

Rehabilitationskonzept

Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen



September 2019

Version 02-2019

Betriebsstätte
der Fachkliniken St. Marien-St. Vitus GmbH



Gendersensible Behandlung von Männern mit Suchterkrankungen

Dr. med. Thomas W. Heinz, Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor

Prof.(apl) Dr.med. Dunja Hinze-Selch, MaHM

Dr. med. Isabel Englert, MA

Ralf Nebe, Dipl.-Psychologe

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	03
2. Allgemeines	04
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	05
4. Rehabilitationskonzept	06
4.1. Theoretische Grundlagen des Rehabilitationskonzeptes	06
4.2. Rehabilitationsindikationen und- Kontraindikationen	07-13
4.2.1. Fachabteilung legale Suchtmittel	
4.2.2. Fachabteilung illegale Suchtmittel	
4.3. Rehabilitationsziele	13
4.4. Rehabilitationsdauer	14
4.4.1. Fachabteilung legale Suchtmittel	
4.4.2. Fachabteilung illegale Suchtmittel	
4.4.3. Kombinationsbehandlungen	
4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung	15
4.6. Rehabilitationsprogramm	16-25
4.6.1. Fachabteilung legale Suchtmittel	
4.6.2. Fachabteilung illegale Suchtmittel	
4.7. Rehabilitationselemente	25-47
4.7.1. Aufnahmeverfahren	
4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik	
4.7.3. Medizinische Therapie	
4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	
4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen	
4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	
4.7.7. Freizeitangebote	
4.7.8. Sozialdienst	
4.7.9. Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	
4.7.10. Angehörigenarbeit	
4.7.11. Rückfallmanagement	
4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege	
4.7.13. Weitere Leistungen	
4.7.14. Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	

5. Personelle Ausstattung	47
5.1. Fachabteilung legale Suchtmittel	
5.2. Fachabteilung illegale Suchtmittel	
6. Räumliche Gegebenheiten	48
7. Kooperation und Vernetzung	49
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	51
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	53
10. Notfallmanagement	53-54
11. Fortbildung	54
12. Supervision	54
13. Hausordnung/ Therapievertrag	54
14. Literaturverzeichnis und Quellennachweis	55-57

Anlagen und Ergänzende Unterlagen

1. Einleitung

Die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt sich wie alle anderen Sparten der Therapie auch kontinuierlich weiter. Die wissenschaftlichen Weiterentwicklungen erfordern ein kontinuierliches Anpassen der Konzepte an aktuelle Erkenntnisse und nicht zuletzt auch an die aktuell vorhandene Klientel und deren Konsummuster und Komorbiditäten. Diese Erkenntnisse müssen auch im Rehabilitationsalltag implementiert werden, wenn sie wirksam werden sollen.

Diesen Entwicklungen ist die neue Fassung des Konzeptes geschuldet, in der nun auch zwischen zwei Fachabteilungen: „Fachabteilung legale Suchtmittel“ und „Fachabteilung illegale Suchtmittel“ unterschieden wird.

Dieses Therapiekonzept informiert Leistungs- und Kostenträger, aber auch interessierte Mitarbeiter des Suchthilfenetzes können so unsere Arbeit kennenlernen.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, den Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu unterbinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern (§§ 9 und 10 SGB VI). Dieses setzt den Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung und ggf. den Begleiterkrankungen voraus, um die Funktionalität im Alltag zu erhöhen und so Rückfallsituationen vorbeugen zu können. Darüber hinaus gilt es, für erwerbsgeminderte oder von Erwerbsminderung bedrohte Menschen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern (§§ 1 und 4 Absatz 1 Nr. 3 SGB IX). Im biopsychosozialen Modell der WHO sind auch die für Abhängigkeitserkrankungen typischen Einschränkungen in den Kategorien der ICF erfassbar gemacht: so sind sowohl die somatischen, als auch die psychischen und sozialen Faktoren der Erkrankung bei der Rehabilitation zu berücksichtigen, soll der optimale Erfolg erzielt werden. Unsere Therapie ist schulenübergreifend aber schwerpunktmäßig verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, zentrale Bedeutung besitzt dabei die Entwicklung von Selbsteffizienzerleben mit dem Ziel der Befähigung zu einer selbstverantwortlichen Lebensgestaltung und der beruflichen und sozialen Integration. Um dies optimal zu gestalten, bietet ein multiprofessionelles Team Angebote, dieses Ziel auf dem individuell geeignetsten Weg erreichen zu können. Aus diesen Gründen arbeiten Ärzte unterschiedlicher Disziplinen (Psychiatrie, Psychotherapie, Innere Medizin, Sozialmedizin), Diplom-Psychologen mit psychotherapeutischen Zusatzausbildungen, Diplom-Pädagogen, Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Sozialarbeiter mit suchtspezifischen Zusatzausbildungen, Ergo- und Arbeitstherapeuten, Seelsorger der beiden großen Konfessionen, Musiktherapeutin, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Diätassistentinnen und Sport- und Physiotherapeuten im Team eng zusammen.

Wir stellen uns der Herausforderung, unser Konzept regelmäßig auf die Effizienz der Maßnahmen hin zu überprüfen und ggf. zu modifizieren. Wir fühlen uns einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess verpflichtet und nutzen so die Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementanforderungen unserer Leistungsträger, um unsere Angebote zu optimieren.

Sehr zu Dank verpflichtet sind wir unseren Leistungs- und Kostenträgern, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin als federführendem Leistungsträger, deren Rückmeldungen und Anregungen uns wesentlich bei der Gestaltung des Konzeptes vorgebracht haben.

2. Allgemeines

Es wird hier ein Rehabilitationskonzept zur stationären und ganztägig-ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vorgelegt.

Fachkliniken St. Marien - St. Vitus GmbH
Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge
Träger: Stiftung St. Vitus - St. Marien, Visbek
Institutionskennzeichen (IK) MS: 260 340 637
Dammer Str. 4a, 49434 Neuenkirchen
Telefonnummer 05493-5020
Faxnummer 05493-502179
info@sucht-fachkliniken.de
www.sucht-fachkliniken.de

Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor:

Dr. med. Thomas W. Heinz
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Rehabilitations- und Sozialmedizin, Qualitätsmanagement, Suchtmedizin
Verkehrsmedizinische Begutachtung, Traumatherapeut, EMDR-Therapeut, Sexualtherapeut

Leitende Ärztinnen:

Dr. med. Isabel Englert, MA
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. med. habil. Dunja Hinze-Selch, MaHM
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Schlafmedizin, Ernährungsmedizin
Verkehrsmedizinische Begutachtung

Leitender Therapeut:

Ralf Nebe
Psychologischer Psychotherapeut

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Eine Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Niedersachsen über 18 Monate liegt vor.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge	Eigenschaften
Gründungsdatum/Träger	März 1974 Münsterländischer Volksheilstätten Verein e.V. bis 2009
Aktuelle Trägerschaft	Stiftung St. Vitus - St. Marien, Visbek
Geographische Lage	52,519115,8,083688
Regionale Lage	Gemeinde Neuenkirchen-Vörden mit rund 8000 Einwohnern im Oldenburger Münsterland
Erreichbarkeit	Bahnhof im Ort Bahnlinien Osnabrück-Oldenburg-Bremen-Wilhelmshaven Autobahn A1, AS 67
Klinikareal	Moderne Gebäude liegen in eigenem 14 ha großem Park
Patientenklientel	Volljährige männliche Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und psychischen sowie somatischen Komorbiditäten
Behandlungsschwerpunkte	Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Cannabis, Amphetaminen, Glücksspiel und Medien; Komorbidität mit Trauma, affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen
Patientenzimmer	Wohnliche 1- und 2- Bettzimmer mit eigenem Badezimmer incl. Dusche und WC
Therapieräume	Helle Gruppentherapieräume, Fitnesscenter, Hallenbad, Physiotherapieabteilung, Sporthalle, großer Kreativtherapiebereich, Arbeitstherapie mit großer Außenanlage und Therapiehalle zu Diagnostik und Training entsprechend BORA-Konzept, moderner Krankenpflege- und ärztlicher Bereich (Mehrkanal-EKG, Ultraschallgerät, Ergometer, Defibrillator, Notfallkoffer und Alkoholmessgeräte)
Klinikgebäude	barrierefrei, allergenarme Ausstattung, Patientenzimmer mit z. T. behindertengerechter Ausstattung; rauchfrei
Raucherbereiche	3 offene Pavillons auf Klinikgelände
Behandlungsplätze	<i>112 vollstationär, 5 ganztägig ambulant b. Wechsel der Therapieform</i>
Kostenträger/Federführerschaft	DRV Bund, Berlin
Kostenträger	Alle DRV-en im Bundesgebiet, gesetzliche und private Krankenkassen, beamtenrechtliche Kostenträger, Selbstzahler, Ersatzkostenträger
Parkplätze	Für Patienten kostenfrei auf Klinikgelände (begrenzter Umfang)

Die gesetzlichen Vorgaben sind eingehalten. Die von der Deutschen Rentenversicherung geforderten strukturellen und personellen Voraussetzungen sind gegeben (letzte Visitation 2017).

4. Rehabilitationskonzept

4.1. theoretische Grundlagen des Rehabilitationskonzepts

Suchtmedizin als Teil der Psychiatrie verfügt über ein sich zum momentanen Zeitpunkt rasch entwickelndes Fachwissen, da sich 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: schwierige familiäre und partnerschaftliche Beziehungsstrukturen und -gestaltung, auch Schwierigkeiten im Arbeitskontext sind Probleme, die Familien z.T. über Generationen begleiten. Auch sind soziale Randgruppen weiterhin ebenso wie Erkrankte mit psychischer Komorbidität gefährdet, an einer Abhängigkeitskrankheit zu leiden.

Wirtschaftliche und berufliche Probleme sowie die Zugehörigkeit zu Problemgruppen der Bevölkerung sind Hauptelemente, von denen die Soziologen mittelbare und unmittelbare Einwirkungen auf die Entwicklung von Abhängigen nachweisen können (vgl. Richter, 1996).

Nach dem SORKC-Modell der Verhaltenstherapie sind für ein dysfunktionales Verhalten wie z.B. Suchtmittelkonsum verschiedene Faktoren relevant: die Auslöser/Stimuli (S), die Organismus-variable (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 mit z.B. vorhandener Schmerz- oder PTBS-Symptomatik.

Häufig findet 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 nicht ausreichend; ebenso nicht, rein psychotherapeutisch das dysfunktionale Verhalten als missglückten Lösungsversuch der Probleme zu behandeln, noch, sich allein um eine verbesserte soziale Integration in Familie und am Arbeitsplatz zu bemühen.

Grundlage ist jedoch 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 unseres Erachtens

Voraussetzung für die Besserung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit zur Teilnahme am Arbeitsleben und für ein verantwortungsbewusstes Leben in Familie und Beruf. Suchtkrankheit ist nicht heilbar, aber durch Abstinenz und neue Fertigkeiten zum Stillstand zu bringen.

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 Therapieangebot unserer Fachklinik ist an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen 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.

Hieraus ergeben sich 4 Zieldimensionen der Rehabilitation:

- Psychosoziale Zieldimension
- Somatische Zieldimension
- Edukative Zieldimension
- Zieldimension der Aktivität und Teilhabe

Die Therapieziele ergeben sich analog zu diesen 4 Zieldimensionen.

Diese Ziele werden heruntergebrochen und regelmäßig in Visiten und Fallbesprechungen mit dem Patienten und dem Team überprüft und ggf. angepasst.

Um Ziele formulieren zu können, muss ein entsprechender Bedarf in einer Kategorie vorliegen, also eine „Rehabilitationsbedürftigkeit“.

Um die Ziele zu verfolgen „Rehabilitationsfähigkeit“, und um diese auch erfolgreich erreichen zu können eine gute Prognose, die wesentlich von den vorhandenen Ressourcen des Patienten bestimmt wird.

4.2. Rehabilitationsindikationen und Kontraindikationen

Unsere Klinik bietet ein Rehabilitationsprogramm für volljährige abhängigkeiterkrankte Männer an.

Wir arbeiten dazu in zwei unterschiedlichen Fachabteilungen.

4.21 Fachabteilung legale Suchtmittel

Das Behandlungskonzept ist ausgerichtet auf die Rehabilitationsbehandlung von bis zu 96 volljährigen abhängigkeiterkrankten Männern.

Hauptindikationen

ICD-Nummer (ICD-10)	Diagnosetext	Erklärende Anmerkungen und Abgrenzungskriterien
F10.2	Alkoholabhängigkeit	
F11.2	Opioid-Abhängigkeit	Im Sinne einer Abhängigkeit von legal erworbenen Opioid- und opiathaltigen Medikamenten
F13.2	Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika	Im Sinne einer Abhängigkeit von legal erworbenen sedativ oder hypnotisch wirksamen Medikamenten

Mitbehandelbare psychische Komorbiditäten

ICD-Nummer (ICD-10)	Diagnosetext	Erklärende Anmerkungen und Abgrenzungskriterien
F17.2	Tabakabhängigkeit	
F63.0	Pathologisches Glücksspiel	
F43.0/43.1	Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung	
F43.8	Komplexe Traumafolgestörung	Auch alle sonstigen Reaktionen auf schwere Belastungen
F43.2	Anpassungsstörungen	Hier sind alle Unterkategorien des Anpassungsstörungen F43.2 eingeschlossen
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	Hier sind alle Unterkategorien von F44 eingeschlossen
F45	Somatoforme Störungen	Hier sind alle Unterkategorien von F45 eingeschlossen
F50.8	Sonstige Essstörungen	Hier sind dysfunktionale Verhaltensweisen gemeint, die zu

		Übergewicht oder Adipositas geführt haben
F60.3	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	Hier sind sowohl F60.31 mit Borderline-Typ, als auch F60.32 mit impulsivem Typ eingeschlossen
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	Es sind auch juristische Belange und Auflagen möglich, Aufnahme kann allerdings nur nach persönlichem Vorgespräch erfolgen
F60	Persönlichkeitsstörungen	Es sind alle weiteren Kategorien F60.0, F60.1, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8 möglich
F20	Schizophrenie	Es sind alle Unterkategorien außer F20.2 möglich; Voraussetzung in allen Unterkategorien ist, dass stabile Remission florider Symptomatik besteht und Compliance mit der antipsychotischen Medikation
F25	Schizoaffektive Störung	Voraussetzung ist, dass stabile Remission florider Symptomatik besteht und Compliance mit der spezifischen Medikation
F31.7	Bipolare Störung	In Remission und mit Compliance für die spezifische Medikationseinnahme
F32	Depressive Episode	Die Nummern F32.0, F32.1 sind möglich; F32.2 nur nach Vorgespräch
F33	Rezidivierende depressive Störung	Die Nummern F33.0, F33.1, F33.4 sind möglich; F33.2 nur nach Vorgespräch
F34.1	Dysthymie	
F41	Angststörungen	
F 52.7	Hypersexualität	Begleitindikation
F 63.0	<i>Pathol. Glückspiel</i>	<i>Begleitindikation</i>

Mitbehandelbare somatische Komorbiditäten

ICD-Nummer (ICD-10)	Diagnosetext	Erklärende Anmerkungen und Abgrenzungskriterien
E66	Übergewicht und Adipositas	Die Fähigkeit zur selbständigen Mobilität, auch mit Hilfsmitteln, sowie zur persönlichen Grundpflege muss gegeben sein
E10 und E11	Diabetes mellitus Typ 1 und 2	Die medikamentöse Grundeinstellung muss bereits erfolgt sein.
G62	Polyneuropathie	
G40	Epilepsie	stabil eingestellt
I10	Arterielle Hypertonie	Die medikamentöse Grundeinstellung muss bereits erfolgt sein
K21	Gastroösophageales Refluxsyndrom	
M50-54	Rückenbeschwerden	ohne gravierende Paresen nach der Akutversorgung
M79.7	Fibromyalgie-Syndrom	

Aufnahmevoraussetzungen sind grundsätzlich eine abgeschlossene Entgiftungsbehandlung, vorzugsweise entsprechend der S3-Leitlinie zu Alkoholbezogenen Störungen, eine Qualifizierte Entzugsbehandlung, eine gültige Kostenzusage, Reha-Fähigkeit zur aktiven Teilnahme an unserem Therapieprogramm, sowie die glaubhafte Willensbekundung des Rehabilitanden, unsere Haus- und Behandlungsordnung einzuhalten und sich um aktive Mitarbeit zu bemühen.

Insofern sollen die **Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe nach ICF** nicht schwerwiegender sein, als sie im Rahmen unseres Fachabteilungskonzeptes mit allen Rehabilitationselementen auch in der vorgegebenen Rehabilitationsdauer entsprechend der zu setzenden Rehabilitationsziele zu bewältigen sind.

Kontraindikationen der Behandlung in dieser Fachabteilung

ICD-Nummer (ICD-10)	Diagnosetext	Erklärende Anmerkungen und Abgrenzungskriterien
F0	Organische Störungen	
F70 bis F73	Intelligenzminderung	
		Alle Erkrankungen, Störungen, Zustände, die nicht vereinbar sind mit unseren oben genannten Aufnahmevoraussetzungen

4.2.2. Fachabteilung illegale Suchtmittel

Das Behandlungskonzept ist ausgerichtet auf die Rehabilitationsbehandlung von bis zu 16 volljährigen abhängigkeiterkrankten Männern

ICD-Nummer (ICD-10)	Diagnosetext	Erklärende Anmerkungen und Abgrenzungskriterien
F12.2	Cannabisabhängigkeit	
F15.2	Amphetaminabhängigkeit	
F14.2	Kokainabhängigkeit	
F19.2	Polytoxikomanie	ohne Heroingebruch im letzten Jahr

Mitbehandelbare psychische Komorbiditäten

ICD-Nummer (ICD-10)	Diagnosetext	Erklärende Anmerkungen und Abgrenzungskriterien
F17.2	Tabakabhängigkeit	
F63.0	Pathologisches Glücksspiel	
F43.0/43.1	Belastungsreaktion/ Posttraumatische Belastungsstörung	
F43.8	Komplexe Traumafolgestörung	Auch alle sonstigen Reaktionen auf schwere Belastung
F43.2	Anpassungsstörungen	Hier sind alle Unterkategorien des Anpassungsstörungen F43.2 eingeschlossen
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	Hier sind alle Unterkategorien von F44 eingeschlossen
F45	Somatoforme Störungen	Hier sind alle Unterkategorien von F45 eingeschlossen
F50.8	Sonstige Essstörungen	Hier sind dysfunktionale Essverhalten gemeint, die zu Übergewicht oder Adipositas geführt haben
F60.3	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	Hier sind sowohl F60.31 mit Borderline-Typ, als auch F60.32 mit impulsivem Typ eingeschlossen
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	Es sind auch juristische Belange und Auflagen möglich, Aufnahme kann

		allerdings nur nach persönlichem Vorgespräch erfolgen
F60	Persönlichkeitsstörungen	Es sind alle weiteren Kategorien F60.0, F60.1, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8 möglich
F20	Schizophrenie	Es sind alle Unterkategorien außer F20.2 möglich; Voraussetzung in allen Unterkategorien ist, dass stabile Remission florider Symptomatik besteht und Compliance mit antipsychotischer Medikation
F25	Schizoaffektive Störung	Voraussetzung ist, dass stabile Remission florider Symptomatik besteht und Compliance mit der spezifischen Medikation
F31.7	Bipolare Störung	In Remission und mit Compliance für die spezifische Medikation
F32	Depressive Episode	Die Nummern F32.0, F32.1 sind möglich; F32.2 nur nach Vorgespräch
F33	Rezidivierende depressive Störung	Die Nummern F33.0, F33.1, F33.4 sind möglich; F33.2 nur nach Vorgespräch
F34.1	Dysthymie	
F41	Angststörungen	

Mitbehandelbare somatische Komorbiditäten

ICD-Nummer (ICD-10)	Diagnosetext	Erklärende Anmerkungen und Abgrenzungskriterien
E66	Übergewicht und Adipositas	Die Fähigkeit zur selbständigen Mobilität, auch mit Hilfsmitteln, sowie zur persönlichen Grundpflege muss gegeben sein
E10 und E11	Diabetes mellitus Typ 1 und 2	Die medikamentöse Grundeinstellung muss bereits erfolgt sein
G62	Polyneuropathie	
G40	Epilepsie	stabil eingestellt
I10	Arterielle Hypertonie	Die medikamentöse Grundeinstellung muss bereits erfolgt sein
K21	Gastroösophageales	

	Reflux Syndrom	
M50-54	Rückenbeschwerden	ohne gravierende Paresen nach der Akutversorgung
M79.7	Fibromyalgie-Syndrom	

Darüber hinaus gelten folgende Bedingungen

- Patienten müssen vor Antritt der Therapie suchtmittelabstinent und THC-frei sein, das heißt ein negativer Urintest bei Aufnahme ist Voraussetzung
In Ausnahmefällen akzeptieren wir auch kontinuierlich fallende THC-Werte, bei nahtloser Verlegung aus einer geeigneten Entzugsbehandlung
- alle weiteren Drogenparameter müssen negativ sein
- Patienten mit akuter Psychose können nicht behandelt werden
- Patienten, bei denen eine gerichtliche Therapieauflage (Bewährungsauflage) besteht, können nur nach Vorgespräch aufgenommen werden

4.3. Rehabilitationsziele

Grundlegende Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme können Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht, Erhaltung und Stabilisierung der dauerhaften Abstinenzfähigkeit, Erkennung, Bewältigung und Vermeidung von Rückfallsituationen, Selbstmanagement, Konflikt- und Krisenbewältigung, Hinführung zu einer gesunden Lebensführung, berufliche Wiedereingliederung sowie Hilfen im sozialen Umfeld unter aktiver Einbindung des Rehabilitanden, Zieldefinition sein.

Bei den Rehabilitationszielen sind die Dimensionen „psychische Funktionen“, „Aktivität und Teilhabe“ und „Kontextfaktoren“ besonders zu berücksichtigen (Deutsche Rentenversicherung 2007). Die von der Deutschen Rentenversicherung aus den Leitlinien für die medizinische Rehabilitation entwickelten 14 evidenzbasierten Therapiemodule der Reha-Standards werden mit einer Vielzahl an unterschiedlichen KTL-Leistungseinheiten umgesetzt.

Grundsätzlich ist für die Suchtrehabilitation eine therapeutische Haltung erforderlich, die auf die Selbstbestimmung der Patienten ausgerichtet ist.

Respekt vor der Individualität der Patienten sowie eine aktivierende Atmosphäre in allen Klinikbereichen sind Grundvoraussetzungen für Patienten, sich auf den Therapieprozess einlassen zu können, um damit Schritte in Richtung Eigenverantwortung gehen zu können.

4.4. Rehabilitationsdauer

4.4.1. Fachabteilung legale Substanzen

Wir bieten Programme mit sehr unterschiedlichen Regelbehandlungszeiten an:

- Stabilitätsorientierte Festigungstherapie (StoF) mit regelhaft 3 Wochen Behandlungsdauer
- Kurzzeittherapie mit 8 Wochen Behandlungsdauer
- *Rückfallbehandlung bis 10 Wochen Behandlungsdauer*
- mittelfristige Therapie mit 12 - 15 Wochen Behandlungsdauer im Alkoholbereich
- Kombibehandlung mit 8 Wochen

In den oben erwähnten Zeitrahmen sind individuelle Veränderungen möglich:

Therapieziele werden eher oder später erreicht als geplant:

Wöchentlich in der Fallbesprechung oder in der Visite erfolgt die Überprüfung, ob es sinnvoll ist, eine Therapie fortzusetzen, zu verkürzen oder ggfs. zu verlängern.

Für eine Verlängerung kommen besonders positive, durch gute Mitarbeit und Fortschritte geprägte Verläufe in Frage, bei denen diese Veränderungen im Rahmen der Verlängerung auch abgeschlossen werden können.

4.4.2. Fachabteilung illegale Substanzen

- Behandlung bei von illegalen Drogen Abhängigen mit bis zu 26 Wochen
- Kurzzeitbehandlung bis zu 16 Wochen
- *Kombinationsbehandlungen bis zu 16 Wochen*
- Auffangbehandlung bei illegalen Drogen mit 10 Wochen

4.4.3 Kombinationsbehandlungen

Kombinationsbehandlung

Die Kombinationstherapie ist ein weiterer Schritt zur Differenzierung des Behandlungsangebotes. Die vorhandenen ambulanten und stationären Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation werden dabei nicht in Frage gestellt, sondern miteinander kombiniert, um die bisherige vergleichsweise starre Trennung zwischen ambulanten und stationären Angeboten zu überwinden.

Die Kombinationsbehandlung für Versicherte der DRV Bund dauert die stationäre Phase bis zu 8 Wochen im Bereich der legalen Drogen sowie bis zu 16 Wochen im Bereich der illegalen Drogen. Die ambulante Phase jeweils 26 Wochen.

Darüber hinaus ist die Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen auf dem Hintergrund der Belegervielfalt, an andern Kombimodellen der Rentenversicherungen beteiligt.

Bei der Entwicklung der Kombinationsbehandlung „Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem (EVS)“ der damaligen LVA Oldenburg-Bremen mit wissenschaftlicher Begleitung durch die Universität Oldenburg war die Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge - von Anfang an beteiligt.

Aus diesem Pilotprojekt erfolgte zwischenzeitlich eine flächendeckende Umsetzung.

Dazu wurde im Bereich der DRV Braunschweig-Hannover die Modulare Kombinationsbehandlung (MoKo) in verschiedenen Therapieverbänden etabliert. In den Therapieverbänden Weser-Ems, Unterweser und Nord-West ist die Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge – vertreten.

Aus der Modularen Kombinationsbehandlung – MoKo – (DRV Braunschweig-Hannover) und der Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem – EVS (DRV Oldenburg-Bremen) wurde 2009 die Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland (Kombi-Nord) etabliert. Der Behandlungsrahmen beträgt weiterhin 52 Wochen.

Die stationäre Therapiedauer beträgt bei einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit 15 Wochen und bis zu 80 Therapieeinheiten im ambulanten Setting und zusätzlich 12 Bezugspersonentermine. Wesentliche Bestandteile sind sogenannte Sondermodule. Sie bestehen aus: Übergabemanagement, Belastungserprobung für ambulante Therapie (BEAT), Qualitätszirkel im regionalen Therapeutenteam sowie Ablaufcontrolling.

Neben der DRV Braunschweig-Hannover und der DRV Oldenburg-Bremen hat sich die DRV Nord diesem Kombinationsbehandlungskonzept angeschlossen.

Alle drei genannten Träger haben eine detaillierte Konzeption vorgelegt, die Ziele, medizinisch-therapeutisches Konzept, Qualitätsmanagement, Antragsverfahren und Verwaltungsverfahren eingehend beschreibt (Konzeption Kombinationsbehandlungen für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland, Kombi – Nord, 2009)

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Da sowohl Genese der Erkrankung, als auch Symptomatik, sowie Problematik des einzelnen Patienten unterschiedlich sind ist es notwendig, gemeinsam mit jedem Patienten realistisch erreichbare Therapieziele herauszuarbeiten.

Unsere Rolle ist dabei, den Prozess insofern zu begleiten, als wir auf Erreichbarkeit, Kleinschrittigkeit und positive Formulierung achten, um die im Suchtverlauf bisher üblichen Fallen in der Zielformulierung, die dann häufig ein Scheitern des Vorhabens „Abstinenz“ bedingten, aufzuzeigen und vermeiden zu helfen.

Die Rolle des Therapeuten ist es, den Patienten zu ermutigen, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen, und sinnvoll zu stärken; im Endeffekt zur Selbsteffizienz anzuleiten.

4.6. Rehabilitationsprogramm

4.6.1. Fachabteilung legale Suchtmittel

Patienten mit der entsprechenden Indikation werden nach bestimmten inhaltlichen Kriterien ihren Bezugsgruppen zugewiesen. Diese Spezifizierung ermöglicht, den momentanen Stand in Forschung und Therapie zielgerichtet für bestimmte Patientengruppen anzuwenden. Allen Gruppen gemein sind die psychotherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppengespräche. Je nach Therapieprogramm drei- bis fünfmal in der Woche erhalten unsere Patienten Gruppenpsychotherapie, die jeweils 2 Einheiten, entsprechend 100 Minuten umfasst. Die Bezugsgruppen sind offen konzipiert. Die Gruppengröße überschreitet in der Regel 12 nicht. Die Gruppen sind in Bereiche zu 2-3 Gruppen zusammengefasst, so dass sie auch über feste Co-Therapeuten, insbesondere für den Vertretungsfall verfügen, die an den gleichen Fallbesprechungen teilnehmen und so auch über die Fortschritte der Patienten der anderen Gruppen des Schwerpunktes informiert sind. Einzelgespräche werden mindestens 1x pro Woche in einer Dauer von 60 min angeboten. Unsere therapeutische Grundhaltung ist die eines „*Helfers zu Selbsthilfe*“, eines „*Coaches*“, der hilft die individuellen Ressourcen zu stärken und bei Schwächen deren Ausgleich durch andere Fähigkeiten zu lernen.

Die Arbeit ist dabei primär vom Patienten zu leisten, er bestimmt den Weg und das Ziel, die Therapeuten geben allerdings authentische Rückmeldung dazu, helfen bei der Realitätsprüfung von vorgenommenen Aktionen und weisen schließlich auch offen auf vorhandene Grenzen, selbstverständlich auch auf die eigenen hin. Dadurch wird ein Lernen am Modell ermöglicht, dass auch zuverlässige Bezugspersonen Grenzen haben können, ohne dass dies gleich die Beziehung an sich in Frage stellt.

Die Therapeuten achten auf einen sicheren Rahmen in der Gruppe und setzen diesen notfalls auch durch, so dass sich alle Patienten darauf verlassen können, dass Grenzüberschreitungen untereinander nicht einfach geduldet werden.

Die Patienten können so auch Kompetenzen im Umgang mit Konflikten erlernen, dabei am konkreten Modell lernen. Dabei ist es Aufgabe der Therapeuten, die Verstärkerpläne des Patienten zu kennen und zu nutzen, um so funktionales Verhalten in Hinblick auf die Therapieziele zu verstärken und dysfunktionales Verhalten zu löschen. In den unterschiedlichen Behandlungsgruppen setzen wir folgende Schwerpunkte:

Nebendiagnose/Komorbidität Traumafolgestörungen

Komorbidität von Sucht und Traumafolgestörungen sowie Sucht mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen nehmen an Zahl und Schwere zu.

Andererseits existieren im ambulanten Bereich zu wenig geeignete Therapieplätze.

Es ist nachgewiesen, dass chronische Traumatisierung im Kindesalter ein erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung ist (vgl. Lüdecke et. Al. 2013).

So liegt bei mehr als 57% der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig eine Abhängigkeit vor (Trull et al. 2000). Patienten mit Suchterkrankungen haben zwischen 2,6 bis 10,8 mal mehr PTBS-Symptome als der Rest der Bevölkerung (vgl. Chilcoat und Menard 2003).

Bei uns werden, ausgehend von psycho-educativer Basisinformationen zur Störung, über Stabilisierungstechniken bis hin zu individueller Trauma-Bearbeitung alle Stufen der Traumatherapie angeboten.

Ziel ist eine verbesserte Kompetenz im Alltag (wozu nicht immer Trauma-bearbeitende Methoden notwendig sind)

Für diese Klientel wurden Programme mit manualisierten modularen Gruppentherapieprogrammen entwickelt und mit Erfolg durchgeführt.

In der Bezugsgruppe erfolgt die ausführliche Behandlungsplanung mit der Vereinbarung der wichtigsten Therapieziele.

Sowohl suchtkranke Patienten mit Traumafolgestörungen als auch mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen werden nach der Aufnahme der jeweiligen Therapiegruppe zugeteilt, die ein spezifisches Gruppenkonzept vorsieht.

2 x wöchentlich finden Therapieeinheiten statt, in denen ein an DBT¹ angelehntes manualisiertes Skills-Training stattfindet (vgl. Linehan 2007).

Dies beinhaltet 2 Std. Einführung in die Grundlagen der Störung, 5 Std. Stresstoleranz, 4 Std. Achtsamkeit, 2 Std. Problemlösetraining, 2 Std. Aggressionsmanagement, 2 Std. Konfliktmanagement, 7 Std. Umgang mit Gefühlen. Die Inhalte der Gruppenstunden werden in der Einzeltherapie individuell nachbereitet und differenziert (regelmäßig wird z.B. der Umgang mit Spannungs- und Wochenprotokollen erlernt). Großes Gewicht wird auf das Üben und Anwenden der Inhalte zwischen den Sitzungen gelegt. Es werden regelmäßig Aufgaben für die Zeit zwischen den Sitzungen vorbereitet, deren Durchführung auch kontrolliert wird (Zeitbedarf je Tag ca. 1 Std.).

Für die suchtspezifischen Komponenten werden in jeweils einer interaktionsbezogenen Stunde/Woche auch die individuellen Suchtverläufe thematisiert. Es werden Kompetenzen im Umgang mit Rückfallsituationen sowie notwendige Techniken zur sozialen Stabilisierung vermittelt.

Zusätzlich besuchen suchtkranke Patienten mit einer Traumafolgestörung eine weitere Therapiegruppe im Umfang von insgesamt 6 Std., die weitere psycho-educativ theoretische Grundlagen ergänzt und Zeit zum Üben der Stabilisierungstechniken sowie von DISS-Stopp-Techniken bietet.

In den Gruppensitzungen sind außerdem psycho-educative Elemente bezüglich der Traumafolgestörung sowie die Vermittlung von entsprechenden Stabilisierungstechniken nach Michaela Huber (vgl. Huber 2005: Tresor-Übung, Innerer sicherer Ort, etc.) zentrale Schwerpunkte. Es findet außerdem eine „Seeking-Safety“ Gruppe statt, nach dem am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung entwickelten Konzept (vgl. Najavits 2008; Schäfer 2013).

Trauma Bearbeitung kann bei entsprechender Indikation (die sich sehr eng an den Vorgaben der Fachgesellschaften orientiert) während des Aufenthaltes bei den entsprechend qualifizierten Gruppentherapeuten oder der ärztlichen bzw. psychologischen Leitung durchgeführt werden.

¹ DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie, basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie

Sowohl EMDR² nach Shapiro, evidenzbasierte kognitive Techniken, als auch das PITT-Programm³ nach Reddemann finden Anwendung (L. Reddemann 2011).

Die Behandlungsplanung erfolgt individuell.

Über die ärztliche Leitung besteht darüber hinaus die Möglichkeit, diese Therapien wenn nötig auch im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie fortzusetzen und so den Transfer in den häuslichen Alltag wesentlich zu unterstützen.

Nebendiagnose/Komorbidität mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung

Für Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung werden je nach Fokus zusätzliche Methoden im Umgang mit Aggressionen und körperbezogene Verfahren wie KBT⁴ eingesetzt. Der Schwerpunkt liegt hier eher in der Behandlung von schwer selbstschädigendem Verhalten, im Therapieverlauf können auch Methoden aus der Phase des Selbstwertaufbaus angeboten werden. Ausgehend von den individuellen Therapiezielen werden den Patienten umrissene Grundlagen zur Stärkung der Kompetenzen im Umgang mit der Störung regelhaft vermittelt - individuell ergänzt durch besondere Schwerpunkte.

Alle Behandlungsangebote legen großen Wert auf einen aktiv übenden Anteil des Patienten, dessen Mitarbeit auch regelmäßig überprüft wird, und mit dem zusammen die Behandlungsplanung in festen Abständen aktualisiert wird. Zusammen mit der individuellen Entlassungsvorbereitung entsteht so ein Angebot, das hilft, den Transfer des Gelernten in den Alltag wesentlich zu erleichtern und so Therapieerfolge längerfristig zu sichern.

Nebendiagnose/Komorbidität Depression, Angststörungen und Burnout

Es besteht Wechselwirkung zwischen Suchtentwicklung und komorbiden psychischen Störungen, die verschiedene Formen aufweisen kann. Bis zu 2/3 der alkoholabhängigen Männer hat gleichzeitig eine Panikstörung (vgl. Regier et al 1990, Schneider et al. 2001), 50% der Alkoholabhängigen entwickeln eine durch den Konsum bedingte depressive Störung (vgl. Berglund und Nordström 1989). Komorbide psychische Störungen können den Suchtverlauf verschlimmern und ein erhebliches Risiko hinsichtlich der Rückfallgefährdung darstellen. Insbesondere Alkohol, aber auch andere bewusstseinsverändernde Substanzen werden von Patienten oft im Sinne der Selbstmedikation eingesetzt zur Dämpfung der psychosomatischen Beschwerden, die von ihnen selbst als belastend und überfordernd erlebt werden. Nur durch die Mitbehandlung der komorbiden psychischen Störungen kann das Ziel der Rehabilitation, die Wiederherstellung und der Erhalt der Erwerbsfähigkeit, dauerhaft erreicht werden.

Dieser Dynamik trägt dieses spezielle Behandlungsangebot Rechnung. Bei mittelschweren bis schweren depressiven Episoden muss die Therapiefähigkeit des Patienten ggfs. zunächst mit Hilfe einer antidepressiven Medikation sichergestellt werden. Eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung ist in der akuten Phase der Begleitsymptomatik wenig erfolgversprechend. Die Notwendigkeit einer solchen Psychopharmakotherapie wird im Kontakt mit dem Facharzt festgestellt, der den Verlauf dann weiter begleitet und die Medikation ggfs. anpasst. Für die nachstationäre Phase

² EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing

³ PITT = Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

⁴ KBT = Konzentrierte Bewegungstherapie

ist das Verbundsystem im Suchtbereich in der Begleitung gefordert - bei insgesamt enger Kooperation mit regionalen Fachstellen, Haus- und Fachärzten.

Viele dieser Patienten mit depressiven Verstimmungen bei zugrundeliegender Persönlichkeitsproblematik, insbesondere narzisstischen und histrionischen Akzentuierungen oder Störungen, die Ihren Zustand ichstabilisierend als „Burnout“ erleben, sind für ein tiefenpsychologisch-orientiertes Setting geeignet. Eine relativ hohe intellektuelle Leistungsfähigkeit ist Vorbedingung, um eigenständig zu themenzentrierter Gruppen- und Einzelarbeit fähig zu sein. Patienten dieser Therapiegruppe sind in der Regel beruflich und sozial besser integriert, so dass auf die Arbeitstherapie zu Gunsten einer stärker intellektuell ausgeprägten Auseinandersetzung mit der Suchtkrankheit verzichtet wird und verstärkt Eigeninitiative und Selbstkontrolle gefordert werden kann. Ein erhöhter Anteil an Gruppenpsychotherapie mit wöchentlich sechs Einheiten und verstärkter Kreativ- und Gestaltungstherapie sollen den Reiz zur Auseinandersetzung mit aktueller Interaktion, notwendiger Beziehungsklärung, Konfliktlösung etc. bieten. Zudem ergibt sich dabei der Ansatz, in der lebensgeschichtlichen Entwicklung entstandene Muster von Beziehungsproblemen zu erfahren, zu erkennen und in der aktuellen Dynamik zu verändern.

Aufgrund der hohen psychotherapeutischen Dichte in dieser Therapiegruppe, erreichen viele Patienten ihre Therapieziele früher, so dass eine Entlassung teilweise bereits nach zwölf Wochen erfolgen kann, wenn eine ambulante Weiterbehandlung gesichert ist.

Nebendiagnose Pathologisches Glücksspiel und Medienabhängigkeit

Pathologisches Glücksspiel ist für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld zumeist mit gravierenden Folgen verbunden. Die Betroffenen setzen ihren Beruf aufs Spiel, machen hohe Schulden, lügen oder handeln gesetzeswidrig, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Verbunden mit steigender Spielintensität ist eine hohe emotionale Belastung, die durch einen Verlust an Selbstachtung, durch das Scheitern von Lebensentwürfen, durch die soziale Isolierung und potenzielle Strafverfahren gefördert wird. Das Risiko eines Suizides ist dahingehend bei einem pathologischen Spieler deutlich erhöht (Petry, 2003). Die Auswirkungen auf die Familie sind ebenfalls beachtlich.

Von der Rehabilitation in einer Suchtfachklinik profitieren besonders Betroffene mit den Komorbiditäten anderer stoffgebundener Abhängigkeiten und narzisstischer Persönlichkeitsstörungen, da hier der notwendige strukturierte Rahmen zur Bearbeitung beider Störungen geboten wird. Die stationäre Rehabilitation bei pathologischen Glücksspielern dauert in der Regel acht bis zwölf Wochen. Bei Vorliegen einer zusätzlichen therapiebedürftigen stoffgebundenen Abhängigkeit richtet sich die Dauer jedoch vorwiegend nach dem für die Therapie dieser Störungen notwendigen Zeitraum, so dass eine Therapiedauer bis zu sechzehn Wochen notwendig sein kann.

Geld- und Schuldenmanagement sowie das Erlernen adäquater, monetärer Umgangs- und Ausgabeformen sind integrale Therapiebestandteile bei pathologischen Glücksspielern.

Seitdem wir ein spezielles Angebot für suchtkranke Patienten mit Nebendiagnose pathologisches Glücksspieler implementiert haben, erreichen uns auch gehäuft Anfragen zur Therapie von Betroffenen mit pathologischem PC-Gebrauch.

In Einzelfallentscheidungen der jeweiligen Kostenträger werden Therapien finanziert, die sich mit diesem Störungsbild an unterschiedlichen Stellen in unserem Gesundheits- und Rehabilitationssystem in Beratung oder ambulanter Behandlung befinden.

In einer Stellungnahme des Fachverbandes Sucht beschreiben Dr. Thomas Fischer, Dr. Wilma Funke, Dr. Jörg Petry und Dr. Bernd Subottka in einem Positionspapier, dass bei einem Verständnis des pathologischen PC-Gebrauchs als entwicklungs-psychopathologische Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens, erweiterte Behandlungsansätze in erster Linie im Indikationsbereich Psychosomatik realisiert werden sollten, bei Vorliegen einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung oder aber eine Behandlung im Indikationsbereich Sucht erfolgen sollte.

So lange aber keine speziellen Behandlungsangebote aufgrund der noch geringen Fallzahlen vorhanden sind, „empfehlen wir die störungsspezifische Behandlung gemeinsam mit pathologischen Glücksspielern, die häufig auch einen problematischen oder pathologischen PC-Gebrauch aufweisen“ (Fischer et al., 2009).

Von daher sind „stationäre Einrichtungen, die bisher pathologische Glücksspieler behandelt haben, aufgrund der damit gegebenen Strukturqualität, Behandlungserfahrungen und Behandlungskompetenz für die Behandlung von Spielern mit pathologischem PC-Gebrauch als besonders geeignet anzusehen“ (Fischer et al. 2009). Wir folgen diesen Expertenempfehlungen ohne Einschränkungen.

Lebensfortgeschrittene Patienten

Dieses Therapieangebot richtet sich an Patienten in der Lebensphase vom Übergang des Erwerbslebens bis in den Ruhestand, bei denen eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr erforderlich oder nicht mehr zu erwarten ist bzw. kurzfristig nicht erreicht werden kann.

Unser spezifisches Therapieangebot richtet sich an Menschen, die infolge ihrer bestehenden Abhängigkeitserkrankung, bei der Bewältigung der Veränderungen im Lebensalltag und oft korrelierenden erheblichen gesundheitlichen Verschlechterungen, verbessernde Perspektiven und Barriere-gerechte Lösungsstrategien für ein zufriedenes, abstinent-orientiertes Leben in der Gemeinschaft aufbauen möchten.

Für diese älteren Patienten sind andere Instrumente notwendig als für jüngere Rehabilitanden. Aufgrund gesundheitlicher Barrieren, manifestierter Grundhaltungen durch Misserfolgserleben, Überforderungssituationen im Berufsalltag, altersbedingte Kündigungen, längerfristige Arbeitslosigkeit, vielfache erfolglose Bewerbungen reagieren Betroffene häufig resignativ, oder können nicht kurzfristig und unmittelbar von einer weiteren Erwerbstätigkeit überzeugt werden.

In einem längeren Integrationsprozess müssen die fehlende innere Haltung zur Fortsetzung einer beruflichen Tätigkeit und der Glaube an die Überwindung der Integrations- und Vermittlungshemmnisse im Sinne „der kleinen Schritte“ durch entsprechende positive Erfahrungen in der Vielfalt des

Behandlungskontextes der Fachklinik erarbeitet und ausgebaut werden. Nach dem Motto „Wege aus der Krise – wieder aktiv und vital leben“ geht es darum, mit der Überwindung der Suchtproblematik die weiteren oder letzten Berufsahre oder den Ruhestand aktiv und vital zu gestalten.

Bei Arbeitsplatzverlust oder Ende der beruflichen Tätigkeit, bei Verlust oder Trennung von Partnerin oder Familienangehörigen, Vereinsamung, innerer Leere oder fehlendem Antrieb fühlen sich viele Menschen isoliert, ausgeschlossen und nicht wertgeschätzt.

Körperliche Erkrankungen und die Sucht beeinträchtigen die Mobilität und eine aktive Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben so sehr, dass sie perspektivlos werden. Die Lebenszufriedenheit wird auf diese Weise zunichte gemacht.

Ziel dieses Behandlungsangebotes ist es, unter Betrachtung der Lebensleistung einen neuen Lebensabschnitt zu kreieren mit persönlicher Stabilität und Gesundheit, Einbindung eines engeren sozialen Umfeldes, Sinn erfüllende Beschäftigung und Freizeit und die Erarbeitung von materieller Sicherheit und behaglichem Wohnen.

Längere Lebensarbeitszeit und längere Lebenserwartung beeinflussen Suchtentstehung und Suchtentwicklung, prägen Haltungen und Erwartungen Betroffener an sich und auch ihrer Umwelt. Hier gilt es, im speziellen Behandlungskontext mit Hilfe von Gruppen- und Einzelpsychotherapie, unter Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieprozess, mit passgenauer Arbeits-, Kreativ- und Gestaltungstherapie, Hirnleistungstraining etc., Bilanz zu ziehen, um eine neue konstruktive Ausrichtung der persönlichen Lebensziele unter Suchtmittelabstinenz zu erarbeiten.

Alltagspraktische Therapiegruppe

Aufgrund der überdurchschnittlichen Arbeitslosenquote von 40-45 % mit einem hohen Anteil an Patienten mit Langzeitarbeitslosigkeit bieten wir hier eine Gruppe mit besonderer Schwerpunktsetzung an.

Sie bietet ein optimiertes Angebot für Patienten, die in überdurchschnittlichem Maße aus familiären, sozialen und beruflichen Bezügen herausgefallen sind. Dies können Folgen der Suchtmittelabhängigkeit, aber auch ausgeprägte Entstehungs- und Bedingungsfaktoren für die spätere Abhängigkeit sein. Bei vielen Patienten gehen neben überdurchschnittlichen seelischen oder sozialen Störungen, insbesondere auch dissozialen Persönlichkeitsstörungen, häufig Einschränkungen im intellektuellen Bereich, meist im Sinne einer Lernbehinderung, seltener einer geistigen Behinderung im engeren Sinne einher.

Diese Klientel profitiert verstärkt von handlungsorientierten Ansätzen und psychagogischer Einzelbetreuung. Da bei dieser Patientengruppe häufig Selbstversorgungsdefizite vorhanden sind, ist ein Selbstversorgungstraining obligatorisch.

Ein wesentliches Therapieziel besteht in der Erweiterung von lebenspraktischen Kompetenzen bei psychotherapeutischer Aufarbeitung von Lebenskrisen in Zusammenhang mit der Grunderkrankung. Gegebenenfalls gehören Lese- und Rechtschreibtraining sowie das Üben von Telefonaten ebenso zur Umsetzung des sozialtherapeutischen Konzeptes, wie auch die Zusammenarbeit mit der sozialpädagogischen Familienhilfe, Betreuern, Bewährungshelfern, aber auch die Klärung von Behördenangelegenheiten vor Ort.

Durch die enge kooperative Zusammenarbeit mit Reha- und Arbeitsberatern der örtlichen Agentur für Arbeit und Einbeziehung der Agentur für Arbeit am Heimatort wird gemeinsam unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Interessenlagen, aber auch der realen Umsetzungsmöglichkeiten versucht, den Patienten in den Arbeitsprozess zu (re)integrieren. Interne Leistungsüberprüfungen und bei Bedarf externe Praktika in umliegenden Betrieben ergänzen dieses Setting und geben zudem noch näheren Aufschluss über die Qualifikation und Motivation des Patienten.

Ergänzungsbehandlung

Eine lange Tradition hat in der Fachklinik St. Marienstift die Behandlung von Patienten mit Therapieerfahrung und auch längerfristiger Abstinenz Erfahrung. Diese Patienten unterscheiden sich von Patienten in einer Erstbehandlung auf mindestens vier Dimensionen.

- Sie sind therapieerfahren, d.h. viele suchtbezogene Zusammenhänge sind ihnen präsent oder leicht reaktivierbar, sie benötigen hier Vertiefung, nicht unbedingt Wiederholung.
- Sie sind in der Regel behandlungs- und abstinenzmotivierter.
- Ihre Krankheit und ggf. auch die körperlichen Auswirkungen ihrer Krankheit sind weiter fortgeschritten.
- Oft besteht ein vorrangiges Interesse, sich mit den Hintergründen der Rückfälligkeit auseinanderzusetzen.

Bei dieser Patientengruppe muss bei Aufnahme abgewogen werden, ob es sinnvoll ist, die Therapie bei einem aus vorausgegangenem Behandlungen vertrauten Therapeuten fortzusetzen, oder in der speziell auf Ergänzungsbehandlungen ausgerichteten Gruppe zu behandeln, die nicht nur in Ihrer vorrangigen Thematik an seinen Fragestellungen ausgerichtet ist, sondern ihn auch mit Mitpatienten konfrontiert, die sich in einer ähnlichen Situation befinden.

Stabilisierungsorientierte Festigungstherapie (StoF)

Integriert in die Gruppe der „Festiger“ ist die StoF als 3-wöchiges Behandlungsangebot. Hier finden diese Patienten, denen der Rückfall zwar drohte, die ihn jedoch vermeiden konnten, das fruchtbarste und produktivste Umfeld. Mit ihnen werden gezielt problematische Alltagssituationen, schwierige Beziehungskomplikationen, schwer zu regulierende Emotionen und Grundüberzeugungen behandelt, die nach gefasstem Abstinenzentschluss entstanden sind oder sich durch die Abstinenz nicht verändern ließen (Habekost und Wiegand, 2002). Es geht mit hoher psychotherapeutischer Dichte um die Wiedererlangung der Selbstwirksamkeit. Dabei gilt es, das Abstinenz-tragende Sicherheits- und Wertesystem als Ressource auszubauen. Angehörigengespräche lassen Sicht- und Erlebnisweisen von nahestehenden Angehörigen in die Therapie einfließen mit dem Ziel, blockierende Haltungen aufzulösen und neue Unterstützungs- und Stabilisierungspotentiale zu entwickeln. Klassische Arbeitstherapie und Belastungserprobungen werden aufgrund der stabilen sozialen Bezüge nicht regelhaft eingesetzt.

Ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der stationären Phase

Für Patienten der DRV Bund besteht die Möglichkeit der ganztägig ambulanten Fortführung mit Verkürzung der stationären Phase. Voraussetzung dafür ist eine maximale 45- minütige Anreise. Diese Patienten verbleiben in ihrem bisherigen Behandlungssetting um die gewachsenen therapeutischen und interpersonalen Beziehungen für den weiteren Therapieerfolg zu nutzen. Ergänzend zum Standardtherapieprogramm findet bei der morgendlichen Abstinenzkontrolle ein supportives Gespräch statt.

Die ganztägig-ambulante Behandlung wird von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 Uhr - 17.00 Uhr durchgeführt.

Die entsprechende Räumlichkeiten für Ausarbeitungen, Ruhephasen sowie Wasch- und Duschmodöglichkeiten werden Vorgehalten.

4.6.2. Fachabteilung illegale Suchtmittel

Spezifische Aspekte von Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit erfordern einen spezifischen patientenzentrierten Ansatz:

Da gerade im Bereich der illegalen Drogen eine hohe Komorbidität mit Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen besteht, wird hier ein vermehrter Schwerpunkt auf das Erlernen von Methoden zur Affekt- und Stress-Regulation gelegt. Bei den häufig auch vorhandenen dissozialen Anteilen kommen vermehrt pädagogische Interventionen im Alltag, die den sozialisierten Umgang untereinander und den positiven Umgang mit sich selbst fördern sollen, zum Einsatz. Regelverletzungen werden rasch rückgemeldet und bearbeitet, im Rahmen der ATL-Förderung wird pfleglicher Umgang mit sich selbst und seinem Umfeld erarbeitet. Diese Phase umfasst 14 Wochen.

Ist eine traumakonfrontative Arbeit notwendig, schließt diese sich in den 4 Folgewochen an. Es folgt eine Phase von 10 Wochen, in denen zunehmend die Belastungsfähigkeit für den Arbeitsmarkt erarbeitet wird mit einer anfänglichen Phase von 6 Wochen mit dem Schwerpunkt Steigerung der körperlichen Fitness und der Belastbarkeit in der Arbeitstherapie, gefolgt von 3 Wochen externen Praktikum, das engmaschig durch die Arbeitstherapie begleitet wird.

In den letzten 2 Wochen wird der Transfer in den Alltag vorbereitet, verbindlicher Kontakt mit nachbehandelnden Institutionen geknüpft, ggf. die Verlegung in die Adaption vorbereitet.

Gruppe für Cannabisabhängige mit reduziertem Niveau der sozialen Integration

Wie oben beschrieben, ist Cannabis- und Amphetaminkonsum v.a. ein Phänomen der Jugendkultur. Früher regelmäßiger Konsum führt jedoch nicht nur zu einer Beschleunigung der Abhängigkeitsentwicklung, sondern auch zur Vernachlässigung der sonst in dieser Lebensphase wichtigen Entwicklungsaufträge, auch lebensältere Patienten mit dieser Vorgeschichte zeigen massive Reifungsdefizite, besonders bezogen auf die emotionale Wahrnehmungs- und

Differenzierungsfähigkeit, die Auseinandersetzungs- und Konfliktfähigkeit und auch die Beziehungsfähigkeit.

Schulische und berufliche Ausbildungen sind nicht angetreten oder abgebrochen worden, auch Verselbständigungsprozesse sind gescheitert.

In dieser Gruppe mit einer Sollstärke von 8 Patienten stehen deshalb die oben beschriebenen Problemkreise und Maßnahmen im Vordergrund.

Cannabisabhängige mit Trauma-Folgestörungen und Persönlichkeitsstörungen

Unter den Patienten mit einer ausgeprägten Traumafolgestörungen findet sich eine wachsende Gruppe, die sedierende illegale Drogen wie THC zur Reduktion von Hyperarousal-Phänomenen verwendet, oder Stimulanzien zum Enchantment positiv empfundener Affekte verwendet.. Auch für diese Gruppe gilt, dass die Suchterkrankung Reaktion auf die zugrundeliegende Trauma-Folgestörung ist und deshalb nicht unabhängig von der Trauma-Folgestörung behandelt werden kann. Auch besteht häufig eine ergänzende Persönlichkeitsstörung, die die diffizile Motivationslage der Cannabisabhängigen verschärft. Entsprechend werden, ausgehend von psycho-educativer Basisinformationen zur Trauma-Folgestörung, über Stabilisierungstechniken bis hin zu individueller Trauma-Bearbeitung alle Stufen der Traumatherapie angeboten. Ziel ist eine verbesserte Kompetenz im Alltag (wozu nicht immer Trauma-bearbeitende Methoden notwendig sind)

Sowohl die Patienten mit Trauma-Folgestörungen als auch mit ergänzenden emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen, durchlaufen in dieser Gruppe mit einer Sollstärke von 8 Patienten neben der Behandlung Suchtproblematik ein 14 wöchiges modulares, an DBT1 angelehntes Skills-Training (vgl. Linehan 2007).

Dies beinhaltet 2 Std. Einführung in die Grundlagen der Störung, 5 Std. Stresstoleranz, 4 Std. Achtsamkeit, 2 Std. Problemlösetraining, 2 Std. Aggressionsmanagement, 2 Std. Konfliktmanagement, 7 Std. Umgang mit Gefühlen. Die Inhalte der Gruppenstunden werden in der Einzeltherapie individuell nachbereitet und differenziert (regelmäßig wird z.B. der Umgang mit Spannungs- und Wochenprotokollen erlernt). Großes Gewicht wird auf das Üben und Anwenden der Inhalte zwischen den Sitzungen gelegt. Es werden regelmäßig Aufgaben für die Zeit zwischen den Sitzungen vorbereitet, deren Durchführung wird natürlich auch kontrolliert.

Für die suchtspezifischen Komponenten werden in jeweils einer interaktionsbezogenen Stunde/Woche auch die individuellen Suchtverläufe thematisiert. Es werden Kompetenzen im Umgang mit Rückfallsituationen sowie notwendige Techniken zur sozialen Stabilisierung vermittelt. Zusätzlich dazu besuchen die Patienten mit einer Traumafolgestörung eine weitere Therapiegruppe im Umfang von insgesamt 6 Std., die weitere psycho-educativ theoretische Grundlagen ergänzt und Zeit zum Üben der Stabilisierungstechniken sowie von DISS-Stopp-Techniken bietet. In den Gruppensitzungen sind außerdem psycho-educative Elemente bezüglich der Trauma-Folgestörung sowie die Vermittlung von entsprechenden Stabilisierungstechniken nach Huber (vgl. M. Huber 2005: z.B. Tresor-Übung, Innerer sicherer Ort, etc.) zentrale Schwerpunkte. Für Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung werden je nach Focus zusätzliche Methoden im Umgang mit Aggressionen und körperbezogene Verfahren wie KBT4 eingesetzt. Der Schwerpunkt liegt hier eher in der Behandlung von schwer

selbstschädigendem Verhalten, im Therapieverlauf können auch Methoden aus der Phase des Selbstwertaufbaus angeboten werden

Alle Behandlungsangebote legen großen Wert auf einen aktiv übenden Anteil des Patienten, dessen Mitarbeit auch regelmäßig überprüft wird, und mit dem zusammen die Behandlungsplanung in festen Abständen aktualisiert wird. Zusammen mit der individuellen Entlassungsvorbereitung entsteht so ein Angebot, das hilft, den Transfer des Gelernten in den Alltag wesentlich zu erleichtern und so Therapieerfolge längerfristig zu sichern

In der verbleibenden Therapiezeit kann bei entsprechender Indikation Trauma-Bearbeitung nach verschiedenen leitliniengerecht durchgeführten Methoden während des Aufenthaltes bei den entsprechend qualifizierten Gruppentherapeuten oder der ärztlichen bzw. psychologischen Leitung durchgeführt werden. Über die ärztliche Leitung besteht darüber hinaus die Möglichkeit, diese Therapien wenn nötig auch im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie fortzusetzen und so den Transfer in den häuslichen Alltag wesentlich zu unterstützen. Darüber hinaus muss auch bei diesem Klientel in der verbleibenden Therapiezeit die berufliche und gesellschaftliche Integration, ähnlich wie oben beschrieben, aber unter Berücksichtigung ihrer besonderen psychischen Problematik vorangetrieben werden.

4.7. Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Die Anmeldung erfolgt über unsere Aufnahmekoordination, Tel. 05493/502123. Vor der Aufnahme müssen 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.

Sollten Patienten doch intoxikiert anreisen, so suchen wir gemeinsam nach Möglichkeiten der Bewältigung, die bei Eignung reichen können von der Verlegung in einen Qualifizierten Entzug, über die Vermittlung eines psychiatrischen Entgiftungsplatzes bis hin zum Rückverweis an die Beratungsstelle und das hausärztliche System, um geeignete Entgiftungssettings umzusetzen.

Aufnahmen finden in der Regel von Montag bis Freitag statt.

Jeder zur Aufnahme geplante Patient erhält rechtzeitig vorher entsprechende Informationsunterlagen. Nach Absprache ist eine Besichtigung der Klinik vorab möglich, um ambivalenten Patienten bei der Entscheidungsfindung behilflich zu sein.

Bei bestimmten Konstellationen (z.B. schwere Traumafolgestörung, emotionale Instabilität, Delinquenz) erfolgen Vorgespräche, um individuell zu klären, ob gemeinsame Therapieziele gefunden werden können und die Regeln des Hauses gemeinsam getragen werden können und somit Aussicht auf eine erfolgreiche Rehabilitation in unserer Institution besteht.

Nach Ankunft und Begrüßung führt unser Pflegepersonal eine erste pflegerische Anamnese durch und erhebt die Vitalparameter. Anschließend erfolgt die administrative Aufnahme. Danach erfolgt die ärztliche Aufnahme mit Erhebung des somatischen Status und Erhebung der somatischen Anamnese, sowie der Medikamenten- und vegetativen Anamnese.

Ebenso werden Förderfaktoren und Barrieren, sowie Beeinträchtigungen an Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen erhoben.

Darauf erfolgt das Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten, in dem biografische Eckdaten, sowie Sucht- und psychiatrische Anamnese erhoben werden. Die Ergebnisse werden jeweils direkt in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Am Aufnahmetag erfolgt danach noch die Vorstellung beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der eine Ersteinschätzung auch in Bezug auf psychische Komorbidität erhebt und dokumentiert.

Die erste Behandlungswoche dient neben komplexer Diagnostik der Einführung des Patienten in den Rehabilitationsverlauf. Er erhält neben einer Hausführung regelhaft Einführungsveranstaltungen, die ihm die Angebote des Hauses nahebringen (im Einzelnen: Ergotherapie, Arbeitstherapie, Sozialberatung, Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ernährungsberatung). Zudem gibt es Informationsveranstaltungen der Sozialberatung, sowie strukturierte Einzelerhebungen der Arbeitstherapie. Die medizinische Einführungsveranstaltung informiert zusätzlich zu Mitwirkungspflicht und therapieförderlichem Verhalten. In den psycho-edukativen Gruppenstunden wird Basiswissen zur Suchterkrankung, zur Komorbidität, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und zu psychotherapeutischen Behandlungsstrategien vermittelt.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Wie oben erwähnt erfolgt im Rahmen der Eingangsdiagnostik am Aufnahmetag die somatische Untersuchung und Anamnese, die Erhebung der Förderfaktoren und Barrieren, sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen, die psychische Diagnostik im Rahmen der therapeutischen Anamnese und der fachärztlichen Untersuchung.

Zum Einsatz in der testpsychologischen Untersuchung regelhaft IKP, SCL-90, ADS; Audit, Cudit, MaCS, SWE, Hamburger Module und den PSQI.

Ggf. wird eine Leistungsdiagnostik mit IST 2000, Wiener Matrizen-Test, SKT und Benton-Test durchgeführt.

Im Trauma-Bereich werden der DES II, der TSF und die IES eingesetzt.

Als weiterer Standardtest wird der Fagerström Test durchgeführt.

Die soziale Diagnostik erfolgt durch unseren Sozialdienst in den ersten Wochen, ebenso die arbeitsbezogene Diagnostik durch den Arbeitstherapeuten. In der ersten Behandlungswoche wird eine eingehende Exploration der Berufs- und Arbeitssituation sowie des Beschäftigungsverhaltens des Patienten durchgeführt.

Hierzu verweisen wir hier auf den Ordnungspunkt 4.7.5. einschließlich der differenzierten Angaben zu BORA.

4.7.3 Medizinische Therapie

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, EKG, Sonografie oder Dopplersonografie stehen selbstverständlich 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 Patienten noch am gleichen Tag eine psychiatrische Untersuchung bei Ober- oder leitender Ärztin / leitendem Arzt.

Die Leitende Ärztin nimmt wöchentlich an den Fallbesprechungen teil und führt je nach Schwerpunkt wöchentlich bzw. alle 2 Wochen Visiten durch. Von 17.00 Uhr - 7.00 Uhr und an Wochenenden besteht ein ärztlicher Bereitschaftsdienst.

Die Sprechstunde findet Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 7.45 Uhr in den Dienstzimmern der Ärzte statt. Es ist nach ausgehängtem Plan im Vorfeld ersichtlich, welcher Arzt an welchem Tag Sprechstunde hat. Die Patienten 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 in Anwesenheit von Oberärztin/leitender Ärztin finden 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 am Aufnahmetag, 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, sowie Ernährungsberatung. Die ärztliche Leitung trägt 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. Auch trägt sie die Verantwortung bezüglich therapeutischer Entscheidungen, sollten diese strittig sein - insbesondere bei irregulären Entlassungen.

Über eine Honorarvereinbarung haben wir die weitere internistische Versorgung abgedeckt.

4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und anderer Gruppenangebote

Je nach Therapieprogramm drei- bis fünfmal in der Woche erhalten unsere Patienten Gruppenpsychotherapie, die jeweils 2 Einheiten, entsprechend 100 Minuten umfasst. Die Bezugsgruppen sind offen konzipiert. Die Gruppengröße überschreitet in der Regel 12 Personen nicht.

Die Gruppen sind strukturell in Bereiche zu 2-3 Gruppen zusammengefasst, so dass sie auch über feste Co-Therapeuten, insbesondere für den Vertretungsfall verfügen, die an den gleichen Fallbesprechungen teilnehmen und so auch über die Fortschritte der Patienten der anderen Gruppen des Schwerpunktes informiert sind.

Einzelgespräche werden mindestens 1x wöchentlich mit einer Dauer von 60 min angeboten.

Im Bereich der Traumatherapie und Therapie von Komorbidität mit schweren Persönlichkeitsstörungen, sowie der Behandlung von Glückspielern existieren strukturierte manualisierte Gruppenprogramme, die Elemente der DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie nach Linehan), sowie Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie (nach Beck und Kanfer) beinhalten. In diesen Gruppen wird einerseits gemeinsam ein Skills-Training ähnliches Programm absolviert, in 1 Stunde pro Woche allerdings auch die Gruppeninteraktionen und die Interaktionen mit den Therapeuten reflektiert. Grundsatz ist dabei, jedem Patienten sicher die für ihn notwendige Grundausrüstung an Fertigkeiten zu vermitteln, um seine spezifischen Ziele leichter erreichen und in der Einzeltherapie gut weiterverfolgen zu können. Die Patienten reflektieren in den Gruppen auch ihre anfangs erstellten Verhaltensanalysen und können dabei auch am Modell lernen.

In den anderen Gruppen sind ebenfalls psycho-edukative und verhaltenstherapeutische Elemente in der Struktur vorhanden, insbesondere bei Patienten mit der Komorbidität affektiver Störungen.

Unsere therapeutische Grundhaltung ist die eines „*Helfers zu Selbsthilfe*“, eines „Coaches“, der hilft die individuellen Ressourcen zu stärken und bei Schwächen deren Ausgleich durch andere Fähigkeiten zu lernen. Die Arbeit ist dabei primär vom Patienten zu leisten, er bestimmt den Weg und das Ziel, der Therapeut gibt allerdings authentische Rückmeldung dazu, hilft bei der Realitätsprüfung von vorgenommenen Aktionen und weist schließlich auch offen auf vorhandene Grenzen, selbstverständlich auch auf seine eigenen hin. Dadurch wird ein Lernen am Modell ermöglicht, dass auch zuverlässige Bezugspersonen Grenzen haben können, ohne dass dies gleich die Beziehung an sich in Frage stellt. Die Therapeuten achten auf einen sicheren Rahmen in der Gruppe und setzen diesen notfalls auch durch, so dass sich alle Patienten darauf verlassen können, dass Grenzüberschreitungen untereinander nicht einfach geduldet werden.

Die Patienten können sich so auch Kompetenzen im Umgang mit Konflikten erlernen, dabei am Modell lernen. Es ist Aufgabe des Therapeuten, die Verstärkerpläne des Patienten zu kennen und zu nutzen, um so funktionales Verhalten in Hinblick auf das Therapieziel zu verstärken und dysfunktionales Verhalten zu löschen.

Themenzentrierte Gruppe

Hier arbeitet die Therapiegruppe an vorgegebenen Themen, entweder mit therapeutischer Begleitung oder eigenständig mit Erstellung eines Protokolls. Mit Hilfe des Protokolls wird die Sitzung vom Gruppentherapeuten nachgearbeitet. Daraus entwickeln sich Themen, die in der Gruppe oder mit dem einzelnen Patienten bearbeitet werden.

Indikationsgeleitete Angebote

Im Rahmen der speziellen Ausrichtungen der Therapiegruppen sind für viele Patienten ergänzend weitere Themen zur Erreichung ihres individuellen Therapieziels notwendig.

Diese notwendigen Fertigkeiten werden in Indikationsgruppen therapiegruppenübergreifend vermittelt.

Selbstsicherheitstraining

Problematische oder dauerhaft frustrierende Lebenssituationen können sich negativ auf die Selbstsicherheit auswirken und führen dazu, dass man das Vertrauen zu sich und seinen Fähigkeiten verliert. Zielgerichtete Übungen helfen bei Schwierigkeiten, sich und seine Interessen durchzusetzen, sich im Umgang mit anderen Menschen zu behaupten, die Sympathie anderer Menschen zu gewinnen und über Probleme oder schwierige Lebenssituationen zu reden.

Selbstsicherheitstraining bedeutet, das Erlernen der Fähigkeit positive und negative Gefühle auszudrücken, eigene Bedürfnisse zum Ausdruck bringen zu können, Konflikte thematisieren zu können und das Erlernen der Fähigkeit, emotionale Risiken eingehen zu können sowie die Konfrontation mit angstauslösenden Situationen.

Es werden Hintergründe für unsichere Verhaltensweisen erarbeitet und konkrete Situationen bearbeitet. Danach folgen Übungen, um das Selbstvertrauen weiter zu verbessern.

Rückfallprophylaxe

Diese Indikationsgruppe richtet sich vorzugsweise an Patienten im zweiten Behandlungsabschnitt. Krankheitsakzeptanz soll gefestigt sein, der Patient soll auf Erfahrungen mit Heimfahrten zurückgreifen können. Nach Körkel (1995) geht es dabei um die Auseinandersetzung mit der Sucht als „Rückfallkrankheit“ sowie mit persönlichen Einstellungen, Haltungen und Gewohnheiten im Umgang mit Suchtmitteln. Anhand einer Auflistung von Rückfallrisikosituationen nach Lindenmeyer (1992), erfolgt die Erarbeitung rückfallgefährdender Situationen in personenbezogener Mitwirkung des Patienten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit konkreten Erlebnissen aus der Vergangenheit mit Rollenspielen, Inszenierungen rückfallgefährdender Situationen und sozialem Training hilft dem Patienten, Zugang zu seiner persönlichkeits-eigenen Reaktionsweise zu gewinnen.

Stresstoleranz

In dieser Gruppe wird das Phänomen Stress definiert, in dem die Patienten individuelle Auslöser und Auswirkungen von Stress beschreiben. Essentiell ist die Einschätzung des Spannungsniveaus in Spannungsprotokollen, die zwischen den Therapie-Einheiten erstellt werden sowie das Üben der vermittelten Techniken zum Umgang mit Stress, was ebenfalls in der Gruppenstunde überprüft wird.

Umgang mit Gefühlen

In dieser offen geführten Gruppe werden der Begriff der Emotion, primäre und sekundäre Netzwerke sowie deren Auswirkung auf Gedächtnis, Lernen und Verhalten erörtert, sowie der Umgang mit bestimmten Grundgefühlen wie Schuld, Wut, Angst und Trauer besprochen und geübt.

Bestimmte Methoden im Umgang mit Gefühlen werden erläutert und zwischen den Einheiten durch die Patienten eingeübt.

Trauma-Stabilisierung

Diese offen geführte Gruppe vermittelt psycho-edukativ u.a. Informationen zu den Themen:

- Traumatisierung
- Trauma Gedächtnis
- biologische Hintergründe
- Möglichkeiten des Umgangs mit Traumata
- Stabilisierungsübungen
- Folgen und Hilfsmöglichkeiten

Die Patienten müssen und sollen ihr Trauma in der Gruppe nicht explizit schildern, der sichere Umgang mit eigenen Grenzen diesbezüglich wird geübt. Die Gruppe besitzt aber auch einen übenden Teil, in dem pro Stunde eine Stabilisierungsübung nach M. Huber angeleitet geübt wird. Die Patienten werden angehalten, während des Gruppenverlaufes und möglichst auch darüber hinaus weiter zu üben.

Seeking Safety⁵

Seeking Safety oder „Sicherheit finden“ ist ein kognitiv behaviorales Therapieprogramm für Personen mit substanzbezogenen Störungen, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Damit liegt ein gut untersuchtes psycho-edukatives, niederschwelliges Angebot für Trauma-Patienten vor.

Seeking Safety wird in Kooperation mit dem ZIS Hamburg wissenschaftlich begleitet, und als 10 Std Programm angeboten. Der Kern sind abgeschlossene psycho-edukative Module, die Gruppe wird dadurch offen durchführbar. Hauptinhalte sind: Entstehung und Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung, Information zum Thema Sucht, Suchtentstehung, Suchtverlauf, Auslöser von Suchtverhalten, Umgang mit Gefühlen, wieder Freude im Alltag erleben, Umgang mit Wut. Zwischen den Stunden werden zu den Inhalten zu übende Hausaufgaben vergeben, zu deren Erfüllung sich die Patienten anfangs auch verpflichten.

ACT mit Gefühl

In der IG ACT mit-Gefühl erarbeiten Patientinnen im geschützten Rahmen einen akzeptierende Haltung gegenüber den eigenen Gedanken und Gefühlen, das Annehmen einer Beobachterperspektive, die Orientierung auf das Hier und Jetzt mit erhöhter Eigenwahrnehmung, ihre individuellen Persönlichkeitsanteile und dahinter stehende Verhaltensmuster, und die Ausrichtung nach den eigenen Werten ohne hierbei durch schwierige Situationen vom Weg zum Ziel abzukommen. Ziel ist es die

⁵ L. Najavits „Seeking Safety“; dt. Übersetzung und Bearbeitung: I. Schäfer „Sicherheit finden“; Hogrefe Verlag 2009

psychische Flexibilität gegenüber unangenehmen Gedanken und Gefühlen zu erhöhen, welche normalerweise einen Impuls zur Flucht oder Betäubung durch das Suchtmittel hervorrufen würden, 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 sehr ausgeprägt vorhanden sind, entgegenzuwirken.

Depression/ Burnout

Diese Gruppe vermittelt den Betroffenen das grundlegende Wissen zum Thema Depression, der Entstehung, den Mechanismen, den medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsmethoden. In ihr werden notwendige Grundbegriffe wie Grundüberzeugungen, Grübeln, Katastrophisierung, Realitätstestung etc. für die Einzeltherapie eingeführt und erläutert.

Gruppe für pathologische Spieler

In dieser offenen Gruppe wird allen Glücksspielabhängigen Patienten Grundlegendes auf psycho-educativer Ebene zu folgenden Themen vermittelt:

- was ist eine verhaltensbezogene Abhängigkeit
- wie entsteht eine Glücksspielabhängigkeit auf biologischer und Verhaltensebene
- wie kann man lernen, mit Suchtphänomenen, wie z.B. Craving umzugehen

Im übrigen Teil werden das eigene Verhalten analysiert, Lösungsmöglichkeiten, Präventionsmethoden und alternatives Verhalten besprochen und intensiv eingeübt.

Problematischer PC-Gebrauch

Die steigende Nutzung elektronischer Geräte im Freizeitbereich führt zu vielfältigen Formen abhängiger Verhaltensweisen mit pathologischem Konsummuster wie z.B. Online-Rollenspiel, Online-Chats, Online-Kauf, Online-Sex, Online-Glücksspiel, Social Gambling. Nach unseren Erfahrungen einer Männerklinik mit Abhängigen, die unter stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten leiden zeigen 5 bis 10 % der Patienten einen abhängigen und weitere 5 bis 10 % einen zumindest missbräuchlichen Konsum der o.g. Medien.

Inhalte der KVT-orientierten Indikationsgruppe sind:

Kosten-Nutzen-Analyse, Entstehung eines kreativ entwickelten Gruppen-Avatar, Realistische Zielentwicklung, Kommunikation, Auseinandersetzung mit der Geschlechtsidentifikation und spezifischen Rollenbildern, Abschied nehmen von den Spielen / Avatar (Trauerarbeit), Expositionstraining und schließlich Neubewertung: Wer bin ich im realen Leben?

Familiäre Belastungen

Abhängigkeitserkrankungen haben häufig ihre Ursachen in gestörten Beziehungssystemen und gleichzeitig gravierende Auswirkungen auf aktuelle Beziehungssysteme. Der Beziehung Vater–Kind kommt aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen ein immer größerer Stellenwert zu. Die Indikationsgruppe „familiäre Belastungen“ soll dem Einzelnen seine Kindheitserfahrungen transparenter machen, kindliches Erleben verständlicher machen, die Auswirkungen von Sucht auf die eigene Vater-Kind-Beziehung beleuchten und Wege aufzeigen, Beziehungsstörungen in konstruktiver Weise zu bewältigen.

Hirnleistungstraining

Beim Hirnleistungstraining (HLT) geht es um die Verbesserung und den Erhalt kognitiver Funktionen wie Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis sowie Handlungsplanung und Problemlösung.

Einerseits wird Computerbasiert mit Cogpack auch über längere Zeiträume geübt, andererseits kognitionsfördernde Spiele in der Gruppe eingesetzt.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen (BORA orientiert)

Einführung

In unserer Einrichtung haben wir die individuelle Ausgestaltung arbeitstherapeutischer und sozialarbeiterischer Interventionen kontinuierlich vorangetrieben, um den einzelnen Patienten die jeweils optimale Unterstützung zur Wiedererlangung oder zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu bieten. Im Bereich der speziellen Vorgaben der DRV zur Qualitätssicherung bieten wir spezifische, an den in der „Gemeinsame Arbeitsgruppe berufliche Rehabilitation in der medizinischen Reha Abhängigkeitskranker“ entwickelten BORA-Zielgruppen orientierte Behandlungen an.

Einrichtungsbezogene Struktur

Wir verfügen über gut ausgestattete Werkstätten in den Bereichen Holz und Metall, sowie über einen großen Gartenbereich mit Gewächshaus, darüber hinaus werden der Hauswirtschaftsbereich (Küche, Kiosk Cafeteria, Reinigung und Wäsche) für BORA-spezifizierte arbeitstherapeutische Ziele genutzt. Begleitet werden die Patienten von drei Ergotherapeuten und einem Arbeitserzieher. Alle verfügen über eine Melba-Lizenz, ein Mitarbeiter auch über eine Imba-Lizenz. Durch kontinuierliche Weiterbildung und prägende Teilnahme am BUSS-QZ „Arbeitsbezogene Maßnahmen“ tragen wir zur konzeptuellen Weiterentwicklung bei. Beide Sozialarbeiter sind fortgebildet zu „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zudem besteht ein AK mit regionalen Jobcentern, Arbeitsämtern und Suchtberatungsstellen zur Optimierung von Vermittlungswegen, regelmäßiger Kontakt besteht darüber hinaus zu Reha-Beratern, Berufsförderungswerken, WfBs und Integrationsfachdiensten.

Einrichtungsbezogene Organisation für Bora-Zielgruppen

Unser Gesamtkonzept zielt darauf ab, jedem Patienten ein auf seine spezielle Problematik zugeschnittenes individuelles Behandlungsangebot zu machen. D. h. auch eine Bora-orientierte Zuordnung des einzelnen Patienten muss kompatibel sein mit den anderen spezifischen Behandlungsnotwendigkeiten D.h.: die Bora-Zuordnung, spezifiziert durch eine ergänzende Diagnostik (siehe unten), erzeugt zwar einen individuellen Katalog durchzuführender Behandlungselemente, die jedoch nicht in einem losgelösten Bora-Behandlungsmodul „abgearbeitet“ werden, sondern umfassende Integration in den individuellen Behandlungsplan des Patienten (siehe unten) erfahren. Die Ergebnisse der Eingangsdagnostik führen zu einer partizipativen, individuellen Zielplanung.

Diese Ziele sind fast ausschließlich im Bereich der sozio-emotionalen und instrumentellen Fähigkeiten zu finden und decken die Dimensionen Teilhabe, Aktivitäten und Körperfunktionen der ICF ab. In einer interdisziplinären Konferenz werden diese arbeitstherapeutischen Ziele mit den Zielen anderer Berufsgruppen abgestimmt und festgehalten.

Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

Eine arbeits- bzw. berufsbezogene Diagnostik und Anamnese erfolgt für alle Rehabilitanden und wird vom Arbeitstherapeuten erhoben. Hierfür wird zunächst, direkt nach der Aufnahme, ein Fragebogen verteilt, in dem nach dem beruflichen Werdegang und nach Arbeitsplatz spezifischen Gegebenheiten gefragt wird.

Dieser Fragebogen wurde in einem Buss-Qualitätszirkel entwickelt und ist am MOHO (Model of Human Occupation, Modell der menschlichen Betätigung) nach Kielhofner orientiert. Darüber hinaus wurden die semistrukturierten Interviews WIR (Worker Role Interview, Fragebogen zur Rolle des Arbeitnehmers) und der WEIS (Work Environment Impact Scale, Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber) implementiert. Ergänzt werden sie durch Fragen nach arbeitsrelevanten biografischen Fakten. Weiterhin sind Teile des SIBAR (Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation) und hier vor allem die Teile „Berufliche Belastungen“ und „Subjektiver Bedarf an berufsbezogenen Reha-Angeboten“ enthalten.

Angehängt befindet sich der „Würzburger Fragebogen“, der dazu beiträgt, berufliche Problemlagen, den Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen und die Motivation für berufsbezogene Therapieangeboten zu identifizieren.

Die beiden Assessments dienen in einem folgenden gemeinsamen Gespräch als roter Faden durch den Beruflichen Werdegang und sind die Beschreibung der letzten beruflichen Tätigkeit.

Weiterhin füllen alle Rehabilitanden das Assessment „AVEM“ (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) aus, das aussagt, ob die Arbeitsweise als gesundheitsförderliches oder gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster gesehen werden muss.

Während der gesamten Eingangsdagnostik wird von jedem beteiligten Therapeuten an einem Fähigkeitsprofil gearbeitet. Hierzu wird das Verfahren IMBA (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt) genutzt mit dem die gesundheitlichen Einschränkungen dokumentiert werden.

Ergänzt werden diese Befunde durch eine ausführliche soziale Anamnese durch den klinischen Sozialarbeiter, in der die ganzheitliche Lebenssituation erfasst wird.

Mit der zum Einsatz gebrachten Arbeits- und Sozialdiagnostik kommen wir gleichzeitig auch der Forderung nach, nach den Kontextfaktoren aus dem ICF (internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu diagnostizieren.

Im weiteren Verlauf setzen wir eine Leistungs-(Arbeits-) -erprobung (bei allen arbeitslos gemeldeten Rehabilitanden und bei EU-Rentnern auf Zeit) ein. Hierzu wird ein Verfahren herangezogen, das in psychosomatischen Kliniken entwickelt wurde. Dieses vierstündige Verfahren besteht aus einer handwerklichen Tätigkeit und aus Übungen, die der Hirnleistungsdiagnostik zugeordnet sind und dienen der Beurteilung von Kurzzeitgedächtnis und Konzentration als auch körperliche Belastbarkeit und Durchhaltevermögen.

Ergeben sich in dieser Diagnostik oder im weiteren Behandlungsverlauf Hinweise auf intellektuelle oder hirnorganische Leistungseinschränkungen erfolgt eine psychologische Diagnostik mit weitergehenden, teils computergestützten Diagnostikinstrumenten (z.B. IST 2000, WMT, d-2, SKT, Benton-Test u.a.).

In der zweiten Behandlungswoche findet für alle Neuaufgenommenen eine Informationsveranstaltung statt, die insbesondere die Motivation der Rehabilitanden an arbeitsbezogenen Maßnahmen steigern soll. Hier werden Fachbegriffe genauso wie der gesamte arbeitstherapeutische Prozess erklärt.

Während der Durchführungsphase wird eine Prozessdiagnostik durchgeführt. Mit dem Rehabilitanden wird, in einem Rhythmus von 2 Wochen, ein Verlaufsgespräch geführt, die sich inhaltlich an den 29 Merkmalen aus MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) oder nach dem MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) orientieren.

Besonderer Wert wird hierbei auf die Selbsteinschätzung gelegt, die dann mit den Einschätzungen des Arbeitstherapeuten abgeglichen werden.

Daneben wird die berufliche Situation in sozialarbeiterischen Einzelgesprächen reflektiert und ggf. Alternativen und Perspektiven entwickelt. Alle Ergebnisse werden zwecks Überprüfung der Zielerreichung in Fallbesprechungen und einer sozialmedizinischen Fallkonferenz eingebracht. Hier werden auch aus allen anderen Bereichen die bisher erhaltenen Diagnosen, Befunde, Beobachtungen, Ziele und Wünsche des Patienten zusammengetragen, der Umsetzungsstand und die Realitätsnähe der Maßnahmen überprüft und ggf. fein- oder neujustiert. Zu diesem Zeitpunkt werden bisher unberücksichtigte, jedoch notwendige Neuorientierungen erarbeitet, um Sie mit dem Patienten weiterzuentwickeln und umzusetzen.

1. Medizinisch-berufliche Bora-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie

BORA 1:

Im Rahmen der Gruppentherapie, wie auch in der IG Rückfallprophylaxe werden Strategien zum Umgang mit Abhängigkeit und Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz entwickelt, ist eine betriebliche Suchthilfe vorhanden wird dieses in enger Zusammenarbeit vorbereitet.

Ein Gespräch mit Vorgesetzten und Arbeitgebern in der Klinik wird regelmäßig angeboten und hat häufig ein unerwartete entlastende und unterstützende Wirkung (Vorbereitung BEM⁶), eine stufenweise betriebliche Wiedereingliederung wird bei Bedarf angeregt und organisiert. Prophylaktisch kommt die IG Stress am Arbeitsplatz zum Einsatz.

BORA 2:

Auch für berufstätige Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen sind die unter BORA 1 angegebenen Interventionen angemessen, einem Gespräch mit Arbeitgebern und Vorgesetzten, dass nun konkrete Problembereiche bzw. Überlegungen zu möglichen Veränderungen der Arbeitssituation zum Gegenstand haben sollte, rückt noch mehr in den Fokus. Darüber hinaus werden problemlagenorientierte Interventionen entwickelt, dies können PC-Schulungskurse oder auch zeitlich befristete berufsnahe Arbeitstherapieeinheiten sein, um so Kenntnisse zu vertiefen oder

⁶ BEM: Berufliches Eingliederungsmanagement

Problemstellungen genauer analysieren zu können. Ist die Problemstellung nicht im fachlichen oder körperlichen Bereich zu verorten, werden Einsätze in AT-Bereichen sinnvoll, die Teamfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit und Konfliktfähigkeit trainieren, auch hier kann die Dauer des AT-Einsatzes zielspezifisch variiert werden. Problemorientierte Ergo- und physiotherapeutische Maßnahmen und problemspezifische Indikationsgruppen (z. B. Entspannungstechniken, Selbstsicherheitstraining) ergänzen dieses Angebot. Im Rahmen der Sozialberatung werden ggf. notwendige unterstützende Maßnahmen (z.B. innerbetriebliche Umsetzungen, Kontaktaufnahme zum innerbetrieblichen BEM, zur Schwerbehindertenvertretung, zur Fachkraft für Arbeitssicherheit oder zum Betriebsarzt) bzw. eine notwendig werdende berufliche Neuorientierung geplant und eingeleitet.

BORA 3:

Patienten im ALG-1-Bezug sind in der Regel kurzfristig arbeitslos und haben meist eine kontinuierliche Arbeitsanamnese (bei Abweichungen ggfs. Einordnung in BORA-4). Für diese Patienten ist es besonders wichtig Chronifizierung von Arbeitslosigkeit und damit Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern. Kontinuierliche AT dient der Aufrechterhaltung und Erweiterung der beruflichen Fähigkeiten und der Leistungsmotivation, unterstützt darüber hinaus, gerade in der kontinuierlichen Reflektion, die Bewusstwerdung eigener Ressourcen und Grenzen und damit die realitätsnahe Einschätzung zukünftiger beruflicher Möglichkeiten. Ein weiterer zentraler Baustein ist die Durchführung eines Bewerbungstrainings zu einem möglichst frühen Therapiezeitpunkt, damit noch während der Therapie reale Bewerbungssituationen gestaltet und reflektiert werden können. Weiterhin wird eine frühe Kontaktaufnahme zum Arbeitsamt angeregt und unterstützt, im regionalen Raum bestehen direkte Kontakte zu Arbeitsämtern die unterstützend genutzt werden. Allen darüber hinaus bestehenden besonderen erwerbsbezogen Problemlagen werden mit den entsprechenden oben beschriebenen therapeutischen Maßnahmen begegnet. Im Bereich der Sozialberatung werden Fördermöglichkeiten (verschiedener Kostenträger) erörtert.

BORA 4:

Über die unter BORA 3 beschriebenen Maßnahmen hinaus erweitert sich bei Langzeitarbeitslosen mit diskontinuierlicher Berufsanamnese das Aufgabenspektrum.

Weitere Kooperationspartner werden Jobcenter und Reha-Berater.

Arbeitstherapie dient meist zunächst dazu, die Grundarbeitsfähigkeit zu überprüfen bzw. überhaupt erst zu entwickeln, hierfür gibt es besonders geeignete Tätigkeitsbereiche, die sich jedoch an den Interessen des Patienten orientieren.

Unsere, individuell zuordbare AT eröffnet hier die Möglichkeit Frequenz und Dauer zu variieren, für einen begrenzten Zeitraum die AT auch zeitlich soweit auszuweiten, dass sie realen beruflichen Belastungen nahekommt (interne Belastungserprobung).

In diesem Prozess bedarf der Patient meist einer kontinuierlichen Begleitung vernetzter ergotherapeutischer, psychotherapeutischer, sozialarbeiterischer und ggf. ärztlicher Kompetenz um variierende und divergierende Ziele immer wieder neu zu strukturieren und den persönlichen Möglichkeiten anzupassen.

In einem weiteren Schritt können berufliche Interessen auf ihre Umsetzbarkeit überprüft werden und in externen Praktika (derzeit 12 Kooperationspartner mit den Arbeitsangeboten: Schlosserei, Tischlerei, Altenpflege, Ergotherapie, Arbeitserzieher, Garten- und Landschaftsbau, Bauhof der Gemeinde, Verwaltung, Heilerziehungspfleger, Erzieher, Sozialarbeiter und Schweißer) fundiert werden.

Für viele Patienten wird die Planung einer Adaptionsmaßnahme unter Einbeziehung des Sozialdienstes sinnvoll.

Durch die Sozialberatung werden die bestehenden Kontakte zu komplementären Einrichtungen genutzt, um Vermittlungsmöglichkeiten für den Patienten zu schaffen.

Bei einer Teilgruppe der Patienten ergibt die Überprüfung in der AT kombiniert mit den Ergebnissen anderer Diagnostikbereiche, dass eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt aufgrund körperlicher oder psychischer Einschränkungen nicht mehr möglich erscheint. Hier ist der Sozialdienst bemüht gemeinsam mit dem Patienten heimatnah andere Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu finden, die die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit oder zumindest kontinuierlichen Tätigkeit in einer anderen Form ermöglicht.

BORA 5:

Bei Nicht-Erwerbspersonen, bei denen noch die Möglichkeit zur Erwerbsfähigkeit besteht, ist das gesamte Spektrum der Gruppen 3 und 4 anwendbar.

Bei befristeten EU-Rentnern werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geprüft und ggfs. eingeleitet.

Nähere Beschreibung der zugeordneten Indikationsgruppen:

Bewerbungstraining

In dieser Indikationsgruppe wird in sechs (zweistündigen) Einheiten die berufliche Situation eines jeden Patienten analysiert. Über die Bestandsaufnahme werden positive, berufliche Perspektiven entwickelt, konkretisiert und in strukturierten Übungsangeboten die Behebung bzw. Minderung von vorhandenen Defiziten erarbeitet. Konkrete Situationen aus Bewerbungs- und Vorstellungsgesprächen werden in Rollenspielen geprobt, auf Video aufgezeichnet und gemeinsam reflektiert.

Das Erstellen einer Bewerbungsmappe mit Hilfe des PC´s ist obligatorisch.

Es werden zu diesem Zweck grundlegende Funktionen von MS-Word vermittelt. Das eigenständige Erfassen von Fließtexten und Formatierungen wird erlernt, um einen anspruchsvollen Text zu erstellen (Grundlagen, Datenbearbeitung, Öffnen, Speichern, Schließen, Textbearbeitung, Texte eingeben, korrigieren, kopieren, ausschneiden, einfügen, Textformatierung, Zeichen- und Absatzformatierung, Rahmen).

Stressbewältigung am Arbeitsplatz

In dieser Indikationsgruppe werden akute Probleme des Patienten am aktuellen Arbeitsplatz wie Mobbing, Stress, Überforderung, Unterforderung, Ängste etc. bearbeitet.

Nicht selten hängen diese Themen mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung zusammen und sind bei nicht ausreichender Beachtung wichtige Risikofaktoren für späteres Rückfallgeschehen.

In einer ausführlichen Berufs- und Arbeitsanamnese wird die Indikation gestellt. In der Gruppe erfolgt eine individuelle Problemanalyse. Zur Einübung und Festigung neuer Verhaltensstrukturen werden Rollenspiele durchgeführt. Patienten werden motiviert, noch während der Behandlung die aufgezeigten Lösungsmöglichkeiten in der Arbeitstherapie zu erproben oder direkt vor Ort mit den Beteiligten zu erörtern.

4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Die Sport- und Bewegungstherapie dient der Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Außerdem können so in einem anderen, körperlicher geprägten sozialen Rahmen der Umgang mit Regeln erlernt und geübt, sowie Frustrationstoleranz gestärkt werden.

Wöchentlich wechselnd in klinikeigener Schwimmhalle/Bewegungsbad oder auf dem Sportplatz oder in der Sporthalle dient die Sport- und Bewegungstherapie weiter der Stärkung physischer Ressourcen und Funktionen wie Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit. Darüber hinaus will sie mit Hilfe von unterschiedlichen Spielformen zu gesundheitsorientierter Freizeitgestaltung anleiten und motiviert zur Umsetzung an den Abenden und den Wochenenden in den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten.

Physikalische Therapie

Wir verfügen über eine sehr gut ausgebaute physikalische Therapie mit Bewegungsbad. Die Physiotherapie orientiert sich vor allem an den anatomischen und physiologischen Gegebenheiten der Patienten und zielt auf die Behandlung der vorhandenen Funktions- und Entwicklungsstörungen sowie der Schmerzen, um sie mit speziellen physiotherapeutischen Techniken zu beeinflussen. Weitere Ziele der Physiotherapie sind die Förderung der Eigen- und Selbstständigkeit der Patienten.

Alle durchgeführten physikalischen Maßnahmen werden von unseren Ärzten verordnet. Sie werden in Einzelmaßnahmen, Kleingruppen oder in Indikationsgruppen durchgeführt.

Eine steigende Anzahl von Patienten sind Nichtschwimmer, mit teilweise großen Ängsten vor Wasser. In speziellen Kursen gelingt es Patienten, diese Ängste zu überwinden, das Schwimmen zu erlernen und in ihrer Freizeit auszuüben.

Als Indikationsgruppen werden in diesem Bereich angeboten:

Autogenes Training

Das Autogene Training ist ein Verfahren zur Selbstentspannung. Es ist eine weit verbreitete und anerkannte Methode, um Stress und psychosomatische Störungen zu bekämpfen. In dieser Indikationsgruppe soll diese Fähigkeit zur Selbstentspannung erlernt werden. Im Verlaufe der Indikationsgruppe werden sechs Formeln im Sitzen und im Liegen, mit und ohne Musik eingeübt. Nach diesen Gruppenstunden sollte jeder Teilnehmer in der Lage sein, die Übungen selbstständig durchzuführen und den gewünschten Effekt der Entspannung zu erleben.

Entspannungstraining nach Jacobson

Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson ist ein Entspannungsverfahren, bei dem durch bewusstes An- und Entspannen bestimmter Muskelgruppen ein Zustand der Entspannung des ganzen Körpers erreicht wird. Muskulatur wird in einer bestimmten Reihenfolge angespannt und anschließend wird die Spannung wieder gelöst. Neben der Verbesserung der körperlich- muskulären Entspannung, der Sensibilisierung der Körperwahrnehmung wird die psychovegetative Stabilisierung angestrebt. Die Progressive Muskelentspannung hat sich bei vielfältigen Problemen und Beschwerden als hilfreich erwiesen z. B. Bluthochdruck, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Stress.

Rückenschule

Die Indikationsgruppe eignet sich für Patienten, die Rücken- und/oder Wirbelsäulen-probleme haben und aktiv etwas dagegen unternehmen möchten. Es werden theoretische Hintergründe vermittelt, rückengerechtes Stehen, Heben, Tragen usw. erarbeitet. Vor allem werden rückengerechte Kräftigungs- und Dehnungsübungen angeleitet und durchgeführt. Anschließend sollte jeder Teilnehmer in der Lage sein, seinen Rückenproblemen und evtl. Folgeschäden (z.B. Bandscheibenvorfall) entgegen wirken zu können.

Aqua Fatburner

Unter *Aqua Fatburner* ist ein umfassendes Körpertraining zu verstehen. Durch die physikalische Eigenschaft des Wassers werden positive Effekte erzielt, die das Programm gegenüber dem Training an Land erleichtern. Beim Aqua Fatburner wird mit Gewichten oder besser mit widerstandsvergrößernden Hilfsmitteln gearbeitet. Zielsetzung ist eine Verbesserung der Kraftausdauer (Muskelaufbau). Ein weiteres Kriterium der Aqua-Fatburner-Gruppe ist das Einlegen kurzer Pausen, da durch die unterbrochene Bewegung eine optimale Fettverbrennung sowie eine Steigerung des Herz-Kreislauftrainings eintritt.

Aqua Jogging

Unter *Aqua Jogging* versteht man das Laufen (Joggen) im Wasser.

Mit Hilfe des Aqua-Gürtels ist man in der Lage, alle Aktivitäten, die traditionell an Land durchgeführt werden wie Laufen, Herz- Kreislauftraining, Adipositas-gymnastik, Ausdauersport, im Wasser durchzuführen. Wesentliche Voraussetzung ist, dass man das Schwimmen erlernt hat.

Ziele: Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit, Gewichtsreduzierung, Kraftsteigerung

Nordic-Walking

Nordic-Walking ist eine Ausdauersportart, bei der das Gehen durch den Einsatz von zwei Stöcken im Rhythmus der Schritte unterstützt wird.

Das flotte Gehen mit den Stöcken ist ein ideales Training mit hohem Fitnessfaktor. Es ist schnell erlernbar, entlastet den Bewegungsapparat, trainiert die Ausdauer, kräftigt die Oberkörpermuskulatur, hilft bei Gewichtsreduktion.

Empfehlenswert für Übergewichtige und Personen mit Rückenproblemen.

Ziele: Schulung der Ausdauerfähigkeit, Verbesserung der Körperhaltung, Reduzierung der körperlichen Antriebsschwäche und Reduzierung von Körpergewicht.

4.7.7. Freizeitangebote

Durch ihren Suchtverlauf haben viele Patienten die Gestaltung ihrer Freizeit vernachlässigt; andererseits ist eine konstruktive Gestaltung nach der Rehabilitation ein wichtiger Faktor für Zufriedenheit und Abstinenz. Von der Klinik wird zunächst Unterstützung gegeben, einen Veränderungsprozess in Gang zu setzen, Anreize zu schaffen, die Neugier zu wecken und die Patienten dauerhaft für Freizeitaktivitäten zu motivieren.

So bieten wir für die Abende und Wochenenden an Gestaltungsmöglichkeiten:

Mehrzwecksportplatz (Volleyball, Handball, Basketball, Tennis), Sporthalle, Schwimmbad, Fitnessraum, Sauna, Trimm-Pfad, Tischtennis, Bowling, Kicker, Grillplatz, Cafeteria, Bücherei und Gesellschaftsspiele-Treff, Fernsehräume. Werktreff mit Anleitung bei den Materialien Ton, Speckstein, Holz, Seidenmalerei, Aquarellmalerei und Peddigrohr.

Zur Erledigung der persönlichen Post stehen EDV-Arbeitsplätze zur Verfügung.

Regelmäßige mediengestützte Vorträge, Filme und Konzerte etc. erweitern die Freizeitangebote.

Indikationsgruppen.

Freizeitgestaltung

Eine sinnvolle Freizeitgestaltung hat erheblichen Einfluss auf die zukünftige Abstinenzsicherheit.

In der Indikationsgruppe geht es um die Verminderung oder Beseitigung von funktionellen oder psychosozialen Defiziten, Druck abbauen und Entspannung finden zu können. Dazu werden ganz konkrete Freizeitgestaltungsmöglichkeiten erarbeitet.

4.7.8. Sozialdienst

Den Patienten 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 Patienten mit Problemen im sozialen, beruflichen und finanziellen Bereich. Dabei berücksichtigt sie den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ und achtet im Sinne einer therapeutischen Stärkung der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit der Patienten darauf, dass diese sich in zumutbarem Maße an der Erreichung ihrer Ziele selbst beteiligen. Ihre aktive Mitarbeit kann darin

bestehen, z.B. Daten und Unterlagen zu beschaffen, Aufstellungen zu erstellen, Schreiben zu entwerfen, Telefonate zu tätigen etc.

Die im Folgenden aufgelisteten Aufgabenstellungen und Ziele stehen jeweils spezifiziert durch zugeordnete BORA-Gruppe (siehe 4.9.6) werden allen Patienten nach Bedarf angeboten.

- Informationsveranstaltung in der ersten Behandlungswoche mit Sozialer Diagnostik und Feststellung erforderlicher Hilfen und Maßnahmen und wenn notwendig zeitnahe Einzelberatung.
- Antragstellungen bei zuständigen Behörden und u. a. Hilfestellungen bei Erlangung von Übergangs- oder Krankengeld, ALG I, ALG II, etc.
- Beratung zur finanziellen Situation (z. B. Wohngeld, Mietschulden u. a.)
- Telefonische und briefliche Kontakte mit DRV-Trägern, Krankenkassen, Behörden, Beratungsstellen usw., soweit sie sich aus o. g. Tätigkeit ergeben.
- Allgemeine Beratung und Hilfe bei der Verbesserung der sozialen Integration/ Tages-struktur
- Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, ggfs. Reflektion von Arbeitsplatzproblemen und Erörtern von beruflichen Teilhabemöglichkeiten, ggf. Gespräche mit Vorgesetzten, Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (LTA), Beratung zur stufenweisen Wiedereingliederung, Beratung zu Adaptionenmaßnahmen, Kontaktaufnahme Arbeitsagentur/ Jobcenter etc.
- Unterstützung bei der Klärung der Wohnungssituation, Vermittlung in betreute Wohnformen wie z.B. ambulant betreutes Wohnen, stationäres Wohnheim, Wohngemeinschaften, etc. (im Rahmen der Eingliederungshilfe SGB XII).
- Ordnung finanzieller Verhältnisse, Schuldenregulierung, Vermittlung zur Schuldnerberatung; Hilfestellung bei der Einrichtung eines P-Kontos, Geldverwaltung (MS) und Haushaltsbuch führen.
- Hilfe bei Rechtsstreitigkeiten und anstehenden Strafverfahren (ohne Rechtsberatung); Kontaktaufnahme zu Rechtsanwälten und Richtern, u.a.
- Klärung und Erhebung sozialmedizinisch relevanter Aspekte in Absprache mit dem medizinischen Dienst, Teilnahme an Fallbesprechungen/ sozialmedizinischen Konferenzen/Erörterungen (MS/VS).
- Anregung und Einleitung nachgehender Hilfen, wie z. B. gesetzliche Betreuung; psychiatrische Pflege, usw.
- Teilhabe behinderter Menschen (u.a. Informationsveranstaltung zum Schwerbehindertenrecht)
- Klärung von Rentenfragen, Kontaktaufnahme zur Rentenberatung, etc.
- Beratung zur häuslichen Pflege und haushaltsnahen Hilfen
- Interne Kleiderkammer (MS)
- Gruppenarbeit im Rahmen von themenspezifischen Indikationsgruppen bzw. Seminaren (z. B. „Bewerbungstraining“ (VS), „Rückkehrgespräche am Arbeitsplatz“ und „Konflikte am Arbeitsplatz“).
- Vernetzung mit externen Stellen (z. B. gesetzlicher Betreuer/innen; Bewährungshelfer/innen, etc.).

- Bei nachgewiesener finanzieller Notlage und verzögerter Auszahlung zustehender finanzieller Ansprüche können dem Patienten unter Einhaltung hausinterner Richtlinien kurzfristig in strikt begrenztem Rahmen Darlehen gewährt werden.

4.7.9. Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Sowohl im individuellen Arztgespräch, im Termin bei der Ernährungsberatung oder Physiotherapie bieten wir individuelle Gesundheitsberatung an.

Allen Patienten werden obligatorisch Vorträge zu den häufigsten Folgeerkrankungen, zu Komplikationen der Abhängigkeitserkrankung in physischer und psychischer Hinsicht, sowie zu Kompensationsmöglichkeiten im Rahmen einer gesunden Lebensführung im Alltag angeboten. Die Themen im Einzelnen: Umgang mit Stress, achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper, Schlafstörungen, Angstsymptomatik, nicht stoffgebundene Süchte, Fahrtauglichkeit.

Ernährungsberatung

Die Verpflegung der Patientinnen wird nach den DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Rehabilitationskliniken umgesetzt.

Es gibt drei Hauptmahlzeiten und die Möglichkeit von zusätzlichen Zwischenmahlzeiten. Frühstück und Abendessen wird in Büffetform angeboten und zum Mittagessen gibt es bis zu drei Menüs zur Auswahl, wovon immer ein Menü vegetarisch ist. Obst und Gemüse, Fleisch und Brot wird von regionalen Anbietern bezogen. Zudem gibt es in der Fachklinik St. Marienstift einen eigenen Obst und Gemüseanbau. Saisonale Produkte werden bei der Speiseplangestaltung bevorzugt.

Es wird den Patienten durchgängig Wasser zu Verfügung gestellt.

Genderspezifische Besonderheiten werden berücksichtigt, so sind die Portionsmengen größer und der Fleischanteil höher. Außerdem wird in regelmäßigen Küchenforen der Austausch mit den Patienten gesucht und dort vorgebrachte Wünsche wenn möglich berücksichtigt.

In Absprache zwischen den Ärzten, Ernährungsberatung und Küche gibt es für die Patienten mit Lebensmittel-Allergien und/ oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie zum Beispiel Laktose-, Fruktose- und Gluten-Unverträglichkeit abgestimmte Sonderkost. Diese werden in der Produktionsküche gesondert zubereitet und bei der Speisenausgabe direkt an die Patienten ausgegeben.

Ernährungsumstellungen aufgrund anderer medizinischer oder therapeutischer Indikation, werden in der Ernährungsberatung mit den Patienten erarbeiten, begleitet und diese dazu befähigt es innerhalb der Klinikverpflegung anzuwenden. Mit Hilfe von Erprobungen in den Heimfahrten und anschließender Reflektion sind diese auch nachhaltig im häuslichen Umfeld anwendbar.

Alle Patienten erhalten in der zweiten Behandlungswoche eine individuelle Gesundheitsinformation und eine Ernährungsberatung durch unsere Diätassistentinnen. Ziel sind Information und Motivation zu gesunder angemessener Ernährung sowie Motivation zur Verhaltensänderung.

Eine diätische Küche ist vorhanden, ebenso kann eine gut ausgestattete Lehrküche genutzt werden. Die allgemeine Ernährungsberatung wird ergänzt um spezifische Indikationsgruppenangebote, in denen in manualisierten Modulen Schulungen zum Gesundheitstraining stattfinden.

Gesunde Lebensführung: Ernährung, Bewegung, Lebensfreude

Neben der Ernährungsberatung durch eine unserer Diätassistentinnen befasst sich eine Indikationsgruppe zum Thema gesunder Lebensweise. Hier soll geklärt werden, ob und wie jeder einzelne durch seine Ernährung sowie seine Lebensweise eine individuelle gesundheitsförderliche Lebensweise umsetzen kann.

Die mitwirkende Ärztin verfügt über die Zusatzqualifikation „Ernährungsmedizin“. Anhand von Informationsmaterial kann das Erlernte jederzeit nachgelesen werden. Auch auf das Bewegungs- und Freizeitverhalten wird unter Umsetzung praktischer und theoretischer Übungen nach Anleitung eingegangen.

Parallel dazu erfolgt eine individuelle Schulung am Frühstücks- und Abendbuffet.

Schlafseminar

Hier werden Patienten mit Schlafstörungen, Informationen zum Thema Schlaf vermittelt.

Schlafstörungen sowie deren Ursachen, Schlafhygienemaßnahmen, ebenso wie medikamentöse Beeinflussungsmöglichkeiten werden vorgestellt und besprochen.

Die durchführende Ärztin verfügt über die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“.

Zusätzlich gibt es noch das Angebot:

Kochstudio für Männer

Diese Indikationsgruppe mit maximal 6 Patienten richtet sich in erster Linie an Patienten, die in der Versorgung auf sich alleine gestellt sind und denen aufgrund bisher fehlender Tagesstruktur regelmäßige Essenszeiten und die Essen - Zubereitung verloren gegangen sind.

Durch regelmäßige Einnahme von Fertig- und Fastfood Produkten sind Übergewicht und Fehlernährung und die daraus folgenden Erkrankungen vorprogrammiert.

Dieser Kurs soll Wissen ebenso vermitteln, wie schonende Zubereitung und verschiedene Gartechniken der Nahrungsmittel.

Weiteres Ziel ist die Sensibilisierung der Geschmacksnerven.

Im wöchentlichen Einkaufstraining wird aktiv erlernt, welche gesunden Lebensmittel zum Einsatz kommen, worauf zu achten ist und wie man gut und preiswert einkaufen kann.

Beim gemeinsamen Genießen der zubereiteten Speisen wird auf eine angemessene Esskultur geachtet.

Raucherentwöhnungstraining RET

Patienten mit positivem Fagerström-Testergebnis erhalten von unseren Ärzten die Empfehlung, an dieser Indikationsgruppe teilzunehmen. Hierin werden die Ergebnisse des vom Institut für Therapieforschung (IFT) durchgeführten und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekt „Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken (WIRK)“, an dem auch unsere Klinik als eine von 19 Suchtkliniken beteiligt war, umgesetzt. Es werden Strategien zur Modifikation von Substanzkonsum und zur Überwindung der psychischen Bindung an das Rauchen erarbeitet. Hierbei werden mit Einverständnis des Patienten, als unterstützende Hilfsmittel, Akupunktur und Nikotinplaster eingesetzt. Über die Reflexion und die Modifikation des Rauchens hinaus wird die rauchfreie Lebensführung mit stabilem Abstinenzentschluss angestrebt.

Patienten, die die ärztliche Empfehlung zur Teilnahme am RET ablehnen, dokumentieren dies mit ihrer Unterschrift.

4.7.10. Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Angebots. Schon zur Aufnahme werden die Angehörigen mit eingeladen. Vor der ersten Wochenendheimfahrt steht zumindest ein Angehörigengespräch an, um das häusliche Problemfeld näher kennenzulernen und um mit dem Patienten, Bewältigungsstrategien für bestehende Konflikte entwickeln zu können - aber auch - um co-abhängige Verhaltensweisen mit den Angehörigen zu reflektieren.

Bei diesen Kontakten erfolgt die Einladung zu den Angehörigenschulungen, die in regelmäßigen Abständen an den Wochenenden stattfinden und einerseits der Information aber auch der Psychohygiene der Angehörigen dienen sollen.

4.7.11. Rückfallmanagement

Die Akzeptanz der Abhängigkeitserkrankung, ein von eigener Entscheidung getragener Entschluss für eine suchtmittelfreie Lebensführung und eine erfolgreiche Behandlung körperlicher und psychischer Störungen sind bis heute bedeutende Therapieziele geblieben. Auch in der aktuellen Vereinbarung von Renten- und Krankenversicherung wird die Sicherung dauerhafter Abstinenz von Suchtmitteln als wichtige Voraussetzung für die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft definiert.

Abhängigkeit 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, einerseits zufallsmäßig ausgelöst, andererseits natürlich bei Verdacht oder nach kritischen Beurlaubungen, wie zu Gerichtsterminen. Alle Patienten durchlaufen die Indikationsgruppe Rückfallprophylaxe. Sie fertigen sich Notfallpläne an und sprechen diese mit dem Therapeuten durch. Bei Krisen kann die Verlegung in unser Krankenzimmer erfolgen, um engeren Kontakt zur Gesundheitspflege herzustellen. Auch können modifizierte Ausgangsregelungen in kritischen Phasen vereinbart werden.

Zirka 10% unserer Patienten werden während der stationären Behandlung rückfällig. Die frühere Praxis, aus diesen Rückfällen pauschal eine fehlende Behandlungsmotivation oder unzureichende

Behandlungsfähigkeit zu folgern oder wegen des Verstoßes gegen elementare Regeln und mit Rücksicht auf die Funktionsfähigkeit der Patientengemeinschaft in jedem Fall disziplinarisch zu entlassen, hat sich als nicht sinnvoll erwiesen, da das Wesen von Abhängigkeit dadurch ausgeblendet wird.

Bei den meisten Patienten ist die Entlassung gleichzusetzen mit dem Fortbestehen der Abhängigkeitserkrankung.

Patienten, deren Behandlung nach einem Rückfall fortgesetzt wurde, schnitten beim Therapieerfolg nicht zwangsläufig schlechter ab als Patienten ohne Rückfall (Küfner und Feuerlein, 1989).

In unserer Klinik gehört eine gezielte Rückfallprophylaxe und eine individuelle Betrachtung und ggfs. Aufarbeitung von Rückfällen seit langem zum Standard. Es wird in den nachfolgenden 24 Stunden Auszeit vom therapeutischen Programm, eine schriftliche ausführliche Rückfallanalyse angefertigt, die dann Grundlage der weiteren Maßnahmen ist.

Eine aktive suffiziente Bearbeitung ist Voraussetzung für eine Fortführung der Therapie. Nach einem wiederholten Rückfall wird die Motivation, die Rehabilitation zu diesem Zeitpunkt weiterführen zu können, sehr genau hinterfragt und seitens des Patienten konkrete Vorschläge, was sich ändern müsste, um im geschützten Rahmen abstinent bleiben zu können, erwartet.

Zur Reduzierung weiteren Rückfallrisikos verzichtet der Patient 14 Tage auf Ausgang.

Diese Regelung bewirkt, dass der Rückfall nicht eine „normale“ Fortführung der Behandlung ist, sondern für den Patienten eine zusätzliche Möglichkeit zur Motivationsprüfung und Zielklärung darstellt.

Eine konsequente Entlassung erfolgt nach wiederholtem Rückfall, wenn keine Bereitschaft zur Verhaltensänderung gesehen wird und wenn andere Mitpatienten durch den Rückfall erheblich in Mitleidenschaft gezogen wurden, andere zum Konsum animiert wurden oder es (z.B. im Rahmen des Rückfallgeschehens) zu Gewalt oder anderen Straftaten gekommen ist.

4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege

Der examinierte Pflegedienst stellt für die Patienten rund um die Uhr die erste Anlaufstelle bei allen somato-psychischen Problemstellungen der Patienten dar. Anlassangemessen werden supportive Gespräche geführt.

Dort wird der Patient durch den Ablauf des Aufnahmetages begleitet, das Aufnahmescreening durchgeführt, die somatische Erstsichtung durchgeführt, Vitalparameter bestimmt, EKG´s abgeleitet, Blut abgenommen. Der Pflegedienst führt in Krisensituationen die Koordinierung der internen und externen Hilfen durch.

Dort melden sich Patienten, die regelmäßige Kontaktaufnahme verordnet bekommen haben. Es werden die verordneten Medikamente gestellt und verteilt, das Wundmanagement wird durchgeführt und Messwerte kontrolliert, Blut- und Urinproben abgenommen und die Ergebnisse dokumentiert. Ärztliche Anordnungen werden umgesetzt und dem Patienten erläutert, externe Arzttermine soweit notwendig veranlasst, der Transport organisiert und die eingehenden Befunde gesichtet und weitergeleitet.

Außerdem misst und berät man Diabetiker, und führt regelmäßig Akupunktur nach NADA durch. An den Fallbesprechungen wird teilgenommen. Ebenso ist sie eingebunden in Indikationsgruppen (z.B. Schlafseminar).

Im Bereich des Skills-Trainings bietet die Pflege rund um die Uhr die Unterstützung des Transfers in den Alltag individuell an.

4.7.13 Weitere Leistungen

Kreativ- und Gestaltungstherapie

Die Kreativ- und Gestaltungstherapie ermöglicht anhand von gestaltenden Prozessen Selbsterfahrung und eröffnet in Ergänzung zur Gruppentherapie nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten von Gefühlen und Gedanken. Sie dient der Krankheitsbewältigung, der Förderung von Konzentrations- und Belastungsfähigkeit und hilft den Patienten, sich selbst besser kennen zu lernen und Gesundungsschritte realistisch wahrzunehmen und einzuschätzen.

Die Kreativ- und Gestaltungstherapie strebt Bewusstseinsänderungen durch schöpferische Arbeit an, die frei ist von allen Produktionszwängen.

Sie erschließt Möglichkeiten der Selbstbestätigung und Selbstwertsteigerung jenseits der gewohnten erwerbsbezogenen Quellen, verbessert so die Fähigkeiten zur emotionalen Selbststabilisierung und schärft das Bewusstsein für die Notwendigkeit einen Ausgleich zu den beruflichen Aktivitäten suchen zu müssen.

Emotionale Erlebens- und Wahrnehmungsfähigkeiten werden gestärkt und in begleitenden Gesprächen reflektiert. Zeitlich ist die Kreativ- und Gestaltungstherapie je nach Therapieprogramm mit wöchentlich 1,5 bis 3,5 Wochenstunden im Therapieplan integriert.

Zusätzlich werden noch folgende Indikationsgruppen und individuelle Interventionen für spezielle Problemlagen angeboten:

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Hier werden krankheitsbedingte oder sozialisationsbedingte Einschränkungen, die eine Fähigkeitsstörung im Bereich der ATL nach sich ziehen, individuell verbessert. Hierzu zählen: Hilfen zur Ordnung, Kleiderpflege, Hygiene und Tagesstruktur mit dem Ziel der Wiederherstellung, des Erhalts oder der Verbesserung eigenständiger Lebensführung. Darüber hinaus sind bei einem zunehmenden Anteil des Klientel´s Sozialisationsdefizite zu beobachten, die entweder als Vermittlungshemmnisse zu betrachten sind, oder gar als nachhaltige Einschränkungen der Grundarbeitsfähigkeit betrachtet werden müssen.

Auch hier setzt das individuelle ATL-Training an. Durch eine zugewandte, stützende und ressourcenorientierte Durchführung gelingt es individuelle Widerstände zu überwinden.

Gestaltungstherapie

Nicht immer reichen unsere Worte dazu aus, um das auszudrücken, was in uns vor sich geht. In der Gestaltungstherapie versuchen wir über nonverbale, lebendige und spielerische Erlebnisse Verbindungen zu schaffen zwischen dem, was wir fühlen, spüren und denken, um so eine bessere Wahrnehmung unseres Selbst und unserer Umwelt zu erzielen.

Tiergestützte Therapie – Therapiebegleithund

Ein entsprechend ausgebildeter Therapiebegleithund wird in Einzel- und Gruppensettings dazu eingesetzt, therapeutische Prozesse zu unterstützen und zu fördern. Dabei geht es im Wesentlichen um folgende Zielsetzungen:

- Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.
- Vermittlung und Erfahrung von Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit
- Förderung des Gefühls von Akzeptanz und von Gebrauchtwerden.
- Eingeständnis und Überwindung von Ängsten.
- Förderung von innerer Ruhe und Entspannung.

Darüber hinaus kann der Hund Trost spenden und stimmungsaufhellend wirken.

Seelsorge

Seelsorge für Suchtkranke hat nicht zur Voraussetzung, dass suchtkranke Menschen grundsätzlich anders glauben und andere Glaubensschwierigkeiten haben als andere Menschen. Wohl aber sind suchtkranke Patienten aufgrund ihrer Erkrankung häufig seelsorglich besonders nachfragend. Auf Wunsch stehen den Patienten ein katholischer und ein evangelischer Seelsorger zur Besprechung ihrer Probleme in weltanschaulichen und religiösen Fragen zur Verfügung.

Dabei verstehen wir Seelsorge als fakultatives Angebot, mögliche ethische und religiöse Zusammenhänge der Abhängigkeit zu bearbeiten. Gleichzeitig sehen wir Seelsorge als Beitrag zum persönlichen Wachstum.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Entlassung wird ab dem Aufnahmetag in die Planung mit einbezogen. Abhängig von den Zielen des Patienten wird kontinuierlich überprüft, welche Maßnahmen, Leistungen noch in die Wege geleitet werden müssen, dass der Patient seine Ziele erreichen kann und eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben erfolgen kann. Wenn noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist, wird geklärt, ob z.B. eine stufenweise Wiedereingliederung sinnvoll und machbar ist, ob Einschränkungen vorliegen, aufgrund derer das Gespräch mit dem Arbeitsgeber zu suchen ist, wie sich die ambulante Nachsorge gestalten kann. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird gefördert, ebenso der zur zuständigen Beratungsstelle. Ca. 1 Woche vor Entlassung findet die medizinischen Entlass-Untersuchung statt, es werden BMI und Blutdruck gemessen, das Entlass-Labor abgenommen, der Verlauf aus ärztlicher Sicht mit dem

Patienten rekapituliert und die sozialmedizinische Beurteilung erstellt und mit dem Patienten besprochen.

Danach legt der Arzt den Entlassungsbrief an, der federführend vom Bezugstherapeuten vervollständigt wird und am Entlassungstag zur Unterschrift vorzuliegen hat. Jeder Patient bekommt auch einen Kurzarztbrief für den Hausarzt mit Diagnosen, notwendigen weiteren Maßnahmen und der aktuellen Medikation ausgehändigt.

Im Rahmen der Kombi-Behandlung besuchen die Patienten im Vorfeld der Entlassung, ihre ambulanten Gruppen, um den Übergang zu erleichtern.

Üblicherweise erfolgt die Entlassung regulär (Weiterbehandlung im ambulanten Setting) d.h. zum vorher gemeinsam vereinbarten Zeitpunkt nach Durchlaufen des Entlass-Managements. Falls der Patient sich gegen Absprache vorzeitig entfernt, ist dies eine Entlassung vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis. Falls ein Patient z.B. seine wesentlichsten Reha-Ziele erreicht hat und ggfs. 5 Tage vor dem vereinbarten Zeitpunkt die Entlassung wünscht, um einen neuen Arbeitsplatz anzutreten, erfolgt die Entlassung vorzeitig (da nicht alle Ziele erreicht und normalerweise noch Zeit veranschlagt gewesen wäre) mit ärztlichem Einverständnis.

Greift ein Patient z.B. Mitpatienten oder Beschäftigte verbal oder körperlich an oder animiert Mitpatienten zum Konsum, erfolgt die Entlassung disziplinarisch.

5. Personelle Ausstattung

Mit dem Federführer DRV Bund ist die Personalausstattung vereinbart.

Die personelle Mindestbesetzung wird eingehalten.

5.1 Fachabteilung legale Suchtmittel

Leitender Ärztin/Arzt, Oberärztin/Oberarzt, Assistenzärztin/Assistenzarzt, Fachärztin/ Facharzt/
Honorarärztin/Honorararzt

approbierte/r Psychologische/r Psychotherapeut/in, Psychologische/r Psychotherapeut/in i. A.

Diplom-Psychologe/in, Diplom-Sozialarbeiter/in, Diplom-Sozialpädagoge/in, therapeutisch

Gesundheitspfleger/in o. Krankenpfleger/in, Medizinische/r Fachangestellte/r im Stationsdienst

weitere/r Mitarbeiter/in Pflege

Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Masseur/in/medizinische/r Bademeister/in,

Diplom-Sportlehrerin/Diplom-Sportlehrer, Gymnastiklehrerin/Gymnastiklehrer,

Bewegungstherapeutin/Bewegungstherapeut

Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Arbeitstherapeutin/Arbeitstherapeut,

Kreativtherapeutin/Kreativtherapeut, Musiktherapeutin/Musiktherapeut

weitere Therapeutin/weiterer Therapeut, Diätassistent/Ökotrophologin,

Diplom-Sozialarbeiterin/Diplom-Sozialarbeiter

5.2 Fachabteilung illegale Suchtmittel

Leitender Ärztin/Arzt, Oberärztin/Oberarzt, Assistenzärztin/Assistenzarzt, Fachärztin/ Facharzt
Honorarärztin/Honorararzt

approbierte/r Psychologische/r Psychotherapeut/in, Psychologische/r Psychotherapeut/in i. A.
Diplom-Psychologe/in, Diplom-Sozialarbeiter/in, Diplom-Sozialpädagoge/in, therapeutisch
Gesundheitspfleger/in o. Krankenpfleger/in, Medizinische/r Fachangestellte/r im Stationsdienst
weitere/r Mitarbeiter/in Pflege

Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Masseur/in/medizinische/r Bademeister/in,
Diplom-Sportlehrerin/Diplom-Sportlehrer, Gymnastiklehrerin/Gymnastiklehrer,
Bewegungstherapeutin/Bewegungstherapeut

Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Arbeitstherapeutin/Arbeitstherapeut,
Kreativtherapeutin/Kreativtherapeut, Musiktherapeutin/Musiktherapeut
weitere Therapeutin/weiterer Therapeut, Diätassistent/Ökotrophologin,
Diplom-Sozialarbeiterin/Diplom-Sozialarbeiter

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Klinik verfügt über Einzelzimmer mit einer durchschnittlichen Größe von 17 Quadratmetern und 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.

Es ist eine größere Zimmerzahl gegeben. Dieses ist der Tatsache geschuldet dass in der Vergangenheit ein höhere Belegungsausrichtung verfolgt und bislang kein Rückbau bzw. nur z. T. eine Umwidmung der Räumlichkeit erfolgt ist.

Die Patientenzimmer sind vollständig mit Schreibtisch und Telefon ausgestattet. Ein Fernseher befindet sich nicht auf dem Zimmer. Die Klinik ist weitestgehend barrierefrei. Alle Bereiche sind ohne besonderen Aufwand für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte erreichbar.

Es gibt Zimmer mit entsprechenden sanitären Einrichtungen für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte. Wir verfügen über allergenarme Zimmer und Zimmer mit überlangen Betten. Die Klinik verfügt über 6 ärztliche Untersuchungsräume/Büros und 30 Therapeutenbüros. Nur in der Physiotherapie, der Kreativtherapie und der Ernährungsberatung 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, wobei der größte Teil der Büros auch den Aufenthalt von mehr als zwei Personen gestattet.

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, Fangoraum und einen Fitnessraum mit 8 Geräten zum Muskelaufbau und 2 Ergometern.

Unserer Sporttherapie kann auf Schwimmbad, Sporthalle und Sportplatz mit jeweiligen Sportgeräten zurückgreifen.

Die Kreativ- und Gestaltungstherapie, verfügt über eine Holzwerkstatt, eine Tonwerkstatt, einen Raum zur freien Gestaltung sowie einen Werkstattraum.

Unsere Arbeitstherapie verfügt über eine funktionstüchtig ausgestattete Tischlerei, Schlosserei, sowie ein Gewächshaus.

Für ganztagsambulante Patienten werden Umkleieräume mit separaten Schränken, ein Aufenthaltsraum mit Ruhesesseln und Schreibtischen, sowie sanitäre Anlagen vorgehalten.

7. Kooperation und Vernetzung

Kooperationen mit Fachstellen, Adaptionseinrichtungen und Selbsthilfe

Die Fachklinik St. Marienstift -Dammer Berge- versteht sich von jeher als ein Teil des Behandlungsnetzes und legt hohen Wert auf die Kooperation mit anderen professionellen Anbietern und der Suchtselbsthilfe.

Fachstellen

Persönliche Übergabegespräche bei Kombinationsbehandlungen, regelmäßige telefonische fachliche Abstimmungen und Austausche mit den Kolleginnen und Kollegen aus den ambulanten Fachstellen dienen der Optimierung der Behandlung und sind uns deswegen ein wichtiges Anliegen. Dies geschieht auch außerhalb der konkreten Arbeit mit Patienten im Rahmen von Fachtagen, Qualitätszirkeln in regionalen Verbänden und gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen.

Adaptionseinrichtungen

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. So pflegen wir mit ausgewählten Adaptionseinrichtungen regelmäßigen Austausch und ermöglichen den Patienten das in der Regel von den Adaptionseinrichtungen geforderte Vorstellungsgespräch durch entsprechende Vorbereitung und ggfs. persönliche Begleitung.

Betriebliche Suchthilfeeinrichtungen

sind für uns wichtige, z.T. auch überregionale Kooperationspartner: so bestehen regelhafte Kontakte zu großen Unternehmen im Maschinenbau und im Luft- und Raumfahrtbereich, sowie zur Polizei. Natürlich hat die St. Marien – St. Vitus GmbH eine entsprechend qualifizierte betriebliche Suchtberaterin.

In regionalen Betrieben und Kommunalverwaltungen wird außerdem ein Programm zur Gesundheitsprävention (Employiere Assistance Programm, EAP) durchgeführt, bei dem das Thema „Suchtprobleme am Arbeitsplatz“ ein fester Bestandteil ist.

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

Im Rahmen des Konzeptes zur Soforthilfe von Akuttraumatisierten im Land Niedersachsen wurde die St. Marien – St. Vitus GmbH in das landesweite Netzwerk für die stationäre Behandlung Akuttraumatisierter zur Prävention schwerer Trauma Folgestörungen aufgenommen.

Selbsthilfe

Die Selbsthilfe gilt als ein unverzichtbarer Bestandteil des suchtspezifischen Netzwerkes. Wo immer möglich versuchen wir unsere Patienten intensiv dazu anzuhalten, sich im Anschluss an die stationäre Behandlung einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Abwechselnd stellen sich die Selbsthilfegruppen wöchentlich in der Klinik vor. Zweimal jährlich finden zwischen Klinik und Selbsthilfegruppen Treffen zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch und zur fachlichen Information statt.

Kooperation mit Praxen

Wir kooperieren mit dem medizinischen Versorgungszentrum in Damme, um eine zeitnahe internistische und chirurgische ambulante Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten. Mit weiteren Facharztpraxen unterschiedlichster Fachdisziplinen bestehen seit Jahren sehr gute Kooperationsvereinbarungen. Der Fahrdienst zu den Praxen ist gewährleistet.

Kooperation mit anderen Kliniken

Entzugsbehandlungen und interkurrente Erkrankungen

Patienten, die intoxikiert zur Aufnahme anreisen oder während der Behandlung rückfällig sind, werden in das nahe gelegene St. Elisabeth-Krankenhaus in Damme zur Entzugsbehandlung (zu Lasten der Krankenversicherung) verlegt. Die interkurrente Versorgung unserer Patienten erfolgt in der Regel ebenfalls dort, ansonsten durch Fachärzte oder andere Krankenhäuser in der näheren Region.

Mit der Aneos Klinik Osnabrück bestehen Kooperationsverträge zum Nahtlosverfahren und Absprachen zur Behandlung von Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht die einer interkurrenten Akutbehandlung bedürfen.

Qualifizierter Entzug

Seit 2008 bieten wir in Kooperation mit dem St. Elisabeth-Krankenhaus in Damme einen Qualifizierten Entzug (QE) zu Lasten der Krankenversicherung an.

Im Jahr 2014 konnte der 1000ste QE-Patient begrüßt werden.

Neben einer medikamentös unterstützten Entgiftung, der Untersuchung und Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen erfolgen frühzeitig Motivations- und Informationsgespräche in der Gruppe und in Einzelkontakten. Bewegungstherapie, Entspannung, Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie, Kontakte zur psychosozialen Beratungsstelle, zur Selbsthilfegruppe runden das 14-tägige

Behandlungsangebot ab. Die suchtmmedizinische und suchtttherapeutische sowie ergotherapeutische Kompetenz erbringen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik St. Marienstift. Dazu dienen einzel- und gruppentherapeutische Veranstaltungen an zwei Tagen wöchentlich in der Fachklinik.

Paarbehandlung

Zusammen mit dem benachbarten Standort der GmbH, der Suchtfachklinik für Frauen St. Vitus in Visbek, führen wir seit Jahren die Behandlung von suchtkranken Paaren durch. Wir sind der Überzeugung, dass die Behandlung in zwei verschiedenen Kliniken in der Regel mehr Vorteile bietet, als wenn beide Partner in einer Klinik behandelt würden – zumal bei komorbiden Störungsbildern und/oder bei gendersensiblen Trauma Folgestörungen. 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.

Mitgliedschaft in Verbänden etc.

Die Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge – ist Mitglied des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), des Fachverbandes Glücksspielsucht und des Fachverbandes Medienabhängigkeit, des Landescaritasverbandes Oldenburg und des Sozialpsychiatrischen Verbundes im Landkreis Vechta.

8. 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 9001:2015 zertifiziert (CERT-IQ / zuletzt im Januar 2019). In regelmäßigen internen Audits werden die Abläufe überprüft und nachjustiert.

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 Patienten 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 des Patienten übersandt. Die Teilnahme der Klinik an der Basisdokumentation und der Katamnese-Erhebung findet seit Jahren über den Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) statt. Diese Ergebnisse als auch die Kennzahlen aus den o.g. Rückmeldungen dienen über die klinikinternen Analysen hinaus dem Benchmarking mit anderen (strukturähnlichen) Suchtfachkliniken gemäß unserem Leitbild: „Wer aufhört, besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein“ (Philipp Rosenthal).

Qualitätsmanagementbeauftragte

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

Datenschutzbeauftragter

Die Fachklinik unterliegt den Datenschutzbestimmungen der Katholischen Kirche - zuständig ist der entsprechende Diözesan-Datenschutzbeauftragte.

Ein externer Datenschutzbeauftragter (Datenschutz Nord) ist in unserem Unternehmen eingebunden. Dieser überprüft, ob die beschriebenen Sicherheitsleitlinien, Verfahrensregelungen etc. zum Datenschutz und Datensicherheit eingehalten werden.

Hygiene

Eine externe Hygienefachkraft ist für die Einhaltung und Überprüfung der Hygienepläne zuständig und hält interne Schulungen im Küchen- und Hauswirtschafts- und Pflegebereich ab. Es finden regelmäßige Audits statt und Treffen der internen und externen Hygienebeauftragten mit der Geschäftsführung.

Arbeitssicherheit

Die Sicherheitsfachkraft (Fachkraft für Arbeitssicherheit) ist zuständig für die Einhaltung der Sicherheitsrichtlinien, Gefährdungsbeurteilungen sowie der Beschreibung der Fluchtwege. Es finden regelmäßige Audits statt und Treffen der Berufsgenossenschaft, sowie der internen und externen Sicherheitsbeauftragten mit der Geschäftsführung.

9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation

Die Therapieorganisation erfolgt durch den leitenden Psychologen in enger Rücksprache mit der ärztlichen Leitung, die die Gesamtverantwortung für den Prozess trägt. Die Behandlungsgruppen sind in Bereiche mit 2-3 Gruppen zusammengefasst, um eine sichere Vertretungsstruktur sowohl für die Gruppensitzungen, als auch Einzelgespräche und Indikationsgruppen bieten zu können.

So bieten die Therapeuten jeweils die Leistung an, für die sie spezialisiert und geschult sind.

Je nach Schwerpunkt finden Visiten mit der leitenden Ärztin wöchentlich bis zweiwöchentlich statt. Deren Ergebnisse werden in der elektronischen Patientenakte dokumentiert und in den Fallbesprechungen der Bereiche kommuniziert. Fallbesprechungen finden pro Bereich 1x wöchentlich statt, unter Einbindung aller an der Therapie beteiligten Berufsgruppen.

Im Trauma Schwerpunkt findet einmal pro Woche eine halbstündige Besprechung von Problemfällen mit den Bezugstherapeuten und der ärztlichen Leitung statt. Ebenso findet einmal wöchentlich eine sozialmedizinische Konferenz statt.

Zur Kommunikation bereichsübergreifender Themen und Information über Konstellationen, die die gesamte Klinik betreffen wird 1x pro Woche eine einstündige Gesamtteamsitzung abgehalten.

Mitarbeiter aller Berufsgruppen werden über Entwicklungen im Unternehmen 1x monatlich im Mitarbeiterforum informiert. 1x im Monat findet auch eine Plenumsitzung mit allen an der Therapie Beteiligten und allen Patienten unter Leitung des Leitenden Therapeuten statt, um übergreifende Probleme anzusprechen. 1x im Monat findet eine Besprechung der Gruppensprecher mit dem Leitenden Therapeuten und der Leitenden Ärztin statt, um aktuelle Probleme der Patientenschaft in den Gruppen zu erfassen und zu klären.

Die ärztliche und therapeutische Leitung bespricht sich alle 14 Tage mit der Geschäftsführung und tagt im Wechsel alle 14 Tage zu aktuellen Themen. Alle 4 Wochen findet eine Abteilungsleiterkonferenz zur Bearbeitung qualitätsentwicklungsrelevanter Aspekte statt. Außerdem werden zur Weiterentwicklung von Konzepten Qualitätszirkel durch die QMB einberufen. Alle Sitzungen werden schriftlich protokolliert und die Protokolle den jeweils Beteiligten in der EDV zur Verfügung gestellt. Der Datenschutz findet durchgängig Beachtung, es wird eine elektronische Patientenakte geführt, es existieren Verfahrensanweisungen zum Umgang mit der elektronischen Akte und den Passwörtern, deren Einhaltung kontrolliert wird. Die Patientenakten befinden sich in abschließbaren Schränken im medizinischen Sekretariat, bzw. abgeschlossen in den Archivräumen. Telefonische Auskünfte werden nicht erteilt, sonst auch nur nach Entbindung von der Schweigepflicht. Ggf. lassen wir uns eine Rufnummer nennen, um sicher zu sein, auch den richtigen Ansprechpartner zu kontaktieren.

10. 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.

11. 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.

12. Supervision

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

Quartalsmäßig finden Teamsupervisionen durch eine externe Supervisorin statt.

13. Hausordnung/ Therapievertrag

Unsere Hausordnung ist in dem Flyer „Unsere Klinik von A-Z“, welcher unseren Patienten bereits vor Aufnahme übersandt wird, integriert. Bei der Aufnahme erhält jeder Patient eine Haus- und Behandlungsordnung sowie ein Formblatt „Erklärung“ (in zweifacher Ausführung) über hausinterne Regeln. Das Formular „Erklärung“ wird vom Patienten unterzeichnet und der Patientenakte beigefügt.

Unsere Spieler- und Trauma-Gruppen schließen zudem bei Therapiebeginn gruppenspezifische Therapie- und Behandlungsverträge ab. Diese sind je nach Störungsbild spezifiziert.

Literaturverzeichnis und Quellennachweis

Assessment (www.assessment-info.de)

Beck, A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. (1987) Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim

Berglund M, Nordström (1989). Mood disorders in alcoholism. Curr Opin Psychiat 2:428-433.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1996). Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken. Alkohol-Drogen-Medikamente. Heft 12. Frankfurt.

Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe, buss

Chilcoat HD, Menard C. (2003). Epidemiological investigations: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In: Ouimette P, Brown PJ, editors. Trauma and substance abuse: Causes, consequences and treatment of comorbid disorders. American Psychological Publishing; Washington, DC:.. pp. 9–28.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2009). Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung, Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit -Pilotversion-, Modulare Therapiestandards zur Reha-Qualitätssicherung. Berlin: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2007). Peer Review. Berlin: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de.

Deutsche Rentenversicherung. (2001). Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischen Glücksspiel.

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (2009).

Konzeption Kombinationsbehandlungen für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland, Kombi - Nord.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. DVE,
Fachausschuss Arbeit und Rehabilitation

Dilling, H., Mombour, W. Schmidt H. & Schulte-Markwort E. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Göttingen: Verlag Hans Huber

Englert I., Holzbach R. (2007). Stationäre Behandlung bei Cannabis-Abhängigkeit – wann ist sie notwendig, was sind sinnvolle Bestandteile. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, Berlin

Fischer, T. et. al. (2009). Pathologischer PC-Gebrauch: Stellungnahme des Fachverbandes Sucht zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. In: Sucht Aktuell, Jahrgang 16, Ausgabe 01.09, Seite 74 und 75.

Geyer, D. (2006) AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Sucht, 52 Jg. 2006, Heft 1.

Habekost, D. und Wiegand, G. (2002). Neue Konzepte zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit stoffgebundenen Störungen aus der Sicht der Leistungsträger. Geesthacht: Neuland.

Huber, M. Der Innere Garten. Paderborn 2005

Indlekofer, W. (2000). PREDI- Ein Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostiksystem in der Suchtkrankenhilfe. In: M. Beutel (Hrsg.), Diagnose: Sucht. Geesthacht: Neuland.

Iqpr Sporthochschule Köln

Kanfer, F.H., Reinecker,H., Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie; Berlin, Heidelberg 2000

Körkel, J. & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger. Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In: J .Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Enke.

Körkel, J. & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger. Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Enke.

Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Freiburg: Lambertus.

Kielhofner Gary: (Professor für Ergotherapie an University of Illinois, Chicago (MOHO-Model of Human Occupation)

Lindenmeyer, J. (2005). Lieber schlau als blau. Weinheim-Basel: Beltz.

Linehan, M. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung CP Medien

Lüdecke C, Voigt W, Teunißen S, Schäfer I (2013) Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Suchtproblemen. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg.) Komplexe Trauma Folgestörungen – Diagnostik und Behandlung der Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Schattauer-Verlag.

Margraf J. (Hrsg.) (2000) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg

Marlatt, G. A. (1995). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour. New York: Guilford.

Miro GmbH

MOHO Kielhofner / Mentrup / Köser

Najavits, L.M. [Ingo Schäfer](#) (Übersetzer), [Martina Stubenvoll](#) (Übersetzer), [Anne Dilling](#) (Übersetzer) Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm «Sicherheit finden» Hogrefe, 2008

NIAA National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. 2003

Petry, J. (2003). Pathologisches Glücksspielverhalten. Ätiologische, psychopathologische und psychotherapeutische Aspekte. Geesthacht: Neuland.

Reddemann. (2011). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT).

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK.(1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA Nov 21, 264(19):2511-8.

Richter, H.-E. (1996). Sozialtherapie. In Krefl / Mielenz, Soziale Arbeit. Weinheim und Basel: Beltz.

Schneider R. (2001). Die Suchtfibel-Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Baltmannsweiler

[Trull TJ](#), [Sher KJ](#), [Minks-Brown C](#), [Durbin J](#), [Burr R.](#)(2000) Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. Clin Psychol Rev 20(2):235-53.

Universität Würzburg, Arbeitsbereich Reha-Wissenschaften

Zimmermann, U. S., Bilger S. und Mann K. (2008). Suchtkrankheiten. In F. Schneider und W. Niebling (Hrsg.): Psychische Erkrankungen i. d. Hausarztpraxis 2008 S. 301-374