. In dieser Sitzung werden aktuelle Themen besprochen, die das organisatorische Zusammenleben der Wohngemeinschaft betreffen sowie die Wochenendplanung.

Selbsthilfegruppe

Jeder Rehabilitand ist aufgefordert, sich einer externen, regionalen Selbsthilfegruppe anzuschließen in Vorbereitung der perspektivischen Ansiedlung im Umkreis.

Freizeitangebote

Zur Entwicklung einer sinnvollen Freizeitgestaltung werden gemeinsame Aktivitäten angeregt. Es besteht die Möglichkeit die in der Region vorhandenen Sport- und Kulturveranstaltungen wahrzunehmen sowie die Sport- und Kreativeinrichtungen der Klinik zu nutzen.

Versorgung

Einkauf, Kochen, Reinigung und Wäschepflege obliegt den Rehabilitanden. Bei Bedarf werden die sie von Mitarbeitern dabei unterstützt.

Angehörigengespräche

Auch während der Adaptionsphase können Angehörige in Form von Angehörigen- und Paargesprächen einbezogen werden.

Weiterbehandlung

Die Adaption arbeitet mit den jeweiligen örtlich zuständigen und erreichbaren Psychosozialen Beratungsstellen zusammen. Sie unterstützt die Rehabilitanden in der Planung der ambulanten Weiterbehandlung und vermittelt bei Bedarf in ambulant betreute Wohnformen.

Personelle Ausstattung mit zugeordneten Deputaten

Personelle Darstellung mit Deputatsanteilen für die gesamte Organisationseinheit Adaption (acht Plätze):

Bezugstherapeut 100 % (50 % Dipl. Sozialarbeiter, 50 % Sucht- und Sozialtherapeut)

Arzt 20 % (Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie)

Sozialdienst 40 % (Sozialarbeiterin, MA)

Arbeitstherapie 20 % (Arbeits- und Ergotherapeut)

Arzt, Pflegedienst, Hauswirtschaft, Haustechnik und Verwaltung werden aus dem ersten Schritt der Rehabilitation gestellt. Da die Rehabilitanden ausschließlich externe Praktika absolvieren, erfolgt eine ggfls. wenige Tage dauernde Indoor - Beschäftigung im Rahmen der Arbeitstherapie der Klinik. Ein Indoor - Praktikum kann zur Überbrückung bis zum Beginn des externen Praktikums erforderlich sein, wenn ein Rehabilitand während der Woche in der Adaption aufgenommen wird, aber erst am Montag der folgenden Woche sein Praktikum aufnimmt, oder gegen Ende. In einigen Fällen kann auch eine längere Indoor Tätigkeit indiziert sein, wenn Arbeitstugenden lange brach lagen und trainiert werden müssen. Die Diagnostik dazu wird seitens der Arbeitstherapie (s. 4.7.5) durchgeführt.

siehe **Therapieplan Adaption** im Anhang

4. 8. Rehabilitationselemente

Rehabilitation ist das multi- und interdisziplinäre Management der funktionalen Gesundheit (nach ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person). Die funktionale Gesundheit wird determiniert vom Kontext der Umwelt und der personenbezogenen Faktoren. Anhand dieser Kontextfaktoren, betrachtet vor dem gesamten Lebenshintergrund einer Person, beurteilen wir die funktionale Gesundheit danach, in wie weit die körperlichen Funktionen und Körperstrukturen der allgemein anerkannten Norm entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und –strukturen), die Person nach Art und Umfang das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne gesundheitlichen Einschränkungen erwartet wird (Konzept der Aktivitäten) und sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen und Einschränkungen der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe). Im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation steht demnach die Befähigung der betroffenen Person im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen sowie die Optimierung der Aktivitäten und der Teilhabe.

4. 8. 1. Aufnahmeverfahren

Die eingehenden Unterlagen (Sozialbericht, Kostenzusage) werden von der Chefärztin geprüft, die therapierelevanten Informationen aus dem Sozialbericht werden in einer Übersicht zur Aufnahmesteuerung zusammengefasst, das Aufnahmesekretariat bestellt den Rehabilitanden ein. Besichtigungstermine sind jederzeit möglich. Sowohl die ärztliche Aufnahmeuntersuchung erfolgt am Aufnahmetag, ebenso die Kontaktaufnahme des Rehabilitanden zu seinem Bezugstherapeuten, im Laufe der ersten Woche erfolgt die arbeitstherapeutische Diagnostik.

Die ärztliche Eingangsdiagnostik umfasst eine allgemeinmedizinische, internistische und psychiatrische Untersuchung. Vorbefunde aus ambulanten und Vorbehandlungen werden angefordert und in der Behandlung berücksichtigt. Die medikamentöse Therapie wird gegebenenfalls fortgesetzt. Die psychische und physische Belastungsfähigkeit wird untersucht, um daraus Indikationen und Kontraindikationen für einzelne Maßnahmen abzuleiten. Die Diagnosen werden nach ICD-10 verschlüsselt. Bei Bedarf werden externe fachärztliche Untersuchungen veranlasst. Als zusätzliche diagnostischen Einschätzung bereits Informationsquellen werden zur medizinische Befunde, Berichte aus Vorbehandlungen, der Sozialbericht der überweisenden Institution und eventuell auch Informationen der Angehörigen (Fremdanamnese) herangezogen.

4. 8. 2. Rehabilitationsdiagnostik

Die ärztliche Eingangsdiagnostik umfasst eine allgemeinmedizinische, internistische und Als psychiatrische Untersuchung. apparative Diagnostik laufen EKG. Lungenfunktionsprüfung, Atemalkoholkontrollen und Laboruntersuchungen. Vorbefunde aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen werden angefordert und in der Behandlung berücksichtigt. Die medikamentöse Therapie wird gegebenenfalls fortgesetzt. Die psychische und physische Belastungsfähigkeit wird untersucht, um daraus Indikationen und Kontraindikationen für einzelne Maßnahmen abzuleiten. Die Diagnosen werden nach ICD-10 verschlüsselt. Bei Bedarf werden externe fachärztliche Untersuchungen veranlasst. Als zusätzliche Informationsquellen werden zur diagnostischen Einschätzung bereits vorliegende medizinische Befunde, Berichte aus Vorbehandlungen, der Sozialbericht der überweisenden Institution und eventuell auch Informationen der Angehörigen (Fremdanamnese) herangezogen.

Des Weiteren wird eine dezidierte Sozial- und Berufsanamnese, Eigen-, Familien- und Suchtanamnese erhoben, die in der Therapieplanung konnotiert wird mit den positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren. Die biographische Anamnese wird mit den Mitteln der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik erhoben (OPD) und ist insbesondere wegweisend in der Therapieplanung für die Konzepte Aktivität und Teilhabe nach ICF.

Grundlage für die Zuordnung zu BORA Zielgruppen ist das Würzburger Screening sowie MELBA. Aufgrund der arbeitstherapeutischen Eingangsdiagnostik werden die Patienten fünf BORA Zielgruppen zugeordnet, so dass der individuelle Unterstützungsbedarf des Rehabilitanden berücksichtigt, die arbeitstherapeutische Intervention strukturiert dargestellt und die Patienten der entsprechenden (BORA)Bezugsgruppe zugewiesen werden können.

Zur individuellen psychodynamischen Diagnostik kommt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) zur Anwendung, welche das Krankheitsverständnis

des Patienten, seine Form der Beziehungsgestaltung, seinen psychodynamischen Konflikt, das Strukturniveau seiner Persönlichkeit sowie die psychiatrische Diagnostik fasst. Bereits die Aufnahmeuntersuchung erfolgt geleitet von der OPD, auf deren Grundlage Rehabilitationsziele formuliert und therapeutische Interventionen geplant werden.

In der Fachklinik Hirtenstein wird als psychologisches diagnostisches Testinstrument das Becks- Depressions-Inventar (BDI-II) standardisiert in der Aufnahmephase (Eingangswert) und in der Entlassphase (Ausgangswert) bei allen Patienten erhoben. Der BDI-II ist ein bewährtes Testinstrument zur Erfassung akuter depressiver Symptomatik. Bei allen Patienten mit der Aufnahmediagnose "Pathologisches Glückspiel" (F63.0) werden in der Aufnahmephase der Schweriner Fragebogen zum Glücksspiel (SFG), sowie der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) standardisiert erhoben. Die Ausgabe und Auswertung der Tests wird durch Psychologen durchgeführt. Innerhalb der interdisziplinären Patientenkonferenzen werden die Testergebnisse erläutert und in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen.

Bei entsprechender Indikation werden individuell weitere psychologische Testverfahren durchgeführt: Bei Verdacht auf kognitive und intellektuelle Leistungsstörungen wird eine neuropsychologische Abklärung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisvermögens sowie der allgemeinen kognitiven Flexibilität (v.a. Alertness, geteilte Aufmerksamkeit, selektive Aufmerksamkeit) in Form von neuropsychologischen Testverfahren durchgeführt. Die neuropsychologische Diagnostik unterstützt die Beurteilung des Therapiepotentials hinsichtlich der beruflichen Rehabilitation, die Planung von Trainingsund Therapiemaßnahmen sowie die psychiatrische und neurologische Differentialdiagnostik.

Der Sozialdienst erhebt anhand eines Anamnesebogens die finanzielle Situation des Rehabilitanden, Anträge für Arbeitslosen- oder Übergangsgeld, Schulden und deren Regelung, familiäre ggfls. problematische Situation (Unterhaltszahlungen u.ä.), strafrechtliche Rahmenbedingungen und leitet ggfls. rasch Schritte ein oder befähigt den Patienten zur Bearbeitung seiner administrativen Belange mit Hilfe der Erstellung von Netzwerkkarten und biographischen Zeitbalken.

Wir formulieren die Symptome und Beeinträchtigungen unserer Patienten, die der OPD, der arbeitstherapeutischen, sozialdienstlichen sowie der psychiatrischen und körperlichen Aufnahmeuntersuchung entspringen, entlang der drei Dimensionen der ICF (Körperfunktion und –struktur, Aktivität, Teilhabe) und verbinden sie mit den Kontextfaktoren Umwelt und Person, die sich sowohl positiv als auch negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken können. Im Zusammenwirken des multidisziplinären Behandlungsteams mit dem Patienten zusammen wird in den ersten zwei Wochen eine Rehabilitationsplanung unter Analyse der stützenden Umweltfaktoren, der personenbezogenen Faktoren als Entwicklungspotentiale sowie im Hinblick auf Wünsche, Fähigkeiten und Notwendigkeiten in Teilhabe und Aktivität. erstellt, die in der Indikationskonferenz in der 2. Therapiewoche festgeschrieben, in der Rehakonferenz in der 8.-9. Therapiewoche überprüft und in der sozialmedizinischen Beurteilung zwei Wochen vor Entlassung bewertet wird (Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur, Abb. 2).

Nach den von uns erhobenen Zahlen unterhalten wir je eine Bezugsgruppe BORA I, BORA II, BORA III und IV. Die Patienten der Zielgruppe V werden je nach persönlichem Bedarf einer der Gruppen zugeordnet, meistens jedoch der Gruppe I, da die Fragen nach Sinnstiftung unabhängig von Arbeit, Rekreation, Bedeutung von Anerkennung und Selbstwert usw. ähnlich sind.

Die so gewonnen Erkenntnisse finden Eingang in den kurativen Teil der Reha zur Behandlung von geschädigten Körperfunktionen und -strukturen, der sich durch das gesamte Rehaverfahren hindurch ziehen kann. Unter dem rehabilitativen Aspekt werden Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe sortiert, die überwunden oder kompensiert werden können. Mit dem präventiven Aspekt zur Vermeidung weiterer Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Aktivitäten und der Teilhabe befassen sich ebenfalls während des gesamten Rehaprozesses Gesundheitsvorträge, Ernährungsberatung, Sporttherapie usw. individuell nach Indikation.

4. 8. 3. Medizinische Therapie

Die ärztlich-medizinische Versorgung findet kontinuierlich statt und ist nicht Gegenstand eines eigenständigen Behandlungsmoduls. Regelmäßige Laborwertkontrollen, tägliche Alkoholkontrollen (Atemlufttestgerät), Drogenscreenings (bei Bedarf und Indikation), Überwachung des Gewichts und der Blutdruckwerte gehören zu den Routineleistungen. An apparativer Diagnostik sind EKG und Lungenfunktion möglich. Wöchentlich sind fachärztliche Visiten.

Die medizinische Abteilung ist fachübergreifend besetzt mit zwei praktischen Ärzten, einer Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie sowie Krankenschwestern im Tag- und Nachtdienst. Mit den Hausärzten der Patienten besteht über strukturierte Korrespondenz Kontakt, Fachärzte der Region übernehmen die Mitbehandlung.

Die Ärzte sind als Mitglied des interdisziplinären Teams anwesend bei den Patientenkonferenzen, steuern die rehabilitationsrelevante Diagnostik bei, legen in diesen Konferenzen mit allen Teilnehmern Rehabilitationsziele und –planung fest und verantworten die sozialmedizinische Fallführung. Sie führen die Gesundheitsinformation der Patienten durch sowie psychoedukative Gruppen. Den Krankenschwestern obliegen die Sprechstundenorganisation, die Behandlungspflege sowie in Einzelfällen als meist erste Ansprechpartner kriseninterventorische Gespräche mit Patienten und Erstversorgung im Notfall.

4. 8. 4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Alle Rehabilitanden gehören einer verbindlichen, halboffenen, konstanten Bezugsgruppe mit bis zu 12 Rehabilitanden an, die als Ort für Beziehungserfahrung, Nachreifung und Erwerb von Ich-Funktionen der Gegenentwurf zum fragmentierten Selbstbild Frühgestörter sowie früher Abwehrmechanismen der Spaltung, Entwertung und projektiven Identifikation ist. Auf das jeweilige Behandlungsspektrum nehmen wir in den Unterpunkten Bezug.

Psychotherapie

Einzelpsychotherapie

Der Bezugstherapeut ist in Personalunion Einzel- und Gruppentherapeut. Der Einzelpsychotherapie kommt im gesamttherapeutischen Geschehen nicht zuletzt deshalb ein ganz besonders hoher Stellenwert zu, weil nur dort genügend Schutzraum gegeben ist, um z.B. besonders schambesetzte Themen zu bearbeiten. Es gibt Themen, die sich für ein Gruppensetting nicht eignen oder solche, die, bevor sie evtl. auch in die Gruppe eingebracht werden können, zuerst im einzelpsychotherapeutischen Setting zur Sprache kommen

müssen. In der Regel findet eine Einzeltherapiesitzung von 50 Minuten innerhalb von 14 Tagen oder eine Einzeltherapiesitzung von 30 Minuten wöchentlich statt. Zusätzlich erfolgen bei Bedarf einzeltherapeutische Krisengespräche.

Gruppenpsychotherapie

Die Gruppenpsychotherapie wird in Form teiloffener Gruppen als Bezugsgruppe mit maximal 12 Rehabilitanden drei Mal in der Woche a 90 min angeboten. Hier werden wesentliche Beziehungserfahrungen gemacht, die dann im Sinne des psychodynamischen Konflikts (Konfliktachse OPD-2, s.o.) bearbeitet und korrigiert werden können. Intendiert sind in der Gruppentherapie insbesondere das Erleben von Gruppenkohäsion, Triangulierung und das Erleben von Identifikation mit der Gruppe. Rehabilitanden können erleben, dass sie sich auch in ihren problematischen Lebensvollzügen nicht zu verstecken brauchen, dass vielmehr erst der offene, wohlwollende Blick auf die Symptome und deren Hintergründe wirklich konstruktive Lösungssuche ermöglicht. Gruppenmitglieder können dazu beitragen, dass einseitige Selbstwahrnehmungen und Selbstattribuierungen modifiziert werden. Innerhalb der Gruppe sind durch den gegebenen geschützten Rahmen auch ein "Probehandeln" und Ausprobieren neuer Verhaltens- und Beziehungsmuster möglich. In den Bezugsgruppen ist durch die Kohärenz der BORA Zielgruppe der Rehabilitanden die größtmögliche thematische Schnittmenge gewährleistet. Geschlechtsspezifika wie Gewalt (-erfahrung), archaische Rollenbilder, Leistungsorientierung finden zwangsläufig ihre Darstellung, zugleich ermöglicht die geschlechtsspezifische Behandlung das Erleben von Kameradschaft, Trost mit und ohne Worte, Freundschaft ohne Konkurrenz.

Großgruppe: Plenum

Einmal wöchentlich freitags findet das Plenum mit allen Rehabilitanden und Mitarbeitern statt. Neue Rehabilitanden stellen sich vor, zur Entlassung anstehende Rehabilitanden verabschieden sich, organisatorische Belange werden besprochen, das Wochenende wird geplant, nach stattgehabter Rückfallbearbeitung nimmt der Rehabilitand gemäß der Regularien Rückfallbehandlung Stellung, besondere Vorkommnisse werden thematisiert. Die Leitung des Plenums liegt beim Patientensprecher und der Klinikleitung. Dauer: 60 min.

Indikationsgruppen

Die Indikationsgruppen werden von Sucht- und Sozialtherapeuten oder Psychologen geleitet. Im Rahmen der Indikations- und Rehakonferenzen werden die geeigneten Indikationsgruppen mit dem Rehabilitanden zusammen festgelegt. Die Indikationsgruppen laufen als geschlossene Gruppen über fünf Einheiten zu je 90 Minuten, somit hat jeder Patient während der Therapie die Möglichkeit, vier Indikations- und "andere" gruppen (z.B. MPU, Tabakentwöhnung usw.) zu besuchen im Sinne einer individuellen, bedarfsgerechten Therapie.

Dauer: 90 Minuten Anzahl der Einheiten: mindestens 5

Depressionsgruppe

In dieser Gruppe werden Rehabilitanden behandelt, die neben ihrer substanzgebundenen Abhängigkeit auch eine Depression bzw. depressive Symptome haben. Leitfragen: Liegen Sie manchmal am Abend stundenlang im Bett, grübeln über Ihre Probleme nach und können dann nicht einschlafen? Fühlen Sie sich manchmal traurig und niedergeschlagen, können

sich nur schwer zu etwas aufraffen und möchten am liebsten niemanden sehen? Lernen Sie in dieser Gruppe, mit welchen Handlungen und Gedanken Sie selbst ihre Stimmung beeinflussen können, wie Sie die Häufigkeit von glücklichen Momenten in Ihrem Leben erhöhen können und wie Sie schwierige Abschnitte Ihres Lebens besser durchstehen können.

Keine Angst vor der Angst

In dieser Gruppe werden Rehabilitanden behandelt, die neben ihrer substanzgebundenen phobische Angststörung Abhängigkeit auch eine oder haben. Neben psychoedukativen Teil, in dem den Rehabilitanden medizinisches und psychologisches Wissen zum Thema Angst und Angststörungen vermittelt wird, wird in einem psychotherapeutischen Teil auf die besonderen, individuellen Erlebens-Verhaltensweisen der einzelnen Rehabilitanden in Bezug auf ihr Symptome eingegangen. Die Interventionen in dieser Gruppe sind verhaltenstherapeutisch orientiert. Leitfragen: Woher kommt das Gefühl Angst und wofür brauchen wir es? Welche Reaktionen löst es aus? Woran hindert mich meine Angst? Wie kann ich meine Ängste bewältigen?

Sinngruppe

Existenzphilosophische Denkansätze bilden den Hintergrund für diese Gruppe; im Sinne einer philosophischen Therapeutik kommen Sinn- und Lebensfragen zur Sprache. Der Akzent liegt hierbei auf der Klärung eigener Haltungen und Vorstellungen: die Frage nach Werten, Lebensglück und Trost öffnet den Horizont für religiöse Themen. Geleitet wird die Gruppe von einem Theologen, als Suchttherapeut VdR anerkannt.

Achtsamkeit

Über ein bewusstes Wahrnehmen des Körpers, der Gedanken und Gefühle richtet sich die Wahrnehmung nach innen, trägt zur Differenzierung von Affekten und deren Benennung bei, verändert die Positionierung des Selbst im Bezug zu anderen und bewirkt Entlastung und Entspannung.

Training sozialer Kompetenz

Soziale Standardsituationen werden im Rollenspiel geübt und anschließen reflektiert, mit dem Ziel, soziale Kompetenzen in wichtigen Lebenssituationen zu trainieren. Bezüglich der Berufsausübung fallen häufig Defizite in der Kommunikation und Kooperation am Arbeitsplatz auf. Diese Mängel gehen häufig einher mit Defiziten in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Um dem zu begegnen, führen wir ein Kommunikations- und Wahrnehmungstraining durch. Erlebnispädagogische Übungen werden in Gruppen und mit spielerischer Aufgabenstellung durchgeführt und gemeinsam ausgewertet.

Andere Gruppen

Erfahrungslernen (Hochseilgarten)

Das Erfahrungslernen dient der Verbesserung der Selbst- und der Körperwahrnehmung und der Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten und Vermeidungstendenzen. Auf Rehabilitanden mit depressiver Symptomatik wirkt es antriebssteigernd und stimmungsverbessernd. Die Selbstwirksamkeitserwartung wird während der Erfahrung im

Hochseilgarten positiv verstärkt. In begleitenden Vorbereitungs- und Reflexionseinheiten wird der Transfer in die Lebenswirklichkeit des Rehabilitanden gefördert.

MPU

Die Gruppe MPU dient der Information und Vorbereitung auf die Medizinisch-Psychologische-Untersuchung zum Wiedererwerb des Führerscheins nach Verlust infolge von Alkohol- oder Drogenauffälligkeit. Leitfragen: Was muss ich beachten, damit ich zur MPU zugelassen werde? Wie ist die MPU aufgebaut und was will der Gutachter von mir wissen? Wo kann ich MPU machen und was sind die Kosten? Nachweis von Abstinenzzeiten? Einüben von Gesprächssituationen und Fragestellungen.

4. 8. 5. Arbeitsbezogene Intervention

Erwerbs- und arbeitsbezogene Maßnahmen haben in der Fachklinik Hirtenstein einen zentralen Stellenwert. Für die Stabilisierung des Genesungserfolges nimmt die Teilhabe am Erwerbsleben eine wichtige und unterstützende Rolle ein. Arbeit ist mehr als materielle Sicherung. Sie ermöglicht ein selbst bestimmtes, von fremder Unterstützung weitgehend unabhängiges Leben, sie stiftet Sinn und gibt dem Alltag Struktur. Entsprechend groß ist das Risiko eines Rückfalls für Personen, die trotz erfolgreicher medizinischer Rehabilitation langfristig ohne Arbeit bleiben. In einer Zusammenfassung nationaler und internationaler Untersuchungen ist die Rückfallrate Arbeitsloser nach einer Entwöhnungsbehandlung gegenüber Erwerbstätigen um einen Faktor zwischen 1,5 und 2 erhöht. Berufliche Integration ist aus Sicht des Betroffenen und aus ökonomischen Gründen der erfolgversprechendste Ansatz, langfristig und wirksam die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung im Beruf zu beeinflussen.

In den Einrichtungen des Deutschen Ordens wird seit Mitte 2016 das im BORA-Konzept genannte Würzburger Screening angewendet, um Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen zu identifizieren und die erwerbsbezogenen Behandlungsmaßnahmen an den besonderen Bedarfen der Betroffenen entsprechend auszurichten.

Mit einem Neubau 2017 stehen der Fachklinik Hirtenstein eine Holz- und Metallwerkstatt. Zur Verfügung. Somit bietet die Klinik in männerspezifischen Berufen moderne und differenzierte Möglichkeiten der arbeitstherapeutischen Diagnostik, Erprobung und Training arbeits- und berufsbezogener Fähigkeiten sowie der internen Belastungserprobung. Die Holzwerkstatt hat in der Fachklinik bereits eine lange Tradition, das bisherige Gebäude musste jedoch auf Grund einer defekten Abluftanlage stillgelegt werden. Des Weiteren stehen zwei Ergotherapieräume sowie ein Tonraum zur Verfügung. Weitere Möglichkeiten der arbeitsbezogenen Interventionen liegen im Bereich Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik, Bürokommunikation und in Patientenämtern (Bibliothek, Wellnessbereich, Entsorgung usw.).

In den Patientenkonferenzen (Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur) sind alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen vertreten. Neben den erwerbsbezogenen Fähigkeitszielen, den vereinbarten Maßnahmen und dem Grad der Zielerreichung wird die Entwicklung bezüglich des Leistungsbilds und, bei der Behebung, von physischen und psychischen Funktionseinschränkungen thematisiert.

Für Rehabilitanden, bei denen aufgrund von komplexen Problemlagen ein vertieftes Assessment erforderlich ist, besteht eine Kooperation mit der Rehabilitationsberatung durch

die DRV und der Agentur für Arbeit (Jobcenter). Die Leistungen dieser Kooperationspartner umfassen:

- Information über Berufe sowie Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Feststellung der persönlichen Voraussetzungen,
- Evtl. Umschulungsangebot
- Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- Innerbetriebliche Umsetzung incl. Verhaltens- und Leistungsbeobachtung
- Berufsfindung und Eignungsabklärung
- Praktische Erprobung verschiedener Berufsfelder

Medizinisch beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

In den ersten Tagen des Aufenthaltes wird eine ausführliche Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese erhoben. Weitere Inhalte der beruflich orientierten Eingangsdiagnostik sind die soziale Integration am Arbeitsplatz sowie die Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens.

Im Rahmen der ärztlichen Diagnostik werden neben der somatischen und psychiatrischen Anamnese der körperliche sowie der psychopathologische Befund erhoben. Zusammen mit den Informationen aus der psychologischen Diagnostik wird auf der Grundlage des Profils der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe eine erste Einschätzung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben vorgenommen, aus der sich weitere Ziele und Maßnahmen innerhalb der Rehabilitationsbehandlung ergeben.

Mit dem Würzburger Screening werden berufliche Problemlagen identifiziert. Weitere Informationen dienen der Einteilung in die BORA-Zielgruppen (z. Bsp. ALG I oder ALG II Bezug).

Zentrale Frage in der Eingangsdiagnostik ist, welche Tätigkeit der Rehabilitand direkt nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme aufnehmen will. Alle Maßnahmen während der Behandlung müssen auf die Erreichung dieses Ziels ausgerichtet sein, weil ein nahtloser Übergang in eine Beschäftigung (Arbeitsplatz, Ausbildungsplatz, Schule, 1. oder 2. Arbeitsmarkt) die wichtigste Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist. Sollte sich während der Rehabilitationsbehandlung dieses Ziel ändern, so werden die entsprechenden Maßnahmen gegebenenfalls angepasst und dies dokumentiert.

Desweitern fertigen alle Rehabilitanden in den ersten zwei Behandlungswochen ein vergleichbares, kleines und einfaches Werkstück, welches der Diagnostik sowohl von Fähigkeiten und Fertigkeiten, als auch von Arbeitstugenden und persönlichen Merkmalen dient.

Im Rahmen der Verlaufsdiagnostik ergeben sich aus der Zusammenschau der fortlaufend erhobenen medizinischen und psychologischen Befunde ein positives und negatives Leistungsbild, das Grundlage für die Patientenkonferenzen sowie die Planung der Behandlungsmaßnahmen darstellt).

Arbeitsbezogene Verlaufsdiagnostik

Mit den Rehabilitanden wird in der ersten Woche des Aufenthaltes ein Fähigkeitsprofil entworfen, das auf der Selbsteinschätzung der Rehabilitanden bezüglich zentraler arbeitsbezogener Basisfähigkeiten (modifizierte MELBA-Kriterien) wie z. Bsp. Disziplin, Leistungsbereitschaft, Belastbarkeit, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit sowie Interesse und Motivation beruht. Im gleichen Gespräch wird mit den Rehabilitanden thematisiert, in

welchen dieser Basisfähigkeiten es im Hinblick auf die Anforderungen der direkt nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme angestrebten Tätigkeit noch Entwicklungsbedarf gibt. Ergibt sich eine Differenz zwischen Selbsteinschätzung und Anforderung, so wird daraus ein Ziel formuliert, dass es (in Teilschritten) zu erreichen gilt. Es werden für einen definierten Zeitraum höchstens sechs Ziele formuliert, auf die in allen Bereichen der Rehabilitationsbehandlung fokussiert wird.

Nach den ersten zwei Wochen im Bereich Ergo- oder Arbeitstherapie, die im Wesentlichen der arbeitsbezogenen Verhaltensbeobachtung dienen, wechseln die Rehabilitanden den Trainingsbereich. Zu diesem Zeitpunkt wird auf der Basis der Verhaltensbeobachtung die anfängliche Selbsteinschätzung zusammen mit dem Rehabilitanden überprüft und thematisiert. Für den neuen Trainingsbereich werden wieder die Ausgangssituation bezüglich wichtiger arbeitsbezogener Fähigkeiten und entsprechende Ziele festgelegt. Nach Abschluss des vereinbarten Zeitraums der Trainingsmaßnahme wird die Zielerreichung überprüft. Ausgangseinschätzung, Zielformulierung und Zielerreichung werden den Rehabilitanden grafisch dargestellt und somit visualisiert. Die entsprechenden Fähigkeiten sind mit ICF-Codes hinterlegt.

Ziele arbeitsbezogener Interventionen

Nachfolgend werden einige markante Zielsetzungen der Ergotherapie aufgelistet. Insbesondere für Versicherte der Rentenversicherungsanstalten spielt die berufsbezogene medizinische Rehabilitation eine wichtige Rolle in Bezug auf Neuerwerb oder Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit, und - bei Bedarf - Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung oder der Suche einer Arbeitsmöglichkeit.

Personenbezogen:

- Vermittlung und Einübung von lebenspraktischen Fertigkeiten und Grundhaltungen, die für eine gelingende Lebenspraxis immer unabdingbar sind wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Konzentration
- Förderung von Verantwortungsübernahme und Selbständigkeit
- Förderung realitätsbezogenen Denkens
- Förderung sozialer Kompetenzen wie Äußern und reflektiertes Entgegennehmen von Kritik, der Situation angemessenes Durchsetzungsvermögen
- Förderung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl

Teilhabebezogen:

- Erwerb von Schlüsselqualifikationen
- körperliche Kräftigung, Verbesserung des Durchhaltevermögens
- Diagnostik von Störungen am Arbeitsplatz durch soziale Probleme oder Suchtfolgen
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung durch Fremdeinschätzung qualifizierter Vorgesetzter oder Therapeutinnen und Therapeuten
- Förderung der Fähigkeit, die eigene Arbeitsleistung realistisch einschätzen und eine konkrete Aussage hierüber formulieren zu können
- Förderung konzentrierter, zielgerichteter Arbeitsweise auch in Gegenwart anderer, insbesondere Vorgesetzter, ohne sich übermäßig verunsichern zu lassen
- Förderung einer effizienten, realistischen Arbeitsplanung

- Förderung der Fähigkeit, komplexere Arbeitsabläufe zu strukturieren
- Förderung der kollegialen Zusammenarbeit und Teamfähigkeit
- Förderung adäquaten selbstbewussten Auftretens
- Förderung der Fähigkeit, einen Überblick über wichtige, ineinandergreifende Arbeitsabläufe zu behalten, Details ernst zu nehmen, sich aber nicht darin zu verlieren
- Überprüfung bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten, evtl. Auffrischung derselben
- berufsspartenspezifische Orientierung, Vergrößerung der Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes

Aktivitätsbezogen:

- Interessenfindung und Interessenerweiterung
- Freude an der Arbeit durch Erfolgserlebnisse
- Informationsgewinnung zur Planung und Umsetzung des beruflichen Wiedereinstiegs
- Belastungserprobung
- Erweiterung sensomotorischer und psychosozialer Fähigkeiten allgemein
- Förderung der Fähigkeit, Eigenverantwortlichkeit und kooperatives Verhalten am Arbeitsplatz auszubalancieren
- Förderung der Fähigkeit, Emotionen zu spüren und diese in sozialen Bezügen angemessen auszudrücken
- Förderung der Fähigkeit zur Entspannung und Genussfähigkeit

Ergotherapie

Die ergo- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen in der Fachklinik Hirtenstein basieren auf dem erweiterten Begriff der Ergotherapie (Güntert, 2003), wonach sowohl Arbeits- als auch Ergotherapie Handlungserfahrungen vermitteln, die sich über motorische, kognitiv-perzeptive, psychische und soziale Bereiche erstrecken. Das Üben alltagsorientierter und berufsspezifischer Aufgaben ermöglicht es für die Rehabilitanden, eigene Schwierigkeiten und Ressourcen einzuschätzen und Wege zu entwickeln, um Probleme zu meistern und Stärken auszubauen.

Im Rahmen der Ergotherapie werden besonders zu Behandlungsbeginn grundlegende körperliche, geistige und psychische Funktionen überprüft, gefördert und gestärkt, so dass eine Teilhabe möglichst in sämtlichen Lebensfeldern langfristig erreicht werden kann. Dies erfolgt durch werktechnisch orientierte, kreative Angebote.

Werktechnik Körperliche		Geistige Förderung	Emotionale Förderung	
	Förderung			
Holzarbeit	dosierte	Aufmerksamkeit,	Vermittlung von Sicherheit,	
	Kraftanwendung,	Konzentration, fördert	Motivation, Nähe, Verantwor-	
	Kraftzuwachs,	Planung, Genauigkeit,	tungsgefühl, positive	
	Kreislaufförderung,	Kontrollfähigkeit, Umset-	Energieumsetzung, Entlastung,	
	Verbesserung des	zen von Aufgaben, orga-	Umwandlung pathologischen	
	Allgemeinzustandes	nisatorische Fähigkeiten,	Ausuferns in produktive	
		zeitliche Strukturierung	Kreativität;	
			auch in der Arbeitstherapie:	

Kneten	Förderung der Feinmotorik dosierte Kraftanwendung	Abstraktionsvermögen, Entwicklung von Vor- stellungskraft, Auffas- sungsgabe, Merkfähig- keit, Steigerung der	Förderung der Leistungs- fähigkeit, Ich- Empfinden, Realitätsbezogenheit, Fähigkeit zum konsequenten Vorgehen Aufforderungscharakter des Mediums fördert das Agieren, Überwindung von Angst und Hemmung, Förderung von Kreativität und Selbstwertgefühl	
Malen	Förderung der Feinmotorik und der Grobmotorik, Entkrampfung	Konzentration Stärkung der Beobachtungsgabe, Entspannung, Konzentrationsförderung	Überwindung der Hemmschwelle "vor dem leeren Blatt", Visualisierung, induziert Freude und Geborgenheit, fördert verbale Aktion und Interaktion, Verarbeitungsmöglichkeit von Ängsten, Zwangsvorstellungen, persönlichen Bedürfnissen	
Arbeiten mit Speckstein	Förderung der Feinmotorik und Grobmotorik sowie der Koordination Förderung der	Abstraktionsvermögen, Entwicklung von Vorstellungskraft,, Steigerung der Konzentration Konzentrationsförderung,	Beherrschung und Ausdauer, ermöglicht Rückzug und psychische Sammlung Förderung von Kreativität und Selbstwertgefühl Beherrschung und Ausdauer,	
	Feinmotorik und Grobmotorik sowie der Koordination	Konsequenz, Genauigkeit	ermöglicht Rückzug und psychische Sammlung	

Mit Blick auf die berufliche Eingliederung trägt die Ergotherapie mit dazu bei, die Belastbarkeit und Grundarbeitsfähigkeiten zu fördern. Sofern eine berufliche Umorientierung notwendig wird, werden im Rahmen der Ergotherapie Anforderungs- und Leistungsprofile erstellt, die bei der beruflichen Neuausrichtung gezielt genutzt werden können.

Arbeitstherapie

Belastungserprobung dient zur Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung. Sie soll gewährleisten, die Leistungsfähigkeit unter realitätsnahen Bedingungen zu überprüfen, Neuerwerb von Fertigkeiten und Erprobung von Fähigkeiten soll möglich sein. Die Belastungserprobung dient der beruflichen Wiedereingliederung. Zur internen Belastungserprobung bietet der Bereich Arbeitstherapie unterschiedliche Trainingsfelder in entsprechend ausgestatteten Räumlichkeiten, hier werden insbesondere arbeitsbezogene Basisqualifikationen vermittelt:

- Hauswirtschaft
- Garten
- Haustechnik
- Küche
- Modellarbeitsplatz Büro
- In Zukunft: Modellarbeitsplatz Holzverarbeitung
- In Zukunft: Modellarbeitsplatz Metallverarbeitung

Durch Kontakte zu unterschiedlichsten Handwerksbetrieben sowie Produktions- und Dienstleistungsbetrieben in der Region können die Rehabilitanden bei ausreichender Abstinenzstabilität externe Belastungserprobungen und berufsbezogene Praktika absolvieren, in denen u.a. die Belastungsfähigkeit und das Durchhaltevermögen in einem realistischen Arbeitskontext trainiert und überprüft werden können. Des Weiteren erhalten sie ein Zeugnis, welches die Grundlage für weitere Bewerbungen sein kann.

Weitere arbeitsbezogene Interventionen

Arbeitsbezogene Interventionen beinhalten: Ergotherapie, Arbeitstherapie, interne und externe Belastungserprobung sowie sämtliche arbeits- und berufsbezogene Interventionen des Sozialdienstes und der Ergo- und Arbeitstherapeuten.

Unter arbeitsbezogenen Intervention verstehen wir u.a. auch:

- Erhebung von Interesse und Kenntnissen sowie Bewerbungshemmnissen
- Erstellung einer Bewerbungsmappe
- Bewerbungstraining und Vorstellungsgespräche
- Beratung durch den Sozialdienst
- Rehaberatung
- Übernahme von Patientenämtern
- Indikative, arbeitsbezogene Gruppen
- Aktive Freizeitgestaltung
- ATL-Training
- Arbeitgebergespräche

Die Umsetzung der beruflichen Orientierung kann je nach Krankheitsbild und individuellen Bedarf sequenziell von Ergotherapie über Arbeitstherapie zur internen oder externen Belastungserprobung sein. Die einzelnen Elemente der beruflichen Orientierung sind jedoch gemäß des jeweiligen Rehabilitationsbedarfs auch einzeln einsetz- oder miteinander kombinierbar. Der Bedarf an arbeitsbezogener Intervention ist maßgeblich und leitend für die Therapieplanung im Hinblick auf die Dimensionen Teilhabe, Aktivität und Nutzung stabilisierender Umweltfaktoren nach ICF.

ATL Training

Zu den "Aktivitäten des täglichen Lebens" - ATL zählen Aufgaben, die zu den üblichen täglichen repetitiven Tätigkeiten in Haushalt und Alltagsleben gehören.

Hierzu gehört der Bereich der körperlichen Hygiene und Wäschepflege, der Bereich der Eigenversorgung (Haushaltsplanung, Einkauf, Kochen, Putzen), der adäquate Umgang mit Geld. Die Rehabilitanden sollen Schlüsselqualifikationen wie selbstständiges und zuverlässiges Arbeiten erlernen und einüben. Das Angebot des Lebenspraktischen Trainings beinhaltet theoretische Wissensvermittlung als auch das praktische Einüben.

Das ATL-Training geht jedoch über den Erwerb rein zweckorientierter Haushaltsführung hinaus. Zusätzlich werden gestalterische Elemente einbezogen, Sinn für Ästhetik, Raumgestaltung sollen mit effizienten Arbeitsweisen verbunden werden.

Dies hat nicht zuletzt seinen Sinn darin, Rehabilitanden die Fähigkeit und das Bewusstsein zu vermitteln, dass sie für ihre Lebensgestaltung überhaupt verantwortlich sind und aktiv etwas dazu beitragen können, Lebensfreude für sich und im sozialen Umfeld zu steigern.

Bürokommunikation

Der Bereich Bürotätigkeiten gewinnt an zunehmender Bedeutung, nicht zuletzt für Menschen, die vor Beginn ihrer Erkrankung in diesem Bereich berufstätig waren und sich beruflich wieder in diesem Bereich betätigen wollen. Vor diesem Hintergrund spielen die vorhandenen Computerarbeitsplätze und die mögliche Mitarbeit in rehabilitandenbezogene Verwaltungsabläufen der Klinik eine zentrale Rolle. Die Einarbeitung in spezifische Bürotätigkeiten ist auch für solche Rehabilitanden gedacht, die nach längerer Unterbrechung der Berufstätigkeit befürchten, den Anschluss an moderne Bürotechniken verloren zu haben.

EDV-Kurse

Die Möglichkeit, an EDV-Kursen teilnehmen zu können, wird als besonders wichtig angesehen, da im Berufsleben in allen Berufssparten EDV-Kenntnisse erwartet werden. Die Kurse finden einmal im Quartal an den Patientencomputern der Klinik statt.

Tongruppe

Die meisten therapeutischen Effekte, die vom Malen und Tonen ausgehen können, gelten für beide schöpferischen Tätigkeiten. Unter Umständen berührt der Umgang mit Ton noch tiefere Schichten des Menschen.

Eine therapeutische Wirkung geht bereits von der Tatsache aus, dass die Gestaltung von und mit Material von sich selbst wegführt. Dies kann in solchen Fällen indiziert sein, in denen Betroffene im Übermaß um sich und ihre Symptome kreisen. Beim Tonen werden über das frei geschaffene Werk Empfindungen und Konflikte unterschiedlicher Art wortlos ausgedrückt. Insofern ist diese Form der Therapie eine Hilfe zur Konfliktbewältigung. Hinzu kommt, dass bei der Betrachtung von Patienten angefertigten Werkstücken immer wieder spürbar wird, dass diese mehr auszudrücken vermögen, als je in Worte hätte gefasst werden können. Auch locken sie vorsprachliche Assoziationen hervor, die, wäre man im therapeutischen Geschehen auf der verbalen Ebene allein geblieben, ungenutzt geblieben wären. In der Tontherapie ist das Wesentliche das Spontane im Gestaltungsvorgang. In spontan getöpferten Formen und Gestalten materialisiert sich ein psychischer Inhalt, ausgelöst durch eine bestimmte Vorstellung, ein Gefühl, eine Phantasie, einen Traum. Der spielerische Umgang mit Farben und Ton kann eine Befreiung vom Zwang zur Perfektion und von Leistungsdruck bewirken. Es gibt auch maltherapeutische Techniken, die als Kleingruppenarbeit einen Zugang zum Erleben in der Gruppe und zum interaktionellen Erleben eröffnen.

Der therapeutische Nutzen spontan gemalter Bilder und spontan geformter Figuren erhöht sich, wenn assoziative Einfälle formuliert werden. Werden Bilder und Figuren chronologisch gesammelt, entsteht über die Zeit eine wertvolle bildnerische oder figürliche Dokumentation bewusster und unbewusster psychischer Prozesse während des Therapieverlaufs.

Kreativtherapie

Hier werden Rehabilitanden mit unterschiedlichen Medien kreativ tätig. Die kreative Bearbeitung von Materialien wie z.B. Speckstein, Holz, Stein, Metall soll zum einen handwerkliches Arbeiten als auch die Bereiche Phantasie, räumliches Vorstellungsvermögen, emotionales Erleben fördern. Dieses spezielle Angebot ist gedacht für Rehabilitanden, die Defizite im Bereich ihres Freizeitverhaltens haben sowie für

Rehabilitanden, bei denen keine Indikation für Arbeitstherapie oder beruflicher Belastungserprobung besteht.

Kunsttherapie

Von der Kunst- und Gestaltungstherapie können zahlreiche heilsame Wirkungen ausgehen, einige seien exemplarisch genannt.

- verbesserter Ausdruck von Gefühlen, Phantasien und sonstigen Vorstellungen
- Ich-stärkende und emotional aufbauende Wirkung durch Erfolgserleben
- Anregung kreativer Potentiale
- Entdecken kreativer und handwerklicher Fähigkeiten, die auch nach Beenden der stationären Therapie die persönliche Lebensgestaltung, etwa in Form von Hobbys bereichern können
- sukzessiver Abbau von Widerständen
- erhöhte Leistungsfähigkeit
- · verbesserte Beziehungsfähigkeit
- · Aktivierung manueller Fähigkeiten.

Es liegt nahe, dass ein Ziel wie "verbesserte Beziehungsfähigkeit" nicht sofort nach dem Malen eines Bildes, das ein konfliktträchtiges Thema aufgreift, erreicht wird, sondern nur dann, wenn zu diesem Bild bewusste Reflexionen erfolgen.

4. 8. 6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Die Fachklinik Hirtenstein bietet ein speziell ausgearbeitetes Sport- und Bewegungsangebot unter Anleitung von Diplom – Sportlehrern an. Zur Verfügung steht dabei eine große Turnhalle, eine medizinischer Trainingstherapieraum mit Fahrradergometern und einem Laufband sowie verschiedenen Kraftgeräten. Des Weiteren nutzen wir die Schwimmhalle der Gemeinde Immenstadt sowie ein therapeutisches Schwimmbecken in einer benachbarten orthopädischen Rehaklinik.

Sporttherapie legt je nach Indikation unterschiedliche Schwerpunkte:

- Sporttherapie als Krankengymnastik zur Wiederherstellung von Körperfunktionen: Körperliche Schäden und Beschwerden als Suchtfolgen oder als Folge nicht suchtbedingter Erkrankungen sollen durch Krankengymnastik oder durch ein spezifisches Muskelaufbautraining beseitigt oder gelindert Gelenkschäden, alkoholbedingte Muskelatrophie und Polyneuropathie). Behandlungsschwerpunkt liegt bei der Krankengymnastik als Einzeltherapie oder beim Muskelaufbautraining in der Gruppe im medizinischen Trainingsraum. Ein zweites Behandlungsziel ist das Erschließen von Ressourcen (vernachlässigte Körperfunktionen, Leistungsfähigkeit, Prophylaxe von Haltungs-Bewegungsschäden u.a.).
- Sporttherapie als Sozialtherapie unter dem Aspekt der Teilhabe: Im Rahmen von sporttherapeutischen Angeboten in der Gruppe werden gewohnte Interaktionsmuster, Defizite bei Kooperation und Konfrontation, übersteigerter Ehrgeiz oder Antriebsarmut sowie Fehleinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit rasch deutlich. Sie können im Spielraum übersteigert, bewusst erlebt und bearbeitet werden. Regressionsfördernde Sportangebote aktivieren kreative Prozesse. Freude und Spaß am Zusammenspiel,

Neugierde und Lust am Erproben neuer Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten werden erlebt.

- Sporttherapie als Freizeit- und Erlebnispädagogik unter dem Aspekt der Aktivität: Die Suchterkrankung verzehrt gewaltige Ressourcen an Zeit und Energie. In der Regel wird der Bereich der privaten Lebensgestaltung in besonderer Weise in Mitleidenschaft gezogen. Viele Betroffene haben ihre Freizeitgestaltung extrem vernachlässigt. Während der stationären Therapie kann an frühere Freizeitaktivitäten angeknüpft, neue Möglichkeiten können erschlossen werden. Diese unterstützen ein ganzheitliches Leben ohne Suchtmittel und helfen, ein von der Sucht hinterlassenes Vakuum zu füllen. Gleichzeitig wird der Gruppenprozess gefördert. Oft kann die schöne Umgebung genutzt und Sporttherapie mit Naturerleben verknüpft werden. In der Erlebnispädagogik trifft sich die Sporttherapie mit anderen Therapiebereichen wie Rekreationstherapie oder Kreativtherapie.
- Sporttherapie als personenbezogener Kontextfaktor: Der während der Zeit der Substanzabhängigkeit häufig vernachlässigte, verdrängte, instrumentalisierte oder ausgebeutete Körper rückt wieder in den Mittelpunkt. Körpererleben und sinnliche Wahrnehmung der Gesundung können wachsen, zugleich auch Selbstwertgefühl. In der Regression ist intensive Selbsterfahrung möglich. Dieser Rückgriff über das Körpergedächtnis auf die Ebene der ursprünglichen Schädigung gibt diagnostische Aufschlüsse und eröffnet zugleich therapeutische Ansätze. Auch der Schwerpunkt der Körpertherapie bietet hervorragende Möglichkeiten zu einer integrativen, individualisierten Zugangsweise zum Patienten. Die nachfolgend aufgeführten sporttherapeutischen Angebote zur Förderung der Ausdauerleistungsfähigkeit, Muskelkräftigung und Koordinationsentwicklung dienen dem Ziel der Gewährleistung einer körperlichen Kräftigung und Stärkung im Dienst Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie Anleitung der gesundheitsorientierter Freizeitgestaltung.

Sport und Bewegungstherapie in der Aufnahmephase

Zweck und Ziel der Aufnahmephase (s.o.) aus sport- und bewegungstherapeutischer Sicht sind die Diagnostik der körperlichen Belastbarkeit, der sportlichen Fähigkeiten und der sozialen Kompetenzen. Im Rahmen der Indikationskonferenz werden die anamnestischen Befunde dargestellt; daraus werden individuell formulierte Ziele mit den Rehabilitanden verbindlich vereinbart.

Im Zeitraum der Aufnahmephase finden folgende Sportmaßnahmen regelhaft statt:

Frühsport

Findet innerhalb der Aufnahmephase werktäglich vor dem Frühstück als Terraintraining mit unterschiedlicher Streckenlänge bzw. unterschiedlichen Tempo statt.

Ausdauertestung bzw. –training

Zu Therapiebeginn wird zur Ermittlung der jeweiligen Ausdauerleistungsfähigkeit ein stufenförmiger Belastungstest auf dem Fahrradergometer durchgeführt. Das anschließende oder auch später in der Indikationskonferenz verordnete Ausdauertraining wird herzfrequenzgesteuert durchgeführt (s.u. Ergometer- und Laufbandtraining).

Nordic Walking

Findet als Terraintraining statt; genutzt werden dabei die positiven Effekte eines naturnahen und gelenkschonenden Ganzkörpertrainings.

Bewegungsspiele

Die Vermittlung einer positiven Einstellung zur körperlichen Aktivität und der Bewegungsfreude mit den anderen Teilnehmern sind die übergeordneten Ziele dieser Veranstaltung. Im Mittelpunkt stehen dabei bekannte Spielsportarten wie z.B. Federball, Tischtennis oder Indiaca.

Infogruppe Sport

Diese Informationsveranstaltung dient der Wissensvermittlung zum Therapieablauf innerhalb des sporttherapeutischen Bereichs und allgemeiner Trainingsgrundlagen.

Einweisung in das Muskelaufbautraining

Die Einweisung in das Muskelaufbautraining beinhaltet neben allgemeinen und speziellen krafttrainingsmethodischen Grundlagen vor allem vorbeugenden Sicherheits- und Gefahrenhinweisen bezüglich der Fitnessgeräte. Diese Einweisung ist die verbindliche Grundlage für die Teilnahme am selbständigen Muskelaufbautraining.

Sport in der Hauptphase

Die Hauptphase der Therapie dient der Umsetzung der zuvor in der Indikationskonferenz verordneten sporttherapeutischen Maßnahmen zur Erreichung der festgelegten körper-, sozial- und freizeitorientierten Zielsetzungen. Die nachfolgende Auflistung der angebotenen Maßnahmen dient hierbei als Grundlage zur individuellen Verordnung wird vor allem hinsichtlich der Beanspruchungsfaktoren Ausdauer, Kraft und Koordination unterschieden.

Ausdauertraining

Die speziellen Anpassungserscheinungen eines Ausdauertrainings beziehen sich auf das Herzkreislaufsystem (u.a. Blutdrucksenkung, Pulsoptimierung, Verbesserung der Sauerstoffaufnahme und der Muskulatur Ökonomisierung etc.) (u.a. der Energiebereitstellung etc.).

Ergometer- und Laufbandtraining:

Findet individuell terminiert mit/ohne Monitoring auf dem Fahrradergometer oder dem Laufband statt. Das Training kann alternativ auch als Gruppenveranstaltung durchgeführt werden.

• Frühsport:

Findet werktäglich vor dem Frühstück als Terraintraining mit unterschiedlicher Streckenlänge bzw. unterschiedlichen Tempo statt.

Nordic Walking:

Findet wöchentlich als Terraintraining statt und nutzt dabei die positiven Effekte eines naturnahen und gelenkschonenden Ganzkörpertrainings.

• Schwimmen:

Das Schwimmtraining wird einmal wöchentlich als freies Schwimmen angeboten und orientiert sich an den individuellen koordinativen Fähigkeiten der Rehabilitanden. Die Veranstaltung findet extern im städtischen Hallen- oder Freibad statt und eignet sich für

Rehabilitanden mit chronischen Beschwerden / Einschränkungen an der Wirbelsäule und anderen Gelenken. Durch die Bewegungstherapie im Wasser werden schmerzhafte Bewegungseinschränkungen positiv beeinflusst.

Muskelaufbautraining

Muskelkraft stellt die Basis für jede Bewegung und Körperhaltung dar. Sowohl für die Bewegung des eigenen Körpers als auch zur Körperhaltung ist eine gewisse Muskelkraft unbedingt notwendig.

Medizinische Trainingstherapie (MTT)

Nach einer obligatorischen sicherheitstechnischen Einweisung in das Kräftigungstraining können die Patienten den Trainingsraum nutzen. Je nach Indikation und Trainingsziel kann das Training selbständig oder in einer betreuten Trainingsgruppe durchgeführt werden.

Wassergymnastik

Die Wassergymnastik findet 2x wöchentlich als ausdauerorientiertes Muskelkrafttraining statt. Die Veranstaltung findet im Bewegungsbad einer benachbarten orthopädischen Fachklinik statt und ist geeignet für Patienten mit chronischen Beschwerden / Einschränkungen an der Wirbelsäule und anderen Gelenken. Durch diese Bewegungstherapie im Wasser werden schmerzhafte Bewegungseinschränkungen positiv beeinflusst.

• Wirbelsäulengymnastik

Dieses Angebot richtet sich an Patienten mit Einschränkungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Das Training wird 2x wöchentlich in der klinikeigenen Turnhalle angeboten.

Bewegung und Koordination in der Hauptphase

Als grundlegende Funktion von Bewegungshandlung versteht man die Organisation bzw. Ordnung von motorischen Aktionen auf ein spezielles Ziel hin. Die Güte der Bewegungsabläufe ist abhängig von der jeweiligen Ausdauerleistungsfähigkeit und der zur Verfügung stehenden Muskelkraft.

Bewegungsspiele

Die Vermittlung einer positiven Einstellung zur körperlichen Aktivität und der Bewegungsfreude sowie die Anleitung zu einer gesundheitsorientierten Freizeitgestaltung sind die übergeordneten Ziele dieser Veranstaltung. Im Mittelpunkt stehen dabei bekannte Spielsportarten wie z.B. Badminton, Volleyball, Tischtennis und Hockey.

Koordinationstraining (kl. Spiele)

Im Einzeltraining oder innerhalb einer Gruppe werden gezielte Übungen zur Verbesserung der allgemeinen oder spezieller koordinativer Fähigkeiten durchgeführt.

Freizeitorientierte Maßnahmen

Diese Angebote dienen neben dem (Wieder-) Kennenlernen einer gesundheitsorientierten Freizeitgestaltung der Aktivierung als Mittel der Teilhabeerfahrung am gesellschaftlichen Leben. Körperliche Faktoren sind die positiven, indirekten Aspekte der angebotenen Maßnahmen. Je nach klimatischen Verhältnissen sowie nach Gruppenzusammensetzung werden unter aktiver Beteiligung der Rehabilitanden die Maßnahmen organisiert und durchgeführt. Wir bieten an: Bogenschießen, Wanderungen, Skilanglauf.

Indikationsspezifische Maßnahmen

Faszientraining

Das Faszientraining wird einzeln oder in der Kleingruppe durchgeführt. Hierbei wird mittels einer Selbstmassage durch eine Faszienrolle die entsprechende Muskulatur stimuliert und aktiviert. Die Regeneration der trainierten Körperpartien wird ebenfalls unterstützt.

• Polyneuropathie (PNP) - Training

Das PNP - Training wird in einer Kombination von physikalischen Anwendungen und koordinativen Übungen bzw. leichten Kräftigungsübungen einzeln oder in der Kleingruppe durchgeführt.

• AVK - Training

Das AVK – Training findet als intervallorientiertes Gehtraining in der Regel, einzeln auf dem Laufband bzw. in einer Kleingruppe im Freien oder in der Sporthalle, zur Verlängerung der individuellen Gehstrecke statt.

Entspannungstraining

Schwierigkeiten bei der selbstbestimmten Regulation des Erregungsniveaus spielen bei vielen Abhängigkeitserkrankungen eine wichtige Rolle. Sie können, wie viele andere Symptome auch, in Folge der Suchterkrankung entstanden und exazerbiert sein oder auch eine ätiologische Rolle gespielt haben, bei der das Suchtmittel eine Funktion der Bei der Einschätzung Erregungsmodulation erwarb. der Bedeutung der Entspannungstechniken muss allerdings realisiert werden, dass die tatsächliche Anwendung im Alltag auch nach intensivem Training recht gering und die nachgewiesene Wirksamkeit beschränkt sind. Entspannungstraining wird in Form der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson angeboten. Diese Technik wird vermittelt als eine im Alltag anzuwendende und leicht lernbare Methode. Die Methode beruht auf der bewussten Wahrnehmung von Anspannung und Entspannung und kann in einer Kurz- oder Langform, im Sitzen oder Liegen, mit oder ohne Entspannungsmusik, mittels Selbstinstruktion oder mithilfe einer mit Instruktionstext besprochenen Kassette, allein oder in der Gruppe, mit Einbezug eines Ruhebilds oder ohne Ruhebild durchgeführt werden. Somit kann diese Methode sehr flexibel angewandt werden.

4. 8. 7. Freizeitangebote

Die Fachklinik Hirtenstein liegt in einer Landschaft von hohem Freizeitwert inmitten der Nagelfluhkette am Fuße der Oberstdorfer Alpen mit zahlreichen externen und internen Möglichkeiten: Die Seilbahn auf Bolsterlanger Horn und Weiherkopf ist fußläufig erreichbar und lädt zu Bergtouren ein. Badeseen, zahlreiche Fuß- und Wanderwege sowie die Außenanlagen der Klinik bieten sich an, die Freizeit im Freien zu verbringen. Im Winter besteht die Möglichkeit zu Lang- und Abfahrtslauf sowie zum Schneeschuhwandern. Attraktive Orte in Nachbarschaft wie Oberstdorf und Fischen sowie Kempten laden zum Bummeln, zu kulturellen Veranstaltungen und zum Einkaufen ein. Die Gästekarte, die jeder Patient erhält, bietet interessante Ermäßigungen bei der Nutzung der Kureinrichtungen. Für die Freizeitgestaltung im Haus stehen sonnige Aufenthaltsräume, die Sporthalle, ein Kraftraum, Billard, Dart, Tischkicker, eine Bibliothek sowie Fernsehräume zur Verfügung. Gesellschaftsspiele sind frei verfügbar.

Von Mitarbeitern der Klinik professionell angeleitete Freizeitangebote sind, nicht verpflichtend, Arbeit mit Ton sowie musikalische Begleitung von Festen und Gottesdiensten. Verpflichtend sind gruppenbezogene Wandertage und Ausflüge, Grillfeste, Spielenachmittage sowie Feiern von Geburtstagen oder Abschieden im Sinne der Milieutherapie.

4. 8. 8. Sozialdienst

Sozialdienstliche Maßnahmen umfassen u.a. Berufs-, Schuldner- und Sozialberatung mit folgenden Angeboten:

- Motivation (und bei Bedarf Anleitung und Begleitung) zur Basisberatung durch die Agentur für Arbeit; hierzu kommen Mitarbeiter des Jobcenters Sonthofen einmal im Monat in die Klinik mit Sprechzeiten für Patienten
- Motivation (und bei Bedarf Anleitung und Begleitung) zur umfassenden individuellen Berufsberatung durch die Agentur für Arbeit (s. o.)
- Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung
- Unterstützung in der Organisation von Schuldnerberatung und Schuldenregulierung
- allgemeine sozialrechtliche Beratung, Klärung rechtlicher Fragen
- Unterstützung in der konkreten Nachsorgeplanung bei Vermittlung soziotherapeutische Einrichtungen
- Information und direkte Unterstützung im Kontakt mit Behörden
- Vermittlung Rehabilitationsberatung durch Mitarbeitende der Rentenversicherungsträger; hierzu kommt alle sechs Wochen ein Rehaberater der DRV Schwaben zu einer Sprechstunde in die Klinik.

Für den Sozialdienst steht in der Klinik eine Mitarbeiterin zur Verfügung. Über die Informationseinheit "Sozialdienst" im Therapieplan der Aufnahmephase stellt sie sich und ihre Aufgaben den neuen Patienten vor, erfasst bereits hier Interventionsbedarf und bestellt die Patienten zu sich. Desweiteren nimmt der Sozialdienst an den Patientenkonferenzen teil (Abb.2), bringt den aktuellen Stand der Sozialberatung ein und erarbeitet mit dem Rehabilitanden und den übrigen Berufsgruppen Ziele und Maßnahmen. Außerhalb dieser Strukturen ist sie für Patienten über ausgehängte Sprechstundenzeiten erreichbar.

Einige Aspekte der sozialdienstlichen Maßnahmen mit Bezug zur Erwerbsarbeit überschneiden sich mit Aufgaben der berufsbezogenen Ergotherapie. Der Kontakt zu zuweisenden Fachambulanzen, Beratungsstellen und Nachsorgeeinrichtungen (außer der Vermittlung in soziotherapeutische Einrichtungen) liegt in den Händen der Bezugstherapeuten als Koordinatoren der gesamten Therapie.

4. 8. 9. Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung

Das Informations- und Schulungsprogramm bietet ein umfassendes Curriculum (eine Stunde pro Einheit) mit den Schwerpunkten: Sucht, der Sucht assoziierte internistische und neurologische Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen, allgemeine Gesundheitsinformation, Persönlichkeit (-sentwicklung), Therapie und Nachsorge, Ernährung, Umfeld und Lebensstil.

Die Vermittlung von Themen, die dem Verständnis des Therapieprozesses dienen, hat motivationsfördernde Wirkung, die Themen aus dem Bereich Umfeld stellen Hilfestellungen für den Übergang ins nachstationäre Leben dar. Die Termine und Themen sind in den wöchentlich neu ausgegebenen, individuellen Therapieplan eingepflegt. Psychoedukation zu spezifischen Themen (Angsterkrankung, Depression, Tabakentwöhnung, Ernährungsumstellung findet in den jeweiligen Indikationsgruppen bzw. im Rahmen von Lehrküche und Ernährungsberatung statt.

4. 8. 10. Angehörigenarbeit

Die soziale Dimension der Abhängigkeitserkrankung wird in ihrer Wichtigkeit sowohl für die Krankheitsentwicklung als auch für ihre Auswirkungen und Folgen uneingeschränkt anerkannt, die Angehörigenarbeit ist die Erschließung stützender Umweltfaktoren. Das Therapiekonzept der Fachklinik bietet für den direkten Kontakt mit Angehörigen sowie mit anderen für den Therapieprozess wichtigen Personen mehrere Möglichkeiten an:

- das Aufnahmegespräch
- Gespräche im Zusammenhang mit Besuchen (ohne Therapeuten oder Therapeutin, jedoch oft mit einer spezifischen Aufgabenstellung als Gesprächsinhalt verbunden)
- therapeutische Paargespräche
- Angehörigenseminare
- therapeutische Gespräche unter Einbezug weiterer Familienmitglieder bzw. wichtiger Bezugspersonen, zu denen gezielt eingeladen wird
- Arbeitgebergespräche
- Gespräche im Zusammenhang mit Heimfahrten.

Beim Aufnahmegespräch wird darauf Wert gelegt, Angehörige, die mit angereist sind, direkt ins

Gespräch mit einzubeziehen. Erste Eindrücke und Informationen über die familiäre Situation und die Beziehungsdynamik können hier bereits gewonnen werden.

Gespräche im Zusammenhang mit Besuchen bieten die Möglichkeit, dass ein Rehabilitand ein zuvor mit der Therapeutin oder dem Therapeuten besprochenes Thema als Gesprächsanliegen einbringt. Evtl. kann das geplante Gespräch mit der oder dem Angehörigen oder einer anderen wichtigen Bezugsperson zuvor im Rollenspiel geübt werden.

Angehörigenseminare werden in der Hauptphase der Therapie angeboten. Sie haben für den weiteren Therapieverlauf und die Vorbereitung auf die nachstationäre Zeit eine zentrale Bedeutung.

Heimfahrten haben ihren therapeutischen Sinn darin, dass neue Einstellungen und neue Verhaltensweisen, die während der Therapie erworben wurden, in der gewohnten Umgebung erprobt werden können. Auf die Vor- und Nachbereitung dieser Heimfahrten wird besonders Wert gelegt.

In der therapeutischen Arbeit mit Angehörigen stehen Co-abhängige Verhaltensmuster, das Erkennen von rückfallgefährdenden, interaktiven Situationen und die Klärung der weiteren Perspektive für das Zusammenleben im Mittelpunkt. Die Einbeziehung der Angehörigen ist deshalb so wichtig, weil die Veränderungspotentiale, die von den Rehabilitanden im therapeutischen Feld erarbeitet werden, im Alltag und im konkreten zwischenmenschlichen Umgang auch zur Entfaltung kommen sollen. In einer Reihe von Untersuchungen bestätigte sich, dass die Anwendung familientherapeutischer Vorgehensweisen die Rückfallhäufigkeit

verringert (vgl. Kröger, Bergmann, Herzog u. Petzold in Herzog, Munch, Kächele (1996), S. 77).

Die Betrachtung der äußeren Wirklichkeit des Rehabilitanden mit ihren konkreten sozialen Bezügen innerhalb der Familien- und Paartherapie stellt eine wichtige Ergänzung zur Betrachtung und Bearbeitung der im Individuum abgebildeten Repräsentanzen dieser Beziehungen und daraus resultierender innerer Konflikte im Individuum dar.

Mit Hilfe der familienorientierten Sichtweise wird ein Brückenschlag von der individuellen Aufnahmesituation zum systemischen Verständnis des Symptoms vorgenommen. Über Gespräche mit Angehörigen können stabilisierende Kontextfaktoren in der Umwelt ermittelt werden, die den Patienten helfen, sich zu stabilisieren und Rückfälligkeit verhüten.

Wir legen Wert darauf, dass Angehörige von Rehabilitanden während des stationären Aufenthalts ihrer Partner sich am Heimatort die Unterstützung einer Angehörigengruppe sichern oder der Betreuung durch eine Beratungsstelle oder einen Suchttherapeuten unterziehen.

4. 8. 11. Rückfallmanagement

Die Fachklinik Hirtenstein behandelt abstinenzorientiert. Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass Rückfall in alte Verhaltensweisen und/oder Konsummuster ein Symptom der Suchterkrankung und nicht Ausdruck mangelnder Motivation ist.

Als Rückfall verstehen wir einen erneuten Suchtmittelkonsum bei generell bestehender Abstinenzabsicht des Rehabilitanden, also ein Symptom der bestehenden Suchterkrankung. Die Psychodynamik eines Rückfalls kann sehr komplex und vielschichtig sein. Der Umgang mit einem Rückfall verlangt eine differenzierte, individualisierte, stützende, gleichsam transparente, konfrontierende und konsequente therapeutische Vorgehensweise. Jeder Rückfall als Teil des Therapieprozesses enthält wichtige, für die weitere Behandlung wertvolle Informationen sowohl über den Rehabilitanden als auch über das aktuelle therapeutische Geschehen. Diese Informationen werden in der Rückfallbearbeitung, deren Ablauf im QM- Handbuch hinterlegt ist, aufgearbeitet und können der Therapiedurchführungund planung eine Wende geben. Verweigert sich der Rehabilitand der Rückfallbearbeitung oder wirkt er nur unzureichend mit, erfolgt nach vorheriger ärztlicher Untersuchung die disziplinarische Entlassung.

Das Rückfallkonzept unterscheidet einen Substanzkonsum innerhalb und außerhalb der Klinik und des Geländes. Auf Rückfälle innerhalb der Klinik und des Geländes erfolgt die disziplinarische Entlassung nach vorheriger Klärung der Behandlungsbedürftigkeit und des Zielorts des Rehabilitanden, ggfls. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuern, Bewährungshelfern, Beratungsstelle usw. Nach veränderter Motivation bietet die Fachklinik Hirtenstein dem Rehabilitanden bei erneuter Antragstellung ein Aufnahme ohne neue Wartezeit an.

War der Rückfall außerhalb der Klinik und besteht dennoch Abstinenzmotivation, beginnt eine einwöchige Rückfallbearbeitung: Der Rehabilitand hat in dieser Zeit nur Ausgang auf dem Gelände, bearbeitet einen Fragenkatalog zum Rückfallgeschehen mit zeitlichen Fristen und nimmt auf der Grundlage dieser vertieften Auseinandersetzung mit dem erneuten Konsum und den darunter liegenden, bisher verborgenen Persönlichkeitsanteilen innerhalb seiner Bezugsgruppe am Ende der Woche Stellung. Erst nach der kritischen Auseinandersetzung innerhalb seiner Bezugsgruppe beginnt für ihn wieder der Therapiealltag. Hält er die Regularien der Rückfallbearbeitung, von denen er per Unterschrift im Therapievertrag Kenntnis genommen hatte, nicht ein, erfolgt die Entlassung.

4. 8. 12. Gesundheits- und Krankenpflege

Examinierte Krankenschwestern gewährleisten 24 Stunden am Tag die medizinische Versorgung der Rehabilitanden, nachts mit einem Anwesenheitsbereitschaftsdienst. Bei medizinischen Komplikationen, anstehenden Verlegungen oder tiefer greifenden Krisen wird der Arzt in Rufbereitschaft hinzu gezogen. Die Krankenschwestern führen nach ärztlicher Verordnung die Behandlungspflege durch, kontrollieren Vitalzeichen und führen Kontrollen auf Substanzkonsum durch. Sie sind zuständig für die Dokumentation und die Sprechstundenorganisation und für Patienten oft erste Ansprechpartner- damit kommt ihnen eine Schlüsselrolle hinsichtlich Atmosphäre und Qualität zu.

4. 8. 13. Weitere Leistungen

Ernährungsberatung

Bereits in der ersten Woche der Behandlung bekommt jeder Rehabilitand eine grundlegende Beratung hinsichtlich einer gesunden Ernährung. Rehabilitanden, bei denen eine medizinische Verordnung zur Diät vorliegt oder solche, die die Zeit in der Fachklinik bewusst zu einer Veränderung und Verbesserung ihrer Ernährungsgewohnheiten nützen wollen oder ihr Körpergewicht reduzieren möchten, erhalten eine individuelle Ernährungsberatung. Ernährungsberatung in der Gruppe findet psychoedukativ belgeitet durch die Verordnung der Lehrküche statt.

Tabakentwöhnung

Für abhängige Raucher mit vorliegender Veränderungsmotivation besteht das Angebot der begleiteten Tabakentwöhnung mit der Perspektive einer dauerhaften Tabakabstinenz.

Das Angebot richtet sich auch an Betroffene mit schweren durch Nikotin bedingten oder begünstigten Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit oder Asthma bronchiale, bei denen die Teilnahme ärztlich angeordnet wird.

Das Programm wurde nach wissenschaftlichen Standards auf verhaltenstherapeutischer Basis entwickelt. Die Programminhalte betreffen die Überprüfung der Eigenmotivation, angeleitete Selbstbeobachtung (Rauchverhalten) und das Einüben von alternativem Verhalten (Bewältigungsstrategien). Betroffene werden befähigt, Auslöser für ihr Rauchverhalten zu erkennen und lernen, Strategien zu entwickeln, dem aufkommenden Verlangen nach Zigaretten zu begegnen. Um diesen Prozess zu begünstigen, sind alle Räume der Klinik rauchfreie Zonen. Rauchen ist nur an ausgewiesenen Plätzen außerhalb der Klinik gestattet. Bei Bedarf werden nach ärztlicher Indikation Nikotinpflaster unterstützend eingesetzt. Die Teilnahme an der Gruppe ist freiwillig, wenn keine ärztliche Anordnung erfolgt ist. Da das Tabakentwöhnungsprogramm als Kursprogramm aufgebaut ist, finden die Sitzungen einmal wöchentlich statt.

Bereits in der ersten Woche der Behandlung bekommt jeder Patient eine grundlegende Beratung hinsichtlich einer gesunden Ernährung. Patienten, bei denen eine medizinische Verordnung zur Diät vorliegt oder Patienten, die die Zeit in der Fachklinik bewusst zu einer Veränderung und Verbesserung ihrer Ernährungsgewohnheiten nützen wollen oder ihr Körpergewicht reduzieren möchten erhalten eine individuelle Ernährungsberatung.

4. 8. 14. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Ausrichtung der gesamten Therapie auf das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bildet sich in der therapieverlaufsorientierten Konferenzstruktur ab (Abb. 2), insofern erfolgt die Befassung mit verschiedenen Aspekten des Entlassungsmanagements durchgängig. Konkret befinden sich die Rehabilitanden in den letzten drei Behandlungswochen in der oben beschriebenen Abschlussphase.

Die sozialmedizinische Entlassungsuntersuchung erfolgt eine Woche vor der Entlassung. Hier werden mit dem Rehabilitanden zusammen Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit besprochen und eingeschätzt. Die Erstellung des Entlassungsberichts ist bezüglich Zuständigkeiten und zeitlicher Abfolge als Prozess im Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt. So ist gewährleistet, dass der Entlassungsbericht bei regulären Entlassungen gemäß Leitfaden am Entlassungstag dem leitenden Arzt der Einrichtung zur Endkorrektur vorliegt.

Einleitung der Nachsorge ist als Bestandteil der Entlassvorbereitung über strukturierte Korrespondenz bzw. im Verlauf feststehende Telefonate mit der Beratungsstelle fester Bestandteil der Behandlung. Der Rehabilitand soll auf Heimfahrten seinen Suchtberater seine Selbsthilfegruppe besuchen, sollte er keine Anbindung Suchtberatungsstelle haben, wird ein Kontakt im Rahmen der Entlassvorbereitung hergestellt. Zur Entlassung erfolgt ein gemeinsames (telefonisches) Gespräch zwischen Bezugstherapeut, Suchtberater und Rehabilitand. Die Nachsorge gemäß Empfehlungsvereinbarung wird seitens der Klinik bei Einverständnis des Rehabilitanden immer beantragt.

Die medizinische Rehabilitation wird als (vorzeitig) beendet beurteilt wenn

- die formulierten Therapieziele erreicht sind und
- in der Rehabilitationskonferenz keine weiteren Therapieziele durch neue Erkenntnisse festgelegt wurden
- wenn sich für den Patienten eine vorzeitige Arbeitsperspektive bei gut beurteilter Abstinenzprognose ergibt
- wenn familiäre Veränderungen die Anwesenheit des Patienten bei positiver Abstinenzprognose erforderlich machen
- wenn eine Weiterbehandlung oder Nachsorge mit niederfrequenteren Maßnahmen ausreichend sind
- wenn die Rehabilitationsfähigkeit aufgrund akuter k\u00f6rperlicher oder psychiatrischer Erkrankungen aufgehoben ist.

5. Personelle Ausstattung

Im psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Bereich arbeiten Diplompsychologinnen und –psychologen, ein Theologe sowie Diplom-Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen, alle Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sowie der Theologe mit einer abgeschlossenen Weiterbildung Sucht- und Sozialtherapie, eine Mitarbeiterin ist im dritten Weiterbildungsjahr. Des Weiteren beschäftigt die Klinik eine klinische Sozialarbeiterin. In den unterschiedlichen Bereichen der Ergo- und Arbeitstherapie sind Ergotherapeuten und -therapeutinnen sowie Arbeitserzieherinnen und -erzieher mit unterschiedlichen Grundberufen tätig.

Der Bereich der Sport- und Bewegungstherapie wird durch Diplom-Sportlehrer abgedeckt. Im medizinischen Bereich arbeiten qualifizierte Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, ein Fachkrankenpfleger für Psychiatrie sowie Arzthelferinnen sowohl im Tagesdienst als auch im nächtlichen Bereitschaftsdienst. Des Weiteren sind eine Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie, zwei praktische Ärzte und eine medizinische Bademeisterin und Masseurin beschäftigt.

6. Räumliche Gegebenheiten

Auf dem Klinikgelände liegen das Hauptgebäude mit angeschlossener Turnhalle sowie ein Neubau mit einer Holz- und Metallwerkstatt.

Die Sporthalle und ein gut ausgestatteter Raum für medizinische Trainingstherapie stehen für ein qualifiziertes sporttherapeutisches Programm zur Verfügung. Außerdem verfügt die Klinik über ein reichhaltiges Angebot für Freizeitaktivitäten (Bibliothek, Billardraum, Dart, Tischkicker, Gesellschaftsspiele, TV-Raum).

Die Fachklinik verfügt über überwiegend Doppel- und wenige Einzelzimmer. Waschräume und Toiletten sind auf dem Gang, Waschbecken für jeden Patienten in den Zimmern. Die medizinische Abteilung ist zentral gelegen und barrierefrei erreichbar. Sie umfasst die Behandlungs- und Sprechzimmer der Ärztinnen und Ärzte mit Wartebereich sowie die Funktionsdiagnostik.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Hirtenstein ist Mitglied des Bundesverbands stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und dort vielfältig engagiert. Durch die Aktivität in diesen Verbänden und Arbeitskreisen wird auch suchtpolitisches Engagement möglich. Regelmäßiger fachlicher Austausch findet ferner statt mit den Leitungen andere Entwöhnungseinrichtungen. Nicht nur in der Funktion als wichtigster Kosten- und Leistungsträger, sondern auch als fachliche Begleiter spielen die Deutsche Rentenversicherung Schwaben eine herausragende Rolle für die Entwicklung der Suchthilfe.

Es besteht über Arbeitskreise eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtfachambulanzen in Kempten, den Landkreise Ober- und Ostallgäu sowie der Stadt Memmingen. Des Weiteren ist die Fachklinik Hirtenstein Mitglied des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Kempten/ Oberallgäu.

Mitarbeiter des Jobcenters Sonthofen kommen einmal im Monat zu einer Sprechstunde in die Klinik, zweimal im Jahr findet eine gemeinsame Auswertung statt. Mit niedergelassenen Ärzten aller Fachdisziplinen findet eine enge, z.T. mit Kooperationsverträgen unterlegte Zusammenarbeit statt, ebenso mit den Krankenhäusern in Immenstadt. Sonthofen und Oberstdorf.

8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Zertifizierung

Die Fachklinik Hirtenstein wurde am 06.02.2007 nach Grundlage der DIN EN ISO 9001:2000 erstmalig zertifiziert. Die letzte Rezertifizierung erfolgte am 16.02. bis 17.02.2016. Maßgebend für die erfolgreiche Rezertifizierung war das Qualitätsmanagement – Verfahren DO-QUA.R (Deutscher Orden – Qualitätsmanagement – Rehabilitation), das seit der Übernahme des neuen Trägers Deutscher Orden (01.09.2015) Grundlage des Qualitätsmanagementsystems ist.

Die Fachklinik Hirtenstein erbringt somit gemäß den gesetzlichen Vorgaben nach § 20 Abs. 2A SGB IX und nach einem von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitation (BAR) anerkannten Verfahren den Nachweis, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen.

Eine Evaluation findet einmal jährlich sowohl im Rahmen eines internen als auch eines externen Audits statt.

Die Ergebnisse fließen in weiterführende Maßnahmen der Qualitätsentwicklung, mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, mit ein.

Regelmäßige Maßnahmen der internen Qualitätssicherung

Zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung nach § 20 SGB IX werden neben den externen Qualitätssicherungsprogrammen in der Fachklinik Hirtenstein ergänzende Maßnahmen interner Qualitätsmanagementaufgaben im Rahmen von Leitungskonferenzen, Bereichsbesprechungen, patientenorientierten bereichsübergreifenden Besprechungen und klinikinternen Fortbildungen übernommen.

Projekte

Jeweils zu Jahresbeginn werden Arbeits - Projekte installiert, deren Bedarf von Leitungs- und Mitarbeiterseite erhoben wird. Die Projekte werden innerhalb einer Übersicht zusammengefasst. Die jeweiligen Projektinhalte, die zuständigen Mitarbeiter und der zeitliche Verlauf werden dokumentiert.

Interne Audits / Externes Audit

Zur Ermittlung, ob das klinikinterne QM – System den Anforderungen des DO-QUA.R entspricht, werden jährlich das interne Audit von Mitarbeitern und das externe Audit vom QM-Beauftragten des Deutschen Ordens durchgeführt.

Die Ergebnisse werden von den Qualitätsbeauftragten bewertet und Änderungen beziehungsweise Weiterentwicklungen des QM – Systems von der Klinikleitung und von den Qualitätsbeauftragten genehmigt und freigegeben.

Patientenbefragung

Die Fachklinik Hirtenstein ermittelt mit einem standardisierten Fragebogen des Deutschen Ordens die Patientenzufriedenheit; die Ergebnisse werden von den Teilnehmern der Leitungskonferenz bewertet und den Mitarbeitern vorgestellt.

Beschwerdemanagement

Das Beschwerdemanagement ist geregelt und bezieht sich auf Anregungen und Beschwerden von Mitarbeitern und Patienten beziehungsweise externen Kunden. Deren Ergebnisse werden durch die Teilnehmer der Leitungskonferenz bewertet, notwendig Maßnahmen werden daraus abgeleitet.

Mitarbeiterbefragung,-gespräche

Die Fachklinik Hirtenstein ermittelt mit einem standardisierten Fragebogen des Deutschen Ordens die Mitarbeiterzufriedenheit; die Ergebnisse werden von den Teilnehmern der Leitungskonferenz bewertet und den Mitarbeitern vorgestellt.

Mitarbeitergespräche finden jährlich statt. Hieraus abgeleiteten Veränderungs- bzw. Verbesserungsmaßnahmen werden in Zielvereinbarungen fixiert.

Interne Evaluation

Im Rahmen des Dokumentationswesens werden sämtliche vom Patienten wahrgenommen Therapieeinheiten in der hauseigenen Dokumentationssoftware PATFAK entsprechend der KTL-Verschlüsselung der gesetzlichen Rentenversicherung erfasst.

Die Fachklinik Hirtenstein nimmt am Datenerhebungsverfahren EBIS sowohl mit der Basisdokumentation als auch der Katamnese Erhebung teil. Die von der Fachklinik erhobenen Daten werden von der Firma Redline Data ausgewertet und der Fachklinik sowie dem IFT (Institut für Therapieforschung) zur Verfügung gestellt.

Auf Grundlage der erhobenen Daten wird einmal jährlich eine zusammenfassende Management - Bewertung analysiert und auf Verbesserungsmöglichkeiten hin untersucht, um die fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des Qualitätsmanagements sicherzustellen.

Externe Qualitätssicherung

Die Fachklinik Hirtenstein ist zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihr erbrachten Leistungen verpflichtet.

Die externen Qualitätssicherungsverfahren der DRV umfassen ein umfangreiches Instrumentarium zur Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese einrichtungsbezogenen Ergebnisse der Reha- Qualitätssicherung stellen die wesentliche Grundlage dar, die Qualität der erbrachten Leistungen fortlaufend zu verbessern. In der Fachklinik Hirtenstein werden die von der DRV nach § 20 SGB IX erhobenen Daten im Qualitätszirkel des Leitungsgremiums mit den QM- Beauftragten diskutiert, ausgewertet, Maßnahmen werden abgeleitet und deren Umsetzung und Erfolg kontrolliert und fließen somit als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement in die gesamte Steuerung der Klinik ein.

Rehabilitandenbefragung

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung informieren über die Zufriedenheit der Rehabilitanden sowie deren subjektive Einschätzung des Behandlungsergebnisses. Es werden spezifische Fragebögen für die stationäre Abhängigkeitserkrankung eingesetzt und die Ergebnisse an die Rehabilitationseinrichtungen zurück geleitet.

Peer Review - Verfahren

Die Reha – Entlassberichte werden in einem Peer Review - Verfahrens bewertet. Die Schwachstellen der Rehabilitation und deren Stellung im Bezug auf vergleichbare Einrichtungen werden mitgeteilt.

Therapeutische Versorgung – KTL Dokumentation

Die Auswertung der Dokumentation therapeutischer Leistungen verdeutlicht die Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit des Leistungsgeschehens in den Rehabilitationseinrichtungen.

Reha-Therapiestandards

Die Auswertung zu indikationsspezifischen Reha - Therapiestandards überprüft, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gemäß den Reha - Therapiestandards der DRV behandelt werden.

Rehabilitandenstruktur

Informationen zu soziodemografischen sowie krankheitsbezogenen Merkmalen zeigen das jeweilige Rehabilitandenspektrum auf und können zur Einordnung der Ergebnisse zur Reha - Qualitätssicherung genutzt werden.

Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf nach der Rehabilitation bieten Hinweise zum Rehabilitationsergebnis. Für einen Zeitraum von zwei Jahren nach der Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben.

Strukturerhebungen

Es existieren verbindliche Strukturanforderungen, die indikationsspezifisch differenziert auch für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen erarbeitet wurden.

Visitationen

Visitationen vor Ort werden durch den federführenden Rentenversicherungsträger, in Hirtenstein die DRV Schwaben, durchgeführt.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

9.1 Leitungsstruktur der Fachklinik Hirtenstein

Die Fachklinik Hirtenstein wird ärztlich durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Facharztbezeichnung "Psychiatrie/ Psychotherapie", die über die Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" oder "Rehabilitationswesen" verfügt, geleitet. Die Hauptverantwortung für die fallbezogenen Behandlungsverläufe und medizinisch-therapeutischen Entscheidungen sowie die gutachterlichen Einschätzungen liegt bei der ärztlichen Leitung beziehungsweise ihrer Stellvertretung. Die Fachklinik Hirtenstein verfügt darüber hinaus über ein Leitungsteam, bestehend aus dem Leiter der Arbeitstherapie, der Leiterin der Ergotherapie sowie einem Koordinator der Bezugstherapie. Sie konstituieren das Leitungsteam der Fachklinik, das kollegial für die organisatorischen Abläufe, die wirtschaftliche und personelle Steuerung, die fachliche Umsetzung des Behandlungskonzepts und die Gestaltung der Schnittstellen innerhalb des Fachklinik und nach außen verantwortlich ist.

9.2 Das multidisziplinäre Team

Medizinische therapeutische Bereiche sind miteinander verzahnt und Konferenzstrukturen und Visiten. Es erfolgt eine regelmäßige interne Fallsupervision, gegliedert nach OPD-2 sowie regelmäßige externe Teamsupervision und -entwicklung. Nach der sozialmedizinischen Einschätzung auf der Grundlage des ICF durch die Ärzte, erfolgt die Formulierung der Therapieziele und die Therapieplanung gemäß den Konzepten. Gemeinsame Konferenzen von ärztlichem und therapeutischem Personal garantieren den Austausch über den Therapieprozess und erlauben die Überprüfung der Therapieziele unter sozialmedizinischen Aspekten. Die Beteiligung der Rehabilitanden in diesen Konferenzen gewährleistet ein passgenaue Planung und Verordnung von Maßnahmen sowie eine Steuerung und Veränderung der Therapieziele. Die Ärzte halten feste Sprechstundenzeiten für Rehabilitanden vor, Rehabilitanden mit Sucht- und Psychoseerkrankungen werden wöchentlich visitiert, alle anderen Patienten per Steuerung über den individuellen Wochenplan alle zwei Wochen. Die voll umfängliche Diagnostik und Behandlung ist gesichert durch die Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten.

Zur Indikationskonferenz, Rehakonferenz und in der Entlassungsuntersuchung überprüfen die Ärzte mit dem Behandlungsteam die Wirksamkeit der medizinischen und therapeutischen Maßnahmen in Hinblick auf die Erreichung der Therapieziele und entscheiden über Verlängerung, Adaptionsbehandlung, ambulante Therapie und Nachsorge. Der Entlassbericht als sozialmedizinisches Gutachten fasst Diagnostik, therapeutischen Verlauf und Therapieerfolg unter dem Aspekt der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit innerhalb der funktionalen Gesundheit in Regie der behandelnden Ärzte zusammen.

Examinierte Krankenschwestern gewährleisten 24 Stunden am Tag einen Anwesenheitsbereitschaftsdienst und stehen für Kriseninterventionen bereit. Bei medizinischen Komplikationen, anstehenden Verlegungen oder tiefer greifenden Krisen, die die diensthabende Krankenschwester nicht alleine bewältigen kann, wird der Arzt in Rufbereitschaft hinzu gezogen.

Bei Bedarf wird nach ärztlicher Verordnung Krankengymnastik in Einzelbehandlung durchgeführt.

Psychologen, Dipl. Sozialarbeiter und Dipl. Sozialpädagogen mit der Ausbildung zum Suchtund Sozialtherapeuten sind tätig als Gruppen- und Einzeltherapeuten.

Der Sozialdienst berät und unterstützt bei sozialrechtlichen Fragestellungen mit dem Ziel der sozialen und beruflichen Reintegration zur Sicherung des Behandlungserfolgs. Die Sprechzeiten des Sozialdiensts sind den Rehabilitanden über einen Aushang bekannt, vereinbarte Termine erscheinen im Wochenplan des Rehabilitanden, ein erster Kontakt zum Sozialdienst ist durch eine Informationseinheit im Wochenplan der Aufnahmephase gewährleistet.

Eine mehrdimensionale interdisziplinäre, aktivierende, trainierende und kompensierende Arbeitstherapie trägt entscheidend bei zur beruflichen Integration der Patienten. Die permanenten und rasanten Veränderungen der Arbeitswelt stellen immer neue Herausforderungen an die Beschäftigten und verlangen dadurch eine kontinuierliche Anpassung und Weiterentwicklung der Ziele und Inhalte der Arbeitstherapie. Der allgemeine Wertewandel unserer Gesellschaft wirkt sich auch in der Arbeitstherapie und hier besonders bei der Beurteilung bestimmter Aspekte der Arbeitstugenden und der bürgerlichen Tugenden immer stärker aus. Die Leistungsdiagnostik und -beurteilung im Rahmen der Ergo- und Arbeitstherapie erfolgt auf der Basis von MELBA (Merkmale zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit). Alle Patienten werden von Beginn an in steigender Intensität und Frequenz mit ergo- oder arbeitstherapeutischen Mitteln behandelt, können Betriebspraktika absolvieren..

Sportliche Betätigung, Gruppen- bzw. Mannschaftsspiele, Konditions- und Fitnesstraining sowie Muskelaufbauprogramme gehören zu den wesentlichen therapeutischen Elementen zur Wiedergewinnung bzw. Entwicklung von Körperbewusstsein, Stärkung der körperlichen Belastbarkeit, Verbesserung der Ausdauer und des Durchhaltevermögens sowie zur allgemeinen Förderung der Sozialkompetenz.

Im Verständnis, dass eine Suchterkrankung auch immer den sozialen bzw. Umweltkontext des Patienten betrifft, werden die Angehörigen bzw. das familiäre Bezugssystem des Patienten möglichst früh in den Behandlungsprozess mit einbezogen.

Um den Rehabilitationserfolg zu sichern, ist das frühzeitige Einleiten einer geeigneten Nachsorge von Bedeutung. Hier arbeiten wir eng zusammen mit den Psychosozialen Beratungsstellen, den Selbsthilfegruppen sowie Einrichtungen der Nachsorge.

9.3 Kommunikationsstruktur

Die Gremienstruktur bildet die Leitungsstruktur ab und legt gleichzeitig die Informationsstruktur fest. Nachfolgend wird die Gremienstruktur tabellarisch aufgezeigt.

Regelmäßige managementbezogene Termine								
Bezeichnung	Wochentag	Uhrzeit	Leitung /TN	Thema	Dokumentation			
Mittagsrunde	Montag und Freitag	13:00 – 13:30 Uhr	Klinikleitung / Alle	Aktuelle Vorkommnisse, kurzfristige und/oder dringliche Themen, Planung der Wochentermine	Protokoll (Büro Krankenpflege)			
Krankenpflege (Übergabe)	täglich	07:15 Uhr 15:15 Uhr 19:30 Uhr	Krankenpflege	Übergabe, Aktuelle Vorkommnisse, kurzfristige und / oder dringliche Themen	Übergabebuch, Patfak			
Leitungskonferenz	Montag	13:30 - 14:30 Uhr	Klinikleitung / QMB	Controlling,Aktuelle Vorkommnisse, kurzfristige und/oder dringliche Themen, Planung der Wochentermine, Verbesserungsmanage ment	Protokoll			
Bereichskonferenz	1 x / zwei Wochen		Verwaltung		Protokoll			
Bereichskonferenz	1 x / Quartal		Klinikleitung / MA der Krankenpflege		Protokoll			
Bereichskonferenz	Mittwoch	13:30 - 15:00 Uhr	Klinikleitung / MA der Bezugstherapie		Protokoll			
Arbeitsgruppe "Hausordnung"	2x pro Jahr		Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll			
Arbeitsgruppe "Öffentlichkeitsarbeit"	2x pro Jahr		Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll			
Jour-Fixe Leitung / Haustechnik	Freitag / 2x pro Woche	8:30 Uhr	Klinikleitung / Haustechnik		Protokoll			
Jour-Fixe Leitung / QM	Mittwoch / monatlich und nach Vereinbarung	09:30 Uhr	Klinikleitung / QMB	Lenkung des QM (Verfahrensanweisunge n, mitgeltende Dokumente, Controllinthemen)	Protokoll			
MAV-Sitzung	monatlich		MAV	Themen der Mitarbeitervertretung	Protokoll			
Treffen Leitung - MAV	monatlich	nach Vereinbarung	MAV, Leitung	Themen der Mitarbeitervertretung	Protokoll			
Mitarbeiterversammlung	Donnerstag / mind. einmal Jahr	13:30 Uhr	alle Mitarbeiter ohne Leitung und BL	MA-Themen	Protokoll			
Regelmäßige rehabilitandenbezogene Termine								
Bezeichnung	Wochentag	Uhrzeit	Wer?	Thema	Dokumentation			
Rehabilitandenkonferenz	Dienstag, Mittwoch, Donner	10:30 - 12:30 Uhr	jeweiliger Bezugstherapeut, Arzt, MA Ergotherapie, MA Sport	Indikations-, Rehakonferenz Sozialmed. Beurteilung	Protokoll Rehabilitandenkonferenz Entlassbericht			
Bereichsbesprechung	Dienstag	7:45 - 8:30 Uhr	Ergotherapie	Infosammlung für Rehabilitandenkonferen z	Checkliste Patientenkonferenz			
Bereichsbesprechung	Freitag	7:45 - 8:30 Uhr	Ergotherapie / Arbeitstherapie	Patientenübergabe				

Abb. 3: Gremienstruktur der Fachklinik Hirtenstein

In den aufgeführten Konferenzen und Teamsitzungen wird weitgehend das jeweilig anstehende "Tagesgeschäft" abgearbeitet. Die Weiterentwicklung der jeweiligen

Konzeptionen erfolgt in berufsgruppenübergreifenden Projektgruppen, die zu Beginn eines Jahres von der Leitungskonferenz beauftragt werden.

10.Notfallmanagement

Bestandteil des Qualitätsmanagement-Handbuchs ist eine Anleituna zum Krisenmanagement. Darin ist geregelt, wie in einem medizinischen Notfall zu reagieren ist, welche Maßnahmen vor Ort ergriffen werden müssen und wie die weitere Notfallversorgung einzuleiten ist. Diese Abläufe sind allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Fachklinik Hirtenstein bekannt. Ziel ist es, für alle Rehabilitanden und Mitarbeiter ein professionelles und stets funktionierendes Notfallmanagement vorzuhalten. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden von erfahrenen und sachkundigen Referenten regelmäßig in Erster Hilfe geschult. Dieser Mitarbeiter des DRK erneuert regelmäßig das Inventar des Notfallrucksacks sowie der Verbandskästen nach neuestem Stand. Der Notfallrucksack sowie die in der Klinik hängenden Verbandskästen werden monatlich von einer Mitarbeiterin des Pflegedienstes gemäß des Inventarverzeichnisses überprüft und aufgefüllt. Des Weiteren sind drei Mitarbeiter als Ersthelfer ausgebildet.

Der Notruf aus einem Patientenzimmer geht mit Anzeige der Zimmernummer auf dem Handy des Pflegedienstes ein, der den Patienten dann auf seinem Zimmer aufsucht. Je nach Art des Notfalls kann der Pflegedienst sofort am Patienten den Notarzt rufen oder einen der Ärzte innerhalb der Klinik, der dann mit dem Notfallrucksack das Zimmer aufsucht und gemeinsam mit dem Pflegedienst Maßnahmen der Notfallversorgung und der Ersten Hilfe durchführt. Die ggfls. erforderliche Weiterbehandlung erfolgt dann mit einem Transport und ggfls. Notarzt über die Leitstelle in eine der umliegenden Akutkliniken.

11.Fortbildung

Die Fachklinik Hirtenstein hält einen ganzjährigen Veranstaltungskalender vor mit psychotherapeutischen, medizinischen, organisationstheoretischen wirtschaftlichen Themen. Ebenso finden die verpflichtenden Veranstaltungen Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Datenschutz statt. Zweimal im Jahr finden verpflichtende Erste-Hilfe-Ausbildungen statt, ebenso erforderlichen Ausbildungen zum Ersthelfer. Vor den Veranstaltungen erfolgt stets noch einmal eine schriftliche Einladung aller Mitarbeiter, bei den verpflichtenden Veranstaltungen mit Hinweis darauf. Teilnehmerzahl und deren Beurteilungen der Fortbildungsveranstaltung werden evaluiert, über jährliche Umfragen wird der Fortbildungsbedarf und das Fortbildungsinteresse der Mitarbeiter eruiert und der Veranstaltungskalender darauf angepasst.

12.Supervision

Die Fachklinik Hirtenstein hat von Juni 2016 bis Mai 2017 einen extern begleiteten Organisationsentwicklungsprozess zur Schaffung neuen Aufbauund einer Ablauforganisation durchlaufen. Nach Abschluss dieses Prozesses hat Ende 2017 bereichsintern Teamsupervision bzw. Teamentwicklung durch wechselnde, externe, anerkannte Supervisoren begonnen. Einzig der Bereich der Krankenpflege durchläuft auf Grund eines Leitungswechsels 2018 einen erneuten Prozess der Organisationentwicklung. Im Jahr 2018 erhalten die Bereiche Verwaltung und Arbeits- und Ergotherapie zur Teamentwicklung je fünf externe Beratungstermine, der Bereich Bezugstherapie beginnt nach einem Wechsel des Supervisors nach zwei Sitzungen Ende 2017 im Jahr 2018 organisatorisch durch den neuen Supervisor bedingt mit drei über das Jahr verteilten Supervisionstagen, die in Zukunft als mehrstündige Supervision auf acht Termine im Jahr verteilt werden. Fallbesprechungen sind Bestandteil der internen Fortbildungsveranstaltungen und wird nach OPD ausgerichtet von der Klinikleitung durchgeführt. In den jährlichen Zielvereinbarungsgesprächen vereinbart die Klinikleitung ggfls. mit dem Mitarbeiter externes Coaching oder Fallsupervisionen.



Fachklinik Hirtenstein

13. Hausordnung und Therapievertrag

Liebe Patienten,

Sie sind zu uns gekommen, um mit uns zusammen in den vor Ihnen liegenden Wochen Ihren Weg aus der Abhängigkeitserkrankung zu finden und in ein abstinentes, zufriedenes Leben zu gehen.

Um dieses zu gewährleisten, bedarf es für ein Miteinander in der Klinik sowie zum Erreichen Ihrer Therapieziele Regeln, die wir im Folgenden alphabetisch auflisten. Nur mit Ihrer aktiven Mitarbeit hat Ihre Therapie Erfolg. Wir bitten Sie, sich mit den Abläufen und Regeln unserer Klinik vertraut machen. Mit Ihrer Unterschrift unter der Therapievereinbarung erkennen Sie die Hausordnung an.

Wir behandeln abstinenzorientiert, daher ist ganz wesentlich: In der Zeit der Therapie besteht das absolute Verbot psychotrope Substanzen (illegale Drogen, Alkohol, psychotrop wirkende Medikamente usw.) zu besitzen, einzunehmen oder mit sich zu führen, ebenso das Verbot von Wett-, Glücksspielen und Lotterien jeglicher Art. Ebenfalls sind der Besitz und die Einnahme von Medikamenten (auch Nahrungsergänzungsmitteln), die nicht von unseren Ärzten verschrieben oder bewilligt wurden, untersagt. Im Anhang finden Sie eine Liste "Verbotener Lebensmittel", die Ihnen Wegweiser sein will.

Nun wünschen wir Ihnen viel Erfolg und Freude auf Ihrem persönlichen Weg in ein suchtmittelfreies Leben und freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen!

Ihr Team der Fachklinik Hirtenstein



Fachklinik Hirtenstein

Informationen und Regeln

Anwesenheitskontrollen

Bitte melden Sie sich jeden Abend bis 23.00 persönlich im Dienstzimmer des Pflegepersonals. Morgens gegen 6.00 macht der Nachtdienst einen Hausrundgang und schaut in jedes Zimmer.

Arztbesuche

Unsere Ärzte im Haus haben Sprechstunden, für die Sie regelmäßig Termine erhalten. Außerhalb dieser Sprechstunden wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal. Nach Verordnung unserer Ärzte kann der Besuch eines niedergelassenen, anderen Facharztes erforderlich sein. Bitte bringen Sie daher Ihre Chipkarte mit; unser Fahrdienst bringt Sie gegebenenfalls zu den Terminen. Dabei bitten wir Sie, sich an Vereinbarungen mit unserem Fahrdienst bzgl. Abholung (Zeit und Ort) zu halten. Des Weiteren bitten wir um Ihr Verständnis, dass diese Fahrten nicht für Einkäufe oder andere Erledigungen genutzt werden können.

Ausgang

In den ersten sieben Tagen ihres Aufenthalts haben Sie nur Ausgang auf dem Klinikgelände. Ab dem achten Tag gelten für Sie die Ausgangszeiten (s. Ausgangszeiten). Tragen Sie sich immer mit Beginn, Ziel und Ende des Ausgangs im Ausgangsbuch im Foyer ein. Nur so können wir z.B. im Brandfall sicherstellen, dass alle Patienten gerettet werden.

• Ausgangszeiten

Ihren Ausgang nutzen können Sie

- ✓ montags bis donnerstags von 15.30 Uhr bis 22.00 Uhr,
- ✓ freitags von 15.30 Uhr bis 23.00 Uhr und am
- ✓ samstags von 8.00 Uhr bis 23.00 Uhr
- ✓ sonntags und an Feiertagen von 8.00 Uhr bis 22.00 Uhr.

Besuch

Nach den ersten sieben Tagen ihres Aufenthaltes in unserer Klinik können Sie an Wochenenden und Feiertagen Besuch empfangen. Die Besuchszeit beginnt am Freitag um 15.30 Uhr und endet am Sonntag um 20.00 Uhr. Besuch an Werktagen ist nur in Ausnahmefällen mit Genehmigung Ihres Bezugstherapeuten möglich (z.B. im Rahmen eines Angehörigengesprächs).

An Feiertagen beginnt die Besuchszeit am Vortag um 16.00 Uhr und endet am Feiertag um 20.00 Uhr.

Bitte melden Sie Ihren Besuch beim diensthabenden Mitarbeiter an.

Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Besuch sich ebenfalls an die Regeln der Hausordnung hält sowie die Klinik als suchtmittelfreie Zone akzeptiert.



Fachklinik Hirtenstein

Disziplinarische Entlassung

- ✓ Mit Androhung und Ausübung von Gewalt,
- ✓ diskriminierenden und herabsetzenden Äußerungen und Handlungen,
- ✓ Nutzung oder Verbreitung von Bildern und Texten mit gewaltverherrlichenden, sexistischen oder pornographischen Inhalten,
- ✓ Begehung von Straftaten während des Klinikaufenthaltes.
- ✓ Mutwilliger Sachbeschädigung von Klinikeigentum sowie
- ✓ Einbringen von Suchtmitteln in die Klinik und das Gelände
- ✓ Rauchen außerhalb der ausgewiesenen Plätze

können Sie Ihre disziplinarische Entlassung herbeiführen.

Elektrogeräte

Ihre von Zuhause mitgebrachten Elektrogeräte geben Sie bitte auf Checkliste, die Ihnen der Patientenservice bei der Aufnahme aushändigt, an. Die Elektrogeräte wird unsere Haustechnik im Laufe Ihres Aufenthaltes prüfen.

Energydrinks

Nachdem Sie in der Vergangenheit Ihre Stimmung oder Ihre Befindlichkeit mit Suchtmitteln verändert haben, haben Sie sich nun entschieden, dafür wieder selber die Verantwortung zu übernehmen. Daher ist der Konsum von Energydrinks oder anderen aufputschenden "legalen Substanzen" außer Kaffee, während des Aufenthalts unnötig und verboten.

Erkrankung

Erkranken Sie bei Heimfahrten oder im Realitätstraining und können nicht termingerecht in die Klinik zurückkehren, bitten wir Sie: Melden Sie sich unverzüglich beim diensthabenden Mitarbeiter telefonisch krank. Nehmen Sie dann zum nächstmöglichen Zeitpunkt telefonisch Kontakt mit Ihrem zuständigen Gruppentherapeuten oder dessen Vertretung auf. Bringen Sie bei der Rückkehr eine ärztliche Bescheinigung über alle Krankheitstage und/ oder eine Bestätigung der Reiseunfähigkeit mit. Bei Abwesenheit über den 3. Tag hinaus senden Sie uns diese Bescheinigung zu.

• Fernsehen

Fernseher befinden sich im Kleinen Speisesaal sowie in Raum 131. Fernsehzeiten sind

✓ montags bis donnerstags: 15.30-22.30

✓ freitags: 15.30-23.00

√ samstags 8.00-23.00



Fachklinik Hirtenstein

✓ sonntags und an Feiertagen von 8.00-22.30

Der Betrieb von Fernsehgeräten, DVD Spielern oder anderen Geräten, die dem Fernsehempfang dienen, ist auf den Zimmern untersagt. Erfahrungsgemäß ist die Versuchung zu groß, sich alleine in das eigene Zimmer zurückzuziehen!

Fitness

Wir freuen uns, wenn Sie sich wieder um Ihren Körper und Ihre Leistungsfähigkeit kümmern, unterscheiden aber zwischen Fitness und Muskelaufbau bzw. Modellierung Ihres Körpers durch gezieltes Muskeltraining. Letzteres ist hier nicht erwünscht. Die Öffnungszeiten des Fitnessraums entnehmen Sie bitte am Aushang an der Tür.

Fotografieren

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ("Recht am Bild") machen Sie bitte keine Fotos von Ihren Mitpatienten oder von Mitarbeitern der Klinik ohne deren Einverständnis.

Getränke

Die Zubereitung von heißen Getränken ist ausschließlich vor dem Speisesaal sowie im Aufenthaltsraum vor der Sporthalle erlaubt. Wenn Sie Ihre Getränke im Haus transportieren wollen, dann achten Sie bitte darauf nichts zu verschütten bzw. wischen Sie Verschüttetes unverzüglich auf. Nur so können wir den sauberen Gesamteindruck im Haus bewahren sowie Ihren mit der Reinigung betrauten Mitpatienten unnötige Arbeit ersparen.

Handy

Die Nutzung Ihres Handys ist nur außerhalb der Therapieeinheiten und Mahlzeiten gestattet. Während der Therapieeinheiten und Mahlzeiten schalten Sie Ihr Handy aus bzw. lassen es auf Ihrem Zimmer.

Heimfahrten

Ab der 8. Therapiewoche nach Aufnahme können Sie zwei pro Monat vom Kostenträger finanzierte Heimfahrten wahrnehmen. Die Fahrtkostenregelung des Kostenträgers kann anstelle dieser Heimfahrten auch für Fahrtkosten Ihrer Besucher in Anspruch genommen werden.

Die reguläre Wochenendheimfahrt beginnt freitags ab 15:30 Uhr und endet sonntags um 22.00. Bitte melden Sie sich beim Pflegedienst zurück.

Die letzte Heimfahrt muss spätestens drei Wochen vor Beendigung der Behandlung erfolgt sein.

Bei Fahrzeiten über 4 Stunden It. Fahrplanauskunft beginnt die Heimfahrt bereits um 12.30 Uhr. Bei notwendigen Behördengängen oder Bankbesuchen, Wohnungsbesichtigungen oder Entsprechendem beginnt die Heimfahrt frühestens um 5.45 Uhr.

Nähere Informationen zu Heimfahrten erhalten Sie beim Patientenservice.

Sonderheimfahrten bitten wir, mit Ihrem Bezugstherapeuten zu besprechen.



Fachklinik Hirtenstein

Internet

Im Erdgeschoss auf dem Flur zu den Arztzimmern stehen Ihnen fünf internetfähige Computer zur Verfügung. Die Nutzung der Computer ist werktags zwischen

12.00 Uhr und 14.00 Uhr bzw. 15:30 Uhr und 22.00 Uhr, am Wochenende zwischen 8:00 Uhr und 23:00 Uhr gegen eine Gebühr von 5 € für den gesamten Aufenthalt möglich. Die Gebühr entrichten Sie bitte im Patientenservice.

Kaution

Für den Zimmerschrankschlüssel entrichten Sie bei der Aufnahme im Patientenservice eine Kaution von 25,- €.

Bei Therapieabbruch ohne vorherige Zimmerabnahme durch uns behalten wir die Kaution ein.

Kleidung

Achten Sie bitte, auch in den Sommermonaten, auf angemessene Kleidung während Therapie- und Mahlzeiten. In den Sommermonaten verrichten Sie die Arbeitstherapie auch in den Außenbereichen vollständig bekleidet.

Kontrollen

Alkohol- und Drogenkontrollen werden regelmäßig, bei Verdacht und unangemeldet durchgeführt. Eine Verweigerung oder Manipulation der Kontrolle wird als Rückfall bewertet und behandelt.

Unser Personal ist jederzeit berechtigt, Ihre Zimmer, Gemeinschaftsräume und Ihre persönlichen Dinge in Ihrer Anwesenheit zu kontrollieren. Wir setzen Ihre Kooperation voraus.

Kraftfahrzeuge

An der Klinik stehen nur wenige Besucherparkplätze zur Verfügung, daher bitten wir Sie, nicht mit eigenem Auto, Motorrad, Roller usw. anzureisen. Ihre Besucher erhalten vom diensthabenden Mitarbeiter eine Parkkarte, die sie bitte sichtbar auf das Armaturenbrett legen. Kraftfahrzeuge ohne Parkkarte lassen wir kostenpflichtig abschleppen. Für Patienten, die an einer stoffgebunden Sucht leiden: Die Kostenträger wünschen gemäß Fahrerlaubnisverordnung nicht, dass Sie während der Entwöhnungsbehandlung ein Kraftfahrzeug führen.

Lebensmittel

Für Ihre eigenen Lebensmittel stehen Ihnen zwei Kühlschränke vor dem Speisesaal und im Aufenthaltsraum vor der Sporthalle zur Verfügung, die regelmäßig von unserer Hauswirtschaft durchgesehen werden.

Bitte stellen Sie dort nur beschriftete und abgedeckte Lebensmittel unter.

Einige Lebensmittel enthalten Alkohol. Die Liste der Lebensmittel, die Sie nicht verwenden können, finden sich im Anhang der Hausordnung (s. "Verbotene Lebensmittel").



Fachklinik Hirtenstein

• Mahlzeiten:

Die regelmäßige 3 x tägliche Einnahme von Mahlzeiten ist eine der wichtigsten Regel einer gesunden Ernährung. Zu den Mahlzeiten kommen Sie daher bitte pünktlich in angemessener Kleidung. Die Teilnahme an den Mahlzeiten ist an allen Wochentagen verpflichtend. Die Mahlzeiten werden grundsätzlich im Speisesaal eingenommen.

- ✓ Frühstück an Wochentagen von 07.15 08.00 Uhr
- ✓ Frühstück an Wochenenden und Feiertagen von 07.15 08.15 Uhr
- ✓ Mittagessen von 12.15 12.45 Uhr
- ✓ Mittagessen am Wochenende und Feiertagen von 11.45 12.15 Uhr
- ✓ Abendessen von 18.00 18:30 Uhr

Nachtruhe

Die Nachtruhe beginnt von

- ✓ sonntags bis donnerstags sowie an Feiertagen um 23.00 Uhr und endet um 06.00 Uhr.
- ✓ Freitags und samstags beginnt die Nachtruhe um 23.30 Uhr.

Außer zum Rauchen halten Sie sich bitte während dieser Zeit in Ihren Zimmern auf und vermeiden die Ruhestörung Ihrer Mitpatienten.

• Nahrungsergänzungsmittel:

Sie erhalten hier eine vollwertige Ernährung, je länger Ihre Abstinenz andauert, desto mehr regeneriert sich Ihr Körper. Die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (Vitaminpräparate, Proteinpulver u.s.w.) besprechen Sie bitte mit unseren Ärzten.

Post:

Ihre Post erhalten Sie montags bis freitags von 12.45-13.00 Uhr im Speisesaal über den Patienten, der das Postamt innehat.

Wir öffnen Ihre Pakete mit Ihnen, stichprobenartige Kontrollen Ihrer Briefe in Ihrem Beisein behalten wir uns vor.

Rauchen

Rauchen ist ausschließlich vor dem großen Speisesaal und vor dem Aufenthaltsraum (Ostseite) bei der Sporthalle gestattet. Die Nutzung von E-Zigaretten ist gänzlich verboten.

Rückfall

Da Sie sich in eine abstinenzorientierten Entwöhnungsbehandlung begeben haben, setzen wir bei Ihnen während des gesamten Aufenthalts die Abstinenz von Alkohol, Wett- und Glücksspiel, Automatenspiel und jeglichen psychotropen Substanzen voraus.

Als Rückfall werten wir den Nachweis von Suchtmitteln in Atemluft oder Körperflüssigkeiten, Ihren Bericht eines stattgefundenen Konsums, (Konsum alkoholhaltiger Getränke, alkoholfreies Bier, Wein, Sekt usw.), die Einnahme von



Fachklinik Hirtenstein

alkoholhaltigen Nahrungsmitteln (s. Liste der "Verbotenen Lebensmittel") und die interne Verwendung alkoholhaltiger Kosmetika oder Medikamente. Ebenso werten wir die Verweigerung oder Manipulation einer Atemluft- oder Urinkontrolle sowie einer Blutentnahme zum Nachweis eines stattgefundenen Konsums als Rückfall. Auch werten wir als Rückfall das Spielen um Einsätze, das Spielen an Automaten und den Besuch entsprechender Internetseiten. Bei Rückfälligkeit bieten wir Ihnen, bei bestehender Motivation, die Rückfallaufarbeitung gemäß unseres Konzepts an.

Mit Mitbringen, Konsumieren und/oder Deponieren von Suchtmitteln auf dem Klinikgelände und in der Klinik können Sie Ihre sofortige disziplinarische Entlassung herbeiführen, ebenso mit Dealerei oder sonstigem Verführen der Mitpatienten zum Konsum.

Schwarzes Brett

Am Schwarzen Brett im Durchgang zum Speisesaal finden Sie die für Sie tagesaktuell wichtigen Informationen seitens der Klinik sowie Informationen über Freizeitaktivitäten, touristische Angebote, Ausflüge u.s.w. Bitte informieren Sie sich!

Spiele

Spiele mit Geldeinsatz oder Geldersatz sind innerhalb der Klinik verboten (s. Einleitung). Gesellschaftsspiele finden Sie im Aufenthaltsraum vor der Sporthalle. Gerne können Sie die Sporthalle für gemeinsame Spiele nutzen.

Tätowieren

Wegen der Infektionsgefahr bitten wir Sie, während der gesamten Therapiedauer auf neue Tätowierungen zu verzichten.

• Teilnahme an Therapieeinheiten

Die pünktliche Teilnahme an den Ihnen verordneten Therapien sowie an allen drei Mahlzeiten ist Pflicht. Sollten Sie eine Therapieeinheit nicht wahrnehmen können, z.B. aufgrund einer Krankschreibung, entschuldigen Sie sich zeitgerecht und selber beim jeweiligen Therapeuten.

Tiere

Haltung und Besuch von (Haus)Tieren innerhalb der Klinik ist untersagt.

Verleihen:

Um neue Abhängigkeiten zu vermeiden, ist das Leihen und Verleihen von Geld, Handys, Laptops, Tablets, anderen Wertgegenständen oder Geldwerten untersagt.

Versicherung

Während der Teilnahme an allen therapeutischen Angeboten sind Sie über Berufsgenossenschaft unfallversichert.

Wertsachen

Bitte bringen Sie Ihre Wertsachen und Ihr Geld im Schließfach Ihres Schranks unter. Größere Geldbeträge hinterlegen Sie bitte immer im Tresor unserer Klinik. Am besten lassen Sie Wertsachen zu Hause; für Verlust übernehmen wir keine Haftung.



Fachklinik Hirtenstein

• Zimmer

Die Zimmerzuweisung erfolgt über den Patientenservice. Sollten Sie im Laufe Ihrer Behandlung ein anderes Zimmer wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihren Bezugstherapeuten.

Wir bitten Sie am Entlasstag Ihr Zimmer bis 9:00 Uhr zu räumen.

• Zurückgelassene Gegenstände

Gegenstände, die Sie nach Ihrer Entlassung in der Klinik ohne weitere Vereinbarung zurücklassen, bewahren wir drei Monate auf. Danach vernichten wir diese oder führen sie gemeinnützigen Organisationen zu.

Anhang:

Zimmerordnung

Liste der "Verbotenen Lebensmittel"

Brandschutzordnung



Fachklinik Hirtenstein

Anhang 1

Zimmerordnung

- Beschädigung und Verschmutzungen von Mobiliar, Wänden usw. können Ersatzansprüche seitens unseres Hauses begründen.
- Das Abschließen des Zimmers ist nicht gestattet.
- Das Anbringen von Bildern an den Wänden und an den Möbeln ist nicht gestattet.
- Das Mitbringen eigener Möbelstücke ist nicht gestattet.
- Der Besitz und Gebrauch von eigenen Fernsehern, DVD Abspielgeräten u.s.w. ist untersagt.
- Die Benutzung von Tauchsiedern, Kochplatten und ähnlichem sowie das Anzünden von Kerzen auf den Zimmern ist verboten.
- Gegenstände, die dem Konsum von Suchtmitteln dienen oder daran erinnern (Biergläser, Alkoholflaschen, Spritzen, Bilder, Symbole, T- Shirts mit Aufdrucken usw.) haben in unserer Klinik keinen Platz.
- Malen mit Kohle, Aquarell- und Ölfarben sowie Bastelarbeiten sind in den Zimmern nicht erlaubt. Hierfür stehen im Hause besondere Räume zur Verfügung.
- Radiogeräte, CD Player u.s.w. können nur mit Einverständnis des Zimmermitpatienten in Zimmerlautstärke oder mit Kopfhörern betrieben werden.
- Schalten Sie bitte die Heizung aus, wenn die Balkontüren oder Fenster geöffnet sind.
- Schalten Sie Geräte und Licht aus, wenn sich niemand im Zimmer aufhält.
- Schließen Sie Wertfach- und Schranktüren ab.
- Wäschewaschen und -trocknen auf den Zimmern ist nicht gestattet.
- Zimmer und Balkone sind in eigener Verantwortung sauber und ordentlich zu halten.



Fachklinik Hirtenstein

Anhang 2

Verbotene Lebensmittel

- Getränke, die üblicherweise Alkohol enthalten, "alkoholfreies" Bier usw.
- Alkoholhaltige Lebensmittel wie z.B. Torten (z.B. Schwarzwälder Kirsch Torte), Pralinen (z.B. Weinbrandbohnen), Eis (z.B. Malaga), Desserts (z.B. Tiramisu) usw.
- Alkoholhaltige Mundwasser, Mundsprays
- Drogen jeglicher Art
- Homöopathische Tropfen und Tinkturen
- Lebensmittel, denen Alkohol zugesetzt wurde wie z.B. Weinbrandessig, Sherryessig, Weinsoßen u.s.w.
- Marzipan
- Nahrungsergänzungsmittel ohne ärztliche Verordnung

Um Missverständnisse mit unserem Personal zu vermeiden sowie sich selber nicht alkoholhaltigen Dämpfen auszusetzen, empfehlen wir Ihnen, gänzlich auf alkoholhaltige Kosmetika (z.B. Rasierwasser), auch zur Anwendung auf der Haut, zu verzichten.

Wir empfehlen Ihnen, beim Einkauf jegliche Lebensmittel auf Alkoholgehalt zu kontrollieren. Die Angaben der Inhaltsstoffe sind in der Reihenfolge ihres höchsten Anteils zu lesen. Wenn Alkohol an 5. Stelle und weiter in diesen Angaben erscheint, ist der Konsum für Sie unbedenklich.

Alkohol, z.B. bei Wildgerichten, verkocht nicht gänzlich, insofern raten wir Ihnen, in Zweifelsfällen nach der Zubereitungsart zu fragen.



Fachklinik Hirtenstein

Anhang 3

Brandschutzordnung

Brandverhütung

Jeder Patient muss sich über die Brandgefahren in seiner Umgebung informieren.

Brennbare Stoffe (z.B. Papier, Kunststoffe) dürfen nicht in der Nähe von elektrischen Geräten oder ähnlichen Zündquellen abgelegt oder gelagert werden.

Im ganzen Haus herrscht absolutes Rauchverbot, das ausnahmslos einzuhalten ist.

An den ausgewiesenen Raucherplätzen sind für Streichhölzer und Tabakreste nichtbrennbare Aschenbecher zu benutzen.

Aschenbecher dürfen nicht in Papierkörbe, sondern nur in nichtbrennbare Sammelbehälter mit Deckel entleert werden.

Koch- und Wärmegeräte (Kaffeemaschinen, Heizlüfter o.ä.) dürfen nur benutzt werden, wenn eine schriftliche Genehmigung der Klinikleitung vorliegt.

Offenes Feuer ist zu vermeiden. Somit ist auch untersagt, Kerzen bei besonderen Anlässen (z.B. Weihnachtsfeier) anzuzünden.

Mängel an elektrischen Anlagen und an Brandschutzeinrichtungen sind sofort dem Hausmeister zu melden.

Notwendige Ausgänge und alle Notausgänge müssen jederzeit ungehindert begehbar sein.

Die Türen am Abfalllager sind immer geschlossen zu halten.

Brand- und Rauchausweitung

Selbstschließende Türen in Fluren dürfen nicht mechanisch festgestellt oder verkeilt werden.

Türen und Fenster sind zu schließen um Luftzug und Verqualmung noch nicht betroffener Bereiche zu verhindern.

Bei verqualmten Räumen gebückt oder kriechend vorgehen, da in Bodennähe meist noch atembare Luft vorhanden ist.

Flucht- und Rettungswege

Rettungswege wie Treppen und Flure sowie Verkehrswege im Freien müssen stets in voller Breite freigehalten werden. Auf ihnen darf nicht abgestellt oder gelagert werden.

Fluchtwege und Rettungswegeschilder dürfen nicht verdeckt werden.

Fahrzeuge, die in Anfahrtszonen der Feuerwehr parken, müssen aus diesem Bereich entfernt werden.

Bei den gekennzeichneten Notausstiegen ist darauf zu achten, dass diese immer frei zugänglich bleiben.

Melde- und Löscheinrichtung

Alle Gebäudenutzer haben sich über die in ihrem Tätigkeits-/ Aufenthaltsbereich vorhandenen Fluchtwege, Feuerlöscheinrichtungen und Feuermelder zu informieren.

Verhalten im Brandfall

Bei Ausbruch eines Brandes ist mit Verwirrung und Panik zu rechnen.

Deshalb unbedingt Ruhe bewahren!!!



Fachklinik Hirtenstein

Nach der Brandmeldung ist sofort mit der Gebäudeevakuierung zu beginnen.

Nur wenn es gefahrlos möglich ist, ist mit der Bekämpfung des Brandes unter Verwendung der verfügbaren Feuerlöschgeräte bis zum Eintreffen der Feuerwehr zu beginnen. Fenster und Türen sind zu schließen. Aufzüge dürfen nicht benutzt werden. Elektrogeräte ausschalten oder Netzstecker ziehen, soweit dies gefahrlos möglich ist.

Die Alarmpläne sowie die Anordnungen der Feuerwehr sind strikt zu befolgen.

Menschenrettung geht vor Brandbekämpfung – deshalb sofort erkunden, ob Menschen in Gefahr sind.

Brand melden

Wer einen Brand entdeckt, hat sofort

- 1. den nächstliegenden Alarmknopf zu betätigen
- 2. die Feuerwehr unter Tel.112 anzurufen
- 3. den Diensthabenden unter 08326-311172 anzurufen

ohne den Erfolg eigener Löschversuche abzuwarten.

Dies gilt auch dann, wenn der Vorfall nur geringfügig erscheint und wenn Lösch- und Hilfsaktionen bereits eingeleitet sind.

Alarmsignale und Anweisungen beachten

Bis zum Eintreffen der Feuerwehr veranlasst die Betriebsleitung alle Maßnahmen zur Rettung von Menschen und zur Schadensbekämpfung.

Nach Eintreffen der Feuerwehr obliegt dieser die Leitung der Abwehrmaßnahmen.

In Sicherheit bringen

Bei drohender Gefahr:

Gefahrenbereich verlassen und Personen mitführen.

Gekennzeichneten Sammelplatz vor der Gärtnerei aufsuchen.

Löschversuche unternehmen

Menschenrettung geht vor Brandbekämpfung!

Personen mit brennender Kleidung nicht fortlaufen lassen, in Decken, Mäntel, Tücher hüllen, auf den Boden legen und sie notfalls hin und her wälzen.

Verletzte aus dem Gefahrenbereich bringen.



Abstinenz- & Therapievertrag

Fachklinik Hirtenstein

14. Abstinenz- und Therapievertrag

für ihren Start in ein suchtmittelfreies Leben Name: _____

26. Februar 2019

Ein Leitgedanke, der sich durch die folgenden Abstinenzregeln zieht, ist es für Sie einen Raum zu schaffen, in dem Sie lernen können ohne das Medium Glückspiel miteinander zu kommunizieren und mit sich und anderen in Kontakt zu kommen.

Deshalb, und ganz generell für eine gelingende Therapie, ist es unbedingt erforderlich dass Sie Ihr altes Suchtverhalten beenden. Die folgenden Abstinenzregeln sollen Ihnen hierbei helfen:

- Sie werden nicht mehr um Geld spielen. Die gilt nicht nur auf dem Klinikgelände sondern auch außerhalb.
- Sie meiden generell sämtliche Spiele bei denen der Ausgang stark vom Zufall abhängig ist oder bei denen Geld für den Betrieb einzusetzen ist. (u. A. Roulette, Blackjack, Baccarat, Kniffel, ...)
- Sie werden keine Internet- oder Wettspiele spielen. (Lotto, Toto, Keno, Oddset, ...)
- Sie werden kein internetfähiges Handy, keinen Computer, Tablet-PC, etc. nutzen und ggf. abgeben. Die bereitgestellten PC's können Sie nach Absprache mit dem Bezugstherapeuten benutzen.
- Intensives TV oder DVD schauen ist zu nah am Spielen und soll vermieden werden.

•	• Sie werden nicht mehr als € bei sich	tragen.	Abweic	hung	en werden	Sie ir	n Vorfe	ld mit
	Ihrem Bezugstherapeuten besprechen.	Das	Leihen	und	Verleihen	von	Geld,	auch
	Bagatellbeträgen ist nicht erlaubt.							
•	Weitere Abstinenzgebote:							

Transparenz und Ehrlichkeit in der therapeutischen Beziehung ist eine wichtige Grundlage für die Wirksamkeit der in Ihrer Therapie erarbeiteten Veränderungen. Sollten Sie im Verlauf der Therapie in Gefahr kommen, obige Abstinenzregeln nicht einhalten zu können oder diese bereits übertreten haben, so erwarten wir, dass Sie sich mit Ihrem Therapeuten umgehend in Kontakt setzen um die nötigen weiteren Schritte zu besprechen.

Therapievertrag

Ich erkläre mich hiermit bereit während der Therapiezeit obige Abstinenzregeln zu befolgen. Es hat sich gezeigt, dass Karten- und Würfelspiele auch ohne Einsatz ein hohes Rückfallrisiko in altes Glückspielverhalten bedeuten. Deshalb verzichte ich sowohl auf das Spielen mit Karten oder Würfel als auch auf das Zusehen wenn andere spielen.

Die Fachklinik Hirtenstein soll ein suchtmittelfreies Haus sein. Deshalb werde ich während meines Aufenthaltes weder auf dem Gelände der Klinik noch außerhalb Alkohol, illegale Drogen, nichtverordnete Medikamente oder andere Rauschmittel konsumieren. Dies schützt sowohl die alkoholabhängigen Mitpatienten als auch mich vor möglicher Suchtverlagerung.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (1998) OPD Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Grundlagen und Manual. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2.Bern: Hans Huber.

Altmannsberger W.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 2004

Badinter, E. (1993) X Y-Die Identität des Mannes. München: Piper

Balint, M. (1988) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. München:

Beutel, M (1999) Sucht und sexueller Missbrauch. In: Psychotherapeut 44, 313-319

Bilitza, K. W. (Hrsg.) (1993) Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht

Borowiak S.: ALK fast ein medizinisches Sachbuch. Frankfurt a. M.: Eichborn, 2006

Böning, J. (1999). Glücksspielsucht: Die reinste Form der Suchterkrankung. Psychopathologie und Neurobiologie der "Glücksspielsucht". In: G. Alberti, & B. Kellermann (Hrsg.). Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht. S. 39-50. Geesthacht: Neuland.

Brickenkamp, R. (1972) Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.

Brickenkamp, R. (Hrsg.) (1997), Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests,

BFW Hamburg (Hrsg): Assessment – Voraussetzung für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben. Hamburg: Feldhaus, 2003

Buchholz M.B.(1997): Krankheitstheorien und psychoanalytischer Prozess. In: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München. Heft 1 / 1997

Büchner, U. (1993): Sucht als artifizielle Ich-Funktion. Ich-psychologische Suchttheorien. In: Bilitza, K.W.(Hrsg.): Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen/Zürich Vandenhoeck & Ruprecht

Burian, Wilhelm (1994) Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. Wien: Picus.

Czycholl D. (Hrsg): Sucht und Migration. Berlin: VWB, 1998 Göttingen, Bern, Toronto, Seattel: Hogrefe, Verlag für Psychologie

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, 5. Auflage: Huber.

Dornes, M.(1994) Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main: Fischer

DRV Bund (2011): Arbeits- und berufsbezogene Rehabilitation in der medizinischen Rehabilitation

DRV (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

DRV (2011): Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung

DRV (2008): Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen"

Egartner, E., **Holzbauer**, S.(1994) "Ich hab's nur noch mit Gift geschafft …" Frauen und illegale Drogen Pfaffenweiler: .Centaurus-Verlagsgesellschaft,

Emde, R.(1991) Die endliche und die unendliche Entwicklung. Psyche 45, S. 745-779

Fabrizius, B., Wernado, M.: Adaption- die 2. Phase der Rehabilitation. In: Rehabilitation Suchtkranker- Mehr als nur Psychotherapie. Geesthacht: Neuland, 2001.

Fachverband Sucht e. V. (Hrsg): Perspektive für Suchtkranke. Geesthacht: Neuland, 2005

Fachverband Sucht e.V. (2007). Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft

Fengler J. (Hrsg): Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg/Lech: ecomed, 2002

Fengler, J.: Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung-Therapie-Prävention. Landsberg/Lech: ecomed, 2002.

Franke P., Schildberg F.: Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag, 2004

Gerkens, K., Maier, Ch., Wimmer, D.: Handbuch Sucht. Geesthacht: Neuland, 2009.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Grün, A.(1996) Der Verrat am Selbst. München: dtv

Hallwachs H.: Teilnehmerzentrierte berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. Hamburg: BTZ Hamburg, 2002

Hartmann H.(3. Aufl.:1975): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart: Klett

Hassfeld/Denecke Suchttherapie Konzept S. 24;in Thomäe, H.,Kächele, H. (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Verlag Berlin/New York/Tokio: Springer.

Heide, M. (Hrsg.): Wenn ich erst wieder Arbeit habe... Geesthacht: Neuland, 2001.

Heide, M.: Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption. In: Rehabilitaton Suchtkranker- Mehr als Psychotherapie. Geesthacht: Neuland, 2001.

Heide, M.: Rehabilitation als Gesamtprozess. In: Suchttherapie unter Kostendruck. Gestaacht: Neuland, 1998.

Heigl, F., **Heigl-Evers**, A. & **Ruf**, W. (1980) Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Suchtkranken-Therapie. In: Soziotherapie in der Praxis. Kongressbericht. S. 16 – 29. Kassel

Heigl, F., **Heigl-Evers**, A., **Schultze-Dierbach**, E. (1983) Überlegungen zur Indikation von Einzel- und Gruppentherapie bei Suchtkranken, insbesondere Alkoholkranken. In: Sozialtherapie in der Praxis.

Heigl, F., **Schultze-Dierbach**, E., **Heigl-Evers**, A. (1984) Die Bedeutung des psychoanalytischinteraktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkranken. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 20, S. 152 – 167.

Heigl-Evers, A. (1977) Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Kassel.

Heigl, F., **Heigl-Evers**, A. (1983) Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift Psychosomatische Medizin 29. S. 1 – 14

Heigl-Evers, A.,Volmer, H.C.,Helas, I. Knischewski, E.(1988) Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken-Wege zur Kooperation. Wuppertal: Blau-Kreuz-Verlag

Heigl-Evers, A. Helas, I., Volmer, H.C.(1997) Die Person des Therapeuten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Heide M. (Hrsg): Wenn ich erst wieder Arbeit habe....Geesthacht: Neuland, 2001

Henkel, D. (Hrsg.), Zemlin, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt: Fachhochschulverlag, 2007.

Henning, S.: Suchtrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Zugangsvoraussetzung und gesetzliche Regelungen, Vortrag vom 14.07.2009.

Herwig-Lempp, J.(1994) Von der Sucht zur Selbstbestimmung Dortmund: borgmannn publishing

ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt und hrsg. Von H. Dilling u.a.m. (2. Aufl. 1993)

Kafka,J.(1998) Psychotische Realitäten und die Handhabung psychotischer Übertragungsphänomene. Vortrag gehalten in Bregenz, Psychoanalytisches Seminar Vorarlberg, 22.01.98

Kaufmann E., Kaufmann P.N.: Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg: Lambertus, 1983

Kanfer, F.H. (1996) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin

Kernberg, O.F. (1985) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart

Kernberg, O.F.(1988) Innere Welt und äußere Realität / Anwendung der Objektbeziehungstheorie. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse

Kielhofner, G., **Marotzki**, U., **Mentrup**, C. (2005). Model of Human Occupation (MOHO). Springer-Verlag.

Knischewski, E. (Hrsg.) Diagnostik und Therapie bei Suchtkranken. Punktreihe 31. Nicol

König K., Lindner W.-V.: Psychoanalytische Gruppentherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1991

König, K.(4. Aufl.;1997) Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Krystal, H, Raskin, H.A:(1983) Drogensucht - Aspekte der Ich-Funktion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Kulick, B.(1995): Konzeptqualität bei stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Fachverband Sucht E.V., Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht

Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (2009): Handbuch.

Lenfers H.: Das ungebremste Risiko. Frankfurt a. M.: Kommentator-Verlag, 1988

Lindenmeyer J.: Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz Verlag, 2005

Lindenmeyer J.: Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe,1999

Luborsky, L.(1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mann K. (Hrsg): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2002

Meyer, G.; Bachmann, M. (2005). Spielsucht. Heidelberg: Springer.

Meyer, G. (2009). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland.

Miller W.R., Rollnick S.: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus, 1999

Minkoff, K. (1994) Programmbestandteile eines integrierten Behandlungssystems für schwer psychisch erkrankte Patienten mit gleichzeitig bestehendem Suchtmittelmissbrauch. In: Comorbidität Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Freiburg: M. Kraus und T. Müller-Thomsen

Mahler, M.(1979) Symbiose und Individuation Stuttgart: Klett-Cotta.

Miller, W.R., **Rollnick**, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.

Miller, W.R., **Tonigan**, J.S. (1996) Motivational interviewing. Preparing people to change additive behavior. New York: Guilford.

Petry, J. (1996) Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim: PVU.

Petry, J. (2003). Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe

Petry, J.; Bensel, W. (2009). Pathologisches Glücksspielen, Münchwieser Hefte Nr. 1, Neunkirchen.

Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 2006.

Pfannkuche, H.(1997) Suchtkliniken und Hausordnungen - einige Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung. In: Sucht 43 (2) 1997

Prochaska, J.O., **Di Clemente**, C.C., (1993) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative mode of change. J. Consult Clin. Psychol. 51: S. 390 - 395.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcoss, J.C. (1997). Jetzt fange ich neu an. München: Knaur.

Rahmenkonzept für die Adaptionsphase der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen, März 1994. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 4. Mai 2001.

Radice v. Wogau J., Eimmermacher H., Lanfranchi A. (Hrsg): Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Belz Verlag, 2004

Rieth, E. (1996) Alkoholkrank? Bern: Blaukreuz

Rohde-Dachser, Ch.(1996): Aggression in weiblichen und männlichen Lebensentwürfen.

In: Bell, K., Höhfeld, K.(1996)Aggression und seelische Krankheit. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Rost, W.D. (1992) Psychoanalyse der Abhängigkeit. In: Heide, M.(Hrsg.):Abhängigkeiten zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten. Beiträge des 4. Heidelberger Kongresses. Bonn, Nagel, 1992

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe.

Schäfer, I., **Krausz**, M. (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schaef, A.W.(1991) Im Zeitalter der Sucht. München: dtv

Schallenberg, H.(1996) Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In: Fachverband Sucht E.V.: Sucht und Erwerbsfähigkeit. Neuland Verlagsgesellschaft, Geesthacht

Schwarz, U. (2008) Management einer Kooperation in der Suchtkrankenhilfe. Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades MBA, Hochschule Ravensburg/ Weingarten

Schwoon, D., Krausz, M. (1992) Psychose und Sucht. Freiburg: Lambertus

Stern, D.(1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stork, J.(Hrsg.) (1986): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel. Stuttgart: frommann-holzboog

Streek, U., Leichsenring, F. (2009): Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Thomäe, H., **Kächele**, H. (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Verlag Berlin/New York/Tokio: Springer.

Trümper, J. und Arbeitskreis gegen Spielsucht (2008). Angebotsstruktur der Spielhallen und Unterhaltungsautomaten mit Geldgewinnmöglichkeit in der BRD.

Volmer, H.C.(1995) Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. Verhaltenstherapeutische Sicht. In: Heigl-Evers et al : Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Vandenhoeck & Ruprecht

Waibel, E. M. (1994) Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen. Donauwörth: Ludwig Auer.

Wetterling, T. **,Veltrup**, C. (1997) Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen - Ein Leitfaden.,Berlin, Heidelberg: Springer.

World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Deutsche Version: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) (200): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Siehe im Internet unter: www.dimdi.de (Klassifikationen - ICF).

Wurmser, L.(1987) Flucht vor dem Gewissen. Berlin/New York/Tokio: Springer.

Wurmser, L.(1997) Die Verborgene Dimension. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht,

Schuhler P., Baumeister H.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1999

Thomasius R. (Hrsg): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme, 2000

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

Watzl H., Cohen R. (Hrsg): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin: Springer, 1989

Wienberg, **Schünemann-Wurmthaler**, **Sibum** (2003). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Wilson-Schaef , A. (1991). Zeitalter der Sucht. München.

Zielke M., Sturm J. (Hrsg): Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1994



Organigramm

(Stand: 12.12.2018)

Fachklinik Hirtenstein

Anhang:

Qualitätsmanagement

Kaufmann Striegl Klinikleitung Fennen

Verwaltung / Aufnahmebüro / Schreibbüro

> Greiter, Rinderle, Wagner, Wolf C.

Medizin

Bereichsleitung Fennen

Bezugstherapie

Bereichsleitung Fennen

Ergotherapie

Bereichsleitung Sauter

Arbeitstherapie

Bereichsleitung Bühler

Krankenpflege

Bereichsleitung Fennen

Ärzte

Fennen Kruskops Schönstein

Physikalische Therapie

Krug

Sport

Kaufmann Striegl

Bezugstherapie

Anders
Apel
Biskoping
Bille
Geisler
Goldbach
Hens-Mauri
Markert
Plaschke
Zorn

Ergotherapie

Sauter Sonntag

Küche /Hauswirtschaft

Kirchler Pohl Speiser Wolf M.

Ernährungsberatung

Multer

Arbeitstherapie

Bühler Schmitz

Haustechnik

Freisl

Fahrdienst

Mayr

Krankenpflege

Blenk
Endress
Grundl
Kimmerle
Lindemann
Maier
Reichart
Rimmel



Name des Patienten:				Aufnahme- Datum:			Entlass Datum:		
Genehmigte Therapiedauer				Vereinbarte Therapiedauer					
Alkoholabhängigkeit (F10)				Pathologisch	nes G	Glückspiel	(F630)		
Wichtige Lebensdaten									
Indikationskonferenz D			atı	um:		Handzei	chen:		
Rehakonferenz D			atı	um:		Handzei	chen:		
Medizinische B									
	IK							RK	
Bezugstherape	utische Befunde) :							
	IK							RK	
Arbeitstherape	utische Befunde	(incl.	Er	go- und Kuı	nstt	herapie):			
	IK							RK	
Soziale Situation									
	IK							RK	
Körper- (Beweg	gungs-) bezogen	e Befu	uno	de					
	IK							RK	



		Therapieziele				
Indikationskonferenz		Datum:	Handzeichen:			
Rehakonferenz		Datum:	Handzeichen:			
Körperfunktionen und -struktu	ren:					
IK			RK			
IK		RK				
Teilhabe:						
IK			RK			
IK			RK			
Rehakonferenz Körperfunktionen und -strukturen: IK RK Aktivitäten: IK RK						
IK			RK			



Therapieprogramm für Hrn. vereinbart in der									
Indikationskonferenz	Datum:	H	Handzeichen:						
Rehakonferenz	Datum:	Н	Handzeichen:						
Indikationsgruppe Bezugstherapie:	Beginn: (KW / Datum)		Indikationsgruppe Sport	ionsgruppe Sport:					
Achtsamkeit			Ausdauertraining						
Angstgruppe			AVK - Gruppe						
Bewerbung / PC			Fasziengruppe						
Depression			Frühsport						
Erfahrungslernen (HSG)			M ed T rainings T herapie						
Klang und Rhythmus			Nordic - Walking						
Musiktherapie			PNP - Gruppe						
MPU			Schwimmen						
Rückfallprävention			Spielsport						
Sinn			Wassergymnastik						
SoKo			Wirbelsäulengymnastik						
Tabakentwöhnung									
Väter									
Arbeitstherapie	Besondere Angebote	Besondere Angebote							
AT allgemein	ABE intern		4-Zellen-Bad						
AT speziell	ABE extern								
Hauswirtschaft	Arbeitgebergespräch								
Küche									
Müllentsorgung	Angehörigengespräch								
Sportbereich	Angehörigenseminar	Angehörigenseminar							
Wäscherei									
			Indikationsgruppe Ergotherapie	-					
Patientenamt:	Ernährungsberatung		Ausdruckzentrierte Gr.						
Hauspost	Einzel		Beschäftigungstherapie						
Patientensprecher	atientensprecher Vortrag		Freies Arbeiten						
Verwaltung	Lehrküche		Projekte						
			-						
	Psychiatrische Sprechstur	Psychiatrische Sprechstunde							
	Berufliche Rehaberatung	DR۱	J						
Sonstige Vereinbarungen									



Arbeitsfähig:	Ja
	Nein
Leistungsfähig im zuletzt ausgeübten Beruf:	Ja
Leistangslang im Zuietzt ausgeübten Berui.	Nein
Bemerkungen / Sonstiges:	
Entlass - Vorbereitung	
Loistungsfähig auf allgemeinem Arbeitsmarkt:	Ja
Leistungsfähig auf allgemeinem Arbeitsmarkt:	Nein
Arhoitenlatz orhalton	Ja
Arbeitsplatz erhalten:	Nein
Wohnung vorhanden:	Ja
Wonnung vornanden.	Nein
Obdachlosigkeit:	Ja
Obdacinosignen.	Nein
Beratung zur Erwerbsunfähigkeitsrente:	Ja
Deratung zur Erwerbsumanigkeitsrente.	Nein
Beratung zur Altersrente:	Ja
Defatulity 201 Alterstente.	Nein
Nachsorge:	Ja
ruciisoige.	Nein
Weiterbehandlung, -verlegung:	Ja
Weiter Beriandiang, Weitegang.	Nein
Arbeitgebergespräch:	Ja
Ai beligebel gespiacii.	Nein
Bemerkungen / Sonstiges:	

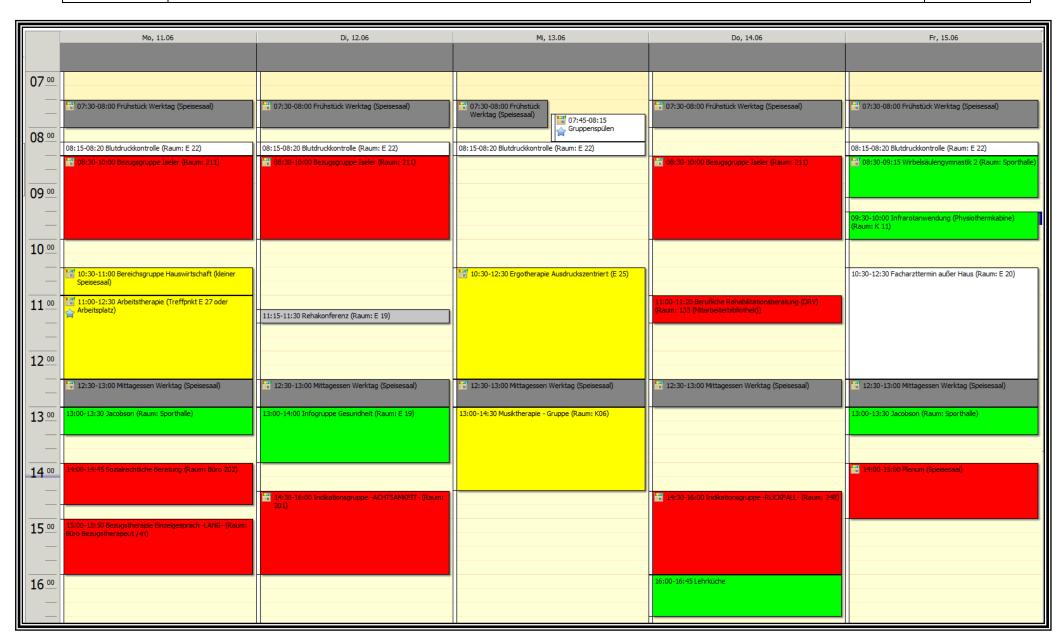


Wochenplan Aufnahmephase

			Mi, 13.06	_	5-1500		
	Mo, 11.06	Mo, 11.06 Di, 12.06		Do, 14.06	Fr, 15.06		
-							
07.00	📅 07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	7:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	7:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)		
	107:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)	107:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)		
		_		_			
08.00							
	08: 15-08: 30 Spüldienst Aufnahmegruppe Früh	08:15-08:30 Spüldienst Aufnahmegruppe Früh	08:15-08:30 Spüldienst Aufnahmegruppe Früh	08:15-08:30 Spüldienst Aufnahmegruppe Früh	08:15-08:30 Spüldienst Aufnahmegruppe Früh 30:30-09:30 Chefärztliche Aufnahme-, Entlassvisite		
	(Raum: E 19)	08:30-09:30 Sport - Aufnahmegruppe (Raum: Sporthalle)	08:30-09:00 Infogruppe Verwaltung (Raum: E19)	08:30-09:15 Infogruppe Sport (Raum: E 19)	(Raum: E 19)		
09 00							
_			09:15-09:45 Aufnahmeuntersuchung (Raum: Büro Bezugsarzt)				
				09:30-10:15 Kraftraumeinweisung (Raum: K 16)	Ess! 00.45 10.45 ADI Signasiguas Hugiono (Troffmunkt)		
10 00	10:00-10:30 Bereichsgruppe Aufnahmegruppe (kleiner				🛗 09:45-10:45 ADL Einweisung-Hygiene (Treffpunkt: Kleiner Speisesaal)		
10	Speisesaal)						
	10:30-11:30 Aufnahmegruppe (Raum: 201)	10:30-11:30 Aufnahmegruppe (Raum: 201)	10:30-11:30 Aufnahmegruppe (Raum: 201)	10:30-10:50 Indikationskonferenz (Raum: E19)			
					11,00 13,00 Nordis Walking (Troffmunkt, Baum K 15)		
11 00					11:00-12:00 Nordic Walking (Treffpunkt: Raum K 15)		
	11:30-12:30 Infogruppe Sozialdienst (Raum: E 19)						
12 00							
	12:30-13:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	12:30-13:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	12:30-13:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	12:30-13:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	12:30-13:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)		
13 00	13:00-13:30 Jacobson (Raum: Sporthalle)	13:00-14:00 Infogruppe Gesundheit (Raum: E 19)		13:00-14:00 Infogruppe Gesundheit: Wissenswertes rund um den Tabakkonsum (Raum : E 19)	13:00-13:30 Jacobson (Raum: Sporthalle)		
			13:15-14:00 Aufnahmegespräch (Raum: Büro Bezugstherapeut)	rand am dem rabation sam (caam : 2 15)			
14 00	😭 14:00-14:30 Arbeitsanamnese Aufnahmegespräch (K 03)				14:00-15:00 Plenum (Speisesaal)		
		14:15-14:45 Ausdauertest / Ausdauertraining (Fahrradergometer) (Raum: K 16)					
				14:30-16:30 Eingangsdiagnostik Arbeitstherapie Produktion (E 25)			
15 ºº			15:00-16:00 Ernährungsberatung Vortrag (E 19)				
13							
1500							
16 00							
		Ϊ					
	Tana	1999	1899	1999			
17 00	17:00-17:30 Aufnahmegruppe TAGESREFLEXION (Raum: 201)	17:00-17:30 Aufnahmegruppe TAGESREFLEXION (Raum: 201)	17:00-17:30 Aufnahmegruppe TAGESREFLEXION (Raum: 201)	17:00-17:30 Aufnahmegruppe TAGESREFLEXION (Raum: 201)			
_							
18 00	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)		
19 00							
_		19:30-20:30 Hausführung mit Paten - dieser Termin wird nur einmal wahrgenommen. (Raum: E19)	19:30-20:30 Selbstbetreute Gruppe -THERAPIEZIELFINDUNG- (Raum: E 19)	19:30-20:30 Hausführung mit Paten - dieser Termin wird nur einmal wahrgenommen. (Raum: E19)			
20 00							
20 🚾							

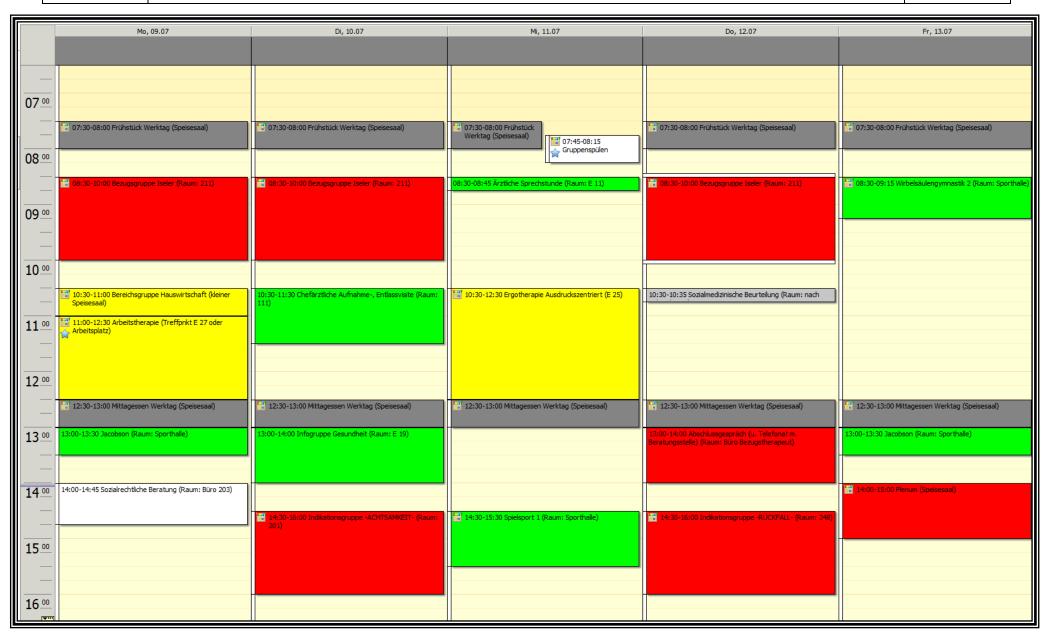


Wochenplan Hauptphase (Muster)





Wochenplan Entlassphase (Muster)





Wochenplan Adaption (Muster)

	Wochenstundenplan - ADAPTION-											
Zeit	Zeit Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Fre		Freitag	Samstag	Sonntag	Zeit						
07:00 07:30 07:30 08:00						ggfs. Praktikum	ggfs. Praktikum	07:00 07:30 07:30 08:00				
08:00 - 08:30 08:30 - 09:00	Bezugsgruppe ADAPTION Raum: E 25 08:00 - 09:00 Uhr			Ärztliche Sprechstunde	Praktikum			08:30 - 09:00				
09:00 - 09:30 09:30 - 10:00 10:00 - 10:30	- Einzelgespräche, - Sozialberatung			Bezugsgruppe ADAPTION Raum: E 25 09:00 - 10:30 Uhr				09:00 - 09:30 09:30 - 10:00 10:00 - 10:30				
10:30 - 11:00 11:00 - 11:30	Freie Zeit		Praktikum	- Einzelgespräche, - Sozialberatung,	riantinuiii			10:30 - 11:00 11:00 - 11:30				
11:30 - 12:00 12:00 - 12:30 12:30 - 13:00	Behördengänge und / oder notwendige Besorgungen	Praktikum	FIARUKUIII	- Entlass- untersuchung				11:30 - 12:00 12:00 - 12:30 12:30 - 13:00				
13:00 - 13:30 13:30 - 14:00							Finalmanniisha			13:00 - 13:30 13:30 - 14:00		
14:00 - 14:30 14:30 - 15:00	Praktikum			- Praktikum	- Einzelgespräche Hausgruppe ADAPTION Raum: E 25			14:00 - 14:30 14:30 - 15:00				
15:00 - 15:30 15:30 - 16:00					14:30 - 15:30 Uhr			15:30 - 15:30 15:30 - 16:00				
16:00 - 16:30 16:30 - 17:00			Reha - Visite Raum: E 25 16:00 - 17:00 Uhr					16:30 - 17:00				
17:00 - 17:30 17:30 - 18:00								17:00 - 17:30 17:30 - 18:00				
18:00 - 18:30 18:30 - 19:00		- Offene Sprech: - Therapeutisch			18:00 - 18:30 18:30 - 19:00							
19:00 - 19:30 19:30 - 20:00		- Besuche und Auswertungsgespräche am Praktikumsplatz (ca. 4 x / Praktikum) - Arbeitstherapeutsiche Diagnostik und Indoor - Praktikum in Einzelfällen						19:00 - 19:30 19:30 - 20:00				