

Rehabilitationskonzept

Fachklinik St. Vitus, Visbek



Dr. Thomas W. Heinz / Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor

15.11.2017 Version 2.0

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 3-4
2. Allgemeines	Seite 5
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	Seite 6-7
4. Theoretische Grundlagen	Seite 8-10
5. Indikationen und Kontraindikationen	Seite 11
6. Rehabilitationsziele	Seite 12
7. Rehabilitationsdauer	Seite 12
8. Aufnahmeverfahren	Seite 13
9. Rehabilitationselemente	Seite 13-37
10. Personelle Ausstattung	Seite 37
11. Räumliche Gegebenheiten	Seite 37-38
12. Kooperation und Vernetzung	Seite 38
13. Maßnahmen der Qualitätssicherung	Seite 39
14. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation	Seite 39-40
15. Qualitätsmanagement / externe Beauftragte	Seite 40
16. Fortbildung	Seite 40
17. Supervision	Seite 41
18. Hausordnung	Seite 41
14. Literaturverzeichnis/Quellennachweis	Seite 42-48

Anlagen/Ergänzende Unterlagen

1. Einleitung

Die Fachklinik St. Vitus GmbH ist eine kirchlich-caritative Einrichtung der Suchtkrankenhilfe. Unsere Ausrichtung ist geprägt vom christlichen Verständnis der Würde und der Grundrechte eines jeden Menschen, der Sinnhaftigkeit seines Lebens. Jeder Mensch hat Anspruch auf Achtung seiner Persönlichkeit und Individualität. Die Wertschätzung des Anderen in seiner Persönlichkeit, seinem Handeln, seinen Schwächen und seinen Stärken ist unabdingbare Voraussetzung im Umgang mit den Patientinnen sowie im Mitarbeiter-Team und ein zentrales therapeutisches Mittel.

Die Fachklinik ist als Rehabilitationseinrichtung für abhängigkeitskranke Frauen in ihrer Zielsetzung auf das Erhalten oder die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit der Patientinnen ausgerichtet und bietet den Patientinnen Unterstützung für eine hierauf gerichtete Neuorientierung ihres Lebens. Diese Ziele der Teilhabe an allen wichtigen Lebensbereichen werden über die Herstellung eines möglichst hohen Maßes an körperlicher, psychischer Gesundheit und sozialer Kompetenz erreicht.

Unser gemeinsames Ziel erhält einen individuellen Zuschnitt, der sich immer an der persönlichen Situation der Patientin mit ihren spezifischen Stärken und Defiziten ausrichtet.

Das Behandlungsprogramm ist auf die Besonderheiten frauenspezifischer Krankheitsbilder und Therapieangebote ausgerichtet.

Wertschätzung, Respekt und Hilfe zur Selbsthilfe sind die Grundlage unserer individuellen professionellen Arbeit für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen. Multiprofessionell erfolgt unsere Arbeit auf der Basis neuester umsetzbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Die Fachlichkeit und Qualität unserer Arbeit wird auch geprägt durch die Kooperation und den regelmäßigen fachlichen Austausch mit den Leistungsträgern, Psychosozialen Beratungsstellen, betrieblichen Sozial- und Suchtberatungsstellen, Kliniken, Arztpraxen, Nachsorgeeinrichtungen, Agenturen für Arbeit, anderen Trägern beruflicher Rehabilitation sowie den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege.

Wenn ambulante ärztliche Behandlung und Anbindung an Suchtberatungsstellen nicht mehr ausreichen, um stoffliche Abhängigkeit mit daraus folgenden psychischen, sozialen und organischen Funktionsstörungen zu beheben, wenn die durch Abhängigkeit bedingten Schädigungen nicht nur zur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivitäten geführt haben, sondern auch die Teilhabe am Erwerbsleben beeinträchtigen, ist eine teilstationäre oder stationäre medizinische Rehabilitation angezeigt. Diese erfordert ein umfassendes, ganzheitlich angelegtes und interdisziplinäres stationäres Rehabilitationskonzept, wie es von der Fachklinik St. Vitus für abhängigkeitskranke Frauen vorgehalten wird.

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an dem neuesten Stand der Forschung. Die therapeutischen Maßnahmen sind multimodal bei Integration der tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, gestalttherapeutischen und systemischen Psychotherapieverfahren, außerdem, aufgrund des Schwerpunktes Sucht und Trauma durch Trauma-therapeutische Verfahren. Das Behandlungsangebot wird durch nonverbale Therapieverfahren unterstützt. Un-

terschiedlichste Therapiebausteine machen eine umfassende Behandlung der komplex erkrankten Patientinnen im Rahmen der Rehabilitation möglich. Der Behandlungsplan kann individuell auf die vorliegenden Störungsbilder und deren Schweregrad angepasst werden. Ziel ist die Sicherung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit mit sozialer und beruflicher Teilhabe einer jeden Patientin.

Das im Folgenden dargestellte Konzept befindet sich in einem dynamischen Prozess der permanenten Aktualisierung und Weiterentwicklung. Dieser Prozess wird aktiv von allen Mitarbeitern getragen und orientiert sich am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, an den Erfordernissen der praktischen Arbeit, wie sie durch die Patientinnen an uns herangetragen werden und nicht zuletzt an den Vorgaben der Leistungsträger.

2. Allgemeines

Es wird hier ein Rehabilitationskonzept zur Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter von Alkohol, Cannabis, Glücksspiel und Medikamenten vorgelegt. Komorbiditäten mit Trauma-Folge-Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen stellen einen Schwerpunkt der Therapieansätze dar.

Fachkliniken St. Marien - St. Vitus GmbH
Dammer Str. 4a
49434 Neuenkirchen
Telefonnummer 05493/502-0
Faxnummer 05493/502-179

Fachklinik St. Vitus
Ahlhorner Sr. 32
49429 Visbek
Telefonnummer 04445/899-0
Faxnummer 04445/899-180

Träger: Stiftung St. Vitus - St. Marien, Visbek
Institutionskennzeichen (IK) VS: 111170019

info@sucht-fachkliniken.de
www.sucht-fachkliniken.de

Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor:
Dr. Thomas W. Heinz
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leitende Ärztinnen:
Sabine Lottermoser
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Helga Darboe-Bergmann
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Leitende Psychologin:
Sabine Zentner
Psychologische Psychotherapeutin

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Die Fachklinik St. Vitus GmbH ist eine Einrichtung zur gendersensiblen Rehabilitation abhängigkeiterkrankter Frauen mit dem Schwerpunkt Sucht und Trauma. Die Klinik hat 90 stationäre und 5 ganztägig ambulante Therapieplätze.

In enger Anbindung an die katholische Pfarrgemeinde St. Vitus in Visbek und mit deren finanzieller und personeller Unterstützung wurde 1924 das St. Vitus-Stift als Allgemeinkrankenhaus in Betrieb genommen. Träger war die Stiftung St. Vitus-Stift, was zu einer engen Verbindung zwischen Pfarrgemeinde und Krankenhaus führte.

1975 wurde das Allgemeinkrankenhaus in eine Fachklinik für alkoholranke Frauen umgewandelt. Diese Einrichtung mit damals 40 Therapieplätzen arbeitete zunächst rein sozialtherapeutisch. Seit 1979 steht die Fachklinik unter ärztlicher Leitung. Durch umfangreiche Baumaßnahmen wurde sie auf derzeit 90 stationäre Behandlungsplätze erweitert.

Ab 01.01.2010 ist die Fachklinik St. Vitus eine Betriebsstätte der „Fachkliniken St. Marien – St. Vitus GmbH“. Die Gesellschaft ist kooperatives Mitglied im Landescaritasverband und unterliegt der Aufsicht des Bischöflich Münsterschen Offizialates. Seitdem lautet die Firma: Fachklinik St. Vitus, Visbek. Die Fachklinik St. Vitus ist die einzige Frauensuchtfachklinik in Norddeutschland mit dem Schwerpunkt Sucht- und Trauma in der Rehabilitation.

Durch die Nähe zu den Bundesautobahnen A1, A28 und A29 ist die Klinik mit dem Auto gut zu erreichen. Per Bus oder Bahn kann die Anreise über die Nachbarstädte Wildeshausen, Ahlhorn oder Vechta erfolgen.

Die Gemeinde Visbek hat fast 10.000 Einwohner. Eingebettet in die typisch oldenburgisch-münsterländische Natur mit ausgedehnten Wäldern, grünen Wiesen, Bächen und Mühlenteichen bietet der Ort Visbek mit seinen 13 Bauernschaften viel Ruhe und Erholung. Etwa 20% des Gebietes der Gemeinde liegt in Landschaftsschutzgebieten, wobei die Flächen für Naherholung als besonders wertvolle Gebiete eingestuft sind. Darüber hinaus befindet sich der überwiegende Teil der Bruchtäler in dem rd. 500 ha großen Naturschutzgebiet „Bäken der Endeler und Holzhauser Heide“.

Die Fachklinik St. Vitus GmbH ist gut in die Gemeinde integriert. Durch Kontakte zu gegenwärtig 10 örtlichen Betrieben und Institutionen ist es möglich Patientinnen in externe Arbeitserprobungsmaßnahmen zu vermitteln. Die realitätsnahe Belastungserprobung ermöglicht eine zutreffende sozialmedizinische Beurteilung und macht den Patientinnen Mut, die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben anzustreben.

Durch Kooperationsverträge mit den Arztpraxen im Ort ist es jederzeit möglich, auch akute und komplizierte körperliche Erkrankungen mitbehandeln zu lassen. Auf diese Weise ist eine umfangreiche, fachübergreifende organmedizinische Versorgung der Patientinnen gesichert. Es besteht eine enge Kooperation mit den Suchtberatungsstellen der Region. Unsere Fachklinik ist eingebunden in ein Netzwerk aller an der Behandlung Suchtkranker beteiligten Institutionen. Im Rahmen eines Trägerverbundsystems besteht eine Form von Integrierter

Versorgung von Abhängigkeitskranken mit qualifizierter Entgiftung im St. Elisabeth-Krankenhaus in Damme und KH Johanneum in Wildeshausen.

Die Fachklinik St. Vitus GmbH bietet einen behindertengerechten Zugang in die Einrichtung, Fahrstühle, die ausreichend sind für einen Rollstuhl und eine weitere Person. Die Anfahrt durch Krankenwagen und evtl. Weitertransport einer Trage im Fahrstuhl sind möglich.

Das Therapieangebot unserer Klinik richtet sich an volljährige Frauen. Aufnahmen erfolgen aus dem gesamten Bundesgebiet. Belegende Leistungs- und Kostenträger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund in Berlin (Federführer), die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Braunschweig-Hannover, Nord und Westfalen, aber auch andere regionale Versicherungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bahn Knappschaft und See. Ferner wird die Klinik von verschiedenen Krankenkassen und Selbstzahlern belegt.

Es findet die Therapie Abhängigkeitserkrankter von Alkohol, Cannabis, Amphetaminen, Medikamenten, Essstörungen und Impulskontrollstörungen, insbesondere in Komorbidität mit Traumafolgestörungen, schweren dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen statt.

Es werden Langzeittherapie, Kurzzeittherapien, Stabilitätsorientierte Festigungstherapien (StoF) und Kombi-Behandlungen durchgeführt. Die Ausrichtung auf spezielle Therapieprogramme, die Ausweitung und Differenzierung vielfältiger Indikationsgruppen und die Mitentwicklung von Kombinationstherapien bieten passgenaue Therapiemöglichkeiten, um eine individualisierte, an den komorbiden Störungen und Therapiezielen orientierte Rehabilitation durchführen zu können.

Es können auch schwangere Patientinnen, nach eingehender Prüfung von Indikation und Rehabilitationsfähigkeit, aufgenommen werden.

Für Mütter, die ihre Kinder nicht im häuslichen Umfeld belassen können, besteht die Möglichkeit der Mitbehandlung der Kinder in der Jugendhilfeeinrichtung St. Vinzenz – Haus in Cloppenburg. Für Mütter, deren Kinder während der Rehabilitation fremduntergebracht sind, werden Hilfeplankonferenzen und Teamgespräche mit den Betreuern und dem Jugendamt ebenso wie gegenseitige Besuche, gegebenenfalls auch mit Übernachtung, fest in den Therapieplan integriert.

4. Theoretische Grundlagen

Suchtmedizin als Teil der Psychiatrie verfügt über ein sich zum momentanen Zeitpunkt rasch entwickelndes Fachwissen, das die Suchtmedizin wie die gesamte Psychiatrie und Psychotherapie aus eher individualistisch geprägten Therapieansätzen hin zu evidenzbasierter Behandlung entwickelt. Therapieansätze werden immer differenzierter und effizienter, auch durch die wachsende Kenntnis der biologischen und psychologischen Grundlagen der Erkrankungen.

Trotz dieser Kenntnisse bleiben aber die im Alltag zu bewältigenden Probleme die gleichen oder zumindest sehr ähnliche wie seit Jahrzehnten. Bei den meisten Betroffenen liegen schwierige familiäre und partnerschaftliche Beziehungsstrukturen und -gestaltungen vor, auch Schwierigkeiten im Arbeitskontext sind Probleme die immer wieder auftreten, die Familien z.T. über Generationen begleiten. Auch sind soziale Randgruppen weiterhin ebenso wie Erkrankte mit psychischer Komorbidität gefährdet, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln.

Feuerlein beschreibt in einem Dreiecksmodell die multikonditionale Genese des Alkoholismus durch das Zusammenwirken von Individuum, Sozialfeld und Droge (Feuerlein 1975). Dieses Modell ist geeignet, nicht nur die Genese der Alkoholabhängigkeit, sondern auch die jeder Abhängigkeitserkrankung und generell jeder psychischen Störung zu beschreiben. Er stellt erstmals eine „ganzheitliche“ Betrachtungsweise vor, die eine monokausale Ursache ablehnt und damit einen komplexen Arbeitsansatz impliziert. Das Modell ist auf beide Geschlechter anwendbar.

Nach dem SORCK-Modell der Verhaltenstherapie sind für ein dysfunktionales Verhalten wie Suchtmittelkonsum verschiedene Faktoren relevant: die Auslöser/Stimuli (S), die Organismusvariable (O), in der sich die biologische Ausstattung und Lerngeschichte des Individuums spiegelt, die Konsequenzen (C) des Verhaltens und die Kontingenz (K), d.h. wie die Konsequenzen an das Verhalten gekoppelt sind.

Eine Abhängigkeitserkrankung ist also auf ganz verschiedenen Ebenen repräsentiert. Sie hat Bezug zum sozialen Umfeld, aus dem sich häufiger die Auslöser sowie ein Teil der Konsequenzen des Verhaltens ergeben, sie fußt auf einer biologischen Komponente. Häufig finden sich zudem im Bereich der Organismus-variablen auffällige Persönlichkeitsstrukturen mit Problemen im Interaktionsverhalten (vgl. Margraf 2000, Beck et al. 1997).

Soll die Therapie erfolgreich sein, sind die o.g. Faktoren zu berücksichtigen. Eine alleinige medikamentöse Behandlung von Entzug und Craving ist genauso wenig ausreichend wie die alleinige psychotherapeutische Behandlung des dysfunktionalen Verhaltens als missglückten Lösungsversuch der Probleme oder die Strategie durch isolierte Bemühungen eine verbesserte soziale Integration in Familie und am Arbeitsplatz zu erreichen.

Grundlage ist eine Stärkung des Selbsteffizienzerlebens zur Stärkung der Selbstverantwortung, bei vorhandener Ambivalenz immer wieder eine Sicherung des Commitments, damit die weiteren notwendigen Schritte in Angriff genommen werden können.

Im Verlauf einer gezielten Therapie können neue Strategien eingeübt werden, die letztendlich Voraussetzung sind, um im Alltag suchtmittelfrei bestehen zu können. Dies ist Voraussetzung

für die Besserung und Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabe, die dann wiederum die Abstinenz sichern kann.

Nach dem gesetzlichen Auftrag bewilligt die Deutsche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegen zu wirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern (§§ 9 und 10 SGB VI).

Das vorliegende Therapiekonzept ist an den verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Verständnisses der Krankheitsentwicklung ausgerichtet.

Im Sinne des Krankheitsfolgemodells des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsstörungen, Behinderungen und Gesundheit) der WHO (Weltgesundheitsorganisation) treten in der medizinischen Rehabilitation die Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit als Folge der zugrundeliegenden Erkrankungen nach ICD in den Vordergrund.

Suchterkrankungen bei Frauen

Unabhängig von den genetischen, biologischen und intrapsychischen Erklärungsversuchen stimmen die mit süchtigen Frauen Arbeitenden darin überein, dass es meist benennbare Gründe für die Suchtentwicklung gibt, die eindeutig mit der spezifischen Mädchen- und Frauensozialisation zusammenhängen. Suchterkrankung kann sich bei Frauen durch gesellschaftlich verankerte negative Erfahrungen, die die Verarbeitungsfähigkeit und Affekttoleranz der Betroffenen deutlich überschreitet entwickeln. Suchtmittel und Suchtverhalten werden eingesetzt, um emotionale Blockierungen zu lösen und/oder unerträgliche (z. B. Ohnmacht, Angst, Hilflosigkeit) oder nicht erlaubte Gefühle (z. B. Aggressionen) zu kontrollieren, dadurch können überfordernde Situationen ertragen werden. Sehr selten wird das Suchtmittel als aktives Bewältigungsmittel, zur Stärkung aggressiver Fähigkeiten eingesetzt (Meier et al. 1995).

Es gibt verschiedene Entwicklungstypen der Suchtentwicklung bei Frauen.

Frauen mit später Suchtentwicklung sind meist über 30 Jahre alt und weisen eine typische Frauensozialisation auf. Aus geschlechtsspezifische Rollenerwartungen einlösenden Töchtern werden sorgende Ehefrauen und Mütter, die sich nicht aus den abhängigen Strukturen des Elternhauses lösen. Den meisten dieser Frauen fehlt eine eigenständige Identität, sie beziehen sich bis ins Erwachsenenalter in ihren Wertvorstellungen, denen die Gefühlswelt untergeordnet wird, auf nicht hinterfragte Autoritäten der Herkunftsfamilie und in den späteren Beziehungen. Diese Frauen erleben, dass die getreuliche Befolgung der erlernten Rolle nicht einbringt, was sie verspricht, nämlich die Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen in der Geschlechterbeziehung (Camenzind 1992). Das Suchtmittel wird typischerweise gegen Einsamkeit, Überforderung und Frustration eingesetzt. Die Lebensbedingungen dieser Frauen bieten wenige Möglichkeiten, ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln. Die Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation wird von ihnen daher auch nicht als Möglichkeit zur Änderung begriffen, sondern verursacht Schuldgefühle und den Zwang, die negativen Gefühle herunterzuschlucken (s.a. Merfert-Diete et al. 1984).

Frauen mit früher Suchtentwicklung sind oft in Familiensituationen aufgewachsen, die von innerer und sozialer Desintegration und mangelnder Bildung geprägt sind und in denen oftmals mindestens ein Elternteil süchtig ist. Häufig wechselnde Bezugspersonen, Heimaufenthalte und körperliche, seelische und sexuelle Gewalterfahrungen sind typisch. Diese Patientinnen beginnen zum Teil bereits in der Kindheit oder in der Pubertät den Suchtmittelkonsum oft beginnt in dieser Zeit auch gestörtes Essverhalten oder eine Essstörung.

Entsprechend einer Meta-Analyse von Simpson und Miller aus dem Jahr 2002 (53 Studien: 32 über Frauen, 18 über Männer/Frauen, 5 über Männer) wurden 27% - 67% der suchtmittelabhängigen Frauen sexuell missbraucht, 33 % wurden körperlich misshandelt (9% bis 29% der Männer erlitten sexuellen Missbrauch, 24 % - 53 % körperliche Gewalt). In einer anglo-amerikanischen Studie hatten bis zu 50 % der Suchtpatienten eine Lebenszeitprävalenz für eine PTBS. Dabei wirkt die emotionale Vernachlässigung /Misshandlung, die bis zu 80 % stattfindet (Kutscher et al., 2002) ebenfalls traumatisierend.

Auch in der Trauma-Studie von Driessen et al (2008) bestätigte sich, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen waren. Dabei litten 25% der Untersuchten, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in ambulanter oder stationärer Behandlung befanden an einer akuten oder chronischen Traumafolgestörung. Bei den Patienten mit schwerer Drogenabhängigkeit waren 34% der Untersuchten betroffen.

5. Indikationen und Kontraindikationen

Das Behandlungskonzept ist ausgerichtet auf die Rehabilitationsbehandlung von volljährigen abhängigkeiterkrankten Frauen.

Indikationen zur Behandlung sind:

- Alkoholabhängigkeit (ICD10 F10.2)
- Medikamentenabhängigkeit (ICD10 F13.2 ICD10 F11.2, ICD10 F55)
- Cannabisabhängigkeit (ICD10 F12.2)
- Amphetaminabhängigkeit (ICD10 F15.2)
- Kokain (ICD10 F14.2)
- Polytoxikomanie (ICD10 F19.2)

und als Nebendiagnosen:

- Einfache und komplexe Traumafolgestörungen, Langanhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen (ICD10 F43.0, ICD10 F43.1, ICD10 F43.2, ICD10 F62.0)
- Dissoziative Störungen (ICD10 F44)
- Dissoziative Identitätsstörung (ICD10 F44.81)
- Somatoforme Störungen (ICD10 F45)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD10 F60)
- affektive Störungen (ICD10 F30 bis ICD10 F38)
- phobische Störungen (ICD10F40 bis ICD10F42)
- Essstörungen (ICD10 F50.0, ICD10 F50.2, ICD10 F50.4, ICD10 F50.5, ICD10 F50.8)
- Pathologische Glücksspielabhängigkeit (ICD10 F63.0)
- Kaufsucht (ICD10 F63.8)
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD10 F20, ICD10 F21)
- Tabakabhängigkeit (ICD10 F17.2)

Nicht in unserem Setting behandeln können wir

- schwerwiegende hirnorganische Störungen mit erheblicher Desorientierung oder
- sonstige schwerwiegende Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten
- akute schwerwiegende psychotische Erkrankungen
- akute Suizidalität
- schwere akute körperliche Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit
- keine Behandlung unter Substitution möglich

Bei allen genannten Haupt- und Nebendiagnosen muss Rehabilitationsfähigkeit bestehen, diese wird bei Bedarf im Rahmen von Vorgesprächen und während der Rehabilitation kontinuierlich von den leitenden Ärztinnen und der leitenden Psychologin geprüft.

6. Rehabilitationsziele

Grundlegende Ziele der Rehabilitationsmaßnahme sind die Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht hinsichtlich der Abhängigkeitserkrankung und der komorbiden Störungen, Erhaltung und Stabilisierung der dauerhaften Abstinenzfähigkeit, Symptomreduktion, Bewältigung und Vermeidung von Rückfallsituationen, Selbstmanagement, Verbesserung von Konflikt- und Krisenbewältigung, Hinführung zu einer gesunden Lebensführung, berufliche Wiedereingliederung sowie Hilfen im sozialen Umfeld unter aktiver Einbindung der Rehabilitandin.

Die oben genannten Ziele sind nur zu verwirklichen, wenn neben den abhängigkeitspezifischen Zielen auch Veränderungen in den Problembereichen erreicht werden, die in funktionalem Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum der Patientin stehen oder für die Stabilisierung der Abstinenz von Bedeutung sind.

Die Behandlungsziele legen wir gemeinsam mit jeder Patientin individuell fest. Die Ziele werden während der Behandlung immer wieder überprüft und gegebenenfalls verändert.

7. Rehabilitationsdauer

Bei der Indikation der Therapiedauer werden die Vorgaben der Leistungsträger berücksichtigt und gestaltet sich wie folgt:

- Regelbehandlung bei legalen Suchtmitteln und Verhaltenssüchten mit bis zu 15 Wochen Behandlungsdauer
- Regelbehandlung bei illegalen Drogen mit bis zu 22 Wochen Behandlungsdauer
- Rückfallbehandlung mit bis zu 10 Wochen Behandlungsdauer
- Stabilisierungsorientierte Festigungstherapie mit 3 Wochen Behandlungsdauer
- als tertiäres Präventionsangebot
- Kombibehandlungen
- Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit mit 13 +2 Wochen Behandlungsdauer
- Drogenabhängigkeit mit 22+ 2 Wochen Behandlungsdauer

In den wöchentlichen Fallbesprechungen oder in der Visite werden die individuellen Therapieziele überprüft, wenn notwendig und möglich die Therapiedauer über Budget angepasst, gegebenenfalls für die Therapie mit regulärer Beendigung verkürzt.

Beim Vorliegen schwerer komorbider Traumafolge- oder Persönlichkeitsstörungen wird eine Verlängerung dann in Betracht gezogen, wenn die Patientin eine deutliche Zunahme der Veränderungskompetenzen zeigt und bei Traumafolgestörung, eine Traumaexpositionsbehandlung in Frage kommt und zur Erlangung der sozialen und beruflichen Teilhabe indiziert ist.

8. Aufnahmeverfahren

Die Anmeldung erfolgt über unsere Aufnahmekoordination. Vor der Aufnahme müssen ein ärztlicher Bericht, Sozialbericht und die schriftliche Zusage durch den Leistungsträger (Rentenversicherer / Krankenkasse) vorliegen.

Der körperliche Entzug von Alkohol und/oder Medikamenten und Drogen (zu Lasten der Krankenversicherung) ist Voraussetzung für den Therapiebeginn.

Patientinnen, die intoxikiert zur Aufnahme erscheinen, werden zum körperlichen oder auch qualifizierten Entzug in benachbarte Entgiftungsstationen verlegt und nach der Entzugsphase zum Beginn der Rehabilitation zu uns zurück verlegt.

Aufnahmen finden in Regel von Montag bis Donnerstag statt, sind in besonderen Fällen auch freitags möglich.

Jede zur Aufnahme geplante Patientin erhält rechtzeitig vorher entsprechende Informationsunterlagen.

Nach Absprache ist eine Besichtigung der Klinik und ein Vorgespräch vorab möglich, um ambivalenten Patienten bei der Entscheidungsfindung behilflich zu sein.

Bei bestimmten komorbiden Störungen sind Vorgespräche nötig: Psychosen, dissoziative Identitätsstörung sowie emotional instabile Persönlichkeitsstörungen mit anhaltenden Selbstverletzungen sowie Suizidversuchen in der Vorgeschichte. Des Weiteren führen wir bei sehr jungen drogenabhängigen Patientinnen ein Vorgespräch, um zu prüfen, ob das Therapiesetting ausreichend ist. Patientinnen, die aus der Haft übernommen werden, werden ebenfalls zu einem Vorgespräch eingeladen.

Bei anorektische und bulimischen Patientinnen führen wir in der Regel telefonische Vorgespräche, um Aufnahmebedingungen festzulegen, sowie das Behandlungsmodul Essstörung zu erläutern.

9. Rehabilitationselemente

9.1 Aufnahme- und Diagnostik

Die Pat. werden am Aufnahmetag sowohl vom Bezugsarzt als auch von der Bezugstherapeutin aufgenommen.

In der ersten Woche sind die Patientinnen der Aufnahmegruppe zugeteilt. In dieser Zeit findet die Anamneseerhebung, Diagnostik und Therapiezielplanung in den rehabilitativen Bereichen, Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Sozialmedizin, Arbeitstherapie und Sozialdienst, statt. Die angewandten bereichsspezifischen Instrumente werden in den einzelnen Kapiteln der jeweiligen Abteilung (s.u.) genau beschrieben.

Die Therapieziele aus den rehabilitativen Bereichen werden in einer Therapieplanungsbesprechung, unter Moderation der ärztlichen Leitung in Anwesenheit aller an der Rehabilitation beteiligter Berufsgruppen, aufeinander abgestimmt und der individuelle Therapieplan festgelegt.

Die Patientinnen sind in dieser einwöchigen Phase der Aufnahmegruppe zugeordnet, in dieser wird am Krankheitsverständnis der Abhängigkeitserkrankung gearbeitet und die Patientin wird in alle Bereiche der Rehabilitationsabteilungen eingeführt. Bekommt damit die Möglichkeit sich im Kliniksetting zurecht- und einzufinden.

Innerhalb von 3 Tagen nach der Aufnahme findet eine psychiatrisch-/ psychologische Aufnahmevisite durch die leitenden Ärztinnen und die leitende Psychologin statt. Dort werden noch einmal die Rehabilitationsfähigkeit, die psychopharmakologische Therapie und die Behandlungs- und Abstinenzmotivation überprüft und gegeben falls notwendige Maßnahmen eingeleitet.

Lediglich in der Aufnahmegruppe gibt es standardisierte Wochenbehandlungspläne, diese kann in Ausnahmefällen angepasst werden.

Psychologische Testdiagnostik

Zu Beginn der Behandlung in der ersten Woche wird eine computergestützte Testung vorgenommen, dabei kommen folgende Verfahren zum Einsatz: die Symptomcheckliste (SCL-90), die allgemeine Depressionsskala nach Hautzinger (ADS) sowie das Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP). Die SCL-90 sowie die ADS wird kurz vor Entlassung erneut vorgelegt, um Aussagen über Veränderungen während der Behandlung machen zu können. Zum Einsatz kommen weiterhin als Paper/Pencil Version verschiedene Fragebögen zum Konsumverhalten, Symptomchecklisten zur PTBS sowie Fragebögen zur Schlafqualität, die ebenfalls als Prä- und Posterhebungen eingesetzt werden.

Je nach Indikation kann eine Leistungsdiagnostik mit dem IST 2000, dem Wiener Matrizen-Test, der SKT nach Erzigkeit und dem Benton-Test durchgeführt werden.

Im Bereich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen kommt das Strukturierte Klinische Interview für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (SKID-II) zum Einsatz.

9.2.1 Medizinische Versorgung

Von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung ist eine weitreichende medizinische Versorgung sichergestellt. Sie beginnt mit der Aufnahme und umfasst die körperliche, neurologische und psychiatrische Untersuchung. Diagnostische Möglichkeiten wie Labor und EKG stehen zur Verfügung.

Wochentägliche ärztliche Sprechstunden und Vorträge über Entstehung, Verlauf von Auswirkungen der Suchterkrankung in allen ihren Facetten, angelehnt an das Curriculum der Deutschen Rentenversicherung, werden durchgeführt und ergänzt durch Maßnahmen im Sinne der Gesundheitserziehung und der Vorsorge, insbesondere der Nikotinentwöhnung. Ebenso führen die Ärzte Abschlussuntersuchungen incl. der sozialmedizinischen Beurteilung durch. Erforderliche Akutbehandlungen und notwendige Konsultationen werden in umliegenden Krankenhäusern und bei externen Fachärzten organisiert.

Bei Bedarf erhalten die Patientinnen noch am gleichen Tag eine psychiatrische Untersuchung bei den leitenden Ärztinnen, spätestens am dritten Aufnahmetag findet eine psychiatrische Aufnahmevisite für alle neu aufgenommenen Patientinnen statt. Die leitenden Ärztinnen nehmen wöchentlich an den Fallbesprechungen teil und führen alle 4 Wochen Visiten durch. Täglich findet eine psychiatrische Sprechstunde statt, bei Bedarf werden die Patientinnen regelmäßig zur Kontrolle einbestellt.

Die somato-medizinischen Sprechstunden findet täglich morgens und mittags in den Dienstzimmern der Ärzte statt. Es ist für jede Patientin ersichtlich, welcher Arzt für sie zuständig ist und wer die Vertretung, im Falle der Abwesenheit des Bezugsarztes, ist. Die Patientinnen sind gehalten, außer in akuten Notfällen, die Sprechstunde des für ihre Bezugsgruppe zuständigen Arztes aufzusuchen. Patienten können auch gezielt einbestellt werden. Bei akuten Beschwerden und Unfällen erfolgt die Behandlung jederzeit.

Besprechungen wichtiger Diagnoseergebnisse und Therapieschritte im Ärzte/Pflegeteam findet im Anschluss an die Sprechstunde statt. Wenn notwendig, werden Vorbefunde angefordert.

Im Rahmen der Sprechstunde erfolgt auch die Entscheidung über (zeitlich befristete) Befreiung von therapeutischen Maßnahmen nach medizinischer Indikation.

Die Abklärung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Hinblick auf Sport- und Freizeitaktivitäten und den Einsatz in der Arbeitstherapie erfolgt hingegen schon in der Eingangsuntersuchung. Die Aufgaben der ärztlichen Leitung im Reha-Team umfassen u.a. die psychiatrische Untersuchung im Rahmen der Aufnahmevisite, Durchführung der Visiten, ggfs. psychiatrische Untersuchungen im Verlauf, Supervision der ärztlichen Kollegen und Weiterentwicklung des Prozesses der medizinischen Behandlung, ebenso Supervision von Physikalischer Therapie, Sport- und Bewegungstherapie.

Die ärztliche Leitung trägt letztendlich die Verantwortung für die klinischen Entscheidungen, delegiert aber Aufgaben entsprechend des Ausbildungsstandes an die Kollegen, ebenso organisiert sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst, an dem sie in gleichem Ausmaß wie die Kollegen teilnimmt. Dieser wird täglich, auch an den Wochenenden, von 16:30 bis 7:30 Uhr vorgehalten.

Auch trägt sie die Letztverantwortung bezüglich therapeutischer Entscheidungen, sollten diese strittig sein - insbesondere bei irregulären Entlassungen. Im Rehabilitationsverlauf prüft sie gemeinsam mit der leitenden Psychologin die Rehabilitations- und Therapiefähigkeit.

9.2.1.1 Gesundheits- und Krankenpflege

Der examinierte Pflegedienst stellt für die Patienten rund um die Uhr die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen, nach Dienstschluss der anderen Berufsgruppen auch Krisensituationen und in Konflikten dar.

In der Aufnahmesituation ist der Pflegedienst die erste Anlaufstelle und fungiert von Beginn an als Bindeglied zwischen Patientinnen, Ärzten und Therapeuten und auch der ärztlichen Leitung.

Es werden Vitalparameter bestimmt, EKG´s abgeleitet, außerhalb der Dienstzeit ggfs. der diensthabende Arzt oder Therapeut informiert, wenn sich eine Krise nicht anderweitig bewältigen lässt.

Es werden die verordneten Medikamente gestellt und verteilt, Wunden werden verbunden und Messwerte kontrolliert, Blut- und Urinproben abgenommen, Suchtmittelkontrollen durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert. Außerdem misst und berät man Diabetiker und bietet Akupunktur an. Es werden die externen Arzttermine organisiert.

Durch die Präsenz des Pflegedienstes im Haus, ist es möglich Kontaktaufnahme zu üben und bei Instabilität einen verlässlichen Ansprechpartner mit stetiger Präsenz zu haben.

Bei inneren Spannungszuständen, Craving oder auch Suchtverlangen hält der Pflegedienst verschiedene Skills vor, die er mit der Patientin bespricht und an sie weiter gibt.

Ohrakupunktur

Bei inneren Spannungszuständen und Craving wird vom Pflegedienst eine Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll angeboten. Die Ohrakupunktur wird im Rahmen einer Infoveranstaltung in der ersten Behandlungswoche kurz vorgestellt. Dann kann die Patientin sich freiwillig dafür anmelden, Montags bis Freitags an der Gruppe mit 4 Patientinnen teilnehmen. In Krisensituationen und bei Nadelängsten werden Magnetperlenpflaster angeboten und geklebt.

Skills

Der Pflegedienst hält Skills vor, erklärt den Patientinnen bei Bedarf und bei Interesse diese und bietet die verschiedenen an. Dabei sind Skills aus den Bereichen Fühlen, Riechen und Tasten vorhanden und können der Patientin ausgehändigt werden. Je nach Notwendigkeit werden der Patientin weiche oder auch harte Skills gezeigt und deren Anwendung vermittelt.

Lichttherapie

Zur Behandlung von Depressionen eignet sich besonders eine Lichttherapie als nichtmedikamentöse Methode.

Durch Licht ab der Stärke von 2500 Lux wird über die „innere Uhr“ unseres Gehirns, den Nucleus suprachiasmaticus (SNC), die Ausschüttung des Schlafhormones Melatonin verhindert und die Ausschüttung von Serotonin und Noradrenalin, die antidepressiv wirken, gefördert. Nach ärztlicher Verordnung werden die Patientinnen vom Pflegedienst in die Lichttherapie eingewiesen. Sie sitzen dann morgens und/oder mittags für 30-60min unter einer Lichtdusche (2500 - 10000 Lux), die Zeiten organisieren sie, nach Einweisung selbst und können so in Eigenregie diese Therapie den anderen anpassen.

9.2.1.2. Ernährungsberatung

Basiert auf den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) werden, aufbauend auf diesem Qualitätsstandard, verschiedene Module mit zielgruppenorientierten Inhalten angeboten.

Das übergeordnete Ziel für alle Angebote ist es, die Patientinnen durch strukturierte interaktive Schulungen in Theorie und Praxis zu einer zielgruppenorientierten Ernährungsumstellung, die im häuslichen Bereich fortführbar ist, zu motivieren.

Die Befähigung und Erweiterung der Kompetenzen der Patientinnen, im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe, steht dabei im Vordergrund.

Um dieses Ziel zu erreichen wird interdisziplinär im engen Kontakt zwischen Ärzten, Therapeuten, Küchenleitung und Ernährungsberatung gearbeitet.

Büffetinformation

In der Aufnahmegruppe in der ersten Woche werden die Speisengestaltung und Speisesaalabläufe unter Einbeziehung der Hygienevorschriften während des Reha-Aufenthaltes erläutert und die speziellen Angebote der Ernährungsberatung vorgestellt.

Einzelberatung

In Absprache mit Ärzten und Bezugstherapeuten wird ein individueller Bedarf festgestellt, dies ist meist bei Lebensmittelallergien und -unverträglichkeiten, Stoffwechselerkrankungen, durch die Abhängigkeitserkrankung ausgelösten Ernährungsstörungen oder bei Störungen der Ernährung durch die psychopharmakologische Therapie, indiziert. Es finden Einzelberatungen statt, die sich mit dem individuellen Ernährungsproblem befassen, Bewältigungsstrategien werden erarbeitet und im Kliniksetting umgesetzt.

Ernährungsvorträge im Rahmen der Infoveranstaltungen

In drei Einheiten werden den Patientinnen folgende Informationen vermittelt:

Gesundheitsinformation:

- Vortrag zur gesunden Ernährung nach den Richtlinien der DGE und Sinn und Unsinn einiger Ernährungstrends.
- Wie beeinflusst Sucht das Essverhalten mit Erfahrungsaustausch.
- Alkohol in Lebensmitteln
- Ziel ist die Sensibilisierung der Patientinnen in Bezug auf Lebensmittel die Alkohol enthalten. Es werden Informationen vermittelt über die gesetzliche Deklaration, Lebensmittelkunde und den Umgang mit diesen Lebensmitteln.

Lehrküche

In der Lehrküche wird die praktische Umsetzung von Portionsgrößen, Speisengestaltung und Lebensmittelauswahl vermittelt und geübt. Beim gemeinsamen Kochen können die Patientinnen korrigierende Erfahrungen erleben und beim gemeinsamen Essen ihr Essverhalten reflektieren.

Adipositas-Gruppe

In mehreren Einheiten werden mit den Patientinnen die Ursachen von Adipositas erarbeitet. Dazu führen diese ein Essprotokoll, dieses wird gemeinsam reflektiert und daraus werden Maßnahmen zur Verhaltensänderung abgeleitet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Stimuli und die Stimulus-kontrolle gelegt.

Die erarbeiteten Strategien in Bezug auf das Essverhalten werden in der Lehrküche während eines gemeinsamen Kochens erlebbar und überprüfbar gemacht und die Erfahrungen gemeinsam reflektiert.

Themenkochkurse

Allen Patientinnen werden Themenkochkurse für alle Patientinnen angeboten. Durch das gemeinsame Kochen soll Genuss wiederentdeckt werden und die Motivation zu mehr Selbstfürsorge gefördert werden.

9.2.1.3 Physiotherapie

Physiotherapie ist ein fester Bestandteil der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Sie wird sowohl im Rahmen der somato-medizinischen als auch der psychiatrisch, psychotherapeutischen Behandlung nach ärztlicher Anordnung angewandt. Es kommen Behandlungsverfahren mit Wärme, Licht, Elektrizität, Wasser oder Mechanik zum Tragen.

Stangerbad (hydrogalvanisches Vollbad)

Die Wirkung des galvanischen Stromes führt zu einer lang anhaltenden Mehrdurchblutung und in vielen Fällen zu einer Schmerzlinderung. Die Indikationen des Stangerbades sind deshalb: Muskel- und Nervenschmerzen, Muskelrheuma und Neuralgien.

Medizinische Bäder

Die Behandlung mit Bädern wird als Balneotherapie bezeichnet. Die Heilanzeigen von Bädern müssen sich an Badefaktoren bzw. deren Wirkungen orientieren. Danach lassen sich in einem Bad mechanische (Auftrieb, Wasserdruck, Viskosität), thermische (Bade-temperatur) und chemische (Inhaltstoffe von Quellen, pharmazeutische Präparate) Wirkungen zuordnen. In einem Bad kommt also immer ein komplexes Wirkgefüge zustande. Modifikationsmöglichkeiten bestehen über die Temperatur und die Art und Menge der Badezusätze. Die wichtigsten Wirkungen von Bädern spielen sich ab in der Haut, im Herz- Kreislaufsystem, im Stoffwechsel, in hormonalen Funktionen, in den Nieren und der Muskulatur. Ein großer Indikationsbereich für Bäder betrifft den Rheumatischen Formenkreis und Einschränkungen im Bewegungsapparat, meist Folge degenerativer Gelenksveränderungen und muskulärer Fehlbelastungen und Überlastungen. Der Nutzen thermoneutraler oder mild warmer Bäder erschließt sich hier auf Grund ihrer muskelentspannenden, gelenkentlastenden, schmerzlindernden und gewebsentwässernden Effekte. Zudem kommt es zu vegetativ dämpfenden Effekten, so dass von diesen Bädern eine allgemein entspannende und beruhigende Reaktion ausgeht.

Manuelle Lymphdrainage

Die manuelle Lymphdrainage bereitet gesunde Aufnahmeregionen des Körpers vor. Dann wird durch sanfte, streichende und kreisende Handgriffe Ödemflüssigkeit aus dem gestauten Gebiet entfernt und die Lymphgefäße werden angeregt.

Colonmassage

Die Colonmassage ist eine spezielle Massage, wobei die Beweglichkeit des Darmes angeregt und bei Verstopfung oder Blähbauch angewandt wird.

Fango

Fango ist ein Mineralschlamm vulkanischen Ursprungs. Fangopackungen steigern die Durchblutung, regen den Stoffwechsel an, können Muskelverspannungen lösen und Schmerzen lindern. Außerdem kommt es zu einer Ausschüttung gewebeaktiver Hormone, die wiederum entzündungshemmende und schmerzlindernde Wirkungen entfalten.

Heißluft

Ein elektrischer Wärmestrahler sorgt für das richtige Wohlbefinden. Heißluft dient der Durchblutungssteigerung sowie der Entspannung der Muskulatur und ist somit eine optimale Vorbereitung für weitere Behandlungsmethoden.

Eis

Kältebehandlungen werden bei akuten Gelenkentzündungen mit Schwellung eingesetzt.

Elektrotherapie

Das Wirkungsprinzip der Elektrotherapie beruht auf stimulierende Wirkung elektrischen Stroms, wobei die Muskulatur gelockert und die Durchblutung gefördert wird sowie Schmerzen gelindert werden.

Interferenzstromtherapie (Nemec)

Zwei mittelfrequente Stromkreise unterschiedlicher Ausgangsfrequenz werden so angeordnet, dass sie sich am Krankheitsort kreuzen.

Wirkung: Muskeldetonisierende, hyperämisierende, analgesierende Wirkung.

Iontophorese

Mittels galvanischen Stromes oder eines diadynamischen Stromes werden Medikamente durch die intakte Haut in den Körper an den Krankheitsherd gebracht.

Heiße Rolle

Frottiertücher werden zusammengefaltet und trichterförmig aufgerollt. In die Tücher gießt man kochendes Wasser. Durch schnelleres oder langsames Abwickeln der Tücher ist eine feine Dosierung des Wärmereizes möglich.

Kneippsche Güsse

Hierunter verstehen wir einen gebundenen drucklosen Wasserstrahl, der in Form eines Wassermantels von dem zu behandelnden Gebiet des Körpers abfließt.

Wirkung: Periphere reaktive Hyperämie, tiefere Atmung, Regulierung des Wärmehaushaltes und allgemein erfrischende Wirkung.

Schlingentisch

Schwereloses Aufhängen einer Extremität, des Rumpfes oder des ganzen Körpers. Der Patient kann statisch oder dynamisch gegen dosierten Widerstand, gegen Eigenschwere üben.

Gezielte Schulung einzelner Muskel, Muskelgruppen, Schulung des funktionellen Gleichgewichts, Ausgleich von Fehlhaltungen.

Krankengymnastik

Krankengymnastik ist eine aktive und sehr wichtige Behandlungsform. Schädigungen durch verkürzte Muskelgruppen und muskuläre Dysbalancen verursachen häufig erhebliche Schmerzen. Diese Schäden können nur durch gezielte Kräftigung der Muskulatur behoben werden. Nach einer fachgerechten Anleitung sollten Betroffene die Übungen regelmäßig durchführen.

Die Verordnung der verschiedenen Anwendungen erfolgt nach medizinischen Gesichtspunkten durch die Bezugsärztin.

Massagen

Sie ist eine ganzheitstherapeutische Weichteilbehandlung von und über Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln, Haut und Unterhaut.

Indikationen: akutes lokales Wirbelsäulensyndrom, Fibromyalgiesyndrom, neurologische Erkrankungen (z. B. Hemiplegie, Lähmungen), akute Sport- und Freizeitverletzungen, chronische Atemwegserkrankungen.

Sporttherapie / Schwimmen

Schwimmen ist gut für Herz und Kreislauf und beansprucht fast alle Muskelgruppen. Der gleichmäßige Wasserdruck kräftigt und massiert das Bindegewebe. Besonders gut bei Problemen mit Gelenken und Sehnen oder bei Rückenschmerzen. Durch den Auftrieb des Wassers muss der Körper nur ein Zehntel seines Gewichtes tragen.

Aqua-Fitness

Fitnessgymnastik im Wasser ist ein schonendes, effektives Ganzkörpertraining. Die Bewegungen im Wasser sprechen gesundheitsorientierte Menschen ebenso an wie Fitnessorientierte. Der Spaß im Element Wasser und die leichtere Bewegungsmöglichkeit stärken das Wohlbefinden. Aqua-Fitness kann von jedem betrieben werden, auch von Menschen, die schon lange keinen Sport mehr getrieben haben. Die Kontraindikationen sind schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck oder Entzündungserkrankungen in einer akuten Phase. Das Training im Wasser stärkt auch unser Immunsystem. Wassergymnastik bietet die Gelegenheit auf sanfte und gesunde Art beweglicher zu werden, fit zu werden und fit zu bleiben.

Rückenschule

Als Rückenschule werden Kurse bezeichnet, die Übungen zur Prävention und Verminderung von Rückenschmerzen vermitteln. Ziel ist, die Rücken- und Bauchmuskulatur zu stärken und so die Wirbelsäule zu entlasten. Neben den regelmäßigen Übungen wird in der Rückenschule auch das Bewusstsein für eine rüchenschonende Haltung im Alltag gefördert.

Nordic-Walking

Das ist keine „verrückte Mode-Erscheinung“, sondern eine überaus hocheffektive sportliche Bewegungsform, die kaum zu überbieten ist. Wird die Technik richtig ausgeführt, befinden sich über 600 Muskeln in ständiger Bewegung. Durch einen richtigen Einsatz der Arm- und Beinmuskulatur kann das Tempo erhöht und die Effektivität der Trainingseinheit gesteigert werden. Walken eignet sich sowohl als Einstiegsaktivität für Menschen, die längere Zeit keinen Sport betrieben haben, als auch für Leistungssportler, die gezielt ihre Fitness noch weiter verbessern wollen.

Konditionstraining

Als Konditionstraining werden alle Trainingsarten bezeichnet, die als Ziel zur konditionellen Leistungssteigerung führen. Die Kondition setzt sich zusammen aus dem Leistungsvermögen hinsichtlich der Ausdauer, Schnelligkeit, Kraft, Koordination und Beweglichkeit im Sport.

Beckenbodengymnastik

Das Beckenbodentraining umfasst Spannungs- und Entspannungsübungen für den Beckenboden. In der Physiotherapie lernen Patientinnen ihren Beckenboden mit speziellen Übungen zu aktivieren. Ein kräftiger Beckenboden bietet allen inneren Organen Halt und er kann zu einem positiven Körpergefühl beitragen. Außerdem verbessert das Training die Körperwahrnehmung sowie Harn- und Stuhlinkontinenz.

Pilates

Pilates ist ein Ganzkörpertraining auf der Matte im Einklang mit Atmung und Bewegung. Von der Körpermitte aus werden fließende, konzentrierte Bewegungen ausgeführt, die den Körper wieder in sein natürliches Gleichgewicht bringen. Aktive Übungen werden mit Entspannungstechniken kombiniert. So wird nicht nur der Körper trainiert, sondern auch Stress abgebaut.

Watsu

Das Wort Watsu setzt sich zusammen aus Wasser (Water) und Entspannung (Shiatsu). Watsu ist eine tiefgreifende Entspannungsmethode im warmen Wasser, um Körper, Geist und Seele in Einklang zu bringen. Durch die Schwerelosigkeit im Wasser, die sanften Dehnungen, die fließenden Bewegungen sowie die Sicherheit des getragenen werden und des geborgenen seins,

können physiologische Veränderungen im Körper entstehen. Pulsverlangsamung, Atemvertiefung und Muskelentspannung. Gedanken können zur Ruhe kommen, ebenso können sich Fehlhaltungen, die zu Schmerzen führen, sich zum Guten hin verändern. Die Aktivierung der Selbstheilungskräfte wird gefördert.

9.3 Psychotherapie

Die psychotherapeutische Behandlung findet in einem integrativen Setting mit verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologischen, gestalttherapeutischen, systemischen und Traumatherapie spezifischen Elementen statt. Jede Patientin erhält einen individuellen, auf die Rehabilitationsziele und die vorliegenden komorbiden Störungen angepassten Therapieplan. Bei den komorbiden Störungen wird zu Beginn die führende Störung bestimmt und vorrangig behandelt, da sie den Rehabilitationsverlauf am Anfang stören könnte und damit therapeutisch handlungsleitend sein sollte. Während der Rehabilitation werden die therapeutischen Strategien regelmäßig überprüft, angepasst und erweitert.

80-85% aller Patientinnen haben eine komorbid vorliegende Traumafolgestörung unterschiedlicher Ausprägung, dabei dient das Suchtmittel zur Unterdrückung von Symptomen dieser Störung. Der Suchtmittelkonsum ist als ein dysfunktionaler Bewältigungsversuch zu sehen, der rasch in die Entwicklung einer eigenständigen Suchterkrankung mündet. Zusätzlich zu den Stressregulierungsproblemen der Traumafolgestörung treten dann Stressoren der Suchterkrankung auf, die wiederum die Symptome der Traumafolgestörung verschlechtern. Meist liegen frühe Traumatisierung in der Kindheit und Jugend, Bindungsstörungen- und -traumatisierungen, Vernachlässigung und Parentifizierung aber auch Traumatisierungen im Rahmen von Beziehungen im erwachsenen Leben vor, die zur Entwicklung der Traumafolgestörung geführt haben. Diese Patientinnen haben meist eine komplexe Traumafolgestörung mit hoher Diagnoselast, niedriger Stresstoleranz, fast fehlender innerer Sicherheit und dysfunktionaler Verhaltensmuster. Es kann zu dissoziativen Symptomen und unterschiedlich ausgeprägter somatoformer, struktureller Dissoziation bis hin zur dissoziativen Identitätsstörung kommen. Aufgrund der mannigfaltigen Symptome und Individualität der Patientinnen im Sinne ihrer meist schweren Komorbiditäten, wird nach spezifischer Diagnostik, Zielsetzung und Therapieplanung ein individuelles Behandlungskonzept mit der Patientin ausgearbeitet. Dieses richtet sich nach der psychischen Stabilität und Belastbarkeit, es beinhaltet alle Phasen einer Traumabehandlung von Stabilisierung, Traumaverarbeitungssitzungen und Integration des Erlebten, außerdem Sinnfindung, Stabilisierung der bzw. Wiedereintritt in soziale und berufliche Teilhabe.

Ungefähr 25 % der Patientinnen leiden unter einer Essstörung, meist Bulimie gefolgt von Anorexie. Grundlegend für die Behandlung sind ein gestörtes Essverhalten sowie der Body Mass Index (BMI), Patientinnen werden ab einem BMI von 16 aufgenommen, auch während der Rehabilitation darf der BMI nicht unter diesen Wert fallen, Ziel ist eine Steigerung in Richtung Normalgewicht. Bei bulimischen Verhalten ist die Symptomreduktion, das heißt Verringerung des Ess-Brech-Verhaltens, angestrebtes Ziel. Beide Störungsbilder gehen mit einer übermäßigen Beschäftigung mit den Themen Figur, Nahrung und Gewicht einher. Charakteristisch sind Störungen des Körperbildes sowie Selbstwertprobleme. Weitere Merkmale sind psychosoziale und sexuelle Probleme, Depressionen und extrem ausgeprägte Leistungsorientiertheit. Im Rahmen der Diagnostik wird geprüft ob eine Essstörung, eine Störung des Essverhaltens im Rahmen einer Traumafolgestörung oder eine Kombination aus beidem vorliegt. Das Ergebnis dieser Diagnostik ist therapeutisch handlungsleitend sowohl in der Einzeltherapie als auch

in der Therapieplangestaltung und der Zielsetzung in Bezug auf die Essstörung. Bei der Festlegung aller Behandlungsschritte wird der ausgeprägte Autonomiekonflikt dieser Patientinnen berücksichtigt.

Eine stetig steigende Anzahl von Patientinnen leidet unter einer Persönlichkeitsstörung, dabei werden vor allen Dingen die Störungen aus dem Cluster B und C der Persönlichkeitsstörungen nach ICD10 aufgenommen. Schwerpunkt dabei ist die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, sowohl der borderline als auch der impulsive Typ und narzisstische Ausprägungen. Die Gruppe der selbstunsicher, dependent und zwanghaften Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen wird stetig größer. Immer wieder kommt es zur Diagnosestellung einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Anteilen aus dem Cluster B und C. Wird in der Aufnahmephase der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung gestellt, wird der SKID II als Fragebogen mit anschließendem Interview durchgeführt, um die Diagnose zu bestätigen. Da Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen im Klinikalltag oft unter Spannungszuständen und ausgeprägten interpersonellen Problemen leiden, werden sie zu Beginn in der Gruppe „Umgang mit inneren Spannungen“, ein an die DBT nach Linehan angelehntes Therapiemanual was in der Klinik entwickelt wurde, stabilisiert. Die meist vorliegende komorbide Traumafolgestörung wird stabilisierend behandelt, eine Traumaexposition findet in diesem Falle nur bei stabiler Persönlichkeitsstörung mit Aufgabe der dysfunktionalen Verhaltensweisen, Selbstverletzung, Suizidalität und Substanzkonsum, statt. Das Setting einer Rehabilitationsklinik ist, bei strukturiertem, an die Persönlichkeitsstörung angepasstem Vorgehen wegen der Fokussierung auf die soziale und berufliche Teilhabe sehr gut für dieses meist junge Klientel geeignet. Der rehabilitative Rahmen ermöglicht genug äußere Struktur, um dem inneren Chaos entgegenzuwirken, in der äußeren Sicherheit alte, dysfunktionale Muster aufzugeben und neue funktionale zu etablieren.

Neben substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen werden Patientinnen mit der Diagnose F63.0, pathologisches Glücksspiel behandelt. Pathologisches Glücksspiel wird gemeinhin als Erkrankung betrachtet, die überwiegend Männer betrifft. Tatsächlich sind diese auch häufiger betroffen. Die Lebenszeitprävalenz bei Männern in Deutschland beträgt 1,7%, die bei Frauen 0,2% (Meyer et al., 2011).

In Therapien sind Frauen jedoch unterrepräsentiert (Lesieur, 1988) und unterscheiden sich in einigen therapielevanten Gesichtspunkten von Männern. So weisen Frauen eine höhere psychische Komorbidität auf als Männer und unterscheiden sich auch deutlich in ihren Motiven und den Suchtmittelwirksamkeitserwartungen. Im Vergleich zu Männern suchen Frauen weniger nach Nervenkitzel. Im Vordergrund steht bei ihnen häufiger die Flucht vor negativen Erinnerungen und schwierigen Beziehungen (Lesieur & Blume, 1991).

Daher bieten wir ein ganzheitliches Therapiekonzept an, dass sich aus verschiedenen Therapiebausteinen (Arbeitstherapie, Sozialberatung, Einzel- und Gruppentherapie, Physiotherapie Indikationsgruppen) zusammensetzt, deren Ziel es ist, die berufliche und soziale Teilhabe der Patientinnen wiederherzustellen. Im psychotherapeutischen Fokus stehen nicht nur störungsspezifische Aspekte, wie Kontrollillusionen, Geldmanagement, erlaubte und verbotene Spiele, sondern auch die komorbiden Störungen, wie PTBS, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. Diese werden u.a. in den dafür zugeschnittenen Indikationsgruppen behandelt.

Rückfallmanagement

Die Sicherung dauerhafter Abstinenz von Suchtmitteln und süchtigem Verhalten ist eine wichtige Voraussetzung für die Eingliederung in Arbeit, Gesellschaft und Familie.

Sucht ist eine chronische Krankheit und als solche mit Rückfällen verbunden. An rückfallpräventiven Maßnahmen setzen wir regelmäßige Kontrollen in Form von Alkomat-Testungen, ETG-Bestimmungen und Drogentestungen ein. Bei den Patientinnen mit Verhaltensüchten findet zu Beginn eine Aufklärung über die Notwendigkeit der Transparenz über Rückfälle statt, eine Behandlung ist dann nur möglich, wenn diese Transparenz zugesagt wird. Im Rahmen der Einzeltherapie wird dann Rückfälligkeit regelmäßig abgefragt. Alle Patientinnen durchlaufen die Indikationsgruppe Rückfallprophylaxe. Sie fertigen sich Notfallpläne an und sprechen diese mit dem Therapeuten durch. Bei Krisen können die Patientinnen am Tag ihre Bezugstherapeuten aufsuchen, am Wochenende und am Abend den Pflegedienst. Auch können modifizierte Ausgangsregelungen in kritischen Phasen vereinbart werden.

Die gezielte Rückfallprophylaxe, individuelle Betrachtung und Aufarbeitung von Rückfällen gehört zum Standardvorgehen.

Nach einem Substanzmittelrückfall entscheidet der zuständige Arzt, ob eine Verlegung zur Entgiftung notwendig ist. Die Patientin erhält nach Ausnüchterung eine Ausgangssperre, ihr Zimmer wird kontrolliert, um auch Mitpatientinnen zu schützen. Sowohl die substanzrückfälligen als auch die verhaltensrückfälligen Patientinnen erstellen eine Rückfallanalyse, die den Bezugstherapeuten innerhalb von 24 Stunden vorgelegt werden muss. Diese bewertet in Absprache mit der zuständigen leitenden Ärztin, der leitenden Psychologin sowie den für die Bezugsgruppe zuständigen Therapeuten die Rückfallanalyse. Bewertungsgrundlage sind dabei schlüssige Rückfallbeschreibung, Gefährdung von Mitpatientinnen im Rahmen des Rückfalls, Transparenz während des Rückfalls, Länge des Rückfallgeschehens und dessen Beendigung und Verantwortungsübernahme in Bezug auf den Rückfall.

Aus dieser Bewertung erfolgen therapeutische Maßnahmen oder auch die Entlassung der Patientin. Die Rückfallanalyse wird in der therapeutischen Bezugsgruppe vorgestellt.

Nach wiederholten Rückfällen wird im Behandlungsteam mit der Patientin die Veränderungsmotivation und -kompetenz überprüft. Bei guter Veränderungsmotivation und noch unzureichender Veränderungskompetenz wird die Patientin meist weiterbehandelt. Eine Entlassung erfolgt nach wiederholtem Rückfall, wenn keine Bereitschaft zur Verhaltensänderung gesehen wird.

9.3.1 Einzeltherapie

Jede Patientin erhält ein Einzelgespräch a 50 Minuten in der Woche, darüber hinaus stehen die Einzeltherapeuten für Kriseninterventionen im Rahmen von Craving, selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität oder krisenhaft auftretender Symptomatik in Bezug auf die komorbiden Störungen zur Verfügung.

9.3.2 Gruppentherapie

Die Patientinnen erhalten neben den Indikationsgruppen, die unten beschrieben werden, drei Einheiten Gruppentherapie a 90 Minuten pro Woche. Die Bezugsgruppen sind offen konzipiert, deren Inhalte sind suchtspezifisches Krankheitsverständnis entwickeln, Erarbeitung einer stabilen Abstinenzmotivation und -fähigkeit sowie Entwicklungen individueller Strategien zum Aufbau eines abstinent Lebens in stabiler soziale und beruflicher Teilhabe. Außerdem Verbesserung der interpersonellen Fähigkeiten in Bezug auf Konfliktmanagement, Kommunikation und Vertrauensbildung. Die Einteilung in die jeweilige Bezugsgruppe erfolgt nicht indikationspezifisch oder an den komorbiden Störungen orientiert, da die Patientinnen im genannten Setting voneinander lernen können und vom Casemix profitieren. So kann die Häufung dysfunktionaler Verhaltensweisen innerhalb einer Gruppe vermieden und unter Nutzung der Gruppe als Ressource aufgearbeitet und verändert werden.

9.3.4 Indikationsgruppen

In den Indikationsgruppen werden die Patientinnen einerseits in Bezug auf ihre Suchtmittel andererseits in Bezug auf ihre komorbiden Störung spezifisch eingeteilt und behandelt.

Rückfallgruppen

Allgemeine Rückfallgruppe

In der Indikationsgruppe Rückfallvorbeugung und Rückfallbearbeitung werden basierend auf dem strukturellen Trainingsprogramm zur Rückfallprävention (S.T.A.R.) von Körkel & Schindler und der Rückfalltheorie von Marlatt Patientinnen dazu angeleitet, die eigene Rückfallgefährdung zu erkennen, eigenes Rückfallverhalten aufzuarbeiten und alternative Handlungsstrategien zu entwickeln. Der Rückfall wird als zugehöriger Bestandteil des Ausstieges aus der Sucht und als Chance zur Weiterentwicklung begriffen. Die Patientinnen werden an die Auseinandersetzung mit der eigenen Rückfälligkeit herangeführt, um erneuten Suchtmittelkonsum vorzubeugen und alternative Handlungsstrategien zu entwickeln. Die Gruppe wird halb offen geführt.

Rückfallgruppe für junge drogenabhängige Patientinnen

Bei drogenabhängigen Patientinnen kommt das Rückfallpräventionsprogramm von Klos und Görgen zum Einsatz, was auf die Besonderheiten bei Drogenabhängigkeit zugeschnitten ist. Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale chronische Erkrankung. Spezifische Belastungsfaktoren für drogenabhängige Menschen sind traumatische Erlebnisse, exogene Ketten schädigender Ereignisse, die mit familiären und sozialen Lebensbedingungen verknüpft sind, Komorbidität, psychische Zusatzerkrankungen, somatische Risiken und eine hohe Kriminalitätsbelastung, die das Bewältigungspotenzial und die Ressourcenlage des Einzelnen überlasten.

Das Vorgehen in dieser Gruppe ist durch ein besonderes systematisches Vorgehen, einen therapeutisch-psychoedukativen Ansatz, die Erarbeitung von individuellen Aspekten (persönliche Risikoprofile, Bewältigungsstrategien, Ressourcen), einer realistischen Selbsteinschätzung, einer Steigerung zur Antizipation und einer Erhöhung der Motivation zu einer abstinenter Lebensführung gekennzeichnet. Sie wird von einer pädagogisch ausgebildeten Therapeutin geleitet, um den Anforderungen des jungen Klientels gerecht zu werden und auf die Bedürfnisse der Patientinnen besser eingehen zu können.

Dissoziations-Stopp-Gruppe

In der Dissoziations-Stopp-Gruppe werden folgende Themen erarbeitet:

- Psychoedukation über die posttraumatische Belastungsstörung und deren Symptome wie Flashbacks, Alpträume, Dissoziation, Hyperarousal sowie Trigger
- Neurobiologische Grundlagen der PTBS
- Schlafhygiene und Umgang mit Alpträumen
- Erstellen einer Trigger Liste sowie wirksamer Gegenmaßnahmen
- Zusammenstellung eines eigenen Notfallkoffers zur Unterbrechung von Flashbacks und Dissoziation

Damit sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Den Zusammenhang zwischen der Traumatisierung und der Symptomatik erkennen
- Den Umgang mit den Symptomen im Alltag verbessern
- Stärkung der Eigenverantwortung im Umgang mit Flashbacks und Dissoziation

Sicherheit finden

Das Therapieprogramm „Seeking safety“ wurde von Frau Najavits, L.M. entwickelt und von der Arbeitsgruppe um Herrn PD Dr. med. Ingo Schäfer et al. in Deutschland etabliert. Dieses Programm integriert die Behandlung von PTBS und Substanzmittelkonsum und wurde 2011 im Rahmen einer bundesweiten Studie in unserem Setting implementiert.

„Sicherheit finden“ ist ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Patienten mit substanzbezogenen Störungen, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Es wurde ursprünglich für Personen mit der Diagnose einer PTBS entwickelt, kann auch bei subsyndromaler PTBS, die häufig bei bindungstraumatisierten Menschen vorliegt, angewendet werden. „Sicherheit finden“ verfolgt einen ressourcenorientierten, stabilisierenden Ansatz, Traumatisierungen werden nicht im Detail besprochen. Ziel der Behandlung ist es, Symptome der PTBS besser zu verstehen, „sichere Bewältigungsstrategien“ zu erlernen, die es ermöglichen auf Substanzmittelkonsum und andere „unsichere“ Verhaltensweisen (beispielsweise Selbstverletzungen) zu verzichten.

Ziel dieser Veränderungen sind beispielsweise Entwicklung und Aufbau folgender Fähigkeiten:

- Bewältigung von posttraumatischen Symptomen: Flashbacks, Alpträumen, Dissoziation
- Beendigung des Substanzkonsums, Aufbau einer stabilen Abstinenz
- Bessere Selbstfürsorge
- Stärkung von Kontakten zu verlässlichen, unterstützenden Personen
- Befreiung aus häuslicher Gewalt oder Missbrauch
- Beendigung von selbstschädigendem Verhalten

Indikationsgruppen Anorexie/Bulimie

In der Indikativen Gesprächsgruppe für essgestörte Frauen wird themenzentriert gearbeitet. Die jeweilige Thematik der Sitzung wird zum Teil vorgegeben, aber auch aus der Patientinnengruppe heraus entwickelt. Häufige Themen sind Essen und die Verbindung mit Gefühlen wie Wut, Traurigkeit, Sehnsucht nach Geborgenheit sowie Schuld- und Schamgefühle. Außerdem wird das Körperbild, Umgang mit Gewichtsabnahme/zunahme, Frau-Sein und Sexualität besprochen. Ein wichtiger Aspekt liegt auch auf der Förderung der Eigenverantwortlichkeit bzgl. der Veränderung des Essverhaltens und der Akzeptanz der Erkrankung.

In der Indikationsgruppe zur Körperwahrnehmung, die immer abwechselnd mit der Gesprächsgruppe läuft, liegt bei Anorexie/Bulimie der Schwerpunkt bei der Aufhellung der Körperschemastörung, der Verbesserung des Körpergefühles, dem Herausarbeiten falscher Grundannahmen bezogen auf den Körper, der Realitätsprüfung durch Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Konfrontation mit dem eigenen Spiegelbild.

Umgang mit innerer Spannung

Die Gruppe ist entwickelt worden aus dem Göttinger Modell (2012), sie ist DBT-orientiert. Suchterkrankung, Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen gehören zu den Störungen mit übersteuerten Emotionen und dysfunktionaler, eingeschränkter Stressverarbeitung. Patienten mit diesen Störungen können ihre Emotionen nur eingeschränkt steuern und haben meist eine niedrige Frustrationstoleranz. Sie leiden unter inneren Spannungszuständen und haben dysfunktionale Verhaltensweisen zur Stressbewältigung etabliert.

Ziel der Gruppe ist es, durch manualisierte Therapieeinheiten, DBT orientiert, Wissen über innere Spannungszustände zu vermitteln; eigene Spannungszustände und Frühwarnzeichen

erkennen zu lernen, sie zu analysieren, und Strategien für alternativen Umgang zu erarbeiten und zu festigen.

Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

In der Gruppe ACT erarbeiten Patientinnen im geschützten Rahmen eine akzeptierende Haltung gegenüber den eigenen Gedanken und Gefühlen, das Annehmen einer Beobachterperspektive, die Orientierung auf das Hier und Jetzt mit erhöhter Eigenwahrnehmung. Sie setzen sich mit ihren individuellen Persönlichkeitsanteilen und dahinter stehende Verhaltensmuster auseinander und reflektieren die eigenen Wertvorstellungen. Ziel ist es die psychische Flexibilität gegenüber unangenehmen Gedanken und Gefühlen zu erhöhen, welche normalerweise einen Impuls zur Flucht oder Betäubung durch das Suchtmittel hervorrufen würde, um so eine bleibende Handlungsfähigkeit zu gewährleisten. Zur Unterstützung wird in zwei Einheiten eine selbstmitfühlende Grundhaltung erarbeitet, um starken Schuld- und Schamgefühlen, welche in der Komorbidität Sucht und Trauma ausgeprägt vorhanden sind, entgegenzuwirken.

Imaginationsgruppe

Basierend auf den Inhalten der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) n. Reddemann werden Möglichkeiten erarbeitet, sich selbst zu beruhigen und mehr Distanz zu belastenden inneren Bildern zu entwickeln, im weiteren Verlauf Zugang zu den eigenen Ressourcen zu finden und die Fähigkeit zur Selbststabilisierung zu verstärken sowie Verantwortung für die eigene Befindlichkeit zu übernehmen. Die Übungen werden so vermittelt, dass die Patientinnen in die Lage versetzt werden, die Selbstberuhigung und Stabilität aus den Übungen in ihrem Alltag jederzeit einsetzen und spüren zu können.

Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)

Mit dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) nach Hinsch & Pfingsten steht ein Interventionsprogramm zur Verfügung, das auf der Basis moderner kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze entwickelt wurde und auf die Verbesserung der sozialen Kompetenz einer Person abzielt. Als Soziale Kompetenz wird die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen, bezeichnet. Das GSK gliedert und trainiert sozial kompetentes Verhalten anhand folgender Situationstypen 1. Recht durchsetzen (Typ R), 2. Beziehungen (Typ B) und 3. Sympathie (Typ S). Der spezielle Situationstyp „Alkohol ablehnen“ kann optional ergänzt werden.

Das Gruppentraining sozialer Kompetenz ist ein zentraler Bestandteil der Therapie, da wissenschaftliche Studien darauf hinweisen, dass Defizite sozialer Kompetenz besonders in risikanten Situationen zum Rückfall beitragen können. Haben die betroffenen Personen allerdings gelernt, sich in solchen Risikosituationen selbstsicher zu verhalten, ist ein Rückfall unwahrscheinlicher und das Vertrauen in die eigene Kompetenz steigt.

Angstbewältigungstraining

In der Angstbewältigungsgruppe werden Patientinnen mit Agoraphobie mit und ohne Panikattacken, spezifischen Phobien sowie Patientinnen mit Trauma bedingten Ängsten und Vermeidungsverhalten in einer geschlossenen Gruppe nach den verhaltenstherapeutischen Konzept von Margraf und Schneider behandelt. Zusätzlich erlernen die Patientinnen durch eine Physiotherapeutin spezielle Atemtechniken zur Unterbrechung von Panikattacken. Das Angstbewältigungstraining setzt sich aus einem psychoedukativen Teil und einem Trainingsteil zusam-

men. Die Patientinnen lernen den Teufelskreis der Angst kennen und erarbeiten sich Techniken, Angstfälle zu stoppen. Sie werden dazu angeleitet, dysfunktionale Kognitionen umzustrukturieren und Vermeidungsverhalten durch Expositionstraining zu verringern.

Umgang mit Depressionen

Die Indikationsgruppe „Umgang mit Depressionen“ wird als kognitiv-psychoedukative Therapie nach SCHAUB, ROTH und GOLDMANN („Kognitive-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen: Ein Therapiemanual“, 2013) angeboten. Ziel der Gruppe ist es, sich neben der Symptomatik und Erklärungsmodellen basierend auf den Prinzipien der Sozialen Lerntheorie über Möglichkeiten klar zu werden, Einfluss auf automatisierte Gedanken bzw. Bewertungen und damit auch die Stimmung zu nehmen und im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung realistische Bewertungen von Situationen vorzunehmen. Dazu gehört weiterhin eine Reflexion darüber, wie auf der Verhaltensebene einer depressiven Entwicklung bei möglichst guter Wahrnehmung für Frühwarnsignale über ausgleichende Aktivitäten zu begegnen ist und Stimmungen durch Verhaltensübungen im Alltag in einer positivere Richtung beeinflusst werden können.

Bestandteil der Indikationsgruppe ist weiterhin eine regelmäßige Therapieeinheit mit Informationen zur Pharmakotherapie bei Depressionen. Diese Therapieeinheit wird von einer Fachärztin für Psychiatrie geleitet und hilft Patientinnen im besseren Verstehen der Notwendigkeit einer Medikation mit Antidepressiva, kann aber auch Vorbehalte und Ängste vor Nebenwirkungen relativieren und zu einem guten Krankheitsverständnis bzw. einer Behandlungsmotivation der Patientinnen beitragen.

Raucherentwöhnung

In der Indikationsgruppe Raucherentwöhnung wird das eigene Rauchverhalten analysiert, um den Tabakkonsum zu reduzieren oder zu stoppen.

Motivation zum Rauchstopp, Bewältigung kritischer Situationen ohne Zigarette, Raucherprofil, Umgang mit Entzugserscheinungen, Aufklärung über möglichen Nikotinersatz als Unterstützung, Umgang mit Rückfällen sind elementare Themen.

Die Patientinnen führen ein Rauchertagebuch und analysieren ihre ganz persönlichen Rauchgewohnheiten, erarbeiten praktische Bewältigungsstrategien für Krisensituationen und entwickeln verlässliche Taktiken zu deren Vermeidung.

9.3.5 Konzentrierte Bewegungstherapie

Jede Patientin nimmt einmal pro Woche mit ihrer Bezugsgruppe an der 90 – minütigen Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT) teil. Die KBT folgt den Methoden von Stolze.

Entscheidend im Rahmen der vorstrukturierten Übungen ist die Wahrnehmung des Prozesses und nicht die vorgegebene Absolvierung einer Bewegung, die zu einem ganz bestimmten Ziel führt. Körperliche Vorgänge und damit verbundene Emotionen können sich verbinden mit Inhalten aus der gegenwärtigen Lebenssituation. Die Konzentrierte Bewegungstherapie dient der intensiven, entspannten Körperwahrnehmung, baut Verspannungen ab und wirkt sich dadurch positiv auf vegetative und psychosomatische Beschwerden aus. Konzentration und innere Ruhe werden gefördert.

9.3.6 Seminare

Mütterseminar

In Deutschland leben ca. 2,7 Millionen Kinder und Jugendliche zeitweise mit mindestens einem suchtkranken Elternteil zusammen. Sucht in der Familie zeigt sich häufig generationsübergreifend und, dass viele suchtkranke Eltern an komorbiden psychiatrischen Störungen erkranken. Kinder in diesen Familien machen häufig belastende Erfahrungen, die ihre Entwicklung gefährden könnten. So sind Kinder suchtkranker Eltern, im Vergleich zu anderen Kindern, deutlich anfälliger für eigene Suchtprobleme und andere psychische Auffälligkeiten.

Das Mütterseminar ist indiziert für suchtkranke Mütter mit dem Ziel der Bearbeitung der aus der Suchterkrankung und den weiteren psychischen Erkrankungen entstandenen Folgen für die Patientinnen und deren Kinder in Hinblick auf

- Mutter-Kind-Beziehung
- Scham- und Schuldgefühlen
- Erziehungsproblemen und -fragen
- Konfliktlösungen
- Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten

Themen sind:

- Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen den Kindern gegenüber aus der des aktiven Substanzmittelkonsums oder der Ausübung süchtigen Verhaltens
- Verantwortungsübernahme in Hinblick auf das Wohl des Kindes
- Bewusstmachung von Problemen, Abbau von Bagatellisierungen
- Thematisierung der Begegnung zwischen Mutter und Kind (Misstrauen, Vertrauen, Grenzen, Schutz)
- Fragen nach adäquaten Umgang und Hilfsmöglichkeiten bei Problemen oder Auffälligkeiten der Kinder (Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. Schulverweigerung, Kriminalität, , psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen, auch Essstörungen)
- Probleme im Umgang mit dem Jugendamt (Jugendamt häufig als „Feindbild“, das den Müttern/Eltern die Kinder entzieht)
- Information über unterstützende Maßnahmen und Rechte bei Jugendämtern, z. B. Inanspruchnahme einer sozialpädagogischen Familienhilfe, Maßnahmen zur Kinder- und Jugendhilfe, Beratungs- und Behandlungsangebote

Das Konzept besteht aus interaktiven, integriert tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, systemisch-familientherapeutischen und informativen Elementen.

Das Seminar findet statt unter Nutzung verschiedener Medien: Film, Internet, Bücher, Handouts und umfasst die Zeitspanne von 2 Tagen, ca. alle 3 Monate. Die Gruppengröße beträgt maximal 15 Teilnehmerinnen.

Selbstsicherheitstraining

Das Selbstsicherheitsstraining wird von zwei externen Trainern geleitet (Institut für Gewaltprävention) und wird alle drei Monate in einem zweitägigen Seminar angeboten.

Wichtigstes Ziel ist es, das Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungsvermögen der Patientinnen zu steigern und damit die äußere Sicherheit zu erhöhen. Es werden in Rollenspielen Selbstbehauptungstechniken wie Sicheres Auftreten, klar und deutlich „Nein“ zu sagen, deutliche Grenzen setzen, etc. vermittelt und eingeübt sowie einige Selbstverteidigungstechniken. Eine ausreichende Stabilität seitens der Patientin ist Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Seminar. Des Weiteren wird den Patientinnen nahegelegt, am Heimatort an Selbstbehauptungs-/Selbstverteidigungskursen weiter teilzunehmen.

9.3.7 Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Angebots. Schon zur Aufnahme werden die Angehörigen mit eingeladen und auf die Möglichkeit von Paar und Familiengespräche sowie Angehörigenseminaren hingewiesen.

Die wichtigsten Bezugspersonen der Patientin (Partner, Kinder, Eltern und andere) sollen in den Therapieverlauf eingebunden werden, zwecks

1. Information von Angehörigen über die Suchterkrankung und die komorbiden Erkrankungen der Patientinnen
2. Reflexion der Partner- und Familienkonstellationen und der (oft unausgesprochenen) Familienregeln; Auslöser und aufrechterhaltende Faktoren für Konsumverhalten innerhalb der Familie.
3. Reflexion der Veränderungen der Patientin durch Abstinenz und Therapie und deren Auswirkungen auf die Partner bzw. das Familiensystem
4. Veränderung von dysfunktionalen Beziehungs- und Kommunikationsmustern. **Wahrnehmung und** Veränderung von dysfunktionalen Beziehungs- und Kommunikationsmustern
5. Aufzeigen suchtpreventiver Maßnahmen sowie Weiterbehandlungsmöglichkeiten im Rahmen ambulanter Nachsorge, Selbsthilfegruppen, Paar- und Familientherapie

Grundsätzlich sollen die nächsten Bezugspersonen (z. B. Partner/Partnerinnen, Eltern, nahe Verwandte) zu Angehörigengesprächen eingeladen werden, die in der Regel ab der vierten Therapiewoche gemeinsam mit der Bezugstherapeutin stattfinden.

Unter den oben beschriebenen Zielsetzungen und in Abhängigkeit vom Therapieverlauf der Patientin können auch Familientherapiegespräche geführt werden, Kinder und Jugendliche mit in die Therapie einbezogen werden, insbesondere dann wenn die Familie weiterhin zusammenlebt.

Die Angehörigengespräche dauern in der Regel 60 bzw. 90 Minuten. Die Einladungen zu Angehörigengesprächen erfolgen entweder durch die Patientin selbst oder durch Bezugstherapeuten.

Darüber hinaus findet vierteljährlich ein Angehörigenseminar statt, in dem die Angehörigen über die Suchterkrankung informiert werden

9.3.8 Nonverbale Therapieangebote

Kunsttherapie

Im Bereich Psychotherapie werden die verschiedenen gesprächsorientierten Therapieformen und ihre speziellen traumatherapeutischen Verfahren mit Komplementärtherapieformen aus den Bereichen der kreativen Therapien vernetzt. Gesprächsorientierte als auch nonverbale Therapieformen werden ressourcen-, prozessorientiert und frauenspezifisch eingesetzt und bieten unseren Patientinnen die Möglichkeit einer ganzheitlichen Entfaltung. Gerade als Zugang zum sensiblen traumabedingten inneren Erleben, haben sich die künstlerischen Therapien als sehr wertvoll erwiesen.

So kommt dieses Konzept der sucht- und Traumatherapie entgegen und lässt sich gut in einen gesamttherapeutischen Prozess einbeziehen.

Jede Gestaltung jedes Tun lässt sowohl Bewusstes als auch Unbewusstes sichtbar werden. Durch den Prozess des Gestaltens entsteht ein direkt erlebbares Gegenüber, gleich einem Spiegel, der zu Reflexion, zum Erkennen unserer Selbst einlädt.

In von uns selbst geschaffenen Bildern und Skulpturen, also in unserem ureigenen Ausdruck, begegnen wir uns. Sie bieten die Chance des Wahrnehmens, Erkennens und fordern auf zur Wandlung- eine Chance zur Veränderung.

Alles ist im Bild, in der Skulptur gut aufgehoben und wird nur soweit entschlüsselt, wie jede einzelne Person dies möchte und kann. Somit ist das schöpferische Tun, wie es in der Kunsttherapie und Kreativtherapie angeregt wird, immer auch eine Auseinandersetzung auf nonverbale Art und Weise mit der eigenen Person.

Darüber hinaus kann die schöpferische Tätigkeit zur Entlastung drängender Impulse und Gefühle dienen. So können beispielsweise psychische Spannungen abreagiert werden. Aggressive Impulse wandeln sich in einen konstruktiven Ausdruck und werden nach außen sichtbar, begreifbar.

Freude und die pure Lust am Tun fördert die Selbstheilungskraft, kann ausgleichend wirken, tröstlich, heilsam und befriedend.

Kreativität wird erlebt als Kraft uns selbst und unsere Umwelt kreativ gestalten zu können. Dies gibt uns ein Gefühl von Wirksamkeit – Selbstwirksamkeit.

Für die Kunsttherapie steht ein ca.100 qm großer heller Atelierraum im Dach mit variabler Ausstattung zu Verfügung: 12 Malplätze an Malwänden zum Wegklappen, 12 Maltische ebenfalls variabel einsetzbar, Werkstattboden, zurückgenommene Raumgestaltung.

Folgende Materialien kommen zum Einsatz: Ton als ungebrannte Rohziegel in weicher, lederharter und fester Konsistenz, Backpapier auf der Rolle für lebensgroße Körperbilder, weiße Papiere von kleinen bis großen Formaten, Farben und große Farbpalette mit Gouachefarben, Kreiden, Wachsmalstifte Aquarellstifte

In der Kunsttherapie gibt es verschiedene Therapieeinheiten:

- Das Gruppenangebot für jede Bezugsgruppe ist verpflichtend und strukturiert
- Das offene Atelier steht zur freiwilligen Weiterarbeit zur Verfügung, um kreativ Zeit in Eigenverantwortung dort zu verbringen
- Darüber hinaus werden einzelne Patientinnen je nach Indikation einzelkunsttherapeutisch begleitet

Mögliche Themen in der Kunsttherapie:

In einer wertschätzenden Atmosphäre greift die Patientin achtsam ihre Beziehung zu ihrem Körper und seinen Grenzen auf. So entstehen Skulpturen und Körperbilder – lebensgroß oder klitzeklein. Das Geschaffene wird, ob in Ton oder auf Papier, zum Gegenüber, wird als nonverbaler Ausdruck sichtbar; das Nichtsprachliche oder (noch) Unaussprechliche, Bewusstes wie Unbewusstes.

Es entsteht eine Figur als Idee unserer Selbst, die wir wahrnehmen und erkennen können, die uns auffordert, mit ihr in direkten Kontakt zu treten und uns zu begreifen.

Begleitet von kunsttherapeutischen Übungen und Achtsamkeitsübungen soll auf eine sanfte Art Entspannung gefördert, Selbstannahme und Selbstwert gestärkt werden, damit sich innere Befriedung entfalten und einstellen kann – Voraussetzungen für Heilung.

Eigene wiedererinnerte Situationen, die mit einem Wohlgefühl verbunden sind, und seien es auch nur kurze Momente oder Geschichten wie z.B. eine Imagination zum „inneren sicheren Ort“ oder dem „inneren Garten“ nach Luise Reddemann bilden hier den Ausgangspunkt für gestalterisches Arbeiten zum Thema Schutz und Sicherheit. Diese guten inneren Bilder regen

an, sich mit dem eigenen Wohlbefinden auseinanderzusetzen. Fragen wie „was brauche ich, um mich wohl und geborgen zu fühlen“ „was macht meinen Wohlfühlort sicher und wie müssen seine Grenzen sein“ begleiten den kreativen Prozess.

Sich gute innere Bilder und Vorstellungen erschließen und ersinnen zu lernen in einer ruhigen und achtsamen tragenden Arbeitsatmosphäre wirkt beruhigend und tröstlich.

Den Körper mit all seinen Gefühlen, Erfahrungen, Gedanken kann man vielleicht als kleinste erfahrbare Wohneinheit unseres seelischen und psychischen Seins sehen. Es kann darum gehen, Ausdrucksmöglichkeiten für das spontane Erleben zu finden und sich mit der Befindlichkeit im Hier und Jetzt, den Gefühlen, Wünschen und Strebungen auseinander zu setzen.

Ausdrucksmalen angelehnt an „closlieu“ (der geschlossene Raum) nach Arno Stern:

Die anregende Atmosphäre und schutzgewährenden Bedingungen des Malorts laden ein zu einem unbeschwertem Malspiel, das den meisten Menschen leicht fällt und bei dem sich eine ganz eigene Malspur entfaltet.

Zu den Besonderheiten dieser Methode gehört ein Raum, der vor Beeinflussung, Druck und Wertung zu schützen vermag, die Gegenwart der Mitmalenden, die als tragende Gemeinschaft durch ihr Mittun beitragen und die Gegenwart einer Person, die wachsam und aufmerksam das Geschehen begleitet und von materiellen Besorgnissen entlastet, die weder bestaunt noch belehrt, nicht deutet und nichts erwartet.

Der Prozess im Malort fördert gleichsam das Selbstbewusstsein und die Beziehungen zu anderen. Er sorgt für Wohlbefinden und kann merklich Sicherheit im Leben schaffen und zu einem natürlichen Wiederfinden mit sich selbst führen.

Das offene Atelier steht allen Patientinnen zur Verfügung, um an ihren begonnenen kunsttherapeutischen Arbeiten weiterzuarbeiten. Darüber hinaus soll es Raum geben um neue Materialien kennenzulernen, zum Experimentieren, sich auszuprobieren und sich mit sich selbst auseinanderzusetzen. Die Kunsttherapeutin ist vor Ort, gibt Unterstützung, Anregung und lose Begleitung, falls dies gewünscht wird.

Das Angebot ist freiwillig, die dort verbrachte Zeit innerhalb der Öffnungszeiten frei wählbar.

Kunsttherapie im Einzelsetting

Die Kunsttherapie im Einzelsetting bietet einen geschützten Raum für einen sensiblen Prozess. So ist es beispielsweise möglich, zu schwierigen Gefühlen wie Wut Schmerz Scham Angst einen Zugang zu finden oder Bedrohlichem und Schambesetztem achtsam zu begegnen. Die Arbeit an inneren Verboten und Tabuisiertem ist ebenso möglich wie die Arbeit mit verletzten oder verletzenden Anteilen einer Persönlichkeit oder einer Inneren Kind Arbeit.

Es geht darum, alle vorhandenen Aspekte einer Persönlichkeit sich soweit näher zu bringen, dass sie in einen guten Kontakt und wertschätzenden Austausch kommen können.

Musiktherapie

Die Musiktherapie basiert auf der Integrativen Gestalttherapie und arbeitet nach der Orff'schen Methode bzw. dem rhythmischen Prinzip: Erfahren-Erkennen-Benennen zur Förderung ganzheitlicher Entwicklungsprozesse bzw. Integration abgespaltener Emotionen. Die Beschäftigung mit verschiedenen Instrumenten ermöglicht den nonverbalen, direkten und sehr differenzierten Zugang zu den verschiedensten Gefühlsqualitäten: z.B. leise Töne als Ausdruck für: zurückhaltend/ ängstlich/ behutsam/ zärtlich etc. laute Töne oder kraftvolle Rhythmen als Ausdruck für aggressiv im ursprünglichen Sinn auf etwas zugehend/ ärgerlich /wütend/lebendig/freudig etc... Durch die Orientierung am Elementaren ermöglicht diese Methode auch

Menschen mit schweren Entwicklungsdefiziten oder Traumafolgestörungen eine gezielte Förderung und Nachreifung.

Bewegung-Körper-Meditation mit Musik

Die Bewegung-Körper-Meditations-Therapie basiert auf der Integrativen Gestalttherapie, verschiedenen Meditationstechniken und körperlichen Stabilisierungstechniken nach Peter Levine u.a.

Die Freude an freier Bewegung zu Musik zu wecken und zu fördern, ist das tragende Element dieser integrativen Arbeit.

Zentrierende und meditative Übungen fördern die Ich-Struktur und die Wahrnehmung im Hier und Jetzt und wirken deshalb stabilisierend.

Bewusste Orientierungs- Abgrenzungsübungen und - Pendelübungen bei denen die Wahrnehmung gezielt geschult und gelenkt wird, wirken „alten Erstarrungsmustern“ entgegen und ermöglichen so auf einer körperlichen Ebene eine korrigierende Erfahrung.

Durch gezielte Partner- und Kleingruppenübungen werden spielerisch funktionale Interaktions- und Kommunikationsmuster erprobt und fördern so auf einer nonverbalen Ebene soziale Kompetenzen.

Bewegung und Meditation können also sowohl zur einfachen Selbsterfahrung als auch zur gezielten Nachreifung eingesetzt werden und eignen sich durch die prozess- und erlebnisorientierte Art der Vermittlung besonders zur individuellen Förderung.

Pferdegestützte Psychotherapie

Grundsätzlich geht es darum, die Reaktionen des Pferdes auf die eigenen Signale wahr zu nehmen und zu reflektieren. Es geht darum, eigene emotionale Reaktionen auf das Verhalten des Pferdes zu bemerken und Wechselwirkungen zu beobachten. Dies geschieht z.B. durch die Beobachtung der Pferde, durch Führen eines Pferdes, durch Kontaktaufnahme durch streicheln und auch durch das Getragen werden.

Die Fähigkeit der Pferde, uns unsere innere und äußere Haltung ständig widerzuspiegeln, macht das Pferd zu einem guten „Co-Therapeuten“. Das Pferd fordert uns zu einer eindeutigen Kommunikation und klarer Körpersprache auf. Es sendet nur eindeutige Signale auf der nonverbalen Ebene - im Gegensatz zum Menschen, wo verbale und nonverbale Botschaften differieren können. Das Pferd reagiert auf Gestik, Stimme, Atmung, Stimmungssignale, Körperspannung und die Echtheit der Beziehung. Dies bedarf also einer gemeinsamen Kommunikationsbasis, die auf authentische bzw. kongruente Körpersprache beruht. Daraus ergeben sich folgende Ziele für die pferdegestützte Psychotherapie:

- Wahrnehmungsschulung (Körper und Gefühle)
- Stärkung des Selbst- und Körperbewusstseins
- Den eigenen Körper neu erleben
- Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit
- Eingestehen von Ängsten und deren Überwindung
- Eigene Lebendigkeit und Lebensfreude spüren
- Selbstbehauptung
- Steigerung der Motivation und Aktivität
- Eigene Ressourcen entdecken
- Förderung sozialer Interaktion
- Beziehungsfähigkeit steigern
- Aufbau von Verantwortungsbewusstsein
- Rücksichtnahme auf sich und andere

- Grenzen setzen

9.3.9 Infoveranstaltungen

Während der gesamten Therapiedauer finden Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen sowie zur Förderung des Krankheitsverständnisses statt. Sie werden von unterschiedlichen Berufsgruppen gestaltet, die Vorträge werden interaktiv gehalten und lassen den Patientinnen Raum sich einzubringen und zu beteiligen.

Die Themen sind Lerntheoretische Grundlagen der Sucht und Verlauf Suchtverlangen, Neurobiologie der Suchterkrankung, Umgang mit Schmerzen, Schlaf und Schlafstörungen, Einfluss von Suchterkrankung auf den Körper, Nikotinentwöhnung und Suchterkrankung in Bezug auf Essen und Essverhalten.

9.3.10 Patientinnenforum

In regelmäßigen Abständen findet das Patientinnenforum statt. Es dient dem Austausch zwischen den Patientinnen und dem gesamten Klinikteam, alle in der Klinik arbeitenden Abteilungen mit Abteilungsleitern sind anwesend, dabei kommen Kritik und Verbesserungsvorschläge zur Sprache sowie die Klinikatmosphäre.

9.3.11 Ergo- und Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie ist ein wesentlicher Therapiebestandteil auf dem Weg zur Teilhabe am Arbeitsmarkt und der damit verbundenen wirtschaftlichen Eigenständigkeit sowie der sozialen Integration, bzw. Re-Integration. Die Arbeitstherapie soll zum einen zur Verbesserung von Konzentration, Durchhaltevermögen und Ausdauer beitragen und so eine konstante Leistungsfähigkeit entwickeln. Zum anderen sind aber auch die Förderung von Selbständigkeit, Eigenverantwortung und sozialen Kompetenzen wichtige Ziele. Letztendlich soll über die Zuwendung zur Arbeit auch das Selbstwertgefühl der Patientin gestärkt werden.

Die arbeitstherapeutischen Tätigkeitsbereiche sind in unterschiedlicher Ausprägung mit Verantwortung und Anforderungen an Eigeninitiative und Kreativität der Patientinnen verknüpft. Die Arbeitsanleiter in den Bereichen haben fachspezifische Ausbildungen in den jeweiligen Grundberufen, und zum Teil auch (arbeits-)therapeutische Ausbildungen. Sie werden durch die Ergotherapeuten unterstützt und treffen sich zu einem wöchentlichen Austausch, wo sie Rückmeldungen zu einzelnen Patientinnen geben und erhalten. Die Ergotherapeuten sind bei Bedarf über die Teilnahme an Fallbesprechungen in das interdisziplinäre Team eingebunden, wodurch ein Austausch zwischen Arbeits- und Psychotherapie gewährleistet ist.

Zusätzlich wird der Behandlungsstand jeder Patientin zu Beginn und vor Abschluss der Behandlung in einem Team aus Ergotherapeuten, Bezugstherapeuten, Sozialarbeitern, Ärzten und Psychiatern besprochen. Hier geht es zu Behandlungsbeginn in erster Linie um den Abgleich von Anamnesedaten und Diagnosen, sowie Zielen und Behandlungsplanung. In der jeweiligen Abschlussbesprechung findet der Austausch zur sozialmedizinischen Epikrise statt, der die Behandlungsergebnisse aller vertretenen Bereiche verknüpft. Die entsprechenden Ergebnisse werden direkt in den Entlassungsbericht der Patientin eingepflegt.

Arbeitstherapieplätze werden in den Bereichen Küche, Garten, Hausservice, Kliniktschlerei, Verwaltung, Lesecafé, Kreativ-Kiosk und Kreativ-Werkstatt angeboten.

Im Rahmen der Arbeitsdiagnostik erhalten die Patientinnen verschiedene konstruktive Arbeitsaufträge, die sie anhand von schriftlichen und mündlichen Arbeitsanweisungen erledigen sollen. Entsprechend der dabei zu beobachtenden Arbeits- und Verhaltensweisen wird mithilfe des ergo- und arbeitstherapeutischen Befundinstruments HiPro ein Fähigkeitsprofil jeder Patientin erstellt.

Das Fähigkeitsprofil nach HiPro umfasst Kriterien aus den Bereichen

- Elementare Fähigkeiten (z.B. Ausdauer, Konzentration, Arbeitsplanung)
- Soziale Fähigkeiten (z.B. Teamfähigkeit, Kritisierbarkeit)
- Emotionale Fähigkeiten (z.B. Antrieb, Misserfolgstoleranz)
- Selbstbild (z.B. Selbständigkeit, Ich-Stärke)

Außerdem findet in dieser Phase die Exploration der jeweiligen Berufs- und Arbeitssituation, sowie der jeweiligen beruflichen Perspektive und des persönlichen Integrationspotentials statt. In der Analyse der aktuellen Situation werden fördernde und hemmende Kontextfaktoren erarbeitet. Dazu wird u.a. ein Screening mit dem AVEM-44 durchgeführt. Darauf aufbauend formuliert die Patientin ihre individuelle arbeitsbezogene Zielsetzung.

Aus den arbeitsdiagnostisch erhobenen Informationen erfolgt die Zuordnung in die jeweilige BORA-Gruppe.

Bei hohem vorhandenem Integrationspotential (BORA 1 und 2), oder bei bestehender (unbefristeter) Berentung nehmen die Patientinnen nicht zwingend an weiteren spezifischen Trainingsmaßnahmen der Arbeitstherapie teil. Sie nehmen stattdessen ergänzende ergotherapeutische Angebote aus dem Bereich Freizeitkompetenz/ Stressbewältigung wahr.

Bei gefährdetem, vermindertem oder geringem Integrationspotential (z.B. bei gefährdetem Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit oder befristeter Berentung – BORA 3-5), nehmen die Patientinnen zur Stabilisierung vorhandener Grundarbeitsfähigkeiten, sowie zur Verbesserung des beruflichen Integrationspotentials an weiteren arbeitstherapeutischen Trainingsmaßnahmen teil.

Die Patientinnen werden in diesem Fall zunächst in einen arbeitstherapeutischen **Basisbereich** eingeteilt. Diese Bereiche dienen in erster Linie der weiteren Erprobung, Stabilisierung und Verbesserung von elementaren Arbeitsfähigkeiten, sowie einzelner berufsspezifischer Basisfertigkeiten. Die Patientinnen arbeiten unter enger Anleitung durch Fachpersonal, und haben weitestgehend festgelegte Arbeitszeiten und klare Rahmenbedingungen. Durch die adaptive Aufgabengestaltung ist eine individuelle Steigerung der Anforderungen möglich.

Nach ausreichender Stabilisierung und Steigerung der elementaren Grundarbeitsfähigkeiten können die Patientinnen in einen arbeitstherapeutischen **Aufbaubereich** versetzt werden. Diese Bereiche zeichnen sich durch erhöhte Anforderungen im Bereich der sozialen Kompetenzen und der Selbstständigkeit aus, und fordern von den Patientinnen eigenständiges Handeln und Verantwortungsübernahme in der Teamarbeit. Patientinnen mit gefährdetem Integrationspotential können in diesen Fähigkeitsbereichen gezielt gefordert und gefördert werden.

Je nach Fähigkeiten, Interessen, körperlichen Voraussetzungen und der Zielsetzung der Patientin werden die berufsbezogenen Maßnahmen und Arbeitsbereiche klientenzentriert und im

Sinne der BORA-Leitlinien miteinander kombiniert, sodass eine sehr individuelle und indikationsgeleitete arbeitstherapeutische Behandlung möglich ist. Dabei spielen auch der Austausch mit den jeweiligen Bezugstherapeuten, Ärzten und insbesondere der Sozialberatung eine wesentliche Rolle.

Zur Ergänzung der internen Arbeitsbereiche können externe Arbeitserprobungen unter Alltagsbedingungen bei verschiedenen Firmen und Unternehmen der Umgebung durchgeführt werden. So können arbeitslose Patientinnen sich neue Perspektiven erarbeiten, oder erwerbstätige Patientinnen ihre tatsächliche Belastbarkeit im Arbeitsalltag überprüfen.

Die Evaluierung über das Erreichen der arbeitstherapeutischen Ziele und der Entwicklung im Arbeitstherapieverlauf erfolgt im Rahmen mehrerer regelmäßig stattfindender Reflexionsgespräche der Ergotherapeuten mit der Patientin. Gesprächsgrundlage ist dabei eine Selbsteinschätzung der Patientin, sowie die Fremdbeurteilung durch den jeweiligen Arbeitstherapeuten. Auch in den Austausch zur sozialmedizinischen Epikrise, sowie ggf. in sozialmedizinische Erörterungen fließen die Fremdeinschätzungen der Arbeitstherapeuten, der arbeitstherapeutische Verlauf, und die Selbsteinschätzung der Patientin mit ein.

Der zeitliche Umfang der Arbeitstherapie umfasst wöchentlich bis zu 7,5 Stunden. Dabei bieten die verschiedenen Bereiche Zeiteinheiten zwischen etwa 60 und 200 Minuten. Auch der Zeitumfang kann also individuell angepasst werden.

Ergänzende Maßnahmen

Zu den ergänzenden arbeits- und ergotherapeutischen Maßnahmen zählen die Indikationsgruppen „Aktive Freizeitgestaltung“ und „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“.

In der Indikationsgruppe „Aktive Freizeitgestaltung“ soll die Patientin in Kleingruppenarbeit unter ergotherapeutischer Anleitung einen konkret ausformulierten Wochenplan erstellen, in dem als fördernder Kontextfaktor Freizeit aktiv und sinnvoll gestaltet und eingeplant ist. Die Patientinnen lernen Möglichkeiten kennen, sich über Freizeitangebote am Wohnort zu informieren, und bekommen Anregungen, welche Aktivitäten ihren zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten entsprechend umsetzbar sind. Die Patientinnen erhalten außerdem einen Einblick in einzelne kreative Techniken, die auch mit kleinem Aufwand in den Alltag integrierbar sind.

Die Indikationsgruppe „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ dient zur bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema „Stress“. Die Patientinnen lernen Zusammenhänge kennen, und identifizieren persönliche Stressauslöser und -reaktionen, und erarbeiten Bewältigungsmöglichkeiten. Es werden einzelne Strategien zur besseren Stressbewältigung detailliert vorgestellt und zum Teil geübt.

Hirnleistungstraining

Im Rahmen der Förderung und Wiederherstellung von Grundarbeitsfähigkeiten bietet die Arbeitstherapie computergestütztes Hirnleistungstraining mit „Cogpack“ an.

Bei entsprechender Indikation, die entweder über die testpsychologische Diagnostik oder im Rahmen der Arbeitsdiagnostik festgestellt wird, führen die Ergotherapeutinnen in mehreren halbstündigen Einzelsitzungen dieses Training mit der Patientin durch.

Die Übungen des Programms können individuell zusammengestellt werden, so dass je nach Indikation Konzentrationsleistung, Merkfähigkeit, visuelle Wahrnehmung, Handlungsplanung,

Visomotorik oder Reaktionsgeschwindigkeit sowie Allgemeinwissen, Rechnen, logisches Denken oder Alltagskompetenzen trainiert und gefördert werden können. Nebenbei übt sich die Patientin im Umgang mit dem PC und kann positive Rückmeldung erhalten, indem sie ihre Übungsfortschritte mithilfe des Programms selbst verfolgt.

9.3.12 Sozialberatung

In der Sozialberatung sind eine Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (B.A.) und eine Berufsanerkennungsjahrpraktikantin der Sozialen Arbeit zuständig. Zusätzlich ist einmal wöchentlich ein Sozialarbeiter (B.A.) der Fachklinik St. Marienstift vor Ort. Jede Patientin hat somit eine feste Ansprechpartnerin/ einen festen Ansprechpartner in der Sozialberatung während ihres gesamten stationären Aufenthaltes.

Jede Patientin nimmt im Rahmen der Aufnahmegruppe an einer Infoveranstaltung der Sozialberatung teil, in der die Soziale Diagnostik erhoben und eine Ist-Analyse vorgenommen wird. Den Patientinnen bietet die Sozialberatung Anleitung und Hilfe an, soziale Defizite zu erkennen, im Rahmen der Therapie soweit wie möglich zu beseitigen und vorhandene Ressourcen weiterzuentwickeln. Sie berät Patientinnen mit Problemen im sozialen, beruflichen und finanziellen Bereich, unter Berücksichtigung des BORA-Konzeptes der Deutschen Rentenversicherung.

Dabei berücksichtigt sie vor allem auch den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ und achtet im Sinne einer therapeutischen Stärkung der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen darauf, dass diese sich in zumutbarem Maße an der Erreichung ihrer Ziele selbst beteiligen. Die Sozialberatung soll die Patientinnen motivieren, beraten, begleiten, anleiten und unterstützen.

Insbesondere folgende Themenbereiche gehören schwerpunktmäßig zum Leistungsspektrum der Sozialberatung: Hilfestellung bei der Regelung von behördlichen Angelegenheiten, Lösung von Arbeitsplatzproblemen, Beratung bei der Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Ordnung finanzieller Angelegenheiten, Klärung der Wohnsituation und ggf. Vermittlung in weiterführende Maßnahmen (Adaption, betreutes Wohnen, Wohnheim, Tagesstätte u.a.), Erarbeitung einer sinnvollen Tagesstruktur, u.a.

Das Erreichen einer langfristigen sozialen sowie beruflichen Teilhabe stellt somit einen wichtigen Teil in der stationären Therapie für die Patientinnen dar.

Bewerbungstraining

Das Bewerbungstraining ist eine interne geschlossene Indikationsgruppe, die insgesamt vier Einheiten á 1,5 Stunden umfasst. Die Einteilung der Patientinnen erfolgt vorrangig nach der Zuordnung der BORA-Gruppen.

Im Bewerbungstraining erfolgt eine Bestandsaufnahme der beruflichen Situation und eine persönliche Profilanalyse. Darüber hinaus werden positive berufliche Perspektiven entwickelt und konkretisiert unter Einbeziehung der persönlichen und fachlichen Qualifikationen.

Die Patientinnen erhalten Informationen zu aktuellen Bewerbungsformen (Inhalt und Aufbau) und haben die Möglichkeit, in zwei Praxiseinheiten ihre persönliche Bewerbung im EDV-Raum unter Anleitung zu erstellen und zu speichern. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Stellenrecherche. Abschließend erhalten die Patientinnen Tipps und Tricks zum Vorstellungsgespräch und es können konkrete Situationen aus Bewerbungsgesprächen geprobt werden. Das Bewerbungstraining soll vor allem dazu dienen, Patientinnen zu motivieren und vorhandene Ängste und Hürden abzubauen, um eine langfristige berufliche Teilhabe erreichen zu können.

9.3.13 Freizeitgestaltung

Meist ist die Freizeitgestaltung bei Abhängigkeitserkrankten gestört, da die Suchterkrankung zum Lebensmittelpunkt wurde. Die Förderung aktiver Verhaltensweisen in der Freizeit ist für die langfristige Stabilisierung der Abstinenz und der sozialen und beruflichen Teilhabe als wesentlicher Faktor anzusehen. Um den Patientinnen eine Rückkehr in eine funktionale Freizeitgestaltung zu ermöglichen stehen eine Vielfalt an Gestaltungsmöglichkeiten für die Abende und die Wochenenden zur Verfügung.

Sie können folgende Möglichkeiten nutzen:

- Schwimmbad
- Fitnessraum
- Sauna
- Lesecafé mit Spieleverleih
- Internet-Zugänge
- Tischtennis
- Tischfußball
- Fahrräder für Ausflüge in die Umgebung/Radverleih
- Vorträge externer Referenten
- Konzerte, Lesungen
- Freizeitbereiche im Garten
- Vereine in der näheren Umgebung
- Diverse Spiel- und Sportgeräte für Drinnen und Draußen
- Offener Kreativraum
- Kreative Projektgruppen

Aktivitäten von Patientinnengruppen zur Förderung des Sozialverhaltens und des Zusammenlebens in der Klinik werden gefördert. Dies geschieht durch ideelle, sachliche oder finanzielle Unterstützung bei Aktivitäten wie Besuchen von Veranstaltungen außerhalb der Klinik oder Ausflügen.

Die nähere Umgebung mit ihren Freizeitmöglichkeiten wird den Patientinnen durch Mitpatientinnen in der ersten Woche während der Aufnahmephase gezeigt und Info-Material (Rad- und Wanderkarten) zur Verfügung gestellt.

Im 1. OG befindet sich eine Info-Wand, die allen Patientinnen jederzeit zugänglich ist, mit zahlreichen Informationen zu Möglichkeiten der aktiven Freizeitgestaltung in der Umgebung auch kostenlose Angebote werden genannt. Aushänge zu kulturellen oder sportlichen Veranstaltungen, Vereinsaktivitäten, Kinoprogramm und Ausflugszielen werden regelmäßig aktualisiert und erweitert.

10. Personelle Ausstattung

Mit dem federführenden Kostenträger ist die Personalausstattung vereinbart, die personelle Mindestbesetzung wird durchgehend eingehalten und ist an die komplexe erkrankten Rehabilitandinnen angepasst. (siehe Anlagen/ erg. Unterlagen)

11. Räumliche Gegebenheiten

Die Klinik verfügt über 22 Einzelzimmer mit einer durchschnittlichen Größe von 17 Quadratmetern und 41 Doppelzimmer mit einer durchschnittlichen Größe von 23 Quadratmetern, nicht

eingerechnet ist dabei die durchschnittlich 4 Quadratmeter große Nasszelle. Es können nur durchschnittliche Zimmergrößen angegeben werden, da durch den nachträglichen Einbau der Nasszellen die Zimmer über keinen einheitlichen Grundriss verfügen. Die Zimmer sind wohnlich eingerichtet. Ein Fernseher befindet sich nicht auf dem Zimmer. Die Klinik ist bedingt barrierefrei. Alle Bereiche sind für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte erreichbar. Es gibt vier Zimmer mit entsprechenden sanitären Einrichtungen für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte. Die Klinik verfügt über mehrere ärztliche Untersuchungsräume/Büros. Für das Therapeutenteam stehen ausreichend Büros (19) zur Verfügung. Lediglich in der Physiotherapie und Kreativtherapie werden Büros zeitweise von zwei Therapeuten benutzt. Alle Büros sind mit Diensttelefon und Computern mit Intranet-Zugang ausgestattet. Die Größe der Büros variiert zwischen zehn und 25 Quadratmetern.

Der Pflegestützpunkt verfügt über Alkomaten, Mehrkanal-EKG, Defibrillator, Notfallrucksack, sowie Sauerstoffflasche.

Ein ärztlicher Untersuchungsraum ist mit einem Ultraschallgerät ausgestattet.

Die Physiotherapie verfügt über Schwimmbad, Sauna, Stangerbad, Schlingentisch, Fango-raum und einen Fitnessraum mit diversen Geräten zum Muskelaufbau. Unsere Sporttherapie kann auf Schwimmbad und einen Multifunktionsraum mit entsprechender Ausstattung zurückgreifen.

Die Kreativ- und Gestaltungstherapie, verfügt über eine Holzwerkstatt / Tischlerei, einen Werkraum sowie einen Kunstraum.

Für ganztagsambulante Patientinnen wird ein Aufenthaltsraum mit Schreibtisch und Ruhesessel vorgehalten.

12. Kooperation und Vernetzung

Vernetzung und Kooperation mit anderen professionellen Anbietern der Suchtkrankenhilfe sind wichtige Elemente in einer Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

Persönliche und telefonische Übergabegespräche bei Kombinationsbehandlungen, regelmäßige telefonische fachliche Abstimmungen und Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen aus den ambulanten Fachstellen dienen der Optimierung der Behandlung. Dies geschieht auch im Rahmen von Fachtagen, Qualitätszirkeln in regionalen Verbänden und gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen.

Patientinnen, die intoxikiert zur Aufnahme anreisen oder während der Behandlung rückfällig sind, werden in das nahe gelegene Krankenhaus Johanneum in Wildeshausen oder in das St. Elisabeth-Krankenhaus in Damme zur Entzugsbehandlung verlegt. Die interkurrente Versorgung der Patientinnen erfolgt in der Regel ebenfalls dort, ansonsten durch Fachärzte oder andere Krankenhäuser in der näheren Region.

Im Rahmen von Arbeitserprobungsmaßnahme bestehen Kooperationen mit diversen Betrieben vor Ort.

Eine Fortsetzung der Rehabilitation in einer Adaptionseinrichtung erweist sich manchmal als notwendig, um mit weiterer stationärer Behandlung das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Integration in das Erwerbsleben zu erreichen. Nur bei genauer gegenseitiger Kenntnis der Behandlungskonzeptionen und -möglichkeiten ist gewährleistet, dass die erarbeiteten Therapieziele auch umgesetzt werden können. Die Kooperation und der Austausch mit einzelnen Adaptionseinrichtungen erfolgt über die Sozialberatung.

Zusammen mit dem benachbarten Standort der GmbH, der Suchtfachklinik für Männer St. Marienstift in Neuenkirchen, wird seit Jahren die Behandlung von suchtkranken Paaren durchgeführt. Im zentralen Aufnahmesekretariat werden in etwa gleiche Aufnahmetermine vereinbart. Durch die getrennte Aufnahme in zwei Kliniken wird den Partnern zunächst das individuelle Einleben und Einlassen auf die eigene Therapie ermöglicht. Eine zwischen den behandelnden Therapeuten abgestimmte Therapieplanung sind ebenso selbstverständlich wie regelmäßiger Informationsaustausch und die gegenseitige Teilnahme an Familiengesprächen und Angehörigenseminaren. Die Häufigkeit gegenseitiger Besuche und gemeinsame Wochenendheimfahrten werden je nach Therapieentwicklung und familiären Gesichtspunkten abgestimmt. Regelmäßige Paargespräche und die Abstimmung von weiterführenden Maßnahmen nach der stationären Behandlung sind selbstverständlich.

Die Fachklinik St. Vitus ist Mitglied des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und des Sozialpsychiatrischen Verbundes im Landkreis Vechta.

13. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die ständige Verbesserung der Qualität der medizinischen Rehabilitation in den verschiedenen Facetten ist eine kontinuierliche Aufgabe.

Die Fachklinik St. Vitus GmbH ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. In regelmäßigen internen Audits werden die Abläufe überprüft.

Die Rückmeldungen aus dem Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung von Peer Review-Ergebnissen, Patientenbefragungen, KTL-Dokumentationen und Visitationsergebnissen werden von der Klinikleitung analysiert, auf Verbesserungspotenziale hin überprüft und ggf. in interdisziplinär angelegten Qualitätszirkeln ebenso bearbeitet wie Verbesserungspotenziale, die sich aus internen Audits oder Anregungen von Patientinnen oder Kooperationspartnern ergeben.

Ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem hilft, die Ergebnisse von Anamnese, Diagnostik und Behandlungsverlauf zeitnah allen an der Rehabilitation beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben zur Verfügung zu stellen. Der ärztliche Entlassungsbericht orientiert sich am jeweils aktuellen Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.

Er stellt die übersichtliche fachliche und ökonomische Dokumentation aller Behandlungskern-daten dar, gibt weiterbehandelnden Ärzten und ambulanten Fachstellen umfassende Informationen. Für den Leistungsträger ist der ärztliche Entlassungsbericht mit den Blättern 1, 1a, eine gründliche sozialmedizinische Beurteilung, mit Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes.

Bei Kombinationsbehandlungen wird der Entlassungsbericht der Fachambulanz in der Regel beim Übergabegespräch in Form eines Datenträgers übergeben, ansonsten unmittelbar nach Entlassung des Patienten den Kosten- oder Leistungsträgern, dem behandelnden Arzt und der weiterbehandelnden Fachstelle nach schriftlichem Einverständnis der Patientin übersandt.

14. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation

In täglichen multiprofessionellen Teamsitzungen in Anwesenheit der leitenden Ärztinnen und unter Moderation der leitenden Psychologin werden therapierelevante Entscheidungen und Absprachen für die jeweilige Patientin getroffen. In den wöchentlichen Fallbesprechungen wird die Behandlungsplanung für die jeweilige Patientin überprüft. Bei Behandlungsbeginn werden die Therapieziele in den einzelnen Bereichen aufeinander in einer gemeinsamen Besprechung

aller Berufsgruppen (Bezugsarzt, Bezugstherapeuten, Ergo- und Arbeitstherapeuten, Sozialberatung) in Anwesenheit der leitenden Ärztinnen abgestimmt, bei Therapieende wird mit diesen beteiligten Berufsgruppen das Ergebnis der Behandlung unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Beurteilungen festgelegt und weitere Maßnahmen empfohlen.

Sozialmedizinische Fragestellungen werden gemeinsam mit der Patientin in Anwesenheit der leitenden Ärztinnen, der Arbeitstherapeuten, dem Sozialdienst und den Bezugstherapeuten erörtert.

Alle Patientinnen werden regelmäßig von den leitenden Ärztinnen visitiert, Therapieziele überprüft und Medikationen angepasst.

Es wird eine elektronische Patientinnenakte geführt, die unter den verschiedenen Berufsgruppen den nötigen Informationsaustausch ermöglicht

15. Qualitätsmanagement / externe Beauftragte

Die Qualitätsmanagementbeauftragten sind für die internen Abläufe und deren Einhaltung verantwortlich. Dieses dient den Zielsetzungen zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität. Zu berücksichtigen sind hierbei Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Gesetzgebung, Umwelt und Forderungen unserer Kunden. Notfallmanagement

Es existieren QM- gesicherte Regelungen für medizinische und nichtmedizinische Notfälle. Diese sind im Anhang ausführlich erläutert und werden mit entsprechenden Ablaufdiagrammen dort abgebildet.

Es wird unterschieden zwischen medizinischen Kriseninterventionen und technischen Notfällen.

Ein externer Datenschutzbeauftragter ist eingebunden. Dieser überprüft, ob die beschriebenen Sicherheitsleitlinien, Verfahrensregelungen etc. zum Datenschutz und Datensicherheit eingehalten werden.

Eine externe Hygienefachkraft ist für die Einhaltung und Überprüfung der Hygienepläne zuständig und hält interne Schulungen im Küchen- und Hauswirtschafts- und Pflegebereich ab.

Die Sicherheitsfachkraft (Fachkraft für Arbeitssicherheit) ist zuständig für die Einhaltung der Sicherheitsrichtlinien, Gefährdungsbeurteilungen sowie der Beschreibung der Fluchtwege.

16. Fortbildung

Es werden regelmäßig Fortbildungen in den Teamsitzungen und im Mitarbeiterforum zu allgemeinen Themen, sowohl sucht- als auch komorbiditätsbezogen angeboten. Mitarbeiter werden regelmäßig zu Fortbildungen der Rentenversicherung und zu Kongressen geschickt, um aktuelles Wissen zu erwerben und in der Klinik weitergeben zu können. Jährlich finden an beiden Klinikstandorten der GmbH Suchtfachtagungen statt, zu denen qualifizierte externe Referenten eingeladen werden. Diese Veranstaltungen werden jeweils von der Landesärztekammer zertifiziert.

17. Supervision

Psychologen in Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten werden durch die leitende Psychologin supervidiert.

Quartalsmäßig finden Teamsupervisionen durch eine externe Supervisorin statt.

18. Hausordnung/ Behandlungsordnung

Die Haus- und Behandlungsordnung wird den Patientinnen zu Behandlungsbeginn im therapeutischen Aufnahmegespräch vorgelegt. Im Vorfeld werden die Patientinnen durch einen entsprechenden Flyer über die wichtigsten Inhalte und Therapiemaßnahmen informiert.

Anhang:

Literatur

- Arenz-Greiving I. (Hrsg.): Sucht-Gewalt-Sexualität. Opfer und Täter in der Therapie Lambertus, Freiburg i.Br. 1990
- Bauer J. Gesundheitszentrum Hannover – Neue Wege in der Rehabilitation. Impulse Newsletter. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover 1997
- Bammer G. Weekes, S. (1994): Becoming an ex-user. Drug and Alcohol Review, 13, 285-292
- Beckmann, L. J. (1984): Treatment needs of women alcoholics. Alcoholism Treatment Quarterly, 1, 101-114
- Berg I.K., Miller, S.D. Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz, Heidelberg 1995
- Berger H. et.al.: Frauenalkoholismus. Entstehung-Abhängigkeit-Therapie. Kolhammer, Stuttgart 1983
- Berne E. Games People Play. Grove Press, New York 1964
- Bohus, M. Wolf, M. Interaktives Therapieprogramm für Borderline-Patienten, Schattauer 2009
- Böning J. Neuere Ergebnisse der empirischen Alkoholismusforschung. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 96, Neuland, Geesthacht 1995
- Brakhoff J. (Hrsg.) Essstörungen. Lambertus, Freiburg 1985.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Berlin. Drogen- und Suchtbericht 2003 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
- Camenzind E. Geschlechtsspezifisches Suchtverhalten und Therapie bei Frauen. In: Richelshagen K. (Hrsg.): Süchte und Systeme. Lambertus, Freiburg 1992

- Cotton N.S. The familial incidence of alcoholism. A review. J. Stud. Alc. 40:89-94 1979
- Dejong G., van den Brink H., Hartevelde H., van der Wielen B.:
Personality disorders in alcoholics and drug addicts.
Comp. Psychiatry, 34:87-94, 1993
- de Shazer S. Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- Duckert F. (1989): The treatment of female problem drinkers. In E. Haarrino-Mannila (Ed.), Women, Alcohol and Drugs in the Nordic Countries (S. 172-191). Helsinki: NAD Publication.
- Feuerlein W. Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart 1975.
- Fiorentine R., Anglin M.D. More Is Better: Vigilant Counselling Participation And The Effectiveness Of Outpatient Drug Treatment. (Paper in Submission) 1995
- Frauen und Sucht. Offene Fachtagung des Arbeitskreises Frauen und Sucht. 22.-23.02.1995. Arbeitskreis Frauen und Sucht, (Hrsg.), Gesundheitstreffpunkt Bremen-West 1995
- Fürstenau P. Entwicklungsförderung durch Therapie, Psychotherapie. Pfeiffer, München, 1994
- Gahleitner S. Frauen, Trauma, Sucht
Asangerverlag 2008
- Gundessa, C. Asangerverlag 2008
- Geier R. Grundbedingungen frauenspezifischer Therapie. In: Arbeitskreis Frauen und Sucht (Hrsg.), Gesundheitstreffpunkt Bremen-West 1995
- Gil-Rivas V., Fiorentine R., Anglin M.D.:
Prevalence of sexual and physical abuse, and posttraumatic stress disorder among women participating in drug treatment. Paper, presented at: The 37th International Congress on Alcohol and Drug Dependence San Diego, California 1995.
UCLA Neuropsychiatric Institute Drug abuse Research Center, University of California, Los Angeles. (Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags) 1995

- Glaeske G., Günther J., Keller S.
Nebenwirkung: Sucht. Kunstmann, München 1997
- Gölz J.
Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome. Stuttgart 1998
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Möller N. et al:
Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. Arch. gen.Psychiat. 31: 164-169, 1974
- Grawe K.
Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40:130-145
- Haller G.
Entwicklung frauenspezifischer Therapieansätze. In: Arbeitskreis Frauen und Sucht (Hrsg.), Gesundheitstreffpunkt Bremen-West 1995
- Heigl-Evers/Heigl
Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode.
In: Battegay et. al. (Hrsg.) Gruppenpsychother. und Gruppendynamik (1), 1994
- Heigl-Evers A., Ott J.
Die Bedeutung der psychoanalytisch-interaktionellen Grundeinstellungen für die Gruppentherapie. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 33: 55-73, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1997
- Heimatverein Visbek:
Chronik Visbek. Vechtaer Druckerei und Verlag, Vechta 1989
- Horowitz M.I.
(1986) Stress-response syndromes. 2. Auflage. New York: Basic Books
- Huber M.
Multiple Persönlichkeiten. Fischer, Frankfurt a.M. 1995
- Jehnen W.
Muskelentspannung nach Jacobson. Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München 1995
- Kernberg O.
Schwere Persönlichkeitsstörungen, Klett, Stuttgart 1993

- Kieselbach D. Bulimarexie als zusätzliche Sucht bei alkohol- und/oder medikamentenabhängigen, Frauen. In: Braakhoff, J.: Eßstörungen, Lambertus, Freiburg i.Br. 1985
- Kölli Th. Freundeskreis Journal 1/2004, S. 13
- König K., Lindne W. Psychoanalytische Gruppentherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1991
- König K. Übertragungsauslöser – Übertragung – Regression in der analytischen Gruppe.
In: Battegay et.al. (Hrsg.): Gruppenpsychother. und Gruppendynamik (10), 1976
- Körkel, J./ Schindler, C. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., Springer, 2003.
- Krebs B. Psychodrama in der Behandlung von Eßsüchtigen. In: Braakhoff J.: Eßstörungen. Lambertus, Freiburg i.Br. 1985
- Krystal H., Raskin H.A.: Drogen Sucht. Aspekte der Ich-Funktion. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983
- Küffner H., Feuerlein W., Huber M.:
Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen. Freiburg: Lambertus (1988)
- Legenbauer, T., Vocks Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie, Springer 2009
- Lenz G. Niemand sucht allein – Auf dem Weg zu einer veränderten Suchtdefinition.
In: Richelshagen, K. (Hrsg.): Süchte und Systeme. Lambertus, Freiburg 1992
- Leutz G. Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno. Springer, Berlin Heidelberg 1986
- Liebertz K. Wege der Psychotherapie bei Patienten in sozialer Not. In: Scheiblich W. (Hrsg.): Ohne Wohnung, ohne Arbeit, ohne Hoffnung? Suchtkrankenhilfe zwischen Therapie und Basishilfen. Lambertus, Freiburg i.Br. 1993
- Lindner W.-V. Die Bedeutung der Gruppe für die psychotherapeutischen Versorgung. In: Battegay et.al. (Hrsg.): Gruppenpsychother. und Gruppendynamik, Bd 28, (4), 1992

- Lüdecke Sachsse, Faure, Sucht-Bindung-Trauma, Schattauer Verlag, 2010
- Lürssen E. Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. Suchtgefahren 20: 145-150, 1974
- Margraf, J.Schneider, S. Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung, Springer, 2008.
- Meier C., Gerster B.I., M. Schoep-Chevalley:
Frauen – Sucht – Forschung. Grundlagen einer frauengerechten Suchtprävention. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Abteilung f. Gesundheitsforschung, S. 33, 1995
- Mentzos St. Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt a.M., 1990
- Merfert-Diete Ch., Soltau, R. (Hrsg.):
Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Rowohlt, Reinbek 1984
- Munsch, S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen, Beth, 2003
- Najavits, L.M., Schäfer I. , Stutzenvoll, M., Dilling, A.
Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapie, I. Programm „Sicherheit finden“, Hogrefe 2008
- Nijenhuis, E. Das verfolgte Selbst, Jenfermann 2008
- Petry J. Behandlungsmotivation. Beltz, Weinheim 1993
- Petry J. Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien 3. Auflage Homburg Saar 1996
- Preuß U.W., Schröter A., Soyka M.:
Typologien der Alkoholkrankheit – Ein kritischer Vergleich. Sucht 43 (2): 92-103, 1997
- Reichert F. Atem, Tanz und Therapie. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M. 1989
- Reddemann, L. Trauma und Sucht, Asanger 2005
- Reddemann, L. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT- Das Manual, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001
- Reddemann, L. Imagination als heilsame Kraft, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001

- Reddemann, L. Trauma und Sucht, Klett-Cotta, 2006
- Rost W-D. Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Klett-Cotta, Stuttgart 1987
- Schaub, A. Kognitiv-psychoedukative Therapie der Bewältigung von Depressionen
- Roth, E., Goldmann, U. Hogrefe 2006
- Schmidt L. Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch, Kohlhammer, Stuttgart 1989
- Schmidt-Ott G., Sack M, Leupa W, Lamprecht F, Psychotherapeut 1998, 296-301, Springer-Verlag 1998
- Schneider, S., Margraf, J. Agoraphobie und Panikstörung, Hogrefe 1988
- Schultze-Dierbach E. Therapieziele in der Suchtkrankenbehandlung. In: Haigl-Evers A., Helas I., Vollmer H.C. (Hrsg.): Suchtkranke. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich, 1995
- Simonsen D. Abhängigkeit und Loslösung. Psychodramatische Ansätze in der stat. Langzeittherapie mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Lambertus, Freiburg 1990
- Sturm J., Zielke M. Chronisches Krankheitsverhalten: Die klinische Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 1, 17. bis 27. 1988
- Uexküll, T. v.: et.al. Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, Freiburg 1995
- Vogt I. Alkoholikerinnen. Lambertus, Freiburg 1986
- Wiedemann G. Essstörungen. Zwischen Sucht und psychosomatischer Erkrankung. In: Arbeitskreis Frauen und Sucht (Hrsg.): Frauen und Sucht. Offene Fachtagung des Arbeitskreises Frauen und Sucht, 22. bis 23.02.1995. Gesundheitstreffpunkt Bremen-West 1995
- Wienberg G. Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der BRD – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit – zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn 1992

- Zenker Ch., Lang P. Methadon-Substitution in Bremen. Abschlußbericht der sozialmedizinischen Begleitforschung 1991 bis 1994. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin 1995
- Zenker Ch. Die Behandlung abhängigkeitskranker Frauen in Frauen-Fachkliniken. In: Goelz J. (Hrsg.), Der abhängige Patient. Thieme, Stuttgart 1997 (in Druck).
- Zenker Ch., Palma A., Sattler H., Mix-Puschmann S., Aschenbeck A., Müller-Fraas B.:
St. Vitus Stift. Fachklinik für abhängigkeitskranke Frauen. Konzeption und Arbeitsgestaltung. Visbek 1997
- Zenker, Ch. Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen (Zenker, Chr., Bammann, K., Jahn, I.), Band 148 Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden; 2002
- Zerbin-Rüdin E. Alkoholismus, Anlage und Umwelt. In: Zang, K.D. (Hrsg.), Klinische Genetik des Alkoholismus. Kohlhammer, Stuttgart 1984
- Zielke M., Jahrreiss R. et al: Kooperatives Forschungsobjekt zur Effektivitäts- und Effizienzmessung in der stationären verhaltensmedizinischen Rehabilitation. In: Zielke, M. und Mark, N. (Hrsg.), Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin, BD, 1, 438 bis 474. 1990