

Behandlungskonzeption Fachklinik Hirtenstein



Für die Konzeption verantwortlich:

Dr. med. Alfred Hecker, MHBA
Chefarzt

Stand: Juni 2026

Fachklinik Hirtenstein

Hirtenstein 1

87538 Bolsterlang

Tel. 08326/ 311-100

FAX 08326/ 311-113

fachklinik.hirtenstein@deutscher-orden.de

www.suchthilfe-allgaeu.de

Ärztliche Leitung:

Dr. med. Alfred Hecker

Träger:

Deutscher Orden- Ordenswerke

Klosterweg 1

83629 Weyarn

Geschäftsführerin:

Susanne Schnabel

Aufsichtsratsvorsitzende:

Pia Theresia 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	16
4.2	Rehabilitationsindikation und –kontraindikation	22
4.3	Rehabilitationsziele	22
4.4	Stationäre Therapie	24
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	25
4.5.1	Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur und Erwerbsbezug	25
4.5.2	Therapiebedingte Fahrten	27
4.5.3	Behandlungsphasen	29
4.6	Rehabilitationsprogramm	32
4.6.1	Behandlungskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Langzeitmodul	32
4.6.2	Glücksspielstörung (ICD-10-Code: F63.0 / ICD-11-Code: 6C50)	33
4.6.3	Therapien kürzerer Dauer	41
4.7	Rehabilitationselemente	43
4.7.1	Aufnahmeverfahren	43
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	43
4.7.3	Medizinische Therapie	45
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	45
4.7.5	Arbeitsbezogene Intervention	49
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstraining	55
4.7.7	Freizeitangebote	59
4.7.8	Sozialdienst	60
4.7.9	Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung	60
4.7.10	Angehörigenarbeit	61
4.7.11	Rückfallmanagement	62

4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	63
4.7.13	Weitere Leistungen	65
4.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	67
5.	Personelle Ausstattung	68
6.	Räumliche Gegebenheiten (s. Anlage 1)	68
7.	Kooperation und Vernetzung	68
8.	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	69
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	71
9.1	Leistungsstruktur der Fachklinik Hirtenstein	71
9.2	Das multidisziplinäre Team	71
9.3	Kommunikationsstruktur	74
10.	Notfallmanagement	75
11.	Fortbildung	75
12.	Supervision	76
13.	Hausordnung	77

Literaturverzeichnis

Anhang

Anhang 1:

Auflistung der Räumlichkeiten in der FK-Hirtenstein

Anhang 2:

Organigramm

Anhang 3:

Protokoll-Patientenkonferenzen

- Konferenzen
- Therapieziele
- Therapieprogramm
- Entlassungsvorbereitung

Anhang 4:

Wochenplan:

- Aufnahmephase
- Hauptphase
- Entlassungsphase

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 einen Facharzt, MHBA mit der Facharztbezeichnung „Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie“ und Zusatzbezeichnungen „Suchtmedizin, Naturheilverfahren, Verkehrsmedizin, Telemedizin“ geleitet.

Die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation basiert auf dem Krankheitsfolgemodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation von 2001 / 2006 und ist somit im § 1 SGB IX verankert. Die Philosophie der ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln.

Die berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) ist von Beginn an über eine Zuordnung der Patienten in eine BORA Zielgruppe therapieführend. Die beruflich orientierte Rehabilitation ist eine besondere Form der medizinischen Rehabilitation, die sich in Diagnostik und Therapie auf die Bedingungen des (aktuellen oder angestrebten) Arbeitsplatzes der Rehabilitanden konzentriert und damit explizit deren jeweilige berufliche Situation berücksichtigt.

Aus ICF und BORA abgeleitet ist die therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur in der Fachklinik etabliert.

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 erworben.

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 behandelt werden. Weitere Geschäftsbereiche des Deutschen Ordens sind die Altenhilfe und Behindertenhilfe.

In der Fachklinik Hirtenstein sind 41 Mitarbeiter beschäftigt. Das Versorgungsgebiet der Klinik ist regional (Oberallgäu, Ostallgäu, Kempten, Unterallgäu, Oberbayern) sowie insbesondere nach der Stärkung des Wahlrechtes der Rehabilitanden in Bezug auf eine indikationsspezifische Einrichtung seit dem 01.07.2023 auch überregional (andere Bundesländer) zu verzeichnen.

Entstanden ist die folgende Konzeption als ein Ergebnis eines Organisationsentwicklungsprozesses in der Fachklinik Hirtenstein. 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 dem Wechsel der Klinikleitung im Jahr 2022 wurde das bestehende Konzept weiterentwickelt und an die Anforderungen der Leistungsträger angepasst.

Der psychodynamische Therapieansatz wird durch Psychologen und Suchttherapeuten mit tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Ausbildung gestärkt durch interne und externe Fortbildungen der Mitarbeiter, Fallbesprechungen, Konferenzen und Visiten in einer psychodynamisch ausgerichteten Behandlungspraxis umgesetzt. In der Bezugsgruppe Pathologisches Glücksspiel erfolgt die Diagnostik und Behandlung verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch durch entsprechend einen Suchttherapeuten.

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.

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 entfernten Fischen. Auf dem Klinikgelände liegen das Hauptgebäude mit angeschlossener Sporthalle sowie ein Ende 2017 fertig gestellter 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.

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 Materialien 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. Sporttherapeutisch wird Wassergymnastik außerhalb der Rehabilitationsklinik in der Fachklinik Oberstdorf durchgeführt, sowie die Bogenschießanlage der Gemeinde Bolsterlang genutzt.

Die Fachklinik verfügt über Doppelzimmer, einige Einzelzimmer können bei therapeutischer oder medizinischer Indikation genutzt werden. Durch einen Aufzug sind die therapeutischen Räume der Klinik barrierefrei zu erreichen. Zu den Bereichen Sporttherapie und Speisesaal sind einige Stufen zu überwinden.

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 im Jahr 2021 erneut geweiht wurde. Die seelsorgerliche Betreuung der Rehabilitanden und der Mitarbeiter sowie die Feier von Heiligen Messen aber auch Wortgottesdiensten in der Kapelle stellen die Patres des Deutschen Ordens auf zurückhaltende, aber dennoch präsenste 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. Der Mensch ist ein endliches und ein kontingentes Lebewesen, dessen individueller Charakter auch durch sein unverwechselbares Lebensschicksal geprägt ist. Im Bewusstsein, seine Identität wahren und für das eigene gelungene Leben eintreten zu müssen, will er nicht das Ziel seines Daseins verfehlen, sieht er sich auf Andere angewiesen und Andere auf ihn.

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 Atmosphäre der Geborgenheit, Solidarität, Zuversicht, Klarheit, Konsequenz, 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 13 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, 10 Wochen bei Glücksspielstörung. Ebenso werden Rehabilitanden mit begleitendem Konsum und schädlichen Gebrauch von Cannabis und/oder neuen psychoaktiven Substanzen („Partydrogen“) sowie illegalen Substanzen in der Anamnese behandelt. Weitere Indikationen sind psychiatrische Komorbiditäten, wie affektive und psychotische Erkrankungen, sowie Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, vergesellschaftet mit Substanzkonsum.

Modul: Langzeitbehandlung, Alkohol/ Medikamente

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

Modul: Kombibehandlung

Achtwöchige stationäre Therapiephase mit anschließender sechsmonatiger ambulanter Behandlungsphase in der Suchtfachambulanz am Heimatort oder mehrwöchiger ganztägig ambulanter Behandlungsphase in einer Tagesrehabilitation am oder nahe dem Heimatort.

Die Reha Abteilung der DRV-Schwaben leitet ein Modellprojekt „Einführung strukturierter Übergabegespräche“ mit der Laufzeit vom 01.01.2024 bis 31.12.2027.

Modul: Kurzzeittherapie (Alkohol/ Medikamente)

Sechs- bis achtwöchige stationäre Kurzzeitbehandlung von alkohol- und/ oder medikamentenabhängigen Rehabilitanden.

Modul: Glücksspielstörung

Zehnwöchige Behandlung von Rehabilitanden mit Glücksspielstörung mit und ohne zusätzliche stoffgebundene Abhängigkeit oder Missbrauch.

4. Rehabilitationskonzept

In den mehr als 40 Jahren ihres Bestehens hat die Fachklinik Hirtenstein je nach Leitung mehrere konzeptionelle Änderungen und Kehren erfahren. Das Ergebnis der letzten Konzeptnovellierung ab 2015 ist mit einer zu Grunde liegenden psychodynamischen Ausrichtung seit 10 Jahren in der Anwendung. Die Herausforderung an das hier vorliegende Konzept war es, um den 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 der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), dieses ist der gemeinsame Nenner, auf den sich alle Therapierichtungen bringen lassen.

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:

- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Dezember 2008
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, August 2011
- Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zur arbeitsbezogenen Intervention in der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Anlage 1 des Gemeinsamen Leitfadens der DRV und der GKV zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, September 2011

- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Oktober 2012
- die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR): Gemeinsame Empfehlungen zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, August 2014.
- Empfehlung zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, November 2014
- Sozialgesetzbuch (SGB), gesetzliche Rentenversicherung SGB VI §10 Rz.4

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):

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen 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 Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (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.

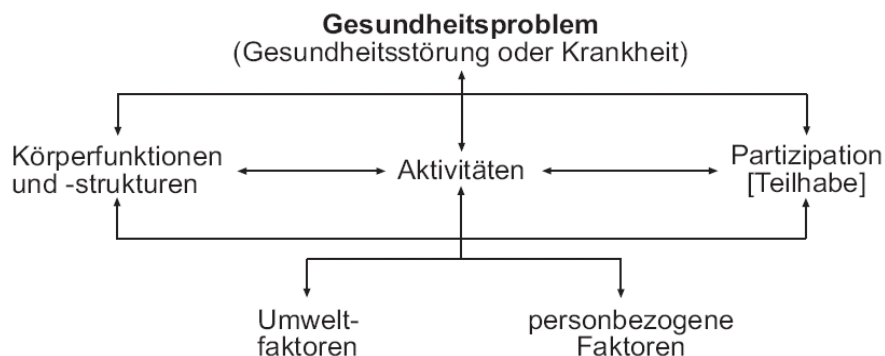


Abb.1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit nach der ICF

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 Rehabilitationsgedanken 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 den somatischer Krankheitsbilder annahm.

Mit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation wurde von der DRV eine spezifische Behandlungsstrategie entwickelt, um den Rehabilitationserfolg bei Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen zu optimieren. Grundlegende Zielsetzung ist dabei, die medizinische Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere am aktuellen und angestrebten Arbeitsplatz auszurichten beziehungsweise die Motivation zur Wahrnehmung weiterführender beruflicher Teilhabeleistungen am Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu fördern. Damit wird der Ansatz der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welcher ein bio-psycho-soziales Modell der Gesundheit zugrunde legt, im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise gestärkt.

2015 legte die DRV 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 berufsbezogene Diagnostik mit Zuweisung zu fünf BORA Zielgruppen planungsleitend in die gesamte Therapie zu implementieren.

Grundsätzlich lassen sich als Zielgruppen zunächst Rehabilitanden, die über einen Arbeitsplatz verfügen, von solchen, die arbeitslos sind, unterscheiden:

Für Rehabilitanden mit Arbeit geht es im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorrangig darum, den Arbeitsplatz zu erhalten, bestehende Probleme am Arbeitsplatz zu erkennen, aufzugreifen und entsprechend berufsbezogene Ressourcen zu stärken sowie die berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber von Bedeutung.

Bei arbeitslosen Rehabilitanden stehen hingegen die Entwicklung einer erwerbsbezogenen Perspektive, das Training von grundlegenden und spezifischen Fertigkeiten des Erwerbslebens, die Planung konkreter Schritte zur Förderung der beruflichen Teilhabe im Anschluss an die Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Vordergrund. Um die Zielsetzung der beruflichen (Re)-Integration zu erreichen, ist gerade bei arbeitslosen Rehabilitanden auch eine frühzeitige und enge Kooperation mit Partnern aus angrenzenden Leistungssektoren erforderlich (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Jobcenter), deren Aufgabenstellungen und Handlungsstrategien auf der beruflichen Wiedereingliederung liegen. Dabei ist zu beachten, dass – aufgrund der regional unterschiedlich ausgeprägten Arbeitsmarktsituation – das Arbeitsmarktrisiko sich je nach Einzugsbereich der Rehabilitanden deutlich unterscheidet.

Die berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker dient dazu,

- die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern
- eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfes des Rehabilitanden zu erhalten
- eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen
- erwerbsbezogene – das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische – Förderfaktoren zu stärken
- Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychomentele Teilhabehindernisse zu berücksichtigen
- Eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie
- Perspektiven zur beruflichen (Re)Integration zu entwickeln

Für die berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gilt als grundlegende Zielsetzung, die Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere der aktuellen beziehungsweise des angestrebten Arbeitsplatzes auszurichten. Hierbei ist je nach spezifischem Bedarf:

- Ein expliziter Schwerpunkt auf gesundheitsassoziierte erwerbsbezogene Problemlagen und den konkreten bzw. angestrebten Arbeitsplatz zu legen
- Eine berufliche (Re)Integration arbeitsloser Rehabilitanden anzustreben bzw. zu fördern
- Die Motivierung zur Inanspruchnahme erwerbsbezogener Teilhabemöglichkeiten einschließlich Ausbildung und Qualifizierung zu stärken
- Eine Ausrichtung auf berufliches Verhalten, Bewerten und Erleben sowie auf den beruflichen Kontext selbst vorzunehmen und

- Für einen durchgängigen und konkreten Arbeitsplatzbezug über den gesamten Behandlungsprozess zu sorgen

Zielgruppen sind Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Diese äußern sich unter anderem durch:

- Lange bzw. häufige Fehlzeiten
- Eine negative subjektive Prognose hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft
- Drohender Arbeitsplatzverlust
- Arbeitslosigkeit oder
- Eine sozialmedizinische Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen

Bei der Diagnostik, der Analyse der Ausgangsbedingungen und der Therapie- und Teilhabeplanung finden unter anderem folgende Rahmenbedingungen und Maßgaben Berücksichtigung:

- Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Praxishandbuch 2012)
- Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung der DRV
- Therapeutische Versorgung (KTL)
- Reha-Therapiestandards Alkoholabhängiger, insbesondere die evidenzbasierte Therapiemodule (ETM)
- Gemeinsame Empfehlungen zum Reha-Prozess der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2014 und
- Kategorien des Bildungs- und Ausbildungsstatus aus dem hierfür noch ergänzenden Kerndatensatz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Der Rehabilitationsprozess beginnt mit der Eingangsdiagnostik, deren Ziel ist es, grundlegende Informationen für die Planung der Rehabilitationsleistung zu erhalten. Die medizinischen Diagnosen sind nach der ICD-10-GM zu kodieren. Diese Diagnosen allein sind nicht ausreichend, das Leistungsvermögens im Erwerbsleben und der Notwendigkeit, der Art und des Umfangs von Leistungen zur Teilhabe zu beurteilen. Nur das mit der Diagnose verbundene, individuell jeweils unterschiedlich ausgeprägte Profil von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe eines Rehabilitanden erlaubt die Einschätzung seines Leistungsvermögens im Erwerbsleben, aus der sich Art und Ziele der Rehabilitation ergeben.

Zur beruflich orientierten Eingangsdiagnostik gehören neben der sozialmedizinischen Diagnostik die Arbeits- und Sozialanamnese mit der:

- Bildungs-, Berufs-, Arbeitsanamnese
- Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz und
- Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens

Mit der erwerbsbezogenen Analyse werden die Probleme, Ressourcen und daraus abgeleitete Behandlungsbedarfe erhoben. Hierbei werden unterschieden:

- Screeningverfahren (Würzburger Screening)
- Assessmentverfahren (MELBA)
- Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten

Ausgehend von den Ergebnissen der Eingangsdiagnostik erfolgt die an dem individuellen Integrationspotential und Rehabilitationsbedarf ausgerichtete Entwicklung von Therapiezielen, die im Verlauf der Behandlung angepasst werden. Die Zielplanung erfolgt partizipativ gemeinsam mit dem Rehabilitanden und interdisziplinär in Abstimmung mit den unterschiedlichen Berufsgruppen im therapeutischen Team. Sie berücksichtigt die

Dimensionen Teilhabe, Aktivitäten und Körperfunktionen der ICF. Die individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung für die arbeitsbezogenen Leistungen orientiert sich an den entwickelten Therapiezielen und bezieht sich auf klinikspezifische Abläufe.

Die Bezeichnungen für Kategorien zum beruflichen Status werden in Abhängigkeit vom Status der Erwerbsfähigkeit (Arbeitsplatz vorhanden, suchtbetogene Probleme am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit kurz/lang, Erwerbslosigkeit) gewählt.

Bei der klinikinternen Prozesssteuerung und Vernetzung wird folgendes beachtet:

- Die Berücksichtigung der Behandlung von psychischen, psychomentalen und somatischen Teilhabebehindernissen bei der Applizierung therapeutischer Angebote (zum Beispiel Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, indikative Angebote, Stressbewältigung, Achtsamkeitstraining und Freizeitgestaltung)
- Die Berücksichtigung möglicher interner und externer Adaptionsmaßnahmen als Teilhabeplanung

Der Einsatz von klinikinterner Rehabilitanden-Arbeit erfolgt gemäß einer therapeutischen Zielsetzung mit Bezug zur Arbeitswelt, befristet in einem prozessorientierten Trainingsfeld unter Berücksichtigung von Grundarbeitsfähigkeit in individuellen teilhabebezogenen Handlungsfeldern.

In Bezug auf die basalen erwerbsbezogenen Fähigkeiten und im Umgang mit modernen Arbeitsmitteln werden grundsätzlich drei Bereiche erfasst:

- Die Grundarbeitsfähigkeiten - Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit
- Die sozialen Fähigkeiten – Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe
- Das Selbstbild – Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit

Der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile in allen Phasen der Rehabilitation ist, wie die medizinische und suchtttherapeutische Behandlung von zentraler Bedeutung.

Folgende Therapieangebote werden in diesem Zusammenhang in der Einrichtung angeboten:

- Problembewältigung am Arbeitsplatz
- Motivierung zur Wiederaufnahme einer Arbeit
- Umgang mit Ängsten
- Gespräche mit dem Reha-Fachberater
- Interne Belastungserprobung
- PC-Schulung
- Bewerbungstraining
- Sozialberatung
- Arbeitstherapie/Ergotherapie/Kreativtherapie

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 spezifische 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 und 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 beziehungsorientierten, 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 dritter (2014), überarbeiteter Auflage vor. Die OPD erfasst auf fünf Achsen psychodynamische Befunde der Patienten, differenziert diese, bietet daraus folgende Behandlungsansätze an und ist somit als Persönlichkeitsdiagnostik zusammen mit der Zuordnung zu einer BORA Zielgruppe therapieleitend.

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

Auf Achse II betrachtet die OPD, wie Patienten Beziehungen gestalten und sich in Beziehung erleben, d.h. es wird ein Beziehungszirkel erstellt, der ein immer wiederkehrendes Beziehungsmuster darstellt: Der Patient macht ein 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. Konflikte nach OPD:

- Der früheste Konflikt ist Abhängigkeit vs. Individuation, also Beziehung um jeden Preis oder Einsamkeit um jeden Preis
- Kontrolle vs. Unterwerfung
- 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 ödipale Konflikt, der Identitäts- und Schuldkonflikt

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 Körper selbst, 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. Es 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 konfliktbedingte im Sinne der Objektbeziehungsregulation.

Achse V (psychische und psychosomatische Störungen) nimmt die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik (ICD-10, DSM-IV) in die OPD auf. Das dient der Betonung der Notwendigkeit einer genaueren Erfassung von psychopathologischen Phänomenen.

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 vorbeischaun, 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 Schamswelle 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 Interaktion 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 Bedürfnisaufschubs, 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 und 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, andersdenkender 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 internalisierten 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, so dass 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, dass 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“.

Schizophrenie, schizotype, wahnhaft 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 und F 3 etabliert:

- Schizophrenie F 20
- anhaltende wahnhaft Störung F 22
- schizoaffektive Störung F 25
- bipolare affektive Störung F 30
- depressive Episode F 32
- rezidivierend depressive Störung F 33
- anhaltende affektive Störung F 34 (depressive Persönlichkeitsstörung)

Akute produktiv-psychotische Symptomatik sowie akute Suizidalität sind Kontraindikationen.

Rehabilitanden mit psychotischen und affektiven Störungen werden integriert in den Bezugsgruppen behandelt mit zusätzlichen psychiatrischen Visiten durch den Chefarzt. 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, in psychischer Belastung, Intentionalität, Antrieb und sozialer Interaktion aufweisen.

Des Weiteren fällt auf, dass der Bedarf nach Sozialberatung bei diesen Rehabilitanden erheblich höher als den 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 Rückfallgefahr. Somit ist die Wiedereingliederung ein zentrales Thema der 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 bei 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 „Angst“ oder „Depression“ mitbehandelt.

Durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingte kognitive Defizite

Die Verschlechterung der kognitiven Leistungen mit Gedächtnisstörung, Vergesslichkeit, Lernschwierigkeiten, einer verminderten Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren und besonders auffällige Störung des Kurzzeitgedächtnisses sind bei vielen Rehabilitanden in Rahmen der alkoholtoxischen Wirkung zu sehen. Die Rehabilitanden mit kognitiven Defiziten werden nach der Verifizierung mittels kognitiver Testung in Rahmen des kognitiven Trainings als Einzel- und Gruppentherapie behandelt.

4.2 Rehabilitationsindikation und –kontraindikation

Behandelt werden erwachsene Männer mit:

- Stoffgebundener Abhängigkeit (ICD 10 F10, F 13)
- Glücksspielstörung (ICD 10 F63)
- Persönlichkeitsstörung (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, illegalen Drogen und neuen psychoaktiven Substanzen (ICD 10 F 11, F 12, F 14, F15, F16)

Nicht behandelt werden Männer,

- die jünger als 18 Jahre sind,
- die aktuell substituiert werden (Drogenersatzprogramm),
- bei denen eine akute Suizidalität besteht,
- die einer intensiven internistischen und/oder psychiatrischen Behandlung bedürfen und/oder deren Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist
- mit eingeschränkter Mobilität (Gehunfähigkeit)
- mit Pflegebedürftigkeit

Reha-Fähigkeit ist dann gegeben, wenn die allgemeinen indikationsübergreifenden Kriterien, körperliche und psychosoziale Belastbarkeit, Voraussetzungen für eine aktive Mitarbeit, soziale Integrationsfähigkeit und Gruppenfähigkeit, sowie eine entwicklungsgemäße Mitarbeit erwartet werden können (sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung 2003)

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 nach Rücksprache mit Kostenträger angepasst werden.

4.3 Rehabilitationsziele

Die Komplexität der Abhängigkeitserkrankungen mit psychischen, körperlichen und sozialen Folgen bedingt ein entsprechendes Rehabilitationsangebot. Das grundsätzliche Ziel der Rehabilitationsbehandlung ist die Wiederherstellung der Gesundheit, sowie der beruflichen und sozialen Fertigkeiten.

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, Sinngabe, positive Erfahrungsfelder, kurzfristige Übernahme von Hilfsfunktionen, 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 Erstestieg wie auch die Wiedereingliederung. Der Rehabilitationsplan wird während der Rehabilitationsmaßnahme in den regelmäßigen Rehabilitanden-Konferenzen 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
- Biographie bezogene 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 den 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 Empathie-Fähigkeit 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 Stationäre Therapie

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 gewichten vor dem Hintergrund der abstinenzfördernden Kontextfaktoren, die durchaus prognostisch günstiger sein können als es der Störungsgrad vermuten ließe.

Stationäre Langzeittherapie

In das stationäre Langzeittherapieprogramm zwischen zehn (Glücksspielstörung) und dreizehn Wochen (Alkoholabhängigkeit / Medikamentenabhängigkeit) werden Rehabilitanden aufgenommen, bei denen mehrere der nachfolgenden Kriterien vorliegen können:

- längere Arbeitslosigkeit
- fehlende soziale Integration
- durch Suchtmittel geprägtes soziales Umfeld
- psychiatrische Erkrankungen
- suchtmittelbedingte körperliche Folgeerkrankungen, die mitbehandelt werden müssen oder bei einem Rückfall eine vitale Gefährdung darstellen würden
- 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.
- **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 mit Übergang in die ambulante Phase.

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 oder Wiedereinstieg in die Erwerbsfähigkeit auszurichten, so wie es die Fachklinik Hirtenstein in der therapieverlaufsorientierten Konferenzstruktur vorsieht. BORA findet somit nicht „in der Arbeitstherapie statt“, sondern durchdringt die gesamte Therapieplanung und Therapieführung 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. der Abhängigkeitserkrankung Glücksspielerkrankung (ICD 6C50), 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 zwei 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. Drei 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 Fachklinik Hirtenstein ist die therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur. In jeder Rehabilitanden-Konferenz (nach zwei Wochen als Indikations-, nach der Hälfte der Therapiezeit als Rehabilitationskonferenz und zwei Wochen vor der Entlassung als sozialmedizinische Konferenz (Leistungsbeurteilung)) werden nach ICF interdisziplinär Therapieziele festgelegt (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 (außer sozialmedizinische Konferenz) 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 Gespräche mit Arbeitgebern, Personalräten, Vorgesetzten, Arbeitsbelastungserprobung usw. bedürfen.

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, sie also ALG I oder II beziehen. Auch hier besteht arbeitstherapeutisch und sozialdienstlich erhöhter Unterstützungsbedarf.

BORA Zielgruppe IV,

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, Hausmänner,

Studenten usw. Hier gilt es zu überprüfen, ob diese Rehabilitanden eine intakte Tagesstruktur haben, über Wissen und Fähigkeit zur Rekreation verfügen.

4.5.2 Therapiebedingte Fahrten

Die stationäre Therapieangebote bilden eine der zentralen Säulen in der Hilfe für Suchtkranke und dürfen nicht aus kostensparenden Gründen reduziert oder ausgelassen werden. Eine Möglichkeit in diesem Zusammenhang bieten therapiebedingte Fahrten. Dazu gehören Familienfahrten und Realitätstraining. Die Reha-Einrichtungen sind ermächtigt, den Rehabilitanden über die Feiertage eine Heimfahrt zu ermöglichen, soweit dagegen keine ärztlichen Bedenken bestehen und der Erfolg der Rehabilitation nicht beeinträchtigt oder gefährdet wird.

Die therapiebedingten Heimfahrten, sowie Realitätstraining sind als externe Belastungserprobungen zu sehen. Dabei können die Rehabilitanden Abstinenzstabilität und Durchhaltevermögen in einem realistischen Lebenskontext und realistischer Umgebung erproben. Des Weiteren werden hilfreiche neue Einstellungen und Verhaltensformen für sich festgelegt und damit im sozialen Feld der Nachreife im Kontakt mit Angehörigen im Sinne des Probehandelns experimentiert. Bei Realitätstraining steht der Kontakt mit dem gegenwärtigen oder zukünftigen Arbeitgeber im Vordergrund. In diesem Zusammenhang geht es um die Berufsfindung, Überprüfung der Belastbarkeit, realitätsnahe Überprüfung der berufsbezogenen Anforderungen, Überprüfung der Selbst- und Fremdeinschätzung, Kritikfähigkeit, Kommunikation. Die Vorbereitung, Begleitung und Nachbearbeitung der therapiebedingten Fahrten erfolgt durch die Bezugstherapeuten der Fachklinik. Die externe Belastungserprobungen werden therapeutisch insbesondere im Bereich der Bezugstherapie analysiert und ggf. alternative Handlungsweisen erarbeitet.

Die Realitätserprobung darf nach Angabe des Kostenträgers (DRV) maximal 5 Arbeitstage zuzüglich 2 Reisetage nicht überschreiten. Die hierbei anfallenden Reisekosten werden von der Deutschen Rentenversicherung entsprechend §73 SGB IX übernommen.

Familienfahrten sind Fahrten des Versicherten zum Wohnort/Aufenthaltort seiner Familie, also zu dem Ort, an dem die Familie ihren Mittelpunkt unterhält. Dabei ist der Familienbegriff weit auszulegen und auf jegliche Beziehung enger persönlicher Verbundenheit und damit auch auf die Beziehung zwischen nichtehelichen Partner zu erstrecken. Da die Regelung die teilnahmebedingte Unterbrechung des Kontaktes des Leistungsempfängers zu seiner Familie ausgleichen soll, kann als Familienwohntort nur der Ort angesehen werden, an dem der Leistungsempfänger selbst mit seiner Familie üblicherweise seinen Lebensmittelpunkt hat (Hinweise der DRV für Rehabilitationseinrichtungen). Reisekosten werden im Regelfall für 2 Familienfahrten im Monat erbracht, wenn die Leistung länger als 8 Wochen dauert. Im letzten Teilmonat besteht ein Anspruch auf eine weitere Familienfahrt, sofern dieser länger als 14 Tage andauert. Die Familienfahrten sollten unter Einschluss eines Wochenendes oder in Verbindung mit Feiertagen durchgeführt werden und in der Regel 3 Kalendertage einschließlich der Reisetage nicht überschreiten.

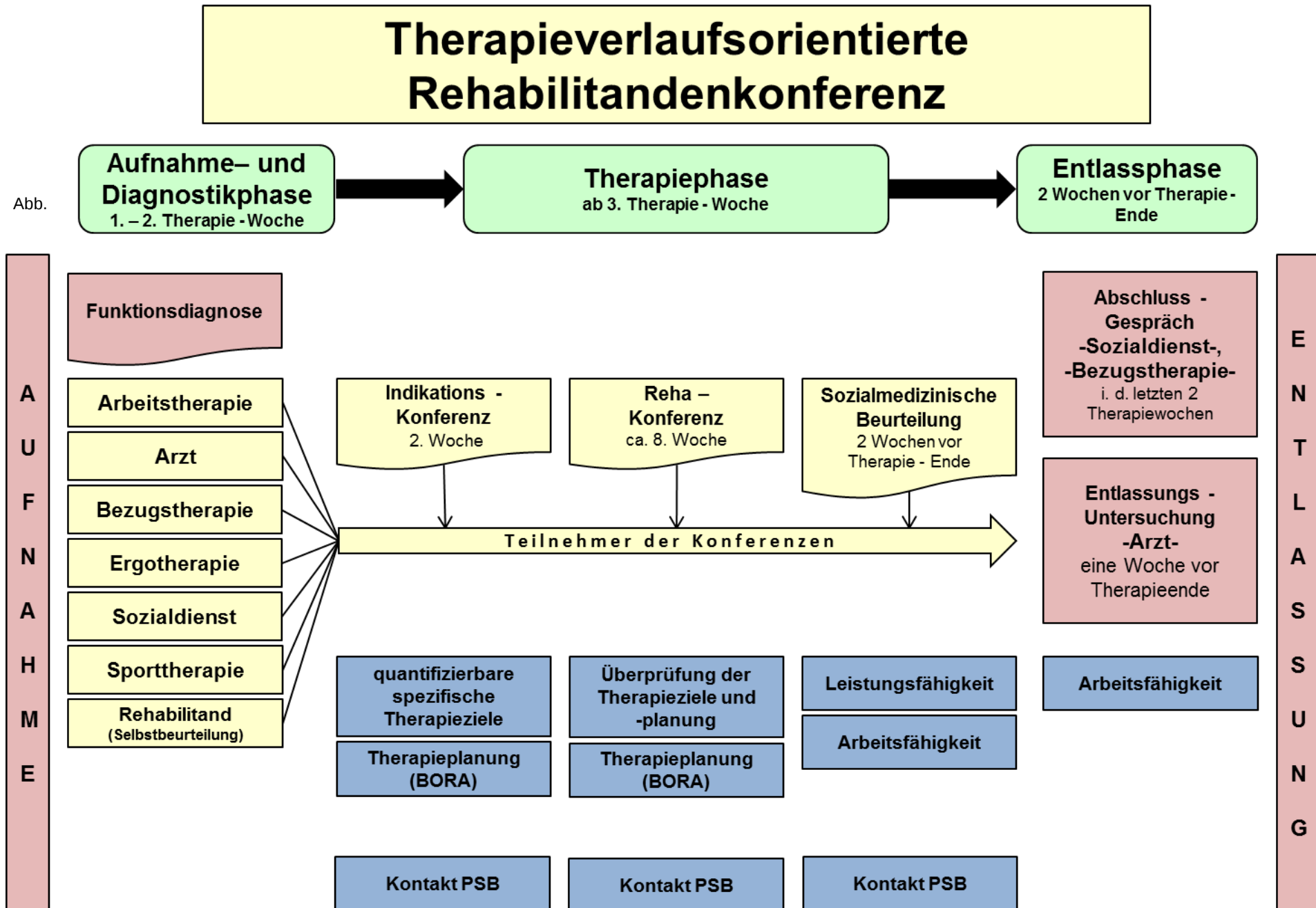


Abb.2: Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur der Fachklinik Hirtenstein

4.5.3 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: Verwaltung, Medizin, Psychotherapie, Sozialdienst, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Küche/Hauswirtschaft und Sporttherapie.

Die ausführliche suchtttherapeutische bzw. psychologische (OPD 2, Suchtmodul OPD), medizinische und sozialpädagogische Untersuchungen dienen der Ausrichtung der suchtttherapeutischen Arbeit, zu Abklärung der Notwendigkeit primärer medizinischer Behandlungen (z. B. körperliche Entgiftung, medikamentöse Behandlung), sowie sozialer Versorgung (z.B. Schuldenregulierung, Übergangsgeld, anhängige Strafverfahren). Darüber hinaus findet Diagnostik der funktionalen Einschränkungen (ICF), berufsbezogene Untersuchung (MELBA), Diagnostik der körperlichen Funktionen durch die Sporttherapie, sowie spezifische psychologische Diagnostik (kognitive Beeinträchtigungen, Traumafolgestörungen, ADHS) zur Erstellung einer bedarfsorientierten Behandlungsplanung.

Die Rehabilitanden nehmen dreimal wöchentlich je 60 Minuten an der Aufnahmegruppe teil. Des Weiteren findet einmal in der Woche psychoedukatives Gruppenangebot (60 Minuten) statt. Die Aufnahmegruppe wird von einer erfahrenen Suchtttherapeutin geleitet. Der Chefarzt der Fachklinik führt 1x/Woche eine Gruppenaufnahmevisite für die Neuaufnahmen durch.

Krankheitseinsicht und Compliance der Rehabilitanden soll durch ausführliche Psychoedukation gefördert und erweitert werden vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Die Rehabilitanden werden in der Gruppenarbeit dabei unterstützt, ein Verständnis für die Zusammenhänge ihrer Symptome bzw. Problemverhaltensweisen zu ihrer persönlichen Biografie 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*.

Ziele in der Aufnahmephase:

- Stabilisierung der Körperfunktionen und -strukturen mit Hilfe der Behandlung noch bestehender Entzugserscheinungen, körperlicher Kräftigung, Verbesserung von physischer und psychischer Belastbarkeit und Koordination
- positive Identifikation mit dem Therapiekonzept der Klinik
- persönliche Aneignung der eigenen Suchtgeschichte
- Förderung der Veränderungsbereitschaft und der Behandlungsmotivation
- umfassende diagnostische Abklärung zur Vorbereitung eines auf die Persönlichkeit des Rehabilitanden zugeschnittenen Therapieprogramms

- Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung

Bausteine des Therapieprogramms in der Aufnahmephase:

- Ärztliche Aufnahme mit Diagnostik, Anamneseerhebung und Erstellung der Behandlungsplanung
- Therapeutische Aufnahme mit Diagnostik, Anamneseerhebung und Erstellung der Behandlungsplanung
- Aufnahmediagnostik durch Pflege
- Therapeutisches Angehörigengespräch
- Chefärztliche Aufnahmevisite in der Gruppe
- Aufnahmegruppe (dreimal/Woche)
- Suchtinformation (zweimal insgesamt)
- Arbeitstherapeutische Anamneseerhebung und Eingangsdiagnostik
- Sportprogramm mit Diagnostik, und sporttherapeutischen Angeboten wie Frühsport, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Nordic Walking, Ergometertraining
- Informationsvermittelnde Veranstaltungen: Infogruppe Verwaltung, Sicherheit und Brandschutz, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Infogruppe Gesundheit mit Informationen zur Raucher-Entwöhnung, Sozialdienst, Einweisung in Arbeitstherapie für Werkstatt und Küche, Geräteeinweisung für Sporttherapie
- Ernährungsberatung
- Hausführung mit Paten
- Infoforum Therapieablauf (geleitet von Patientensprecher)
- Selbstgeleitete Patientengruppe zur Förderung der Gruppenkohäsion und 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 Nachreife in der Klinik oder im Kontakt mit Angehörigen (Wochenendbesuche, Partnerseminar) im Sinne des Probehandelns zu experimentieren,
- eine weitere psychische und körperliche Erholung zu erreichen und Suchtfolgeerkrankungen zu behandeln

Abschlussphase

Die Abschlussphase mit dem Schwerpunkt der Außenorientierung beginnt drei Wochen vor der Entlassung mit einem fünftägigen Realitätstraining am Wohnort. Unter Realitätstraining verstehen wir eine aus therapeutischer Sicht erforderliche Kontaktaufnahme des Versicherten mit dem Arbeitgeber, der Agentur für Arbeit, der Krankenkasse oder sonstigen Stellen an seinem Heimatort, die nicht im Rahmen einer Familienheimfahrt durchgeführt werden kann. In die sozialmedizinische Beurteilung zwei Wochen vor der Entlassung (Therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur ohne Rehabilitanden) fließen Erkenntnisse und Erfahrungen aus diesem Realitätstraining ein.

Ausfüllen des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit durch digitale Erfassung.

In den letzten beiden Therapiewochen nehmen die Rehabilitanden neben ihrer Bezugsgruppe verbindlich an der individuellen Entlassungsuntersuchung und Entlassungsvisite teil. Die Entlassungsuntersuchung wird durch die Ärzte der Fachklinik und die Entlassungsvisite von dem Chefarzt der Klinik durchgeführt.

Inhalte der chefärztlichen Entlassungsvisite:

- Abfrage vom Stimmungsbild
- Das Vorhandensein von psychischen und körperlichen Beschwerden, sowie Craving
- Individuelles Resümee zur Therapiezielerreichung sowie zur Veränderung und Entwicklung außerhalb der Therapiezeit

- Gesamtbewertung der Rehabilitationseinrichtung mit Kritikpunkten und besonderem Lob, Bearbeitung von noch offenen Fragen oder Beschwerden hinsichtlich der Rehabilitationsbehandlung
- Rückfallwahrscheinlichkeit im ersten Jahr nach der Rehabilitanden-Einschätzung
- Suchtspezifische Nachsorge nach der Entlassung (Psychosoziale Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe)
- Besprechung der subjektiven Leistungsfähigkeit
- Hinweis auf die katamnestiche Nachbefragung
- Einladung zum Ehemaligentreffen und Informationen über den Förderkreis der Fachklinik Hirtenstein

Sinn der Entlassungsvisite 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 Nachreife aufgrund, wegen oder trotz aller Stolpersteine in der Therapie zu versprachlichen und zu würdigen. Er erhält die Chance zur realistischen Einschätzung seines Selbst sowie macht erneut die korrigierende Beziehungserfahrung der absichtsvollen Hinwendung und Auseinandersetzung mit ihm als Individuum.

4.6 Rehabilitationsprogramm

In der Fachklinik Hirtenstein bieten wir neben der medizinischen Rehabilitation Alkohol-, Medikamentenabhängiger die Behandlung von Rehabilitanden mit Glücksspielstörung an.

Alle Rehabilitanden gehören einer verbindlichen, halboffenen, konstanten Bezugsgruppe an, die als Ort für Beziehungserfahrung, Nachreife 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, Arbeits-, Ergo- und Sporttherapie individuell geplant und im Rahmen der 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, in der die Befunderhebung, Diagnosestellung, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverlauf die weitere Behandlungsplanung im Zentrum stehen.

In der sechsten Therapiewoche findet in der Rehabilitationskonferenz 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 Glücksspielstörung (ICD-10-Code: F63.0 / ICD-11-Code: 6C50)

Nach der aktuellen (2021) Prävalenzstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), veröffentlicht im Glücksspielatlas 2023 sind 2,3% der Bevölkerung zwischen 18 und 70 Jahren von einer „Störung durch Glücksspiel“ (DSM-5; s.Kap.5.2) betroffen. Weitere 5,7% der Bevölkerung zeigen erste Symptome einer Glücksspielstörung, gleichzusetzen mit einem riskanten Glücksspielverhalten.

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 Glücksspiels. Lotterien, Pferdewetten und Börsenspekulationen spielen in der Häufigkeit eher untergeordnete Rolle. Die Folgen des Glücksspiels 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. Der GlüStV 2021 stellt einen Paradigmenwechsel nationaler Glücksspielregulierung dar. Das staatliche Monopol für Glücksspiele, das eine restriktive Zulassung vorsieht, wurde durch ein Lizenzierungsmodell ersetzt. Die generelle Abkehr von dem im Suchtbereich effektiven Mittel der Verfügbarkeitsreduktion (Meyer et al., 220) führt zu höheren Spielanreizen und schleichender „Normalisierung“ des Glücksspiels in der Bevölkerung und zu einem Anstieg des pathologischen Spielverhaltens.

Im nachfolgenden Behandlungskonzept verwenden wir den Begriff „Glücksspielstörung“. 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 pathologischen 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 des pathologischen Glücksspiels 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 Glücksspiels 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 Glücksspielstörung mit oder ohne stoffgebundene Abhängigkeit in einer Bezugsgruppe.

Diagnose

Glücksspielstörung 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 den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG), sowie den Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG) ein. Letzterer dient auch zur Verlaufskontrolle.

Glücksspielstörung 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 Glücksspielsucht:

Hatte Emil Kraepelin die Glücksspielsucht im Jahr 1899 nicht als Sucht, sondern als Impulskontrollstörung eingeordnet, wurde die Störung mit Einführung der ICD-10 im Jahr 1991 als pathologisches Spielen klassifiziert. Dies würde sich nun mit der Einführung des ICD-11 ändern, in der Glücksspielsucht nach der Substanzsucht als „Störung durch süchtige Verhaltensweisen“ eingeordnet wird.

Die Diagnose wird gegenwärtig im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) nach ICD-10 als eine Form der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63) eingeordnet.

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

Differentialdiagnose nach ICD 10 :

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

Mit Publikation der Klassifikation psychischer Störungen im Rahmen der 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-5) gingen zwei basale Änderungen, bezogen auf das Krankheitsbild der Glücksspielsucht, einher. Zum einen wurde die Bezeichnung „Pathologisches Spielen“ (Pathological Gambling) durch das Label „Störung durch Glücksspielen (Gambling Disorder)“ ersetzt. Zum anderen erfolgte eine Reklassifikation dieser

Krankheitsentität weg von den Impulskontrollstörungen hin zur Kategorie „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“.

Somit stellt die Glücksspielsucht den Prototyp einer Verhaltenssucht dar und beschreibt eine Suchterkrankung ohne Substanz bzw. Droge. Hintergrund dieser Umstrukturierung waren zahlreiche Forschungsergebnisse, die deutliche Parallelen zwischen stoffgebundenen Suchterkrankungen und der Glücksspielsucht aufzeigen konnten. Dies betrifft in erster Linie die Phänomenologie, beteiligte Hirnstrukturen und -prozesse, diverse Risiko- und Schutzfaktoren, Befunde zu Ursachen, komorbiden Belastungen, Folgeschäden sowie die Effektivität bestimmter Interventionsmaßnahmen.

Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich demgemäß der Begriff der Glücksspielsucht zur Kennzeichnung dieser psychischen Störung durchgesetzt. Grundsätzlich wird darunter eine exzessiv-destruktive Teilnahme am Glücksspiel verstanden. Im Vordergrund der Symptomatik steht ein subjektiv erlebter Kontroll-verlust im Umgang mit Glücksspielen in Verbindung mit der zunehmenden Einengung der allgemeinen Lebensführung auf die Glücksspielaktivitäten und die Geldbeschaffung dafür.

Im DSM-5 sind insgesamt neun diagnostische Kriterien einer Störung durch das Glücksspielen gelistet. Liegen mindestens vier Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate vor, lässt sich eine entsprechende Diagnose annehmen. Weiterführend unterscheidet das DSM-5 Klassifikationsmanual zwischen verschiedenen Schweregraden, die von „leicht“ (4 oder 5 Symptom-kriterien erfüllt), über „mittel“ (6 oder 7 Symptomkriterien erfüllt) bis zu „schwer“ (8 oder 9 Symptomkriterien erfüllt) reichen. Eine Diagnose ist jedoch nicht zu stellen, wenn das Glücksspielen besser durch eine manische Episode erklärt werden kann. Während den DSM-Kriterien insbesondere in der Forschung eine zentrale Bedeutung zukommt, bedarf es im klinischen Kontext immer einer hinreichenden anamnestischen Abklärung zur finalen Diagnosestellung.

Die Übersicht über die formal-diagnostischen Kriterien einer Störung durch Glücksspielen zeigt ihre Nähe zu den Symptomen von substanzbezogenen Störungen auf. Mit dem Chasing-Verhalten (Kriterium 6: dem Verlust „hinterherjagen“) und dem sogenannten Bail-Out (Kriterium 9: finanzielle Aushilfen durch andere Personen) erweisen sich lediglich zwei Symptome als glücksspielspezifisch. Eine zusätzliche Besonderheit der Glücksspielsucht besteht in dem Fehlen eindeutiger, von außen erkennbarer Krankheitsanzeichen (wie z. B. ein torkelnder Gang bei übermäßigem Alkoholkonsum oder Nadeleinstiche beim Heroinkonsum).

Folglich wird die Glücksspielsucht auch als Hidden Addiction, d. h. als verborgene oder heimliche Sucht, charakterisiert.

- starkes Eingenommensein vom Glücksspielen
- Steigerung des Einsatzes, um den gewünschten Kick zu erreichen
- Gescheiterte Versuche, das Glücksspiel einzuschränken oder damit aufzuhören
- Unruhe / Gereiztheit beim Versuch, das Glücksspielen einzuschränken
- Glücksspielen als Flucht vor Problemen / negativen Gefühlen
- den Verlusten durch erneutes Glücksspielen hinterher jagen
- Vertuschen der Glücksspielproblematik gegenüber nahen Bezugspersonen durch Lügen
- Wichtige Beziehungen oder der Arbeitsplatz wurden wegen des Spielens gefährdet oder verloren
- sich darauf verlassen, dass andere Geld bereitstellen

Indikationen

Eine stationäre Rehabilitation für Glücksspielerstörung 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 in der Lage, während einer ambulanten Rehabilitation Glücksspielabstinenz einzuhalten.

Derzeit ist die Behandlung von Glücksspielerstörung, 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 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 depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher-vermeidenden 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 Glücksspieler 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 Glücksspielerstörung 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 Glücksspielerkrankung 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.
- Sensibilisierung auf glücksspielbezogene dysfunktionale Verhaltensweisen im Zusammenhang mit modernen Glücksspielformen (z.B. Handel mit Lootboxen)
- 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 10 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.

Tiefenpsychologischer Ansatz

Das tiefenpsychologische Konzepte spiegeln von ihren Anfängen bis heute die Weiterentwicklung von triebtheoretischen Vorstellungen zu modernen objektpsychologischen Annahmen wider. Glücksspielstörung wird in diesem Kontext als Selbstheilungsversuch vor dem Hintergrund einer Störung der Selbstwahrnehmung der eigenen Persönlichkeit angesehen. Das Glücksspielen hat die Funktion, Ich-Defizite, die aus der Frustration des frühkindlichen Bedürfnisses nach elterlicher Zuwendung entstanden sind, zu bewältigen. Die Affektregulationsstörung steht im Brennpunkt, das Glücksspiel als Verhaltensimpuls dient der Abwehr von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Das Modul (OPD2 Abhängigkeitserkrankungen) ist bislang für alle Formen nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten nicht angepasst und nicht erprobt und verhaltenstherapeutisch dominiert. Gleichwohl bewegen wir uns in der Fachklinik Hirtenstein in der Behandlung der Glücksspielstörung 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 „leisen Töne“ zu richten. Dies geschieht fachbereichsübergreifend indem z.B. misserfolgsmotivierte Verhaltensweisen (Extreme in Sport oder Arbeitstherapie) reduziert werden, im Rahmen der Bezugsgruppe Genussstraining stattfindet, und der Fokus des Rehabilitanden immer wieder und beständig auf die „Mitte“ in Wahrnehmung und Handlung sowie auch auf kleine Erfolge gelegt wird. Die daraus resultierende 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 genügend 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 jeweils aktuelle Involviertheit ins Glücksspiel, ein 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 eine 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 gruppenspezifische 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 Alkoholranke 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.

Zuletzt auch noch ein Stück Kontrolle

- des Kontrollverlaufes (mit Einwilligung des Patienten)
- und des Handys, um Patienten die Möglichkeit zu geben ab einem gewissen Festigungsgrad wieder das eigene Handy mit sich zu führen

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 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 Sportsport, 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 maximal eine individuell festgelegte Menge 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 dem Heimatort 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 körperliche Einschränkungen 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 so weit 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 den Nachbehandlern, 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.

Die Reha Abteilung der DRV-Schwaben leitet ein Modellprojekt „Einführung strukturierter Übergabegespräche“ mit der Laufzeit vom 01.01.2024 bis 31.12.2026. Dabei geht es um die Übergabegespräche in Form eines Dreiergesprächs zwischen Erstbehandler (Rehaklinik), Zweitbehandler (Suchtfachambulanz) in Rehabilitandenanwesenheit, um die Behandlungsphase 1 und Behandlungsphase 2 optimal zu verbinden. Das Gespräch kann auf drei Arten als Präsenzgespräch, Videogespräch oder Telefongespräch erfolgen. Das Übergabegespräch wird vom Zweitbehandler dokumentiert. Die Übermittlung der Dokumente (Protokoll Übergabegespräch, Evaluationsbögen) werden per Cryptshare an die DRV Schwaben übermittelt.

Kurzzeittherapie

Die Kurzzeittherapie 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 einer 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.

4.7 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 Körperstrukturen), 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 Körperstrukturen 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.

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Die eingehenden Unterlagen (Sozialbericht, Kostenzusage) werden von dem Chefarzt 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 zur Aufnahmetherapeutin, im Laufe der ersten Woche erfolgt die arbeitstherapeutische Diagnostik. Die ärztliche Eingangsdiagnostik umfasst eine allgemeinmedizinische, internistische und psychiatrische Untersuchung. Vorbefunde aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen werden nach Bedarf 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.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die ärztliche Eingangsdiagnostik umfasst eine allgemeinmedizinische, internistische und psychiatrische Untersuchung. Als apparative Diagnostik laufen EKG, Atemalkoholkontrollen und Laboruntersuchungen.

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 werden als diagnostische Testinstrumente Mini-Symptom-Checklist (Mini-SCL), Mini-ICF APP (Funktionen, Fähigkeiten, Beeinträchtigungen) standardisiert in der Aufnahmephase und in der Entlassungsphase bei allen Patienten erhoben.

Außerdem wird bei allen Patienten das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) als ein mehrdimensionaler Persönlichkeitstest durchgeführt, der eine Selbsteinschätzung der eigenen Persönlichkeitsmerkmale erlaubt.

Das Ausmaß bzw. der Grad der Nikotinabhängigkeit wird mit CDS-12 bei Rauchern zu Therapiebeginn und am Ende der Behandlung ermittelt.

Bei Hinweisen auf kognitive Defizite werden DemTect, Uhrentest und MMST durchgeführt. Bei Auffälligkeiten werden unsere Rehabilitanden in das Programm des kognitiven Trainings (CogPak Einzel-/Gruppentherapie, Gruppentherapie nach Stengel) eingebunden.

Zur diagnostischen Verifizierung einer affektiven, phobischen, psychotischen Störung oder PTBS werden die diagnostischen Kriterien der ICD-10-Klassifikation herangezogen.

Bei ADHS werden neben den diagnostischen Kriterien der ICD-10-Klassifikation auch die Testungen mittels HASE und WURS-k vorgenommen.

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. Innerhalb der interdisziplinären Patientenkonferenzen werden die Testergebnisse erläutert und in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen.

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 Körperstruktur, 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 6.-7. Therapiewoche überprüft und in der sozialmedizinischen Beurteilung zwei Wochen vor Entlassung bewertet wird.

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 Rehabilitationsverfahren 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 Reha-Prozesses Gesundheitsvorträge, Ernährungsberatung, Sporttherapie usw. individuell nach Indikation.

4.7.3 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 ist EKG möglich. Wöchentlich sind fachärztliche Visiten, sowie bedarfsweise psychiatrische Sprechstunden.

Die medizinische Abteilung ist fachübergreifend besetzt mit einer Assistenzärztin, einem Facharzt für Allgemeinmedizin und einem Facharzt für Neurologie, Psychiatrie/ Psychotherapie sowie Pflegefachkräften 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 Rehabilitationsplanung 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 für Krisengespräche mit Patienten und Erstversorgung im Notfall.

4.7.4 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

Gruppenpsychotherapie

Die Gruppenpsychotherapie wird in Form teiloffener Gruppen als Bezugsgruppe mit maximal 12 Rehabilitanden drei Mal in der Woche á 90 min angeboten. Hier werden wesentliche Beziehungserfahrungen gemacht, die dann im Sinne des psychodynamischen Konflikts (Konfliktachse OPD-2) 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 Selbstattributionen modifiziert werden. Innerhalb der Gruppe sind durch den gegebenen geschützten Rahmen auch ein „Probearbeiten“ 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.

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.

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, besondere Vorkommnisse werden thematisiert.

Die Leitung des Plenums liegt beim Patientensprecher und der Klinikleitung. Dauer: 60 min.

Indikationsgruppen

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

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. Die Teilnehmer entwickeln eine verbesserte Konzentrationsfähigkeit, behalten in überfordernden Situationen besser den Überblick, können besser mit Stress umgehen, lernen ihre Grundannahmen und Regeln kennen, trainieren einen hilfreichen Umgang mit ihrer Atmung, entwickeln mehr Handlungskompetenz, mehr Gelassenheit und innere Ruhe, verbessern ihr Selbstvertrauen und steigern die Selbstwirksamkeitserwartung.

Angst

In dieser Gruppe werden Rehabilitanden behandelt, die neben ihrer substanzgebundenen Abhängigkeit auch eine phobische oder Angststörung haben. Neben einem 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- und 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?

Familie und Partnerschaft

Die Indikationsgruppe Familie und Partnerschaft hat zwei Schwerpunkte: Es besteht die Möglichkeit, über die eigene Herkunftsfamilie (Eltern, Geschwister, Großeltern) zu sprechen und sich über Erfahrungen, v.a. aus der Kindheit, auszutauschen. Der zweite Schwerpunkt der Gespräche ist zumeist das Thema Partnerschaft. Hier geht es v.a. darum, welche positiven und negativen Erfahrungen gemacht wurden und welche Möglichkeiten es für die Zeit während und nach der Behandlung gibt, um die eigenen negativen Verhaltensweisen zu verändern und die positiven gezielt zu verstärken. Auch das Zusammenleben mit Kindern und bisherige Erfahrungen in der Erziehung ist ein wichtiges Thema. Die Indikationsgruppe hat keine festgelegte Themenabfolge, sondern zu Beginn des ersten Treffens werden die Interessen der Teilnehmer erfragt, so dass jeder die Möglichkeit hat, die eigene Lebenssituation einzubringen und von dem Austausch zu profitieren.

Gefühl und Verstand

Affektive Störungen gehören zu den häufigsten komorbiden Störungen, die im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen in Erscheinung treten. Die Erfassung und Behandlung von affektiven Erkrankungen - insbesondere Depressionen - im Rahmen der Alkoholentwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Hirtenstein betrachten wir als eine wichtige Aufgabe um unsere Rehabilitationsziele zu erreichen.

Diese beinhaltet ein 4-mal 90 minütiges Curriculum aus psychoedukativen Elementen zur Entstehung, den Symptomen und der Therapie affektiver Erkrankungen. Gleichzeitig werden grundlegende therapeutische Methoden und Ansatzpunkte zur Behandlung besprochen und eingeübt.

Eine besondere Akzentuierung wird auf den Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und dem Entstehen affektiver Erkrankungen gelegt.

Geldmanagement

In der Indikationsgruppe Geldmanagement, überwiegend für Pathologische Spieler, geht es um den emotionalen Bezug der Patienten zum Geld. Geld soll wieder zu „Geld“ werden und nicht nur ein Hilfsmittel der Suchtbefriedigung sein. In dieser Gruppe werden eigene Bewertungen und Einstellungen zum Thema Geld in Frage gestellt, diskutiert und entsprechende Korrekturen ermöglicht. Wie möchte ich meinen Umgang mit Geld konkret verbessern. In diesen Zusammenhang gehören auch der realitätsnahe, pragmatische Zugang zur Thematik mit Schuldenbilanz und -regulierung sowie die Erstellung eines Haushaltsplanes mit zum Inhalt dieser Indikationsgruppe.

MPU

Die Indikationsgruppe MPU unter Leitung einer erfahrenen Verkehrspsychologin und Therapeutin dient der Information und Vorbereitung auf die Medizinisch-Psychologische-Untersuchung zum Wiedererwerb des Führerscheins nach Verlust infolge von Alkohol- oder Drogenauffälligkeit unter besonderer Berücksichtigung von Abhängigkeitserkrankungen bei der Begutachtung.

Leitfragen sind: 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 eine MPU machen und was sind die Kosten? Wie läuft der Nachweis von Abstinenzzeiten? Darüber hinaus geht es um die Einübung von Gesprächssituationen und Fragestellungen.

Bei regelmäßiger Teilnahme erhalten die Patienten eine ärztlich und psychologisch qualifizierte Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei der Gutachtenstelle."

Rückfallprävention

Unter Rückfall wird erneuter Alkoholkonsum nach vorangegangener Phase der Abstinenz verstanden. Bei einem Rückfall handelt es sich nicht um einen 'Entweder-oder-Status', sondern um einen Prozess, der auf vielfältige Art und Weise verlaufen kann und vom Alkoholkonsumenten zu beeinflussen ist. Die Häufigkeit von Rückfällen nach stationären Entwöhnungsbehandlungen ist innerhalb von 1 Jahr bei ca. 50%, im Verlauf von 10 Jahren beträgt sie annähernd 80%. Eine kontinuierliche Abstinenz ist also eher die Ausnahme als die Regel, weshalb eine Einbeziehung des Themas 'Umgang mit Rückfall' zu einer fachlich fundierten Entwöhnungsbehandlung gehört.

Die Rückfallpräventionsgruppe hat zum Ziel, die Steuerungsfähigkeit eines Rückfallprozesses durch den Patienten zu erhöhen. Hierfür haben J. Körkel und C. Schindler im Strukturierten Trainingsprogramm zur Alkoholrückfallprävention - STAR' ein fundiertes Konzept entwickelt, das in der Rückfallpräventionsgruppe angewendet wird. Die primäre Rückfallprävention erfolgt kontinuierlich und ausführlich innerhalb der Bezugsgruppe und der Einzelgespräche.

Sicherheit finden

„Sicherheit finden“ ist integratives Behandlungsprogramm für Personen mit Suchterkrankungen, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Der vorwiegend stabilisierende und ressourcenorientierte Ansatz besteht aus kognitiven, verhaltensbezogenen und interpersonellen Interventionen, die sich in der Therapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen und bei Substanzmissbrauch bewährt haben.

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 als Suchttherapeuten (VdR) anerkannten Theologen.

Training sozialer Kompetenz

Soziale Standardsituationen werden im Rollenspiel geübt und anschließend 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.

4.7.5 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.

Des Weiteren stehen zwei Ergotherapie Räume sowie ein Tonraum zur Verfügung. Weitere Möglichkeiten der arbeitsbezogenen Interventionen liegen im Bereich Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik, Bürokommunikation und in Patientenämtern (Bibliothek, Kiosk, Flursprecher 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. Die Leistungen dieses Kooperationspartners umfasst:

- 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.

Desweiteren 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 Verlaufsdagnostik 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 Verlaufsdagnostik

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, das 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 vermittelt. 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 Selbstwirksamkeits-Erwartung 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 Förderung	Geistige Förderung	Emotionale Förderung
Holzarbeit	dosierte Kraftanwendung, Kraftzuwachs, Kreislaufförderung, Verbesserung des Allgemeinzustandes	Aufmerksamkeit, Konzentration, fördert Planung, Genauigkeit, Kontrollfähigkeit, Umsetzen von Aufgaben, organisatorische Fähigkeiten, zeitliche Strukturierung	Vermittlung von Sicherheit, Motivation, Nähe, Verantwortungsgefühl, positive Energieumsetzung, Entlastung, Umwandlung pathologischen Ausufern in produktive Kreativität; auch in der Arbeitstherapie: Förderung der Leistungsfähigkeit, Ich- Empfinden, Realitätsbezogenheit, Fähigkeit zum konsequenten Vorgehen
Kneten	Förderung der Feinmotorik dosierte Kraftanwendung	Abstraktionsvermögen, Entwicklung von Vorstellungskraft, Auffassungsgabe, Merkfähigkeit, Steigerung der Konzentration	Aufforderungscharakter des Mediums fördert das Agieren, Überwindung von Angst und Hemmung, Förderung von Kreativität und Selbstwertgefühl
Malen	Förderung der Feinmotorik und der Grobmotorik, Entkrampfung	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	Abstraktionsvermögen, Entwicklung von Vorstellungskraft, Steigerung der Konzentration	Beherrschung und Ausdauer, ermöglicht Rückzug und psychische Sammlung Förderung von Kreativität und Selbstwertgefühl
Flechten	Förderung der Feinmotorik und Grobmotorik sowie der Koordination	Konzentrationsförderung, Konsequenz, Genauigkeit	Beherrschung und Ausdauer, ermöglicht Rückzug und psychische Sammlung

Kognitives Training

Die alkoholtoxische Wirkung auf die Gehirnstrukturen, die mit Hirnsubstanzminderung einhergeht, führt nicht selten zu den anhaltenden kognitiven Beeinträchtigungen mit im Vordergrund stehenden Defiziten des Kurzzeitgedächtnisses, der Merkfähigkeit, verlangsamter Informationsverarbeitung und Störung der Auffassung. Nach der kognitiven Testung (MMST, Uhren-Test, Demtect) durch Ärzte der Einrichtung und festgestellten Defiziten, besteht die Möglichkeit des kognitiven Trainings. Dabei werden im Bereich der Ergotherapie/Arbeitstherapie das Cogpack (PC-gestütztes Hirnleistungstraining zur Verbesserung der neuropsychologischen Teilleistungsstörung) als Einzel- und Gruppentherapie und die kognitive Gruppentherapie nach Stengel (die Kombination aus einer speziellen Pädagogik, einer besonderen Fragetechnik und einer je nach Zielsetzung gewählten Methodik der Übungsauswahl der Übungen mit engem Bezug zum täglichen Leben) angeboten. 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
- Holz- Metallwerkstatt
- Garten
- Haustechnik
- Küche

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 arbeitsbezogener Intervention verstehen wir u.a. auch:

- Erhebung von Interesse und Kenntnissen sowie Bewerbungshemmnissen
- Erstellung einer Bewerbungsmappe
- Bewerbungstraining und Vorstellungsgespräche
- Beratung durch den Sozialdienst
- Rehaberatung durch die DRV
- 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.

Tongruppe

Die meisten therapeutischen Effekte, die vom Malen und Tönen 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 Tönen 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 getöpften Formen und Gestalten materialisiert sich ein psychischer Inhalt, ausgelöst durch eine bestimmte Vorstellung, ein Gefühl, eine Fantasie, 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. Ton, Holz, Stein, Metall soll zum einen handwerkliches Arbeiten als auch die Bereiche Fantasie, 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 Belastungsproberprobung besteht.

Kunsttherapie

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

- verbesserter Ausdruck von Gefühlen, Fantasien 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 konflikträchtiges Thema aufgreift, erreicht wird, sondern nur dann, wenn zu diesem Bild bewusste Reflexionen erfolgen.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstraining

Die Fachklinik Hirtenstein bietet ein speziell ausgearbeitetes Sport- und Bewegungsangebot unter Anleitung von Diplom – Sportlehrern an. Zur Verfügung steht dabei eine große Turnhalle, ein medizinischer Trainingstherapiebereich mit Fahrradergometern und einem Laufband sowie verschiedenen Kraftgeräten. Des Weiteren nutzen wir 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 werden (u.a. Gelenkschäden, alkoholbedingte Muskelatrophie und Polyneuropathie). Der 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- und 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 Gesundheit können wachsen, zugleich auch das 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 der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der Anleitung zu 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.

- **Ausdauerleistung bzw. –training**

Zu Therapiebeginn wird zur Ermittlung der jeweiligen Ausdauerleistungsfähigkeit ein stufenförmiger Belastungstest auf dem Fahrradergometer durchgeführt. Die befundeten Belastungswerte dienen als Grundlage für ein anschließendes Ausdauertraining (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 Spilsportarten wie z.B. Federball, Tischtennis oder Indiacas.

- **Infogruppe Sport**

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

- **Einweisung in die Medizinische Trainingstherapie**

Die Einweisung in die Medizinische Trainingstherapie beinhaltet neben allgemeinen und speziellen trainingsmethodischen Grundlagen vor allem vorbeugende Sicherheits- und Gefahrenhinweisen bezüglich der Fitnessgeräte. Diese Einweisung ist die verbindliche Grundlage für die Teilnahme am selbständigen Training an den Muskelaufbau- und Ausdauertrainingsgeräten.

Sport und Bewegungstherapie 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 etc.) und der Muskulatur (u.a. Ökonomisierung 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.

- **Frühspport:**

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.

- **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 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 sowie anderen Gelenken. Durch diese Bewegungstherapie im Wasser werden schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen positiv beeinflusst.

- **Wirbelsäulengymnastik**

Dieses Angebot richtet sich an Patienten mit Einschränkungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Das Training wird 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.

- **Sportspiele**

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 Sportarten wie z.B. Volleyball, Indica und Hockey.

- **kleine Spiele**

Auch hier steht die Vermittlung einer positiven Einstellung zur körperlichen Aktivität und der Bewegungsfreude sowie die Anleitung zu einer gesundheitsorientierten Freizeitgestaltung als

Ziele im Vordergrund. Als Sportarten werden hier v.a. Rückschlagspiele und kleine Spiele angeboten.

- **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

- **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.

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 Erregungsmodulation erwarb. Bei der Einschätzung 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 oder ohne Einbezug eines Ruhebildes durchgeführt werden. Somit kann diese Methode sehr flexibel angewandt werden.

4.7.7 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 digitale 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 ebenfalls 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 im Sinne der Milieuthérapie.

4.7.8 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 sozialtherapeutische Einrichtungen
- Information und direkte Unterstützung im Kontakt mit Behörden
- Vermittlung Rehabilitationsberatung durch Mitarbeitende der Rentenversicherungsträger; hierzu kommt alle sechs Wochen ein Rehabilitator 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. Des Weiteren nimmt der Sozialdienst an den Patientenkonferenzen teil, 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 die ausgehängten 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 sozialtherapeutische Einrichtungen) liegt in den Händen der Bezugstherapeuten als Koordinatoren der gesamten Therapie.

4.7.9 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, 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.

4.7.10 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 mitangereist 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.

4.7.11 Rückfallmanagement

Die Fachklinik Hirtenstein behandelt abstinentenorientiert. 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 enthält als Teil des Therapieprozesses 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 Therapiedurchführung und -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 eine 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.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Examinierte Pflegefachkräfte 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 telefonisch hinzugezogen.

Aufnahme der Patienten durch die Pflege:

- Pat. bekommt eine Einweisung zu den wichtigsten Örtlichkeiten und Abläufen in der Krankenpflege
- Anlage einer standardisierten Patientenakte
- Eingangs-EKG
- Urinkontrolle unter Aufsicht (Drogentauchtest)
- Ausarbeitung der ärztlichen Anordnungen

Die Pflege arbeitet eng mit anderen Fachbereichen zusammen:

- Ärzte
- Therapeuten
- Sozialarbeiter
- Verwaltung
- Hauswirtschaft/ Küchenpersonal
- Fahrdienst
- Gebäudemanagement

Die Pflegefachkräfte führen nach ärztlicher Verordnung durch:

- die Behandlungspflege,
- Medikamentenmanagement,
- die Organisation und Durchführung der Blutabnahmen, sowie die Kontrolle auf Substanzkonsum (Urinabgabe unter Sicht),
- Kontrolle der Vitalzeichen, EKG
- Sie sind zuständig für die Dokumentation und die Sprechstundenorganisation.
- Die Koordination von Facharztterminen
- Tabakentwöhnung
- Aromapflege
- Akupressur/Akupunktur
- Schlafhygiene

Für Patienten sind sie oft erste Ansprechpartner. Damit kommt ihnen eine Schlüsselrolle hinsichtlich Atmosphäre und Qualität zu.

Konzeption Aromapflege

Die Integration von Aromapflege kann das Bestehende Therapieangebot in der Fachklinik Hirtenstein ergänzen und das Wohlbefinden der Rehabilitanden fördern.

Die Aromapflege zielt darauf ab, das körperliche und seelische Wohlbefinden der Rehabilitanden zu unterstützen und zu stärken, insbesondere durch:

- Förderung von Entspannung und Stressreduktion
- Unterstützung bei Schlafstörungen
- Linderung von Unruhe und Angstzuständen
- Begleitung bei emotionalen Herausforderungen während der Rehabilitation

Die Zielgruppen sind die Rehabilitanden der Fachklinik Hirtenstein, insbesondere jene, die unter Stress, Schlafstörungen oder emotionalen Belastungen leiden und offen für komplementäre Therapieansätze sind. Verwendet werden ausschließlich naturreine

ätherische Öle unter Berücksichtigung individueller Kontraindikationen. Die Anwendungen werden dokumentiert und die Wirksamkeit evaluiert.

- In der Fachklinik können folgende Methoden der Aromapflege zum Einsatz kommen:
- Raumbeduftung
- Aromakompresse
- Duftträger wie Riechstifte, Filzgleiter, Kompresse...
- Aromabäder
- Unterstützend bei Akupressur/Akupunktur

Die Implementierung der Aromapflege in der Fachklinik Hirtenstein bietet eine wertvolle Ergänzung zum bestehenden Therapieangebot und kann die ganzheitliche Rehabilitation der Rehabilitanden unterstützen.

Tabak/ Nikotinentwöhnung

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.

Alle Neuaufnahmen nehmen an der Pflichtveranstaltung „Wissenswertes rund um Tabak und Nikotin“ teil und werden auf die Indikationsgruppe hingewiesen.

Die Indikationsgruppe „Tabak/ Nikotinentwöhnung“ ist angelehnt an das wissenschaftlich entwickelte und erprobte „Rauchfrei nach Hause“- Programm des Instituts für Therapieforschung in München.

Die Teilnehmer setzen sich in insgesamt 5 Sitzungen mit ihrem Rauchverhalten auseinander, erfahren dabei Wissenswertes rund um den Konsum und den Möglichkeiten einer Veränderung, wie eine schrittweise Reduzierung oder einem Rauchstopp.

Ziel ist die Sensibilisierung in Bezug auf das Rauchverhalten und die Unterbrechung des „automatischen Griffs zur Zigarette“, ebenso die Bewusstmachung der dahinterliegenden Motive und Anlässe.

Mit Unterstützung der Gruppe werden ebenfalls Strategien erarbeitet für das rauchfreie Leben. Zusätzlich bieten wir allen Patienten in einer Kurzintervention die Möglichkeit an, sich bei der telefonischen Rauchstopppberatung dem „Rauchfreiticket“ anzumelden.

Im Rahmen der Tabakentwöhnung ist die Ohrakupunkturbehandlung/- Akupressur nach Nada möglich.

Akupressur, Akupunktur (Schlafkranz):

Die Implementierung von Akupunktur und Akupressur in der Fachklinik Hirtenstein bietet eine wertvolle Ergänzung zum bestehenden Therapieangebot als Alternativen z. B. zu Schmerz- oder Schlafmittel, bei psychosomatischen Beschwerden, Suchtdruck, Verdauungsstörungen, usw., und kann die ganzheitliche Rehabilitation der Patienten unterstützen und das Wohlbefinden stärken.

Die Akupressur zur Fremd- und Selbstbehandlung wird den Rehabilitanden in der Gesundheitsinfo (4 x jährlich) und in der Pflege bei Bedarf gezeigt. Dort wird anschaulich erklärt, was Akupressur bedeutet, wie es entstanden ist und wo sich solche Akupressur Punkte befinden. Dabei werden, durch das Drücken mit Daumen oder Zeigefinger verschiedenster Punkte am Körper, die Energieleitbahnen aktiviert. Zur Selbstbehandlung bekommen die Patienten Infomaterial mit.

Bei der Akupunktur/ Akupressur nach NADA handelt es sich um eine Ohrakupunktur, bei der 5 Punkte an beiden Ohren genadelt werden. Verwendet werden Akupunkturnadeln oder mit Gold überzogene kleine Magnetkugeln, die sich auf kleinen Pflastern befinden.

Die Akupunktur nach NADA wird in Kombination mit der Tabakentwöhnung, die Akupunktur „Schlafkranz“ bei Schlafstörungen durchgeführt. Der sogenannte Schlafkranz wird mittig oben am Kopf mit 5 Nadeln gestochen.

Die Akupunktur/Akupressur nach NADA, der Schlafkranz und die Akupressur zur Selbstbehandlung sollen helfen, das körperliche und seelische Wohlbefinden zu stärken, insbesondere durch:

- Unterstützung bei der Tabakentwöhnung
- Förderung bei Schlafstörungen
- Linderung von Unruhe und Angstzuständen
- Förderung von Entspannung
- Unterstützung bei Stresssituationen
- Hilfe bei Suchtdruck
- Linderung bei allen körperlichen und psychischen Beschwerden

Zielgruppe sind die Rehabilitanden der Fachklinik Hirtenstein, insbesondere jene, die unter Stress, Schlafstörungen, emotionalen Belastungen oder körperlichen Beschwerden leiden und offen für alternative, seit Tausenden von Jahren angewandte Heilmethoden sind.

4.7.13 Weitere Leistungen

Ernährungsberatung

Bereits in den ersten Wochen 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 begleitet durch die Verordnung der Lehrküche statt.

Klinischer Einsatz der Lichttherapie

Beschreibung: Lichttherapie ist eine chronobiologische Behandlungsmethode, die gezielt auf die innere Uhr und auf Neurotransmittersysteme einwirkt und damit vor allem Verbesserungen von Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, der Stimmung, der kognitiven Leistungen erzielen kann. Das solare Licht erhöht die Amplitude des zirkadianen Signals, welches an periphere Oszillatoren in jedem Organ und jeder Zelle weitergegeben wird, und stärkt die Synchronisation verschiedener Prozesse im Körper. Somit wird das Wohlbefinden, die kognitive Leistungsfähigkeit und die Gesundheit allgemein unterstützt. Licht wirkt aktivierend und antidepressiv, einerseits über die Stabilisierung des Schlaf-Wachrhythmus, aber auch über direkte Einwirkung auf Neurotransmittersysteme, insbesondere Serotonin. Licht ist die Therapie der Wahl bei den saisonal abhängigen Depressionen, sie wird aber zunehmend auch bei der Behandlung nicht-saisonalen Depressionsformen, anderer psychiatrischer Erkrankungen (Alkoholentzug, Insomnie, ADHS, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Bulimie, Verhaltensstörungen bei neurodegenerativen Erkrankungen) und als Zusatzbehandlung somatischer Erkrankungen (Leberzirrhose) eingesetzt. Die Wirkung tritt nach wenigen Tagen ein mit der Entwicklung der maximalen Wirkung meist nach 2-3 Wochen.

Voraussetzungen:

- Keine Kontraindikationen (Retinopathie, Glaukom, Katarakt, entzündliche Augenerkrankungen, bipolare Erkrankungen, akute Psychose, akute Suizidalität)
- Keine photosensibilisierenden Medikamente, wie trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Clomiramin, Desipramin, Doxepin, Imipramin, Nortriptylin, Trimipramin), Antiepileptika (Carbamazepin, Lamotrigin, Phenobarbital, Phenytoin, Topiramat, Valproinsäure) und Antihistaminika (Cyproheptadin, Diphehydramin, Loratadin)

Nebenwirkungen:

- -Augenreizung, Kopfschmerzen, trockene Haut, Antriebssteigerung, Übelkeit
- Die unerwünschte UV-Strahlung wird durch die Frontscheibe ausgefiltert

Wechselwirkungen:

- -Medikamentös bedingte Steigerung der Lichtempfindlichkeit durch z. B. Fluoxetin, Lithium, Hydrochlorthiazid, Amiodaron, Propranolol

Durchführung: Lichttherapie ist besonders effektiv, wenn die Lichtexposition regelmäßig und täglich z. B. mit Sanalux SAN 50 Lichtgerät 30 Minuten bei 10.000 Lux und Entfernung zur Lichtquelle von 60 cm, erfolgt. Während der Behandlung muss der Patient einmal pro Minute für ca. fünf Sekunden direkt in die Lichtquelle blicken, den Rest der Zeit kann er sich mit offenen Augen vor dem Lichtgerät anderweitig beschäftigen (z. B. lesen, Musik hören usw.). Die Lichttherapie sollte am Vormittag erfolgen und soll nicht am Abend (bei der Dämmerung) oder in der Nacht durchgeführt werden. Der Patient kann nach Anordnung des Arztes und Einweisung in das Gerät die Therapie selbständig durchführen.

Bundesamt für Strahlenschutz: Das verwendete Lichttherapiegerät Sanalux San 50 erfüllt die Anforderungen der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.06.1993 über Medizinprodukte, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2007/47/EG und ist nach Richtlinie 93/42/EWG Anhang IX Regel 9 ein Medizinprodukt der Klasse II a.

4.7.14 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, 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. Es ist ein Bestreben, 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 Entlassungsvorbereitung über strukturierte Korrespondenz bzw. im Verlauf feststehende Telefonate mit der Beratungsstelle fester Bestandteil der Behandlung. Der Rehabilitand soll auf Heimfahrten seinen Suchtberater sowie seine Selbsthilfegruppe besuchen, sollte er keine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle haben, wird ein Kontakt im Rahmen der Entlassungsvorbereitung hergestellt. Zur Entlassung erfolgt ein telefonisches Gespräch zwischen Bezugstherapeut und Suchtberater. 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 körperlicher oder psychiatrischer Erkrankungen aufgehoben ist.

5. Personelle Ausstattung

Berufsgruppe:	Vollkräfte
Ärzte	2,30
Psychologischer Psychotherapeut/in, Psychologischer Psychotherapeut/in in Ausbildung, Psychologe/in, Diplom, MA	3,50
Sozialarbeiter /-pädagoge/in, Diplom, MA, BA (therapeutisch)	3,00
Sozialarbeiter /-pädagoge/in, Diplom, MA, BA	1,30
Gesundheitspfleger/in / Krankenpfleger/in, Gesundheits-, Krankenpflege-, Altenpflegehelfer/in, medizinisches Fachpersonal	5,20
Sportlehrer/in, -wissenschaftler/in, Diplom, MA, BA, Sportlehrer/in, Bewegungstherapeut/in, Gymnastiklehrer/in Physiotherapeut/in	1,90
Ergotherapeut/in, Beschäftigungstherapeut/in, Berufstherapeut/in, Kreativtherapeut/in (Gestaltungs- und Kunsttherapie)	4,00
Diätassistent/in, Ökotrophologe/in, Diplom, MA, BA	0,40

6. Räumliche Gegebenheiten (s. Anhang 1)

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 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 anderer 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.

Mit niedergelassenen Ärzten aller Fachdisziplinen findet eine enge, z. T. mit Kooperationsverträgen unterlegte Zusammenarbeit statt, ebenso mit den Krankenhäusern in Immenstadt, Sonthofen und Oberstdorf, sowie dem Bezirkskrankenhaus Kempten.

8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Zertifizierung

Maßgebend für die erfolgreiche Zertifizierung ist 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 wurde zuletzt am 27.02.2025 nach DO-QUA.R (Deutscher Orden – Qualitätsmanagement – Rehabilitation) zertifiziert.

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

Im Jahresverlauf werden Arbeits-Projekte installiert, deren Bedarf von Leitungs- und Mitarbeiterseite erhoben wird. Die Projekte werden innerhalb einer Übersicht zusammengefasst. Die jeweiligen Projekthalte, 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 nutzt erstens die Teilnahme an einer Zufriedenheitsbefragung des Bundesverbandes der stationären Suchthilfe „BUSS“, zweitens wird die Patientenzufriedenheit anhand eines standardisierten Stichtagfragebogen des Deutschen Ordens ermittelt und drittens erfolgt eine Befragung durch die Deutsche Rentenversicherung „DRV“. Sämtliche Ergebnisse werden im Rahmen der Leitungskonferenz besprochen, bewertet und den Mitarbeitern regelmäßig kommuniziert.

Beschwerdemanagement

Das Beschwerdemanagement ist geregelt und bezieht sich auf Anregungen und Beschwerden von Mitarbeitern und Patienten beziehungsweise externen Kunden. Der Sachverhalt wird durch den Beschwerdebeauftragten aufgenommen und an die Klinikleitung weitergeleitet. Die Ergebnisse werden durch die zuständige Bereichsleitung und die Klinikleitung bewertet, notwendige Maßnahmen werden daraus abgeleitet.

Mitarbeiterbefragung ,-gespräche

Die Fachklinik Hirtenstein ermittelt mit einem standardisierten Fragebogen des Deutschen Ordens die Mitarbeiterzufriedenheit; Ergebnisse werden im Rahmen der Leitungskonferenz besprochen, bewertet und den Mitarbeitern regelmäßig kommuniziert.

Mitarbeitergespräche finden, durch den cheförztlliche Leitung der Fachklinik oder durch Bereichsleiter (Bezugstherapie, Krankenpflege, AT/ET) alle zwei Jahre statt. Hieraus abgeleitete 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.

Auf Grundlage der erhobenen und analysierten Daten wird einmal jährlich eine zusammenfassende Management - Bewertung erstellt 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.

Ab dem 01.07.2023 ist, zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Stärkung der Rehabilitanden-Rechte und Anpassung des Vergaberechts auf europäischer Ebene, das neue Beschaffungsverfahren für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Form einer qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl in Anwendung. Das Verfahren gilt für alle stationären/teilstationären Einrichtungen außer AHB, Phase C der Rehabilitation und RPK (Rehabilitation für psychisch Kranke).

Zur Qualitätssicherung werden Struktur, Prozess, Ergebnisqualität der jeweiligen Einrichtung herangezogen.

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. Die Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Qualität erfolgt im Public-Reporting, gemäß den gesetzlichen Anforderungen nach §15 SGB VI. Public-Reporting ist an Patienten, Angehörige, Suchtberatungsstellen etc. gerichtet und unter www.meine-rehabilitation.de/www.rv-reha.de abrufbar.

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 zurückgeleitet.

Peer Review - Verfahren

Die Reha – Entlassberichte werden in einem Peer Review - Verfahrens bewertet. Die Schwachstellen der Rehabilitation und deren Stellung in 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.

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.

Rehabilitandenstruktur

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

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 einen Facharzt MHBA mit der Facharztbezeichnung „Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie“, der über die Zusatzbezeichnungen „Suchtmedizin“, „Verkehrsmedizin“, „Naturheilverfahren“ und „Telemedizin“ 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 Teamleiter Bezugstherapie und seinem Stellvertreter, aus dem Teamleiter der Pflege, sowie einem Teamleiter des Gebäudemanagements/Arbeitstherapie/Ergotherapie/Hauswirtschaft /Küche/Haustechnik und seinem Stellvertreter. 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. Zu den Sitzungen des Leitungsteams sind die QM-Mitarbeiter und die MAV eingeladen. Dabei kommt es zum wertvollen Informations- und Meinungsaustausch.

9.2 Das multidisziplinäre Team

Medizinische und therapeutische Bereiche sind miteinander verzahnt über Konferenzstrukturen und Visiten. Es erfolgt eine regelmäßige interne Fallsupervision, sowie regelmäßige externe Teamsupervisionen und –entwicklung. Nach der sozialmedizinischen

Einschätzung auf der Grundlage des ICF durch die Ärzte und Therapeuten, 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 eine passgenaue Planung und Verordnung von Maßnahmen sowie eine Steuerung und Veränderung der Therapieziele.

Die Ärzte halten feste Sprechstundenzeiten für Rehabilitanden vor. Rehabilitanden werden per Steuerung über den individuellen Wochenplan alle zwei Wochen visitiert. Durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen bedarfsgemäß die psychiatrischen Sprechstunden für die Rehabilitanden mit psychiatrischen Komorbiditäten. Die voll umfängliche Diagnostik und Behandlung wird gesichert durch die Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten, sowie den umliegenden Krankenhäusern.

Zur Indikationskonferenzen, Rehakonferenzen 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 hinzugezogen.

Bei Bedarf wird nach ärztlicher Verordnung Physiotherapie in Einzelbehandlung durchgeführt. Psychologen, Dipl. Sozialarbeiter und Dipl. Sozialpädagogen mit der Ausbildung zum Sucht- und 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 (bei Feiertagen am Mo oder Fr: jeweils Do bzw. Di)	13:00 – 13:30 Uhr	Klinikleitung / Alle	Aktuelle Vorkommnisse, kurzfristige und/oder dringliche Themen, Planung der Wochentermine	Protokoll (Büro Krankenpflege)
Krankenpflege (Übergabe)	täglich	07:00 Uhr 12:30 Uhr (kurzer Dienst) 15:00 Uhr / 20:30Uhr	Krankenpflege	Übergabe, Aktuelle Vorkommnisse, kurzfristige und / oder dringliche Themen	Übergabebuch, Patfak
Leitungskonferenz	Freitag	11:15 12:30 Uhr	Klinikleitung / QMB / MAV	Controlling, Aktuelle Vorkommnisse, kurzfristige und/oder dringliche Themen, Planung der Wochentermine, Verbesserungsmanagement	Protokoll
Klinikleitung / Teamleitung BT	Montag / 14tägig	15:15 - 16:15 Uhr	Klinikleitung / Teamleitung BT	Bereichsspezifische Themen	Protokoll
Klinikleitung / Teamleitung AT	Montag / 14tägig	15:15 - 16:15 Uhr	Klinikleitung / Teamleitung AT	Bereichsspezifische Themen	Protokoll
Klinikleitung / Teamleitung KP	1x / Quartal	nach Vereinbarung	Klinikleitung / Teamleitung KP / MA der Krankenpflege	Bereichsspezifische Themen	Protokoll
Bereichskonferenz -VW-	1 x / zwei Wochen Mittwoch	08:30 - 09:30 Uhr	Verwaltung	Bereichsspezifische Themen	Protokoll
Bereichskonferenz -KP-	1 x / Quartal	nach Vereinbarung	Klinikleitung / MA der Krankenpflege	Bereichsspezifische Themen	Protokoll
Bereichssitzung	Freitag	10:10 - 11:10 Uhr	MA der Bezugstherapie	Teamübergreifende themen- und konzeptbezogene Bereichssitzung (monatlich)	Protokoll
Bereichssitzung	Dienstag	13:10-14:40 Uhr	MA der Bezugstherapie	45min - teamübergreifendes Plenum 45min Team BEW & Adaption, Team A und B ohne Aufnahmetherapeutin	Protokoll
Betriebsversammlung	1 x Jahr	nach Vereinbarung	alle MA	Betriebsergebnis, QZ, BQR, Ausblick	Präsentation
Kollegiale Intervention	Freitag	10:10 - 11:10 Uhr	MA der Bezugstherapie	Kollegiale Intervention in Kleinteams (Team A & B) 14tägig	Protokoll
Arbeitsgruppe "Auditteam"	2 Termine pro Jahr	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Auditbericht
Arbeitsgruppe "Advent- und Weihnachtsfeier"	jährlich im Oktober	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Arbeitsgruppe "Beratungsstellentag"	jährlich im September	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Arbeitsgruppe "Ehemaligentreffen"	jährlich im Juli	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Arbeitsgruppe "Hausordnung"	2x pro Jahr (März und Oktober)	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Arbeitsgruppe "Kapellenkreis"	2x pro Jahr	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Arbeitsgruppe "Konzeptfortschreibung"	2x pro Jahr (März und Oktober)	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Arbeitsgruppe "Leitbild"	jährlich im Juli	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Arbeitsgruppe "Öffentlichkeitsarbeit"	2x pro Jahr (Juli und Januar)	nach Vereinbarung	Klinikleitung / alle eingetragenen MA		Protokoll
Jour-Fixe Leitung / Haustechnik	Freitag / 2x pro Woche	8:30 Uhr	Klinikleitung / Haustechnik		Protokoll
Jour-Fixe Leitung / QM	1 x / Monat und nach Vereinbarung	nach Vereinbarung	Klinikleitung / QMB	Lenkung des QM (Verfahrensanweisungen, mitgeltende Dokumente, Kontrollinthenemen)	Protokoll
MAV-Sitzung	monatlich	nach Vereinbarung	MAV	Themen der Mitarbeitervertretung	Protokoll
Treffen Leitung - MAV	monatlich	nach Vereinbarung	MAV, Leitung	Themen der Mitarbeitervertretung	Protokoll
Mitarbeiterversammlung	mind. einmal / Jahr	nach Vereinbarung	alle Mitarbeiter ohne Leitung und BL	MA-Themen	Protokoll
Regelmäßige rehabilitandenbezogene Termine					
Bezeichnung	Wochentag	Uhrzeit	Wer?	Thema	Dokumentation
Rehabilitandenkonferenz	Mittwoch, Donnerstag	10:30 - 12:30 Uhr	jeweiliger Bezugstherapeut, Arzt, MA Ergotherapie, MA Sport	Indikations-, Rehakonferenz Sozialmed. Beurteilung	Protokoll Rehabilitandenkonferenz Entlassbericht
Bereichsbesprechung	Montag	9:00 - 10:00 Uhr	Ergotherapie	Infosammlung für Rehabilitandenkonferenz	Checkliste Patientenkonferenz
Bereichsbesprechung	Mittwoch	8:30 - 9:30 Uhr	Ergotherapie / Arbeitstherapie	Patientenübergabe	
Interne Fortbildung	Mittwoch	13:00 - 14:00 Uhr	alle Mitarbeiter	wechselnde Themen von MA für MA	ggf. Handout / PPP
externe Fortbildung	i.d.R. Mittwoch	13:00 - 14:00 Uhr	alle Mitarbeiter	wechselnde Themen	ggf. Handout / PPP

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 Anleitung 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 dem Inventarverzeichnis überprüft und aufgefüllt. Des Weiteren sind drei Mitarbeiter als Ersthelfer ausgebildet.

Die im Jahr 2025 eingerichtete neue Notrufanlage in Rahmen des Umbaus zusammen mit Telefonie und Internet, ermöglicht den Mitarbeitern der Pflege ohne Verzögerung das entsprechende Patientenzimmer aufzusuchen. 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 und betriebswirtschaftlichen Themen. Ebenso finden die verpflichtenden Veranstaltungen zu 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.

In den Mitarbeitergesprächen (1-2x/Jahr) vereinbart die Klinikleitung ggfls. mit dem Mitarbeiter die Möglichkeiten der Weiterbildung/Fortbildung dem Klinikbedarf entsprechend.

Zur Prävention von Aggression, Gewalt und Zwang wird zwei Mal im Jahr PAIR-Deeskalationstraining für Mitarbeiter der Fachklinik durch die Dozenten der Allgäu-Akademie aus Kaufbeuren durchgeführt.

P – Prävention von Aggression und Gewalt **A** – Assessment einer Gefahr der Gewalttätigkeit
I – Interventionsstrategien zur Deeskalation **R** – Reflexion von Aggression und Gewalt

Folgende PAIR-Inhalte werden vermittelt:

- die Entstehung von Aggression und Gewalt zu erkennen

- sicher und präventiv zu arbeiten
- sich selbst in aggressiven Situationen wahrzunehmen und zu kontrollieren
- eskalierende Situationen durch entspannende Kommunikation zu beeinflussen
- in Gewaltsituationen sicher und systematisch zu reagieren
- nach Gewaltsituationen professionell Gespräche mit allen Beteiligten zu führen.

12. Supervision

Die Fachklinik Hirtenstein hat von Juni 2016 bis Mai 2017 einen extern begleiteten Organisationsentwicklungsprozess zur Schaffung einer neuen Aufbau- und Ablauforganisation durchlaufen. Nach Abschluss dieses Prozesses hat Ende 2017 bereichsintern Teamsupervision bzw. Teamentwicklung durch einen externen anerkannten Supervisor begonnen und kontinuierlich weitergeführt.

Im Jahr 2025 kam es zum Wechsel des Supervisors. Die Supervisionen werden derzeit 4d im Jahr für die Bereiche: Bezugstherapie, Pflege, AT/ET/HW/Küche, Leitungsteam (jeweils zwei halbe Tage im Jahr) durchgeführt. Im Jahr 2026 sind 6d mit jeweils drei halben Tagen pro Bereich geplant.

Fallbesprechungen und OPD-2 - „Auffrischungen“ erfolgen in Rahmen der internen Fortbildungsveranstaltungen vier Mal im Jahr.

13. Hausordnung

Sehr geehrte Herren,

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 behandeln abstinentenorientiert, 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.

In unserem Haus arbeiten wir ohne Sanktionen, sondern mit Erklärungen für die Regeln. Es ist uns ein Anliegen, mit Ihnen bei Fragen ins Gespräch zu kommen. Gleichwohl stellen Sie mit Verstößen gegen die Hausordnung grundsätzlich Ihre Therapiemotivation in Frage und können Ihre vorzeitige Entlassung herbeiführen. Die Hausordnung wird zweimal im Jahr vom Arbeitskreis Hausordnung, zu dem die aktuellen Patientensprecher gehören, überarbeitet.

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

- **Adaptionsabteilung und Betreutes Wohnen**

In der Klinik bzw. auf dem Gelände befinden sich auch eine Adaptionsabteilung sowie ein Betreutes Wohnen mit jeweils eigenen Hausordnungen. Bitte halten Sie sich daher nur auf dem Gelände der Fachklinik auf. Ihr Aufenthalt vor den Eingängen der Adaptionsabteilung und des Betreuten Wohnens sowie innerhalb dieser Räumlichkeiten ist untersagt.

- **Anwesenheitskontrollen**

Bitte melden Sie sich jeden Abend persönlich zwischen 21:00 Uhr und 23:00 Uhr im Dienstzimmer des Pflegepersonals. Morgens gegen 6:00 Uhr macht der Nachtdienst einen Hausrundgang und führt eine Anwesenheitskontrolle durch.

- **Arztbesuche**

Unsere Ärzte im Haus haben Sprechstunden, für die Sie regelmäßig Termine (einmal in 2 Wochen) 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 dazu Ihre Versichertenkarte mit. Erledigen Sie Arztbesuche mit öffentlichen Verkehrsmitteln, legen Sie zur Erstattung der Fahrkosten bitte eine Bescheinigung des niedergelassenen Arztes über den Besuch sowie den Fahrschein in der Verwaltung vor. Der Anspruch auf einen Fahrdienst wird situationsabhängig vom Arzt festgestellt.

- **Ausgang**

In den ersten sieben Tagen ihres Aufenthalts haben Sie nur Ausgang auf dem Klinikgelände. Sollten Sie danach das Klinikgelände verlassen, melden Sie sich über das Ausgangsbuch vor dem Verlassen des Hauses mit Ihrem Ziel ab, bei Ihrer Rückkehr melden Sie sich entsprechend wieder an. Nur so können wir in Notfällen nachvollziehen, wer sich im Gebäude befindet.

- **Ausgangszeiten**

Rehabilitation und Erwerbsfähigkeit sind miteinander verknüpft, insofern bildet ein Therapietag einen Arbeitstag nach. Therapiefreie Zeiten am Tag können Sie zum Austausch miteinander, zur Regeneration oder zum Literaturstudium nutzen.

Ausgangszeiten sind daher:

✓ Montags bis donnerstags	von 15:30 Uhr bis 22:30 Uhr
✓ Freitags	von 15:00 Uhr bis 23:00 Uhr
✓ Samstags	von 08:00 Uhr bis 23:00 Uhr
✓ Sonntags und an Feiertagen	von 08:00 Uhr bis 22:30 Uhr

Individuelle Ausgänge sind in der therapiefreien Zeit tagsüber Mo-Fr mit An- und Abmeldung im Ausgangsbuch möglich.

- **Besuch**

Ab dem 8. Tag ihres Aufenthaltes dürfen sie Besuch empfangen, ihre Gäste dürfen sich während ihres Aufenthaltes im Klinikgebäude inklusive Terrasse und umgebende Grünflächen aufhalten. Der Aufenthalt der Besucher im Patientenzimmer ist nicht gestattet. Minderjährige Kinder dürfen nicht ohne zusätzliche Aufsichtsperson im Gästetrakt übernachten. An Wochenenden und Feiertagen sind Übernachtungen nach Voranmeldung möglich

- **Disziplinarische Entlassung**

Durch:

- ✓ Androhung und Ausübung von Gewalt,
- ✓ Diskriminierende und herabsetzende Äußerungen und Handlungen,
- ✓ Nutzung oder Verbreitung von Bildern und Texten mit gewaltverherrlichenden, sexistischen oder pornographischen Inhalten,
- ✓ Begehung von Straftaten während des Klinikaufenthaltes,
- ✓ Mutwillige Sachbeschädigung von Klinikeigentum,
- ✓ Einbringen von Suchtmitteln in die Klinik und das Gelände,
- ✓ Rauchen innerhalb des Gebäudes (inkl. der Balkone und der Terrasse),
- ✓ Verstoß gegen die Brandschutzordnung,
- ✓ Ausleihen von Geld, geldwerten Gegenständen, geldwerten Dienstleistungen und Abwickeln von Geschäften untereinander,
- ✓ Foto-, Audio- oder Filmaufnahmen von Mitpatienten und Personal,

können Sie Ihre disziplinarische Entlassung ggfls. am selben Tag herbeiführen.

- **Elektrogeräte**

Ihre von zuhause mitgebrachten Elektrogeräte geben Sie bitte auf der Checkliste, die Ihnen der Haustechniker in der Infogruppe Brandschutz aushändigt, an. Unsere Haustechnik überprüft diese Elektrogeräte im Laufe Ihres Aufenthalts.

- **Energydrinks**

Nachdem Sie in der Vergangenheit Ihre Stimmung oder Ihre Befindlichkeit mit Suchtmitteln verändert haben, haben Sie sich nun entschieden, dafür wieder selbst die Verantwortung zu übernehmen. Daher ist der Konsum von Energydrinks während der Dauer des gesamten Therapieaufenthalts unnötig und verboten.

- **Fahrräder**

Gegen eine Gebühr von 2 € können Sie während Ihres Aufenthalts klinikeigene Fahrräder in der Sporttherapie tageweise leihen. Wenn Sie am Wochenende ein Fahrrad leihen wollen, so teilen Sie Ihren Wunsch bitte bis freitags 12:00 Uhr in der Sporttherapie mit.

- **Fernsehen**

Fernseher befinden sich in der 1. Etage Raum B 155 sowie im Aufenthaltsraum im Untergeschoß. Während der Mahlzeiten ist Fernsehen untersagt.

Fernsehzeiten sind daher:

- ✓ Montags bis donnerstags: 15:30 Uhr - 22:30 Uhr
- ✓ Freitags: 15:30 Uhr - 23:00 Uhr
- ✓ Samstags: 08:30 Uhr - 23:00 Uhr
- ✓ Sonntags und an Feiertagen 08:30 Uhr - 22:30 Uhr

Der Betrieb von Fernsehgeräten, DVD Spielern, Spielkonsolen oder anderen Geräten die der Mediennutzung dienen, ist auf den Zimmern unerwünscht bzw. nach Rücksprache mit den Therapeuten möglich. Erfahrungsgemäß ist die Versuchung zu groß, sich alleine in das eigene Zimmer zurückzuziehen sowie Patienten auf anderen Zimmern durch Lärm zu belästigen.

- **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 den Aushängen (Nutzungsordnung Sporthalle/MTT-Raum)

- **Fotografieren, Videos**

Aus datenschutzrechtlichen Gründen („Recht am Bild“) ist das Anfertigen von Fotos bzw. Videos von Patienten oder Mitarbeitern, untersagt.

- **Geschirr, Besteck, Lebensmittel**

Nehmen Sie kein klinikeigenes Geschirr oder Besteck aus dem Speisesaal mit. Da es sich erfahrungsgemäß in Zimmern oder in Aufenthaltsräumen ansammelt, fehlt es dann bei der Essensausgabe.

Die Mitnahme von Lebensmitteln aus dem Speisesaal ist untersagt. An Samstagen, Sonntagen und Feiertagen haben die Patienten, die zum Mittag nicht anwesend sind, als Ausnahme die Möglichkeit, sich vom Frühstücksbuffet belegte Brötchen und Obst im Kunststoffbeutel aus der Küche mitzunehmen.

- **Getränke**

Die Zubereitung von heißen Getränken ist ausschließlich in den Aufenthaltsräumen im Untergeschoß und in der 1. Etage erlaubt. Getränke sind im Haus in geschlossenen Gefäßen zu transportieren. Sollten Sie doch etwas verschütten, wischen Sie Tropfen unverzüglich auf. Nur so können wir den sauberen Gesamteindruck im Haus bewahren und nehmen Rücksicht aufeinander. Sie erhalten bei der Aufnahme eine blaue Wasserflasche, die unter den Auslass des Trinkwasserautomaten passt. Sie sind aufgefordert diese Flasche, oder eine andere Weithalsflasche zu verwenden.

- **Handy**

Die Nutzung Ihres Handys ist nur außerhalb der Therapieeinheiten und Mahlzeiten gestattet. Während der Therapieeinheiten und Mahlzeiten fahren Sie Ihr Handy herunter (auch kein Vibrationsalarm, kein Flugmodus) bzw. lassen es auf Ihrem Zimmer.

- **Händedesinfektion**

Die Möglichkeit zur Händedesinfektion besteht im Eingangsbereich, vor Betreten des Speisesaals, des Computerraumes und der Sporttherapie.

- **Heimfahrten**

Patienten können ab der 6. Therapiewoche eine Heimfahrt sowie das 5tägige Realitätstraining am Ende der Therapie wahrnehmen. Zur Terminierung der Fahrten wenden Sie sich bitte an die Verwaltung. Nach Rückkehr aus Heimfahrt und Realitätserprobung ist eine sofortige Meldung bei den Mitarbeitern der Pflege zu erfolgen. Neben der Alkoholkontrolle (AAK und ETG) wird ggfls. eine Taschenkontrolle durchgeführt.

- **Internet**

Das interne WLAN- Netzwerk hat folgende Zugangsdaten:

Name:	Do-Bolsterlang-Gast
Passwort:	Bolsterlangxxxx

Zusätzlich stehen Ihnen im Erdgeschoss auf dem Flur zu den Arztzimmern fünf internetfähige Computer zur Verfügung. Die Nutzung des Internets an diesen Computern ist Montag bis Freitag zwischen 08:00 Uhr und 22:00 Uhr, am Wochenende und Feiertagen zwischen 08:00 Uhr und 23:00 Uhr möglich.

- **Kaution**

Für Schlüssel zu Ihrem persönlichen Briefkaste, dem Zimmerschrank, dem Tresor, sowie dem Zimmertransponder und Suchtfibel wird von Ihnen, bei der Aufnahme in der Verwaltung eine Kaution von 35,- € entrichtet.

Bei Abreise können Sie ihre Suchtfibel für 10,00 € in der Verwaltung kaufen. Bei Therapieabbruch ohne Rückgabe aller Schlüssel, dem Zimmertransponder und der Suchtfibel, behalten wir die Kaution ein.

- **Kleidung**

Achten Sie bitte innerhalb der Klinik und in den Außenbereichen in Hinblick auf Schicklichkeit, Hygiene und Witterung auf angemessene Kleidung.

- **Kommunikation**

Neben der persönlichen Kontaktaufnahme nutzen wir die Patientenbriefkästen, SMS oder das Mobiltelefon um die Kommunikation mit ihnen sicherzustellen. 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 usw. Bitte informieren Sie sich!

- **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, Ihr Zimmer und Ihre persönlichen Dinge in Ihrer Anwesenheit zu kontrollieren. Wir setzen Ihre Kooperation voraus.

- **Kraftfahrzeuge**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie, sofern Sie an einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung (Alkohol, Medikamente, Drogen) leiden, Ihr Fahrzeug laut Straßenverkehrsordnung nicht führen dürfen. Wir raten Ihnen auch, aus Versicherungsgründen keine Mitpatienten mitzunehmen. Für Patienten stellen wir an der Klinik keine Kfz-Parkplätze zur Verfügung.

- **Kurkarte**

Den AW-Pass (Allgäu-Walser-Pass) und dazu gehörige Informationen erhalten Sie auf Wunsch kostenlos in unserer Verwaltung.

- **Lebensmittel, eigene**

Für Ihre eigenen Lebensmittel stehen Ihnen ein Kühlschrank vor dem Speisesaal und ein weiterer im Aufenthaltsraum im Untergeschoß zur Verfügung. Bitte stellen Sie dort nur beschriftete und abgedeckte Lebensmittel unter. Unsere Hauswirtschaft überprüft die Kühlschränke auf Hygiene. Einige Lebensmittel enthalten Alkohol; die Liste der Lebensmittel, die Sie nicht verwenden können, finden sich im Anhang der Hausordnung (s. Anhang 2).

- **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 von Montag bis Freitag verpflichtend. Die Mahlzeiten werden grundsätzlich im Speisesaal eingenommen.

Bitte nehmen Sie die Mahlzeiten an den ihrer Bezugsgruppe zugewiesenen Tischen ein.

- | | |
|--|----------------------|
| ✓ Frühstück an Wochentagen | ab 07:15 – 08:00 Uhr |
| ✓ Frühstück an Wochenenden und Feiertagen | ab 07:30 – 08:15 Uhr |
| ✓ Mittagessen | ab 12:15 – 13:00 Uhr |
| ✓ Mittagessen am Wochenende und Feiertagen | ab 11:45 – 12:30 Uhr |
| ✓ Abendessen | ab 18:00 – 18:30 Uhr |

- **Möbel**

Um des Gesamteindrucks der Räumlichkeiten zu wahren bitten wir Sie, aus Zimmern, Aufenthaltsräumen und Foyer keine Möbel zu entfernen oder umzustellen.

- **Nachtruhe**

Die Nachtruhe beginnt von

- ✓ Sonntags bis donnerstags sowie an Feiertagen um 22:30 Uhr und endet um 06:00 Uhr.
- ✓ Freitags und samstags beginnt die Nachtruhe um 23:00 Uhr.

Um 23:00 Uhr werden alle gemeinschaftlich nutzbaren Räume abgeschlossen. Außer zum Rauchen halten Sie sich bitte während dieser Zeit in Ihren Zimmern auf und vermeiden die Ruhestörung Ihrer Mitpatienten. Nachts rauchen Sie im unteren Pavillon. Aufenthalt dort oder Gespräche sind auf Grund der Nachtruhe und aus Rücksicht auf die Nachbarn unerwünscht.

- **Nahrungsergänzungsmittel**

Sie erhalten hier eine vollwertige Ernährung, je länger Ihre Abstinenz andauert, desto mehr regeneriert sich Ihr Körper. Die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (Vitaminpräparate, Proteinpulver usw.) ist grundsätzlich nicht erwünscht und muss mit unseren Ärzten besprochen werden.

- **Pakete / Post**

Ihre Pakete erhalten Sie zu den Ausgabezeiten in der Verwaltung, Ihr Postfach leeren Sie bitte täglich. Sie öffnen Ihre Pakete im Beisein eines Mitarbeiters der Klinik, stichprobenartige Kontrollen Ihrer Briefe in Ihrem Beisein behalten wir uns vor.

- **Rauchen**

Nikotinkonsum (Zigaretten, Schnupftabak) ist ausschließlich in den beiden Raucherpavillons gestattet, also im Haus verboten. Rauchen in der Nacht s. „Nachtruhe“. Der Besitz und die Nutzung der E-Zigaretten, Verdampfer usw. sind während der gesamten Dauer der Therapie gänzlich verboten. Gerne können Sie in der Klinik an der Tabakentwöhnung teilnehmen.

- **Rückfall**

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

Als Rückfall werten wir:

- den Besitz und Nachweis von Suchtmitteln in Atemluft oder Körperflüssigkeiten
- Ihren Bericht eines stattgefundenen Konsums, (Konsum alkoholhaltiger Getränke, alkoholfreies Bier, Wein, Sekt usw.)
- die Einnahme von alkoholhaltigen Nahrungsmitteln (s. Liste der „Verbotenen Lebensmittel“) und
- die interne Verwendung alkoholhaltiger Kosmetika oder Medikamente.
- die Verweigerung oder Manipulation einer Atemluft- oder Urinkontrolle sowie einer Blutentnahme zum Nachweis eines stattgefundenen Konsums

Bei Rückfälligkeit ist eine Fortführung der Therapie dann möglich, wenn Sie weiterhin eine Abstinenz anstreben und bereit sind, den Rückfall zu bearbeiten. Wir sehen dafür eine zeitlich befristete Phase vor, in der Sie sich unter bestimmten Rahmenbedingungen (unter anderem eingeschränkter Ausgang und tägliche Alkohol- bzw. Befindlichkeitskontrollen) in Einzel- und Gruppengesprächen mit den Hintergründen und der symptomatischen Bedeutung Ihres Rückfalls auseinandersetzen (Rückfallbearbeitung).

Das Mitbringen, Konsumieren und/oder Deponieren von Suchtmitteln auf dem Klinikgelände und in der Klinik kann zu Ihrer sofortigen disziplinarischen Entlassung führen. Das gleiche gilt für Dealen oder sonstiges Verführen der Mitpatienten zum Konsum.

Während der Rückfallbearbeitung ist die Möglichkeit Besuch zu erhalten eine Einzelfallentscheidung, welche vom Bezugstherapeuten getroffen wird.

- **Rücksicht**

Während Ihres Aufenthalts in unserer Klinik leben Sie mit vielen anderen Patienten zusammen. Bitte unterlassen sie das zur Schau stellen von politischer Gesinnung, egal welcher Ideologie folgend. Umso wichtiger ist es, sich mit Rücksicht und Anstand überall und jederzeit zu verhalten und zu begegnen.

- **Spiele**

Unsere Gesellschaftsspiele finden Sie in der 1. Etage. Weitere Gesellschaftsspiele liegen in der Patientenbibliothek zur Ausleihe bereit. Sie dürfen nur die auf der ausgehängten Spielaliste aufgeführten Gesellschaftsspiele spielen. Gerne können Sie die Sporthalle für gemeinsame sportliche Spiele nutzen. Das Spielen um Geld oder geldwerten Einsatz ist natürlich bei allen Spielen untersagt.

- **Tätowieren, Piercen u. Ä.**

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

- **Teilnahme an Therapieeinheiten**

Die pünktliche Teilnahme an den Ihnen verordneten Therapien ist Pflicht. Sollten Sie eine Therapieeinheit nicht wahrnehmen können, entschuldigen Sie sich zeitgerecht und beim jeweiligen Therapeuten

- **Tiere**

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

- **Verleihen, Gefälligkeiten, Geschäfte untereinander**

Um neue Abhängigkeiten zu vermeiden, ist das Leihen und Verleihen von Geld sowie das Verleihen und Verkaufen von Handys, Laptops, Tablets, Uhren, anderen Wertgegenständen oder Geldwerten untersagt. Des Weiteren bitten wir Sie von Dienstbarkeiten untereinander, für die Sie eine finanzielle oder geldwerte Entlohnung oder Gefälligkeiten erwarten, abzusehen (hierzu gehört das Mitnehmen im Auto, das Borgen von Zigaretten usw.). Auch stellen Sie bitte Ihr Eigentum nicht der Allgemeinheit zur Verfügung. Wenn Ihnen etwas fehlt, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

- **Versicherung**

Während der Teilnahme an allen durchgeführten, angeleiteten und organisierten therapeutischen Angeboten, gegebenenfalls auf dem Weg dorthin sowie während einer externen Belastungserprobung (Praktikum) sind Sie über die Berufsgenossenschaft unfallversichert.

- **Wertsachen**

Bitte bringen Sie Ihre Wertsachen und Ihr Geld im Schließfach Ihres Schanks unter, für Verluste übernehmen wir keine Haftung.

- **Zimmer**

Die Zimmerzuweisung erfolgt über die Verwaltung. Zimmerwechsel sind mit Ihren Bezugstherapeuten und im Anschluss mit der Verwaltung abzuklären. Wir bitten Sie, am Entlassungstag Ihr Zimmer bis 8:30 Uhr zu räumen.

- **Zurückgelassene Gegenstände**

Es gilt für Gegenstände von Wert, die Sie bei Ihrer Entlassung oder einem Therapieabbruch zurücklassen, seitens der Klinik eine zumutbare Obhuts- und Aufbewahrungspflicht gemäß BGH Urteil vom 14.07.2010, AZ VIII ZR 45/09. Gemäß dieses Urteils stellen wir Ihnen die Aufbewahrung in Rechnung bzw. vernichten Ihre Gegenstände von Wert nach zweimaliger Aufforderung an Sie, diese abzuholen.

Anhang der Hausordnung:

Anhang I: Zimmerordnung

Anhang II: Liste der „Verbotenen Lebensmittel“

Anhang III: Brandschutzordnung

Anhang I

Zimmerordnung

- Beschädigung und Verschmutzung von Mobiliar, Wänden usw. können Ersatzansprüche seitens unseres Hauses begründen.
- 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 usw. ist unerwünscht.
- Die Benutzung von Tauchsiedern, Kochplatten, Wasserkochern, Mikrowellen u. ä. ist verboten
- Verderbliche oder kühlungspflichtige Lebensmittel dürfen nicht auf dem Zimmer aufbewahrt werden.
- 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 usw. 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 Zimmern und Balkons ist nicht gestattet.
- Zimmer und Balkone sind in eigener Verantwortung sauber und ordentlich zu halten, schwer zugängliche Bereiche (z.B. auf den Schränken) putzt unsere Hauswirtschaft.
- Eine Mitnahme von Skiern oder Snowboards und deren Lagerung auf dem Balkon ist nur nach Rücksprache mit den Sporttherapeuten gestattet, da es sich in der Regel um klinikeigene Ausrüstung handelt.

Anhang II

Verbotene Lebensmittel und Substanzen

- Getränke, die üblicherweise Alkohol enthalten, auch „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; Hustensaft usw.
- Lebensmittel, denen Alkohol zugesetzt wurde wie z.B. Weinbrandessig, Sherryessig, Weinsoßen usw.
- 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.

Anhang III

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 (auch auf den Balkonen) 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 nicht brennbare Sammelbehälter mit Deckel entleert werden.

Koch- und Wärmegeräte (Kaffeemaschinen, Heizlüfter o.ä.), die nicht zur Klinikausstattung gehören, dürfen nicht betrieben werden.

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 nichts abgestellt oder gelagert werden.

Fluchtwege und Rettungswegeschilder dürfen nicht verdeckt werden.

Fahrzeuge, die in Anfahrtzonen 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 Löschleinrichtung

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

Verhalten im Brandfall

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

Deshalb unbedingt Ruhe bewahren!!!

Nach der Brandmeldung ist sofort mit der Gebäudeevakuierung zu beginnen. Sammelplatz ist oberhalb der Arbeitstherapie. Bitte stellen Sie sich gruppenweise auf.

Nur wenn es gefahrlos möglich ist, ist mit der Bekämpfung des Brands 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 Klinikleitung 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 hinter der Arbeitstherapie 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.

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, Seattle: 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 Thomä, 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. Geesthacht: 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 psychoanalytisch-interaktionellen 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: borgmann 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 addictive behavior. New York: Guilford.

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2, Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, Arbeitskreis OPD, 3. Überarbeitete Auflage 2014

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

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

Petry, J.; Bense, 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., Norcross, 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., Höfeld, 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.

Schaeff, 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., Leichenring, 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.

Weih Markus, Prof. Dr. med. (2025), Neurotransmitter, Februar 2025.

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

Anhang 1:

Auflistung der Räumlichkeiten in der FK-Hirtenstein

Anhang 2:

Organigramm

Anhang 3:

Protokoll-Patientenkonferenzen

- Konferenzen
- Therapieziele
- Therapieprogramm
- Entlassungsvorbereitung

Anhang 4:

Wochenplan:

- Aufnahmephase
- Hauptphase
- Entlassungsphase

Auflistung der Räumlichkeiten in der FK-Hirtenstein

	Bauteil/ Geschoss	Anzahl	Größe (m²)	Ausstattung	Besonderheiten / Sonstiges
Einzelzimmer (Ausstattung aller Einzelzimmer identisch)					
	B249	1	11,3	Einzelbett für Übergröße, 1 Waschbecken auf Zimmer	
	B 311	1	11,8	Einzelbett für Übergröße, 1 Waschbecken auf Zimmer	
Doppelzimmer (Ausstattung aller Doppel identisch)					
	C 113	1	17,8	Doppelwaschbecken, 2 Schränke ein Schreibtisch, 2 Stühle und Zugang Balkon	
	C 114	1	17,8		
	C 115	1	17,8		
	C 116	1	17,8		
	C 117	1	17,8		
	C 118	1	17,8		
	C 119	1	17,8		
	C 120	1	17,8		
	C 121	1	17,8		
	C 122	1	17,8		
	C 123	1	17,8		
	C 213	1	17,8		
	C 214	1	17,8		
	C 215	1	17,8		
	C 216	1	17,8		
	C 217	1	17,8		
	C 218	1	17,8		
	C 219	1	17,8		
	C 220	1	17,8		
	C 221	1	17,8		
	C 222	1	17,8		
	C 223	1	17,8		
	B 124	1	17,8		
	B 125	1	17,8		
	B 126	1	17,8		
	B 127	1	17,8		
	B 128	1	17,8		
	B 129	1	17,8		
	B 130	1	17,8		
	B 224	1	17,8		
	B 225	1	17,8		
	B 226	1	17,8		
	B 227	1	17,8		
	B 228	1	17,8		
	B 229	1	17,8		
	B 230	1	17,8		
	B 303	1	17,8		
	B 304	1	17,8		
	B 305	1	17,8		
	B 306	1	17,8		

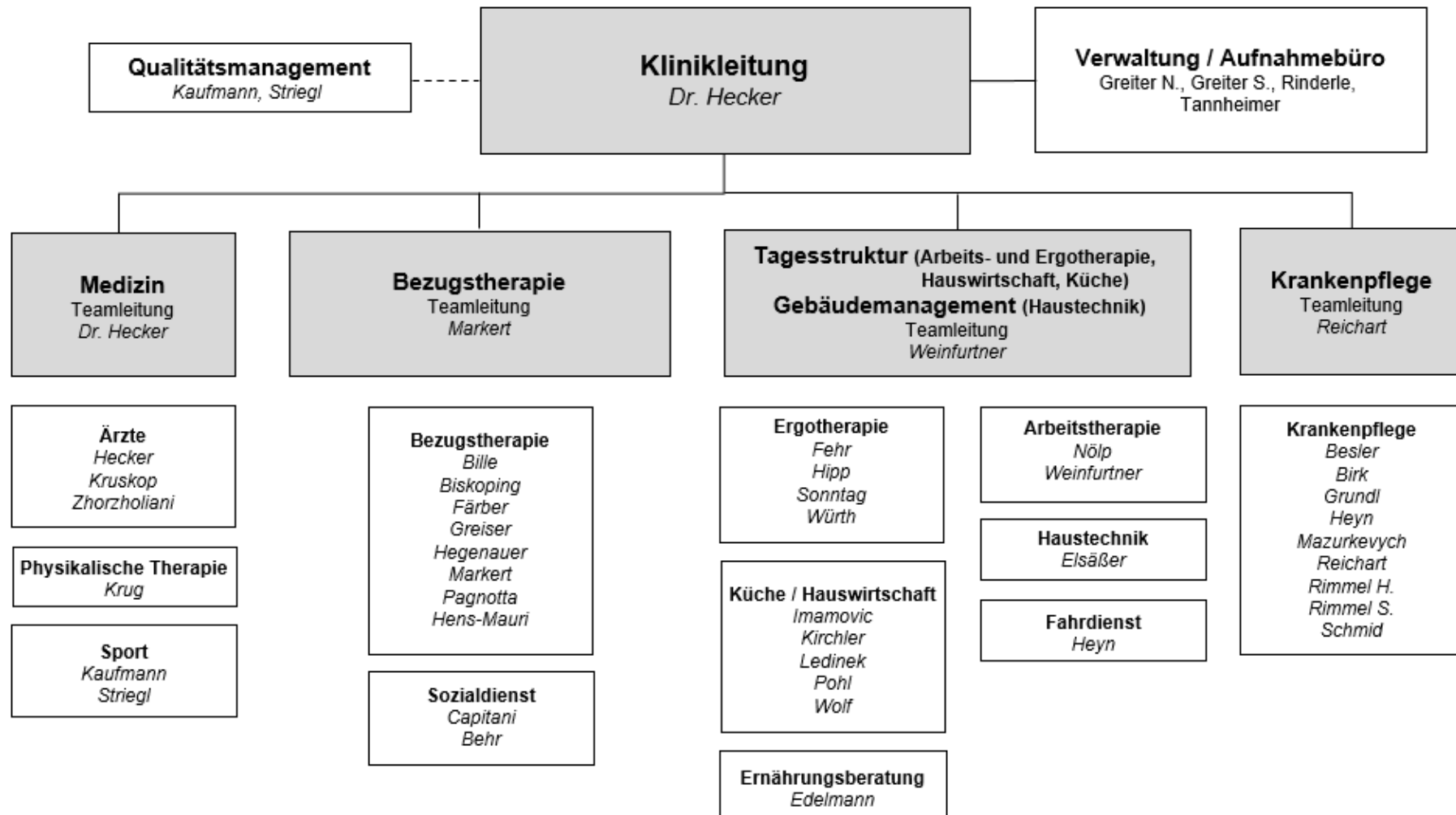
	B 307	1	17,8		
	B 308	1	17,8		
	B 309	1	17,8		
Büros					
	C K03 Haustechnik	1	12,3	einfach	
	C K08 Sporttherapie	1	10	einfach	
	A E28 Büro Ergo	1	18	einfach	
	A E27 Büro Ergo	1	12,4	einfach	
	C E22 Büro Krankenpflege	1	17,3		
	C E21 Behandlung Krankenpflege	1	17,5		
	C E20 Krankentpf. WC, Dusche, Übernachtung	1	15		
	C E02 Büro Verwaltung	1	22	Möbel erneuert 24 + 25	
	C E03 Verwaltung	1	13	Boden und Einrichtung 19	
	C 112 Büro BT	1	17,5		
	C 102 Büro BT	1	11,4		
	C 103 Büro BT	1	11,4		
	C 104 Büro BT	1	11,4		
	C 105 Büro BT	1	20		
	C 110 Praktikantenbüro	1	12,5		
	C 212 Büro BT	1	17,5		
	C 210 Büro BT	1	10,6		
	C 204 Büro BT	1	11,5		
	C 203 Büro BT	1	10,2		
	C 202 Büro BT	1	12,7		
	AT 1	1	22,4		
	AT 2	1	12,7		
	C E09 Aufnahmesekretari at	1	10,3		
	C E11 Chefarzt	1	23,4		
	C E14 Sportbüro	1	36,2		

	C E 15 Chefsekretariat	1	17,5		
	C E16 Wartezimmer	1	17,3		
	C E17 Arzt	1	17,2		23 neue Möbel + Boden
	C E18 Arzt	1	17,2		
	A E23 Büro Küche/Hauswirtschaft	1	16,8	einfach	Büro für 5 MA
Gruppenräume					
	B 131	1	24,5		
	C 111	1	24,7		
	C 211	1	24,6		
	C 205	1	23,3	gehoben	Neue Akustikdecke, neuer Anstrich, neue Beleuchtung Neue Akustik- decke, neue Beleuchtung
	C 201	1	50		
	B 248	1	20,9		
	B 310	1	20,7		
Funktionsräume					
	C K04 Infrarotkabine	1	12,5	einfach	
	C K05 Patienten-bibliothek	1	21		Bücher zum Ausleihen und lesen
	C K06 Lichttherapie + Cogpack Rechner	1	12	einfach	Lichttherapiegerät von Sanalux und Patienten PC für Cogpack Training
	C K09 Massageraum	1	23,5	einfach	2 Massageliegen
	C K16 Aufenthaltsraum	1	35	Renoviert, Anstrich + Boden	Billard + Dart + Kicker
	C K17 Aufenthaltsraum	1	34,6	Renoviert, Anstrich + Boden	Teeküche + Fernseh-bereich
	C K18 Kiosk	1	17	einfach	Für Patienten für den Erwerb von einigen Produkten wie: Deo, Waschmittel, Zahnpasta etc.
	B K20 Waschküche/ Trockenraum	1	51	einfach	2 Wasch- maschinen und 1 Trockner für Patienten
	A K31 Tonraum	1	27,5	Neuer Anstrich, neue Regale	Für 6 Patienten
	A K33 Gruppenraum	1	27	einfach	

	A E23 Ergotherapie	1	43	neuer Anstrich, neue Sitzecke	
	A E34 Lehrküche	1	18,8	2018 erbaut	
	A E35 Küche	1	97		
	B E36 Spülküche	1	24,6	Neuer Boden in 2023	5 Patienten Computer
	B E37 großer Speisesaal	1	154	Boden und Lampen 21 neu	
	B E37 kleiner Speisesaal	1	56,6		
	C E Computerraum	1	22		
	C E19 Multifunktionsraum	1	47		Neue Schallschutzdecke 26
	C E12 Trainingsraum	1	118		Boden + Möbel 21 erneuert, Anschaffung einiger Fitnessgeräte in den letzten 5 Jahren
	Sporthalle	1	414		Sonnen schutz 23 erneuert
	B 101 Aufenthaltsraum	1	52		Teeküche und Sitzbereich
	B 155 TV Raum	1	11,3		
	B 132 Mitarbeiteraum	1	18,5		
	B 133 MA Bibliothek	1	15,8		
	A 151 Kapelle	1	98		
	Arbeitstherapie Holzwerkstatt	1	185		
	Arbeitstherapie Metallwerkstatt	1	109		
	C E10 Kopierraum	1	10,3		
	C E16 Wartezimmer	1	17,3		
Toiletten					
	B E39 Besucher Damen	1	3,5	einfach	
	B E40 Besucher Herren	1	3,5	einfach	
	C E06 Medizin	1	3,9	einfach	
	C E07 Damen MA	1	3,9	einfach	
	C E08 Herren MA	1	3,9	einfach	
	C 107 MA Damen	1	3,8		

	C 108	1	8		2 Toiletten + 2 Pissoir
	B 154	1	3,6		
	B 153	1	7,3		
	C 208	1	8		2 Toiletten + 2 Pissoir
	C 207 MA Herren	1	3,8		
	B 251	1	7,2	2 WCs ein Waschbecken	
	B 252	1	3,7		
	B 313	1	7,2	2 WCs ein Waschbecken	
	B 314	1	3,7		
	AT 9+10	2	1,4		
Duschen					
	B152	1	12,6	4 Duschen, 1 Badewanne, 1 Waschbecken	
	C 109	1	12,1	4 Duschen, 1 Badewanne, 1 Waschbecken	
	C 209	1	12,1	4 Duschen, 1 Badewanne, 1 Waschbecken	
	B 250	1	12,1	4 Duschen, 1 Badewanne, 1 Waschbecken	
	B 312	1	12,1	4 Duschen, 1 Badewanne, 1 Waschbecken	

Organigramm der Fachklinik Hirtenstein



Name des Patienten:			
Genehmigte Therapiedauer		Vereinbarte Therapiedauer	
Alkoholabhängigkeit (F10.2)		Pathologisches Glückspiel (F63.0)	
Wichtige Lebensdaten			
Indikationskonferenz		Datum:	Handzeichen:
Rehakonferenz		Datum:	Handzeichen:
Medizinische Befunde:			
IK		RK	
Bezugstherapeutische Befunde:			
IK		RK	
Arbeitstherapeutische Befunde (incl. Ergotherapie):			
IK		RK	
Soziale Situation:			
IK		RK	
Körper- (Bewegungs-) bezogene Befunde			
IK		RK	

Therapieziele	
Körperfunktionen und –strukturen:	
IK	RK
Aktivitäten:	
IK	RK
Teilhabe:	
IK	RK
Persönliche Faktoren:	
IK	RK
Umweltfaktoren:	
IK	RK

Protokoll Patientenkonferenz

Fachklinik
Hirtenstein

Therapieprogramm für Hrn. vereinbart in der			
Indikationskonferenz		Datum:	Handzeichen:
Rehakonferenz		Datum:	Handzeichen:
Anpassung an Standardtherapiedauer	Ja ☐ Nein ☐		
Indikationsgruppe Bezugstherapie:	-IG Nr.-	ab -KW-	Indikationsgruppe Sport:
Achtsamkeit			Frühsport
Angst			Ergometertraining
Familie & Partnerschaft			Nordic-Walking
Gefühl & Verstand			MedTrainingsTherapie
Kognitives Training			Wassergymnastik
MPU			Wirbelsäulengymnastik
Rückfallprävention			Spielsport -1-
Tabakentwöhnung			Spielsport -2-
			PNP-Gruppe / Taulaufen
			Jacobson
Arbeitstherapie:	Ergotherapie:	Weitere Angebote:	
Außenbereich	Ausdruckzentrierte Gruppe		ABE intern / extern
Holz / Metall	Betätigungsfokussierte Gruppe		Arbeitgebergespräch
Hauswirtschaft			Angehörigengespräch
Küche	Alltagsgestaltung		Angehörigenseminar
Kiosk	Cogpack		Berufliche Perspektive
Müllentsorgung	Freizeitgruppe		Berufliche Rehaberatung (DRV)
Sportbereich	Garten- / Dekogruppe		
Verwaltung	Offene Werkstatt		Psychiatrische Sprechstunde
	Offenes Atelier		
	Ernährungsberatung:		
	Einzel		
	Diabetesschulung		
	Gewicht & Ernährung		
	Lehrküche		
Sonstige Vereinbarungen / Bemerkungen:			

Entlass - Vorbereitung

Leistungsfähig auf allgemeinem Arbeitsmarkt:	Ja	
	Nein	
Arbeitsplatz erhalten:	Ja	
	Nein	
Wohnung vorhanden:	Ja	
	Nein	
Obdachlosigkeit:	Ja	
	Nein	
Beratung zur Erwerbsminderungsrente:	Ja	
	Nein	
Beratung zur Altersrente:	Ja	
	Nein	
Nachsorge:	Ja	
	Nein	
Weiterbehandlung, -verlegung:	Ja	
	Nein	
Arbeitgebergespräch:	Ja	
	Nein	

Bemerkungen /
Sonstiges:

Wochenplan Aufnahmephase (Muster)

	Mo, 02.11	Di, 03.11	Mi, 04.11	Do, 05.11	Fr, 06.11
07 ⁰⁰	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)
	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)
08 ⁰⁰					08:10-08:25 Infogruppe -Infrarotanwendung- (Raum: K 04)
09 ⁰⁰	08:30-09:30 Hallensport -AG- (Wichtig: nur mit Sportschuhen-) (Raum: Sporthalle)	08:30-09:00 Ausdauerfest (Fahrradergometer) (Raum: E 12 Trainingsraum (MTT))	08:30-09:00 Infogruppe -Verwaltung- (Raum: 131)	08:30-10:00 Arbeitstherapie -Einweisung- (Raum: AT-Gebäude)	08:30-09:30 Chefärztliche Aufnahmevisite (Raum: E 19)
			09:15-10:15 Einweisung -MTT- (Raum: E 12 Trainingsraum (MTT))		09:30-10:30 Ergotherapie -Ton Basis 1- (Raum: K 31)
10 ⁰⁰	09:45-10:15 Infogruppe -Sicherheit, Brandschutz- (Raum: 131)	09:45-10:15 Infogruppe Sport (Raum: E 19)		10:00-10:30 Zimmervisite (Raum: eigenes Zimmer)	
	10:30-11:30 Aufnahmegruppe (Raum: 201)	10:30-11:30 Aufnahmegruppe (Raum: 201)	10:30-11:30 Aufnahmegruppe (Raum: 201)		
11 ⁰⁰				11:00-12:00 Nordic-Walking (Treffpunkt: Raum K 15)	
12 ⁰⁰	11:45-12:30 Ergotherapie -ADL-Hygiene- (Raum: 131)	11:45-12:15 Infogruppe -Sozialdienst- (Raum: 201)			11:45-12:30 Ergotherapie -ADL-Bad/WC- (Raum: 131)
	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)
14 ⁰⁰	13:30-14:30 Aufnahmegespräch (Raum: 110)	13:30-14:15 Ergotherapie -ADL-Einweisung/Küche- (E 35, Küche)		13:30-15:10 AT -Eingangsdagnostik- (Wichtig: Nur mit geschlossenen Schuhen) (Raum: AT-Gebäude)	14:00-15:00 Plenum (Speisesaal)
15 ⁰⁰		14:40-15:40 ET -Ernährungsberatung- AG (Raum: E 19)	14:30-15:30 Infogruppe Gesundheit - wöchentlich wechselnde Themen (Raum: E 19)	15:15-15:40 Einweisung -Ergometertraining- (Raum: E 12 MTT-Raum)	15:00-15:25 Ergometertraining (Raum: E 12 Trainingsraum (MTT))
16 ⁰⁰					
17 ⁰⁰	17:30-17:45 Supportives Gespräch -2-		16:30-17:30 Infogruppe Gesundheit: Wissenswertes rund um den Tabakkonsum (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	19:00-20:00 Infoforum Therapieablauf (Raum: 201)	19:00-20:00 Hausführung mit Paten (Raum: Foyer)	19:30-20:30 Selbstbetreute Gruppe -THERAPIEZIELFINDUNG- (Raum: 201)	19:00-20:00 Hausführung mit Paten (Raum: Foyer)	19:30-20:00 Infogruppe Hygiene (Raum: E 19)
20 ⁰⁰					

Wochenplan Hauptphase (Muster)

06:00		06:00-08:15 Arbeitstherapie -Küche-Früh- (Küche)	06:00-08:15 Arbeitstherapie -Küche-Früh- (Küche)		06:00-08:15 Arbeitstherapie -Küche-Früh- (Küche)
07:00	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)			07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	
	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Mittagessen Werktag (Speisesaal)
08:00	08:05-08:25 Bereichsgruppe -Küche- (Großer Speisesaal)				
	08:30-10:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (Raum: 201)		08:30-10:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (Raum: 201)	08:30-10:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (Raum: 201)	
09:00					
		09:30-10:00 Ergometertraining (Raum: E 12 Trainingsraum (MTT))			
10:00		10:15-10:45 Bewegungstherapie (PHF) -Bitte nur mit Sportschuhen	10:15-10:40 Infogruppe -weiterführende Maßnahmen- (Raum: 111)		10:00-10:30 Ergometertraining (Raum: E 12 Trainingsraum (MTT))
11:00	10:45-12:15 Ergotherapie -Ausdruckszentrierte Therapie- (Raum: E 25)	11:00-11:45 Wirbelsäulengymnastik -Bitte nur mit Sportschuhen kommen- (Raum: Sporthalle)	11:00-12:00 Nordic-Walking (Treffpunkt: Raum K 15)	11:00-11:30 Berufliche Rehabilitationsberatung (DRV) (Raum: 133 (MA-Bibliothek))	11:30-12:00 Bewegungstherapie (PHF) -Bitte nur mit Sportschuhen kommen- (Raum: Sporthalle)
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	13:00-13:25 Jacobson (Raum: Sporthalle)	13:00-14:30 AT -Offene Werkstatt- -1- (Raum: AT-Gebäude)			13:00-13:30 Jacobson (Raum: Sporthalle)
	13:30-15:00 Indikationsgruppe -ACHTSAMKEIT- (Raum: 201)		13:30-15:00 Indikationsgruppe -TABAKENTWÖHNUNG- (Raum: 201)	13:30-14:30 Sport (Tischtennis, Boule o.ä.) (Raum: Sporthalle)	
14:00					14:00-15:00 Plenum (Speisesaal)
15:00					15:00-15:25 Psychologische Beratung -Therapiebegleiter- (-/-)
	15:30-17:00 Indikationsgruppe -RÜCKFALL- (Raum 111)	15:30-16:30 Infogruppe Gesundheit - wöchentlich wechselnde Themen (Raum: E 19)	15:30-16:20 Bezugstherapie Einzelgespräch -LANG- (Raum: Büro Bezugstherapeut-in)	15:30-17:00 Indikationsgruppe -FAMILIE & PARTNERSCHAFT- (Raum: 211)	
16:00					
17:00					
	17:30-17:45 Supportives Gespräch -2-				
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					
20:00			19:30-21:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (ohne Therapeut) (Raum: E19)		

Wochenplan Entlassphase (Muster)

06 ⁰⁰			06:00-08:15 Arbeitstherapie +Küche-Früh- (Küche)		
07 ⁰⁰	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)		07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)	07:00-07:30 Frühsport (Treffpunkt: Foyer)
	07:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)		07:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück Werktag (Speisesaal)
08 ⁰⁰	08:05-08:25 Bereichsgruppe -Küche- (großer Speisesaal)				
	08:30-10:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (Raum: 201)		08:30-10:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (Raum: 201)	08:30-10:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (Raum: 201)	
09 ⁰⁰					
		09:30-10:00 Ergometertraining (Raum: E 12 Trainingsraum (MTT))			
10 ⁰⁰		10:15-10:40 Infogruppe -weiterführende Maßnahmen- (Raum: 111)			10:00-10:30 Ergometertraining (Raum: E 12 Trainingsraum (MTT))
	10:45-12:15 Ergotherapie -Ausdruckszentrierte Therapie- (Raum: E 25)	11:00-11:45 Wirbelsäulengymnastik -Bitte nur mit Sportschuhen kommen- (Raum: Sporthalle)	11:00-12:00 Nordic-Walking (Treffpunkt: Raum K 15)	11:00-11:30 Sozialberatung mit Betriebsangehörigen (Raum: Büro Sozialdienst)	
11 ⁰⁰				11:45-11:50 Sozialmedizinische Beurteilung (Raum: E 19)	11:30-12:00 Bewegungstherapie (PNP) -Bitte nur mit Sportschuhen kommen- (Raum: Sporthalle)
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	13:00-13:25 Jacobson (Raum: Sporthalle)	13:00-14:30 AT -Offene Werkstatt- -1- (Raum: AT-Gebäude)			13:00-13:30 Jacobson (Raum: Sporthalle)
	13:30-15:00 Indikationsgruppe -ACHTSAMKEIT- (Raum: 201)		13:30-14:00 Abschlussgespräch (Raum: Büro Bezugstherapeut, -in)	13:30-14:30 Sport (Tischtennis, Boule o.ä.) (Raum: Sporthalle)	
14 ⁰⁰		14:45-15:00 Ärztliche sozialmedizinische Beratung (Raum: Büro Bezugstherapeut)			14:00-15:00 Plenum (Speisesaal)
15 ⁰⁰			15:30-16:30 Bezugstherapie Einzelgespräch -LANG- (Raum: Büro Bezugstherapeut -in)	15:30-17:00 Indikationsgruppe -FAMILIE & PARTNERSCHAFT- (Raum: 211)	
16 ⁰⁰					
17 ⁰⁰					
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					
20 ⁰⁰			19:30-21:00 Bezugsgruppe -Nebelhorn- (ohne Therapeut) (Raum: E 19)		