Die Zieglerschen

Behandlungskonzeption

Fachklinik Ringgenhof

Die Zieglerschen Suchtkrankenhilfe gemeinnützige GmbH

Für die Konzeption verantwortlich:

Dr. med. Stefan Schaffitzel
Ärztliche Leitung

Dipl. Psych. Thomas Greitzke
Therapeutische Leitung

Stand: Mai 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung ... 6
2. Allgemeines ... 7
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung ... 9
4. Rehabilitationskonzept ... 11
4.1. Theoretische Grundlagen ... 11
4.1.1. der geschlechtsspezifische Therapieansatz ... 11
4.1.2. Das Menschenbild: Ein tiefenpsychologisch orientiertes Persönlichkeitsmodell ... 13
4.1.3. Die Abhängigkeitserkrankung: Ein Psychoanalytisches Krankheitsmodell ... 14
4.1.4. Der therapeutische Zugang: Ein psychoanalytisch- interaktionelle Methode ... 15
4.1.5. Der „Kommunikationsraum“ Klinik ... 16
4.1.6. Die „therapeutische“ Beziehung als elementare Größe veränderungsrelevanter Prozesse ... 18
4.2. Rehabilitationsindikation und – kontraindikation ... 19
4.2.1. Zielgruppen der stationären Entwöhnungsbehandlung ... 19
4.2.2. Voraussetzungen ... 20
4.2.2.1. Formale Voraussetzungen ... 20
4.2.2.2. Motivale Voraussetzungen ... 20
4.2.2.3. medizinische Voraussetzungen ... 20
4.2.3. Kontraindikation ... 20
4.3. Rehabilitationsziele ... 21
4.4. Rehabilitationsdauer ... 22
4.4.1. stationäre Langzeittherapie ... 22
4.4.2. stationäre Therapie in kürzerer Dauer ... 23
4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung/ Therapieabschnitte und – bausteine ... 24
4.5.1. Therapieabschnitte und Therapiebausteine ... 24
4.5.1.1. Die Therapieabschnitte: Aufnahmephase, Hauptphase und Abschlussphase ... 24
4.5.1.1.1. Die Aufnahmephase ... 24
4.5.1.1.2. Die Hauptphase der Therapie ... 26
4.5.1.1.3. Die Abschlussphase – Therapie mit Schwerpunkt Außenorientierung ... 26
4.5.1.2. Zentrale psychotherapeutische und sozialtherapeutische Therapiebausteine ... 27
4.6. Rehabilitationsprogramm ... 27
4.6.1. Das Behandlungsspektrum ... 27
4.6.2. Behandlungskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ... 27
4.6.3. Behandlungskonzept für die Behandlung von Abhängigkeit von illegalen Substanzen ... 31
4.6.3.1. Initialphase ... 31
4.6.3.2. Hauptphase ... 33
4.6.3.3. Abschlussphase ... 34
4.6.4. Behandlungskonzept für Sucht und Psychose ... 37
4.6.4.1. Indikation und Kontraindikation ... 37
4.6.4.2. Behandlung ... 38
4.6.4.3. Behandlungselemente ... 40
4.6.4.4. Ablauf der Behandlung ... 40
4.6.4.5. Medizinisch psychiatrische Versorgung und Pharmakotherapie ... 41
4.6.5. Behandlungskonzept Kombibehandlung ... 47
4.6.5.1. Phasen der Kombibehandlung ... 49
4.6.5.2. Voraussetzungen für die Kombibehandlung ... 50
4.6.5.3. Zielgruppe für die Kombibehandlung ... 50
4.6.5.4. Kombibehandlung pathologisches Glückspiel als Zukunftsperspektive ... 50
4.6.6. Kultursensible medizinische Rehabilitation ... 53
4.6.6.1. Kultursensibilität in der medizinischen Rehabilitation ... 53
4.6.6.2. Die Einrichtung ... 56
4.6.6.2.1. Grundsätze, Struktur und Ausstattung ... 56
4.6.6.2.2. Personal: Qualifikation und Kompetenzen ... 56
4.6.6.2.3. Dokumentation und Qualitätsmanagement ... 57
4.6.6.2.4. Behandlungs- und Rehabilitationsziele ... 57
4.6.6.2.5. Ressourcen und Rehabilitationsorientierung ... 58
4.6.6.3. Rehabilitationsprozesse und Therapiebausteine ... 58
4.6.6.3.1. Aufnahme und Behandlungsdauer ... 58

4.6.6.3.2. Indikation ... 59
4.6.6.3.3. Behandlungsprozess ... 59
4.6.6.3.4. Therapeutische Maßnahmen ... 60
4.6.6.3.5. medizinisch berufliche Orientierung in der Arbeitstherapie als zentrales Rehabilitationselement ... 60
4.6.6.3.6. Diagnostik ... 61
4.6.6.3.7. Tages- und Wochenplan ... 61
4.6.6.3.8. Maßgeschneidertes Interventionsrepertoire ... 62
4.6.6.3.9. Sport, Freizeitgestaltung, Erlebnispädagogik ... 62
4.6.6.3.10. Angehörigenarbeit ... 62
4.6.6.3.11. Vorbereitung der Nachsorge ... 63
4.6.6.4. Leitungsverantwortung ... 63
4.6.7. Pathologisches Glücksspiel ... 65
4.6.7.1. Krankheitsverständnis ... 66
4.6.7.2. Diagnose ... 66
4.6.7.3. Indikation ... 67
4.6.7.4. Behandlungsdauer ... 67
4.6.7.5. Rehabilitations- und Behandlungsziele ... 68
4.6.7.5.1. Behandlungsangebot ... 68
4.6.7.5.2. Diagnostik ... 68
4.6.7.5.3. Therapeutische Rahmenbedingungen ... 68
4.6.7.5.4. Gruppenpsychotherapie ... 69
4.6.7.5.5. Einzelgespräche ... 69
4.6.7.5.6. Sozialberatung ... 70
4.6.7.5.7. Indikative Gruppen ... 70
4.6.7.5.8. Arbeitstherapie ... 70
4.6.7.5.9. Sporttherapie ... 71
4.6.7.5.10. Gestaltungstherapie ... 71
4.6.7.5.11. Gesundheitsinformation ... 71
4.6.7.5.12. Reaktionstherapie ... 71
4.6.7.5.13. Angehörigenarbeit ... 72
4.6.7.5.14. Umgang mit einem Rückfall ... 72
4.6.7.6. Freizeitangebote ... 72
4.6.7.7. Räumlichkeiten ... 72
4.6.7.8. Qualitätssicherung ... 73
4.6.8. Männeradaption ... 75
4.6.8.1. Standort der Einrichtung ... 75
4.6.8.2. Aufgabenstellung und Zielgruppe ... 75
4.6.8.3. Grundsätze der Adaptionsbehandlung ... 75
4.6.8.4. Behandlungsdauer ... 76
4.6.8.5. Behandlungsziele ... 77
4.6.8.6. Aufnahmekriterien ... 77
4.6.8.7. Therapeutischer Ansatz ... 78
4.6.8.8. Externe Arbeitserprobung und Betriebspraktika ... 78
4.6.8.9. Psychotherapie/ Sozialtherapie ... 79
4.6.8.10. Sozialberatung ... 79
4.6.8.11. medizinische Behandlung ... 80
4.6.8.12. Hausgruppe ... 80
4.6.8.13. Selbsthilfegruppe ... 80
4.6.8.14. Freizeitangebote ... 80
4.6.8.15. Versorgung ... 80
4.6.8.16. Angehörigengespräche ... 80
4.6.8.17. Weiterbehandlung ... 80
4.6.8.18. Dokumentation und Qualitätsmanagement ... 80
4.6.8.19. Personelle Ausstattung ... 81
4.6.8.20. Räumliche Ausstattung ... 81
4.6.8.21. Personelle Ausstattung mit zugeordneten Deputaten ... 81
4.6.9. Cannabismodul ... 83
4.6.9.1. Zielgruppe ... 83
4.6.9.2. Zur Besonderheit des Cannabiskonsums ... 83
4.6.9.3. Besondere Folgen des Cannabiskonsums ... 84
4.6.9.4. Behandlungsablauf ... 84

4.6.9.4.1. Initialphase ... 84
4.6.9.4.2. Hauptphase ... 86
4.6.9.4.3. Entlassphase ... 88
4.7. Rehabilitationselemente ... 90
4.7.1. Aufnahmeverfahren ... 90
4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik ... 90
4.7.3. medizinische Therapie ... 92
4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote ... 93
4.7.4.1. Einzelpsychotherapie ... 93
4.7.4.2. Gruppenpsychotherapie ... 93
4.7.4.3. andere Gruppenangebote ... 94
4.7.4.3.1. Vollversammlung und Großgruppen ... 94
4.7.4.3.2. Training sozialer Kompetenz ... 94
4.7.4.3.3. Pathologischer PC/ Internet-Gebrauch ... 95
4.7.4.3.4. Angststörung ... 96
4.7.4.3.5. Depression ... 96
4.7.4.3.6. kognitives Training ... 96
4.7.4.3.7. Therapeutisches Bogenschießen ... 97
4.7.4.3.8. Kreativtherapie ... 97
4.7.4.3.8.1. Indikationsgruppe Kunst- und Gestaltungstherapie ... 97
4.7.4.3.8.2. Therapeutische Wirksamkeit von Malen und Tonen ... 98
4.7.4.3.8.3. Kreativtherapie in der Gruppe ... 99
4.7.5. Arbeitsbezogene Intervention ... 99
4.7.5.1. Ergotherapie in Form der Arbeitstherapie ... 102
4.7.5.2. Ergotherapie in Form der Belastungserprobung ... 102
4.7.5.3. Bewerbungstraining ... 105
4.7.5.4. Zusätzliches Angebot: EDV-Kurse ... 105
4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken ... 105
4.7.6.1. Bewegungstherapie ... 105
4.7.6.2. Entspannungstraining ... 107
4.7.7. Freizeitangebote ... 107
4.7.8. Sozialdienst ... 108
4.7.9. Gesundheitsbildung ... 108
4.7.9.1. Gesundheitsbildung und Schulung ... 108
4.7.9.2. Ernährungsberatung/ Diätgruppe ... 109
4.7.9.3. Tabakentwöhnung ... 109
4.7.10. Angehörigenarbeit ... 110
4.7.11. Rückfallmanagement ... 111
4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege ... 112
4.7.13. Weitere Leistungen ... 112
4.7.13.1. Nachsorge ... 112
4.7.13.2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ... 113
4.7.14. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ... 113
4.7.14.1. Entlassvorbereitung ... 113
4.7.14.2. Entlassuntersuchung und Entlassbericht ... 113
4.7.14.3. Kriterien zur Beendigung der medizinischen Rehabilitation ... 113
4.7.14.4. Ganztägig ambulante Entlassform ... 114
4.7.14.4.1. Voraussetzungen für die ambulant ganztägige Entlassform ... 114
4.7.14.4.2. Ziele für die ganztägig ambulante Entlassform ... 115
4.7.14.5. Adaption ... 115
5. Personelle Ausstattung ... 116
5.1. Personalstandsplan für die Fachklinik Ringgenhof gesamt ... 116
6. Räumliche Gegebenheiten ... 116
7. Kooperation und Vernetzung ... 117
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung ... 117
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation ... 119
9.1. Geschäftsführung ... 119
9.2. Leitungsstruktur der Fachklinik Ringgenhof ... 120
9.3. Das multidisziplinäre Team ... 120
9.4. Kommunikationsstruktur ... 123
10. Notfallmanagement ... 125

11. Fortbildung 125
12. Supervision 126
13. Hausordnung/ Therapievertrag 127
Literatur 131
Anhang 135

1. Einleitung

Die Fachklinik Ringgenhof erbringt Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen nach § 6 SGB IX in Verbindung mit § 5 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V.

Die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation basiert auf dem Krankheitsfolgemodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation von 2001 / 2006. Dieses Modell berücksichtigt den gesamten Lebenshintergrund.

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

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

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

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

Nach dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation ist eine Krankheit mit Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten und auf die Partizipation verknüpft. Während sich die akutmedizinische Behandlung mit der direkten Beeinflussung der Körperfunktionen und -strukturen beschäftigt, besteht die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im wesentlichen darin, die durch die Gesundheitsstörung beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten („Krankheitsfolgen“) unter Berücksichtigung der Kontext- und personenbezogenen Faktoren zu beeinflussen. Nicht die direkte Behandlung und Beseitigung der

Erkrankung, sondern die Befähigung der betroffenen Person im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen sowie die Optimierung der Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) stehen somit im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation.

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit nach der ICF
Abhängigkeitserkrankungen sind psychische Erkrankungen, die häufig auch durch Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (z.B. alkoholbedingte Lebererkrankung) begleitet werden oder diese bedingen. Krankheitsbedingt sind die Aktivitäten und Teilhabefähigkeit an Lebensbereichen beeinflusst. Einschränkungen in der Partizipation an wichtigen Lebensbereichen werden bei Abhängigkeitserkrankungen sowohl als Mitverursachung als auch als Krankheitsfolge betrachtet. Die Verbesserung der Fähigkeiten zur Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung, gemeinschaftlichem, sozialem und staatsbürgerlichem Leben, Mobilität, Selbstversorgung, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen stehen somit im Mittelpunkt der Bemühungen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen.

2. Allgemeines

Das vorliegende Konzept bildet die durch Bettenverlagerung, Umbau und Neubau bedingten strukturellen und inhaltlichen Veränderungen, also den Vollzug des Masterplans der Fachklinik Ringgenhof ab:

- Zum 31.03.2012 hat die Suchthilfe der Zieglerschen den bisherigen Klinikstandort Rehabilitationszentrum am Bussen in Attenweiler, Landkreis Biberach aufgegeben die dort etablierte Kultursensible medizinische Rehabilitation mit 18 Betten in die Fachklinik Ringgenhof, Betriebsteil Bruggenhof, verlagert. Dazu wurde der Betriebsteil Bruggenhof umgebaut und teilsaniert.
- Zum 01.04.2012 betreibt die Fachklinik Ringgenhof mit 45 Betten eine Drogenabteilung in einem Gebäudekomplex mit Alt- und Neubau und erfüllt mit Einzelzimmern die Strukturanforderungen der Kostenträger. Diese Zusammenfassung der Drogenpatienten in einer Abteilung auf dem Gelände des Ringgenhofs bietet die Optimierung der Behandlung von Drogenpatienten und erforderte eine Konzeptanpassung an diese neuen, besseren Gegebenheiten.

- Die Therapiemodule Kombi- und Kurzzeittherapie bietet die Fachklinik Ringgenhof nun im Betriebsteil Riedweiler, der ebenfall saniert und umgebaut wurde und nun ebenfalls die bauliche Strukturanforderungen der Kostenträger realisiert.
- Mit der Bettenverlagerung hat der Ringgenhof nun auch seine Abteilung für Patienten mit Sucht- und Psychoserkrankungen auf 20 Plätze vergrößert, mit dem Umzug in ein anderes Gebäude ebenfalls mit einer verbesserten räumlichen Situation. Mit dieser Vergrößerung der Abteilung antwortet die Fachklinik Ringgenhof auf den großen Bedarf an Therapieplätzen.

Verfasser des Konzepts sind der Therapeutische Leiter der Klinik, psychologischer Psychotherapeut, der Ärztliche Leiter der Klinik, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und die Fachliche Geschäftsführerin der Suchthilfe der Zieglerschen, Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie mit tiefenpsychologisch orientierter Ausbildung.
Die Fachklinik Ringgenhof ist eine Einrichtung der Suchtkrankenhilfe gemeinnützige GmbH der Zieglerschen Anstalten, Wilhelmsdorf. In den Gesellschaften „Zieglersche Anstalten Suchtkrankenhilfe gemeinnützige GmbH“ und „Zieglersche Anstalten Suchrehabilitation gemeinnützige GmbH“ des Unternehmensbereichs „Suchthilfe“ der Zieglerschen sind insgesamt ungefähr 240 Mitarbeitende beschäftigt. Neben zwei Tagesrehabilitationen betreiben die Gesellschaften als weitere Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in inzwischen über 100-jähriger Tradition die Fachkliniken Ringgenhof (Wilhelmsdorf) und Höchsten (Bad Saulgau).
Der Unternehmensbereich Suchthilfe der Zieglerschen als Träger der Tagesrehabilitationen verfügt über enge Beziehungen insbesondere zu den umgebenden Beratungsstellen in der Trägerschaft der Diakonie und der Caritas sowie zu den unterschiedlichen Organisationen der Selbsthilfe. Der Unternehmensbereich Suchthilfe fühlt sich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Behandlungskonzepte in der Suchtkrankenbehandlung verpflichtet. In diesem Zusammenhang spielen die intensivierten Kooperationen mit den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie in Bad Schussenried, Zwiefalten und Ravensburg-Weissenau eine herausragende Rolle.
Die Zieglerschen nehmen als Wilhelmsdorfer Werke evangelischer Diakonie außerdem Aufgaben in folgenden Bereichen wahr:

- Altenhilfe,
- Behindertenhilfe,
- Jugendhilfe,
- Förderung hör- und sprachbehinderter Menschen,
- Ausbildung von Menschen in Sozial- und Gesundheitsberufen.

Die Zieglerschen beschäftigen an 34 Standorten in 10 Landkreisen in Südwürttemberg über 2.700 Mitarbeitende. Ungefähr 800 ehrenamtlich tätige Menschen prägen das christliche Profil der Zieglerschen.

Die Fachklinik Ringgenhof führt bei Vorliegen von stoffgebundenen und –ungebundenen Süchten stationäre Entwöhnungsbehandlungen als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation durch.

Besondere Therapieangebote bestehen für Patienten mit Sucht- und Psychoseerkrankung und für Patienten, die der Kultursensiblen medizinischen Rehabilitation bedürfen.
Die Suchthilfe der Zieglerschen setzt ihr betriebswirtschaftliches Handeln, ihre Organisationsstruktur, ihren Führungsstil, die kollegiale Begegnung und die Begegnung mit Patienten in den christlichen Bezugsrahmen. Im Verständnis des Menschen als Geschöpf Gottes, kreiert nach seinem Ebenbild, gestalten wir den Umgang untereinander und mit Patienten in christlicher Nächstenliebe, leiten den diakonischen Auftrag ab und verstehen uns so neben unserer Professionalisierung auch als Behandler und Partner für besondere, benachteiligte Patienten.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1. Zur Betriebsaufnahme der Klinik

Die Fachklinik Ringgenhof feierte 2005 ihr 100-jähriges Bestehen und war entscheidend an der Weiterentwicklung der Suchtkrankenversorgung in Deutschland beteiligt. Sie bietet 161 Behandlungsplätze für suchtkranke Männer im ersten Schritt der medizinischen Rehabilitation und jeweils 5 bzw. 6 Plätze Adaptionsbehandlung für Frauen und Männer.

3.2. Zielgruppen, Behandlungsdauer

In der medizinischen Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Ringgenhof werden abhängigkranke Männer ab 18 Jahren (abgesehen von der am Standort befindlichen Frauenadaption Oberschwaben) in verschiedenen Therapiemodulen behandelt:

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

Modul Kurzzeitbehandlung Alkohol: Achtwöchige stationäre Kurzzeitbehandlung von alkoholabhängigen Patienten.

Modul Kurzzeitbehandlung Drogen: Zwölfwöchige stationäre Kurzzeitbehandlung von drogenabhängigen Patienten.

Modul Wiederholerbehandlung Alkohol: Zehnwöchige stationäre Wiederholungsbehandlung von alkoholabhängigen Patienten nach einem Rückfall bei vorheriger abgeschlossener Langzeitbehandlung.

Modul Langzeitbehandlung Alkohol: Wenigstens fünfzehnwöchige stationäre Langzeitbehandlung von alkoholabhängigen Patienten.

Modul Mittelzeitbehandlung Drogen: Sechzehnwöchige stationäre Mittelzeitbehandlung von drogenabhängigen Patienten.

Modul Langzeitbehandlung Drogen: Zweiundzwanzig- bis sechsundzwanzigwöchige Langzeitbehandlung von drogenabhängigen Patienten.

Cannabismodul: Zwanzigwöchige Langzeitbehandlung für Patienten mit Cannabis- und/ oder Alkohol- und/oder Partydrogenkonsum.

Adaptionsbehandlung Alkohol: Zwölfwöchige Adaptionsbehandlung für alkoholabhängige Patientinnen und Patienten.

Adaptionsbehandlung Drogen: Sechzehnwöchige Adaptionsbehandlung für drogenabhängige Patientinnen und Patienten.

Modul Psychose- und Suchterkrankungen: Bis zu sechsundzwanzigwöchige Behandlung von Patienten mit drogeninduzierten oder Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie affektiven Störungen und einer Suchterkrankung.

Modul Kultursensible medizinische Rehabilitation: Wenigstens fünfzehnwöchige (Alkohol) bzw. bis vierundzwanzigwöchige (Drogen) Langzeitbehandlung von Patienten mit Migrationshintergrund, vornehmlich aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion und aus Polen.

Modul Pathologisches Glücksspiel: Wenigstens fünfzehnwöchige Behandlung von Patienten mit Pathologischem Glücksspiel mit und ohne zusätzliche stoffgebundene Abhängigkeit.

3.3. Standort der Einrichtung + Versorgungsgebiet

Die Klinik befindet sich auf einem weitläufigen Gelände an der Peripherie des Ortes Wilhelmsdorf in unmittelbarer Nähe einer unter Naturschutz stehenden Riedlandschaft. Auf dem Klinikgelände verteilen sich acht Patientenhäuser und zusätzliche Gebäude, in denen die medizinischen und therapeutischen Behandlungsräume, Sprechzimmer, Büros, Verwaltung, Speisesaal und eine Großküche untergebracht sind. Darüber hinaus gehören zur Klinik ein landwirtschaftlicher Betrieb, eine Gärtnerei und eine Schreinerei, in denen qualifizierte arbeitstherapeutische Behandlungen durchgeführt werden. Eine eigene Sporthalle und ein gut und modern ausgestatteter Raum für medizinische Trainingstherapie stehen für ein qualifiziertes sporttherapeutisches Programm zur Verfügung. Außerdem verfügt die Klinik über ein reichhaltiges Angebot für Freizeitaktivitäten (Bibliothek, Billardraum, Tennisplatz, Minigolfanlage, Musikzimmer, TV-Raum)

Die Fachklinik verfügt über überwiegend Einzel- und einige Doppelzimmer mit Nasszellen und Telefonanschluss und ist weitestgehend barrierefrei.

Der Betriebsteil Riedweiler liegt auf dem Gelände der Fachklinik Ringgenhof, der Betriebsteil Bruggenhof im 2 km entfernten Zußdorf.

Die medizinische Abteilung ist zentral gelegen und barrierefrei erreichbar. Sie umfasst die Behandlungs- und Sprechzimmer der Ärztinnen und Ärzte mit Wartebereich sowie die Funktionsdiagnostik. Außerdem steht ein spezielles Krankenzimmer zur Verfügung.

Das Versorgungsgebiet der Klinik ist regional vorwiegend in der Alkoholabteilung, überregional in allen anderen Abteilungen. Es besteht über Suchthilfenetzwerke und Qualitätszirkel eine enge Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Beratungsstellen der Landkreise Biberach, Ravensburg, Sigmaringen, des Bodensee- und Albdonaukreises sowie der Stadt Ulm und mit den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie sowie der Psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Sigmaringen.

Anschrift: Riedhauser Str. 61, 88271 Wilhelmsdorf, Telefon: 07503/ 920112

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen

4.1.1. der geschlechtsspezifische Therapieansatz

Die Suchthilfe gGmbH der Zieglerschen hält in den stationären Einrichtungen am geschlechtsspezifischen Behandlungsansatz fest.
Sowohl bei Frauen als auch bei Männern liegen suchtvorbereitende Ursachen in psychosozialen Erfahrungen ihrer Entwicklungsjahre begründet. Geschlechts-spezifische Unterschiede in den Entwicklungsverläufen sind durch die entwicklungspsychologische Forschung sowie geschlechtsspezifische Forschung belegt (u.a. GENDER STUDIES, Universität Zürich 1999; ROHDE-DACHSER 1996; EGARTNER/HOLZBAUER 1994; BADINTER 1992). Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen zum einen in der biologischen Verschiedenartigkeit und der Wirkungsgeschichte ihrer Verarbeitung, und sie liegen in sozio-kulturellen und gesellschaftlich-politischen Differenzen, die u.a. in unterschiedlichen Rollenerwartungen und Identitätsbildungen ihren Ausdruck finden.

Der männerspezifische Therapieansatz berücksichtigt folgende Faktoren :

Das Selbstbild vieler Männer ist in der heutigen patriarchalen Gesellschaft zweigeteilt; im Extremfall in ein weibliches Inneres und ein männliches Äußeres (BADINTER 1993, S. 152). Die männlichen und die weiblichen Anteile stehen sich oft feindlich gegenüber. Die Leugnung von Persönlichkeitsanteilen hat jedoch ihren Preis. Die Verdrängung führt zum Hass auf die geleugneten Anteile des eigenen Selbst. Der Hassaffekt wird in der Regel projektiv verarbeitet. Z. B. kann sich der Hass auf „die Frau“ richten oder in differenzierterer Form auf bestimmte Qualitäten der Frau. Im patriarchalen Gesellschaftssystem führt der Hass auf das weibliche Selbst zu einer Polarisierung der sexuellen

Gegensätze im gesellschaftlichen Leben. Das männliche Prinzip gestaltet und beherrscht die öffentliche Szene. Weiblichkeit hingegen wird abgewertet. Die auslösende Dynamik hinter diesen Prozessen liegt in der nicht gelungenen Integration der weiblichen Anteile in einer gefestigten männlichen Identität. Unterstützt wird diese Identitätsspaltung auch durch fehlende Rituale männlicher Initiation in einer „vaterlosen Gesellschaft“ (MITSCHERLICH). Die Sehnsucht nach einer ganzheitlichen Selbsterfahrung scheint vor diesem Hintergrund nur als regressive Form der Bindung an das „mütterlich Weibliche“ (BADINTER a.a.O., S. 151) möglich. Ein männerspezifisches Therapieangebot kann an der Befindlichkeit einer gespaltenen männlichen Identität und der regressiven Fixierung an den mütterlichen Grund nicht vorbeischauen, vor allem auch deshalb nicht, weil zur Aufrechterhaltung von Identitätsspaltung und Mutterfixierung Suchtmittel unterstützend eingesetzt werden.

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

Ein männerspezifischer Behandlungsansatz sollte das männliche Selbstwertgefühl und die Mechanismen der Selbstwertregulierung im Blick haben. Männer werden ihrer selbst vornehmlich über ihr Leistungsverhalten bewusst. Ihre Selbsteinschätzung und in Folge ihr Selbstwertgefühl richten sich ebenfalls danach aus. „Ich leiste, also bin ich“ oder „Ich leiste nicht, also bin ich nicht.“ Auch dieses Leistungsprinzip der Selbstwertbestimmung und -regulierung verweist auf Brüche und Schwachstellen in der Entwicklung einer männlichen Identität. Dieses Leistungsprinzip zur Identitätssicherung ist ein von außen aufgezwungenes Prinzip. Es kompensiert zwar den nicht oder schlecht gelungenen Versuch einer autonomen, innengesteuerten Selbstfindung, auf der anderen Seite führt dieses Prinzip jedoch zu einer dauerhaften Selbstentfremdung und zu einer Erschöpfung psychischer und physischer Ressourcen.
Suchtkarrieren von Männern dokumentieren dieses Dilemma oft in erschütternder Weise. Suchtmittel werden eingesetzt, um den Raubbau mit eigenen Ressourcen zu kaschieren, um „die Leistung zu erhalten“ und um die Wahrheit des sich abzeichnenden Zusammenbruchs zu verleugnen.

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

4.1.2. Das Menschenbild: Ein tiefenpsychologisch orientiertes Persönlichkeitsmodell

Im Bezugsrahmen der internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 der WHO sowie dem Krankheitsfolgemodell der ICF entspringt unser Verständnis von Abhängigkeit und weiterer psychischer Störungen und Erkrankungen der Ichpsychologie und Objektbeziehungstheorie.

Wir gehen davon aus, dass durch den Zustand einer mangelhaften Passung zwischen den Bedürfnissen des kleinen Kindes und den Möglichkeiten der Versorgung und Förderung durch Bezugspersonen das Ich des kleinen Kindes Entwicklungsstufen, die einen Erwachsenen zu reifen Reaktionsweisen und Entscheidungen befähigen, nicht durchlaufen konnte. Diese inadäquate Passung kann sowohl ein zuviel als auch ein zuwenig an Aufmerksamkeit, durch wirtschaftlichen oder emotionalen Mangel, Gewalt oder Ignoranz bedingt sein. Ein solches Kind entwickelt Ich-Funktionsdefizite, die, je nachdem zu welchem Zeitpunkt die inadäquate Versorgung stattgefunden hat, mehr oder weniger tiefgreifend und dann im Erwachsenenleben behindernd sein können. Diese Ich-Funktionsdefizite schlagen sich nieder in der Gestaltung von Beziehung zu sich und anderen, in der Steuerung des Selbst und seiner Beziehungen, in der emotionalen Kommunikation nach Innen und Außen, in der inneren Bindung und äußeren Beziehung. Sie schlagen sich nieder im Niveau der strukturellen Integration eines Individuums sowie in der Ausbildung des Selbstkonzepts, des Lebensentwurfs und der Beziehungsgestaltung.

Aufgrund dieser Ich-Funktionsdefizite wird der erwachsene Mensch von ihm als belastend erlebte oder Grenzsituationen nicht bewältigen können und zu einem Hilfsmittel greifen, um sein einer Situation gegenüber überfordertes, ratloses, orientierungsloses, gekränktes oder hilfloses Ich zu stabilisieren und zu befähigen, mit dieser Situation umzugehen, die Situation zu ignorieren oder zu verdrängen. Die Funktion dieser Ich-Stabilisierung übernimmt das Suchtmittel.

Den meisten Persönlichkeitsstörungen, die so zur Suchtmittelabhängigkeit führen, ist gemeinsam die Unfähigkeit, Beziehungen und Menschen in ihrer Gänze, Ambivalenz und Widersprüchlichkeit wahrnehmen und aushalten zu können. Der Kranke entwickelt von seinen Mitmenschen nur bruchstückhafte Bilder und nimmt sie als Teilobjekte wahr bzw. nutzt sie zur Ich-Stabilisierung als Selbstobjekt. Frühen Persönlichkeitsstörungen ist zu eigen, dass es keine stabilen Selbst- und Objektbilder gibt, Folgen eigenen Verhaltens für sich und andere Menschen nicht antizipiert werden können, eine gering ausgeprägte Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung, eine geringe Affekttoleranz sowie nur eine bruchstückhafte Fähigkeit zur Wahrnehmung und Identifikation von Affekten besteht. Menschen mit solchen Persönlichkeitsstörungen erleben sich und Andere als fragmentiert, d.h. nicht als beständiges, nachhaltiges, logisches Ganzes, neigen dazu, ebenso fragmentiert Beziehungen einzugehen und nutzen die frühen Abwehrmechanismen der Spaltung, projektiven Identifizierung und Entwertung zur Nähe-Distanz-Regulation.

4.1.3. Die Abhängigkeitserkrankung: Ein Psychoanalytisches Krankheitsmodell

International werden Abhängigkeitserkrankungen in ihren Krankheitsursachen als „multiphänomenal“ und „multikausal“ betrachtet (ROST 1992). Neben konstitutionellen Faktoren (EMDE 1991) und weiteren „konkurrierenden Ursachen“ (WURMSER 1997) wie z.B. “psychosoziale(n) Konflikte(n)“ (BURIAN 1994) haben aus der Sicht psychoanalytischer Forschung insbesondere persönlichkeitsprägende Beziehungserfahrungen als protektive oder vulnerabilisierende Faktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die Krankheitsentstehung (STANDKE 1993, HEIGL-EVERS et.al.1988) und -aufrechterhaltung.

ROST (1992, S. 137) fasst die psychoanalytische Position in den Worten zusammen: “*In der Sicht der Psychoanalyse ist das Symptom Sucht Ausdruck, Lösungs- und Bewältigungsversuch einer tief in der Persönlichkeit und ihrer individuellen Entwicklung gelegenen und oft verborgenen Grundstörung* “(vgl. auch WURMSER 1987, S. 286).

Diese von der Psychoanalyse vertretene Dualität von Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung eröffnet ein komplexes Feld krankheitsrelevanter Wirkfaktoren. BURIAN (1994, S. 30) sieht den Vorteil psychoanalytischer Ansätze und Zugangsweisen im Erfassen und Behandeln von Abhängigkeitserkrankungen „*in dem Verstehen der Dynamik von äußerem Verhalten, innerem Erleben und Affekt*“. Je nach Schweregrad der Entwicklungsstörung eines Menschen ersetzt die Suchtmittelwirkung spezifische psychosoziale Funktionen, über die der oder die Betroffene aufgrund der zugrundeliegenden Störung nicht verfügt. Die destruktivste Ausprägung von Sucht und Abhängigkeit (mit einer nicht zu übersehenden selbstzerstörerischen Qualität) korrespondiert in der Regel mit einer schweren Selbstwertstörung, verbunden mit einer grundsätzlich eingeschränkten Beziehungsfähigkeit. Die Funktion der Substanzwirkung ist in diesem Falle die eines Objektersatzes (ROST 1992).

Ichpsychologische Suchttheorien (KRYSTAL & RASKIN 1983; HEIGL-EVERS et al. 1988; BÜCHNER 1993) befassen sich mit Suchtphänomenen, die sich auf dem Hintergrund struktureller Störungen von Ich-Funktionen (v.a. Affektstörungen, Triebstörungen u. Störungen der Selbstwertregulation; KRYSTAL & RASKIN) als „artifizielle Ich-Funktionen“ (BÜCHNER 1993) interpretieren lassen. Es handelt sich in diesen Fällen um weniger selbstzerstörerische Formen von Abhängigkeit.. Die Drogenwirkung ist über die Länge der Jahre gesehen zwar ebenfalls verheerend, diese Wirkung wird aber nicht wie im ersten Fall aggressiv provoziert. Vielmehr wird das Suchtmittel gezielt zur Unterstützung von Lebensvollzügen eingesetzt. Ein weiterer Typus der Abhängigkeitserkrankung bezieht sich auf eine „relativ gesunde und entwickelte Persönlichkeit“ (den neurotischen Charakter) und tritt hier eher im Sinne eines „Durchgangssyndroms“ auf (ROST 1992).Die Suchtmittelwirkung unterstützt hier die Steuerung und Kontrolle von mitunter heftigen, sich widerstreitenden Affekten. Die Funktion der gesuchten Drogenwirkung lässt sich folglich als „pharmakologisch verstärkte Verleugnung von Gefühlen“ (WURMSER 1987, S. 222) beschreiben.

4.1.4. Der therapeutische Zugang: Ein psychoanalytisch- interaktionelle Methode

Wir wenden die psychoanalytisch- interaktionelle Methode als Behandlungstechnik der Frühstörungen, auf deren Hintergrund sich die Suchterkrankung entwickelt, an. Die psychoanalytisch- interaktionelle Methode nimmt Rücksicht auf die Störungen in der Selbstwahrnehmung und Beziehungsgestaltung der frühgestörten Patienten durch folgende Behandlungsprinzipien:

a) Das Prinzip Antwort, d.h. der Therapeut stellt sich dem Patienten als direkt und real erlebbaren Menschen in einer gleichberechtigten Beziehung zur Verfügung. Er ist an der Seite des Patienten, um mit ihm seine Affekte wahrzunehmen, zu identifizieren und zu klarifizieren. Er erklärt dem Patienten dessen Gefühle und seine Wirkung auf die Außenwelt, er übersetzt dem Patienten die Reaktionen der Außenwelt auf ihn, so wie es eine Mutter für ihr Kind, welches sich erst aus der Symbiose zu ihr löst und die Mutter als Menschen in Wechselwirkung zu sich selbst wahrnehmen muss, täte. Die Aufgabe des Therapeuten ist letztendlich die, die Aufgabe einer „hinreichend guten Mutter“ zu übernehmen, die ihr Kind in den entsprechenden Phasen der Entwicklung durch das Gewirr von Gefühlen, zwischenmenschlichen Beziehungen, Reaktionen der Außenwelt ordnend, orientierend, schützend und liebevoll begleitet.
b) Die Grundeinstellung des Therapeuten ist gezeichnet von Präsenz, d.h. er wendet sich seinen Patienten in der Sitzung uneingeschränkt aufmerksam zu.
c) Die Grundeinstellung des Therapeuten ist gekennzeichnet von Schicksalsrespekt, d. h. er erkennt die Lebensleistung des Patienten vor dem Hintergrund seiner Entwicklungsmöglichkeiten an.
d) Die Grundeinstellung des Therapeuten ist gekennzeichnet von emotionaler Akzeptanz, d. h. die Gefühle des Patienten und seien sie noch so entdifferenziert, grausam oder schwer nachvollziehbar, werden akzeptiert.
e) Der Therapeut ist selektiv authentisch, d. h. der Patient erlebt in ihm einen wirklich fühlenden, verletzbaren, stolzen, fröhlichen oder traurigen Menschen. Diese Authentizität ist selektiv, begrifflich und konzeptionell gefasst als „therapeutische Ich-Spaltung“.

Der Therapeut regt in seiner Hilfs-Ich-Funktion an zur Introspektion, regt Alternativen an, regt an zu Identifizierung und Differenzierung von Affekten, antwortet kontrapunktisch, versucht, den inneren Dialog zu beleben, ermutigt, Gefühle wahrzunehmen, Ambivalenzen zu sehen und auszuhalten. Er wird eigene Gefühle auf Schilderungen oder das Auftreten des Patienten benennen. Er wird den Patienten in geeigneter Weise zum Hinschauen und Hinfühlen ermutigen und vor frühzeitiger Kränkung oder Verwirrung schützen.
Zu Beginn unseres Lebens leben wir in einer Symbiose mit unseren Bezugspersonen, da nur so unsere Versorgung und Entwicklung als Säugling gesichert ist. In der Trennungs- und Autonomieentwicklung entsteht in dieser Symbiose eine Zweier-Beziehung, die Dyade, das Getrenntsein von der und das Anderssein als die Bezugsperson nehmen wir erstmalig wahr und entwickeln uns im Spiegel ihrer Bestätigung, Ablehnung und Deutung der Realität. Wir werden fähig,

die Beziehung zu einem anderen Menschen interaktiv zu gestalten. Dieser Autonomieentwicklung folgt die Entwicklung von Rivalität, d. h. ein Messen und Vergleichen mit anderen, im Idealfall einer weiteren Bezugsperson in der klassischen Familie, dem Vater. Durch ihn wird ein „Drittes“ in die bisherige Zweierbeziehung eingeführt, welches diese relativiert, erneut Orientierung, Unterscheidung, Neuausrichtung und Einstellen auf Beziehungen erfordert, So entsteht die Fähigkeit zur Triangulierung und damit die Fähigkeit, in einer Gruppe zu leben. Um im Sinne einer Nachreifung dem Patienten diesen letzten Schritt zu ermöglichen, ist die Arbeit in einer Bezugsgruppe das wesentliche Instrument in der Therapie.
Kernelement in der psychoanalytisch- interaktionelle Therapie ist demnach die Bezugsgruppe, da den meisten frühgestörten Menschen die Fähigkeit zur Triangulierung fehlt. Die Bildung einer Dyade, einer Zweier-Beziehung ist in der Regel von Patienten noch in ihrer psychosozialen Entwicklung erfolgreich bewältigt worden, so dass das einzeltherapeutische Setting nur sinnvoll ist für sehr schambesetzte Themen oder dramatische Erfahrungen, für die Reifung der Persönlichkeit in Bezug auf andere jedoch beschränkten Nutzen bringt. Ziel der psychoanalytisch- interaktionellen Gruppentherapie ist es, durch real gemachte Beziehungserfahrungen, die sich von bisherigen Beziehungserfahrungen in Konstanz, Wertschätzung und Zuverlässigkeit unterscheiden, ein angemessenes Selbstwertgefühl zu erlangen, Affekte zu differenzieren, Impulse kontrollieren zu können so wie sich auf andere Menschen zu beziehen, Nähe und Distanz zu regulieren. Die Gruppe ermöglicht der Patientin bzw. dem Patienten, Beziehungserfahrungen zu reinszenieren, bietet den Spielraum, neue Erfahrungen und Einsichten zu sammeln und ermöglicht Übertragungsbeziehungen und Probehandlungen in Vertrautheit und hinreichender Geborgenheit.

4.1.5. Der „Kommunikationsraum“ Klinik

Das Leben in einer Fachklinik lässt sich als ein in sich weitgehend geschlossener Kommunikationsraum begreifen. Gerade in der Abgrenzung zu ambulanten Behandlungsangeboten lassen sich hierin Behandlungsvorteile erkennen.
In der Regel handelt es sich bei unseren Patienten um in ihrer Persönlichkeitsstruktur beschädigte Menschen mit mehr oder weniger ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen. Menschen mit strukturellen Beeinträchtigungen sind in der Wahrnehmung des Ichs und dessen Steuerung sowie in der Gestaltung der Beziehungen zu anderen Menschen eingeschränkt. Eine konzeptionelle Gestaltung des Kommunikationsraums Klinik sollte diesen Einschränkungen Rechnung tragen durch die Wahl geeigneter Interventionstechniken, therapeutischer Angebote und selbstbestimmter Sphäre der Patienten. Gemäß unserer analytisch orientierten Therapie soll jeder Patient die Möglichkeit erhalten, sich der Motive und Hintergründe seines Erlebens und Verhaltens bewusst zu werden und danach Veränderungen in seinen Einstellungen und seinem Verhalten über Probehandlungen in der Bezugsgruppe und mit den Therapeuten zu initiieren. Das therapeutische Team als ganzes, aber genau so jeder einzelne, nehmen aus diesem Grunde dem Patienten gegenüber keine Über-Ich-geprägte Position ein (wie in traditionellen suchttherapeutischen Konzepten noch vertreten), sondern fördern durch die Art ihres wertschätzenden, schicksalrespektierenden Beziehungsangebots diese am eigenen Bewusstwerden orientierten Nachreifungsprozesse.

Das bipolare Konzept mit der Unterscheidung von „Therapieraum“ und „Realitätsraum“

Um diese Nachreifungsprozesse zu fördern, aber auch um der Gefahr zu widerstehen, die Patientin oder den Patienten sozusagen permanent zum Objekt therapeutischer Beeinflussung zu machen, wird im Kommunikationsraum Klinik eine strukturelle Trennung vorgenommen, im Sinne eines “bipolaren Konzepts“ (BURIAN 1994, S. 72). Damit ist gemeint, dass zwischen einem psychotherapeutischen „Therapieraum“ und einem sozialen „Realitätsraum“ unterschieden wird. Im einen Raum ist der Patient „Objekt therapeutischer Einflussnahme“, im andern „handelndes Subjekt“.

Beispiel für den Umgang mit Verstößen gegen die Hausordnung

Wird ein Patient z.B. während einer Großgruppe auf sein häufiges Verschlafen hin angesprochen, geschieht das nicht im Sinne einer therapeutischen Intervention, sondern im Sinne der Klärung einer Regelübertretung (die Regel muss vorab von der therapeutischen Gemeinschaft als sinnvoll akzeptiert werden). Eine Interpretation der Regelübertretung im Sinne einer therapeutischen Intervention hat dann konsequenterweise in der Einzeltherapie- oder Gruppentherapiesitzung ihren Ort, nicht in der Versammlung. Wird dieses bipolare Konzept realisiert, führt es zu einer Selbstaufwertung des Patienten (Zuspruch von Eigenverantwortung, gleichwertiger Partner im „Realitätsraum“), zu einer Stabilisierung der Ich-Grenzen (der Raum personaler Intimität wird nur im Schutz des Therapieraums „betreten“) und zu vielfachen Lernanreizen zur Steigerung der sozialen Kompetenz.

Die Gestaltung der Therapie- und Hausordnung orientiert sich konsequenterweise an den beiden genannten Vorgaben: „Subjektiver Prozess der Bewusstwerdung und Veränderung“ und „bipolare Struktur“ des Kommunikationsraums Klinik. Hieraus ergeben sich folgende Anforderungen:

- Regeln und Hausordnungspunkte sind überschaubar und in ihrer Intention für den Patienten nachvollziehbar.

- Regeln und Hausordnungspunkte beanspruchen keinen „Ewigkeitswert“. Vielmehr werden sie in einem regelhaften Diskurs offen befragt und dürfen auch hinterfragt werden.

- Regelüberschreitungen betreffen zunächst die Hausordnung des Realitätsraums unmittelbar. Im Therapieraum besitzen sie Informationswert und können dort aufgegriffen und bearbeitet werden.

- Konsequenzen aus Regelüberschreitungen sollten im Sinne gewünschter Änderungen in Einstellung und Verhalten hilfreich sein (vgl. H. PFANNKUCHE 1997,130). Bestrafungsaktionen sind im Therapieraum kontraindiziert. Auflagen, die einen klar erkennbaren Bezug zur Regelverletzung aufweisen, können im Realitätsraum sehr sinnvoll sein.

4.1.6. Die „therapeutische“ Beziehung als elementare Größe veränderungsrelevanter Prozesse

Aktuelle Ansätze in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen beziehen sich nicht mehr auf orthodoxe psychoanalytische Vorstellung von einer „one-body-psychology“ (BALINT 1988). Psychoanalytisch-interaktionelle Modelle sind an deren Stelle getreten (HEIGL-EVERS et al. 1988/1977/1997/1983).
Gültigkeit behalten klassische psychoanalytische Grundannahmen wie die weitgehende Unbewusstheit psychischer Prozesse sowie die „Determiniertheit psychischer Strukturen aus vorangegangener psychischer Entwicklung“ (BILITZA 1993, HEIGL-EVERS 1988).
Neu an psychoanalytisch-interaktionellen Behandlungsansätzen ist die produktive Inspiration durch die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie (KERNBERG 1988). BILITZA und HEIGL EVERS (1993) beschreiben die Vorzüge der Objektbeziehungstheorie wie folgt: „Als ein besonderes Verdienst psychoanalytischer Objektbeziehungstheorie gilt der Brückenschlag zwischen dem Handeln in der Außenwelt und dessen psychischer Repräsentierung in der Innenwelt; psychische Struktur und Dynamik werden in der normalen Entwicklung wie auch in der Pathogenese als der innere Niederschlag von erlebten, äußeren Interaktionen verstanden“. Konkret wird davon ausgegangen, dass Erfahrung als Vernetzung komplexer Information in Form von „Objekten“ verinnerlicht (repräsentiert) wird. Es kann sich dabei um die Bezugsperson einer bestimmten Lebensphase handeln, z.B.: „die - kalte - dominierende - Mutter - meiner - Kindheit“; Objekte können Interaktionserfahrungen repräsentieren wie: „Ich - kann - meine - Meinung - nicht - vertreten“; oder es kann sich um die Internalisierung „atmosphärischer Objekte“ handeln (KAFKA 1998) wie z.B.: „die unerträgliche - Mittagstisch - Situation“.
Beziehungsorientierte Therapieansätze bieten gerade bei Intensivtherapien Behandlungsvorteile. Das dichte kommunikative Klima einer Tagesrehabilitation beinhaltet die Chance, konfliktträchtige und suchtauslösende Erfahrungen im Bereich von Beziehungen (v.a. Primärbeziehungen) über Beziehungserfahrungen im „Hier-und-Jetzt“ des Rehabilitationsalltags einer bewussten Bearbeitung zugänglich zu machen.

1. Für unseren tiefenpsychologischen Behandlungshintergrund ergeben sich aus diesem beziehungsorientierten Ansatz zwei wesentliche Positionen:
Die Patientin oder der Patient wird im Therapieprozess von Beginn an als Interaktionspartnerin oder -partner betrachtet. Die Wertschätzung ihrer oder seiner Persönlichkeit, das einfühlsame Interesse an ihrer oder seiner Lebens- und Leidensgeschichte stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Abhängigkeitserkrankung wird im Kontext ihrer Konfliktbewältigungsstrategien gesehen und bewertet. Durch diese bewusst gewählte Voreinstellung wird zweierlei bewirkt: Der Patientin oder dem Patienten wird eine Kompetenz zuerkannt, an seinem oder ihrem Heilungsprozess aktiv und eigenverantwortlich beteiligt zu sein. Durch diese therapeutische Haltung wird eine zentrale Schwachstelle in der psychischen Struktur abhängigkeitskranker Persönlichkeiten von Therapiebeginn als veränderungswirksam thematisiert: der Mangel an selbstbewusster und selbstverantworteter Eigensteuerung des Lebens.

2. Der zweite Effekt betrifft die Übertragungsdynamik. Das Angst reduzierende Kommunikationsklima erhöht die Bereitschaft, missglückte Beziehungserfahrungen einer bewussten Bearbeitung zugänglich zu machen. Der oder die Bezugs- oder Einzeltherapeut/in als die zentrale Übertragungsperson steht im Sinne einer „Drei-Personen-Psychologie“ (BUCHHOLZ 1997) in zwei sehr unterschiedlichen Beziehungsarrangements mit der Patientin oder dem Patienten. Einmal ist sie oder er Dialog-Partner/in. Sie oder er bringt sich „selektiv-authentisch“ in die Beziehung ein, ist sozusagen eine „Person zum Anfassen“. Zum andern ist die Therapeutin Beobachterin bzw. der Therapeut Beobachter des kommunikativen Geschehens. Sie oder er bezieht eine neutrale Position, analysiert den Prozess, formuliert Hypothesen und wählt Interventionen aus dem Angebot „supportiver“ und „expressiver“ Interventionstechniken aus (LUBORSKY 1995). Dieses strukturierende und fokussierende Vorgehen führt dann zu guten Ergebnissen, wenn es der Therapeutin oder dem Therapeuten gelingt, konflikthafte Beziehungsthemen in der therapeutischen Übertragung erfahrbar zu machen und zum andern die „Hier - und - Jetzt - Erfahrungen“ aus dem Klinikalltag in diesen Prozess korrigierender emotionaler Erfahrungen zu integrieren.

4.2. Rehabilitationsindikation und – kontraindikation

4.2.1. Zielgruppen der stationären Entwöhnungsbehandlung

Behandelt werden erwachsene Männer mit:

- Stoffgebundener Abhängigkeit (ICD 10 F10-19)
- Pathologischem Glücksspiel (ICD 10 F63)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD 10 F60)
- Mitbehandlung von Schizophrenie (ICD 10 F20-29) und affektiven Störungen (ICD 10 F30-39) als Suchtmittelfolge- oder Begleiterkrankung
- Dem tiefenpsychologisch orientierten Ansatz ist die Behandlung von auch schweren Persönlichkeitsstörungen immanent.

Mitbehandelt werden:

- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD 10 F40-48)
- Dysfunktionaler PC- Gebrauch (ICD 10 F63.9)

Es besteht ein besonderes Therapieangebot für Patienten mit Migrationshintergrund.

4.2.2. Voraussetzungen

4.2.2.1. Formale Voraussetzungen

- Vor Behandlungsbeginn muss die Kostenzusage des Leistungs- bzw. Kostenträgers vorliegen.
- Abgeschlossene Entgiftungsbehandlung.

4.2.2.2. Motivale Voraussetzungen

- Bereitschaft, abstinent zu leben
- Bereitschaft, vorhandene Sozialkontakte zu überprüfen und eventuell zu verändern
- Bereitschaft, regelmäßig und aktiv am gesamten Therapieprogramm teilzunehmen sowie eine eigenverantwortliche Haltung einzunehmen oder zu entwickeln
- Bereitschaft der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte

4.2.2.3. medizinische Voraussetzungen

- Vorliegen der Rehabilitationsfähigkeit und hinreichender körperlicher und psychischer Belastbarkeit
- psychiatrische, neurologische und internistische Substanzfolge- und Begleiterkrankungen sollen vor Beginn der Behandlung behandelt sein
- sie dürfen die Teilnahme am Therapieprogramm nicht beieinträchtigen

4.2.3. Kontraindikation

Nicht behandelt werden Männer,

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

Jeder Patient in der Fachklinik Ringgenhof durchläuft eine individuelle medizinische Rehabilitationsbehandlung, in der seine funktionale Gesundheit unter Berücksichtigung seiner ihn determinierenden umwelt- und personenbezogenen Faktoren bestmöglich wieder hergestellt werden soll. Der dazu benötigte zeitliche Rahmen für die stationäre Behandlung hängt vom individuellen Behandlungsverlauf und der sozialmedizinischen Begutachtung ab und kann entsprechend angepasst werden.

4.3. Rehabilitationsziele

Das zentrale Ziel unserer rehabilitativen therapeutischen Interventionen ist eine erfolgreiche Teilhabe und Aktivität der Patienten (SGB IX) auf der Basis einer wiedererlangten beruflichen Leistungsfähigkeit (Erwerbsfähigkeit) und einer daraus resultierenden Integration unter Nutzung der stützenden Kontextfaktoren (berufliche Erst- oder Wiedereingliederung). Des Weiteren betreiben wir die Prävention erneuter Rückfälligkeit bzw. der Ausbildung von Suchtfolge- und Begleiterkrankungen sowie die Heilung kurabler Erkrankungen. Voraussetzung dafür ist die vollständige und dauerhafte Suchtmittelabstinenz.

Einer der zentralen Aspekte unserer Vorgehensweise ist die Fokussierung auf die Potentiale, Kompetenzen, Stärken unserer Patienten im Sinne der funktionalen Gesundheit. Im therapeutischen Prozess bemühen wir uns auf der Grundlage des Verständnisses für sein Gewordensein um seine Möglichkeiten, die positiven Eigenschaften und positiven Lebenserfahrungen, also die Ressourcen, des Patienten. Ermutigung, Sinngebung, positive Erfahrungsfelder, kurzfristige Übernahme von Hilfsichfunktionen, das Prinzip Antwort, Wertschätzung und angemessene Bestätigung und Anerkennung bilden die Grundpfeiler des Veränderungs- und Nachreifungsprozesses. Die Patienten können das Selbstvertrauen in die eigenen Entwicklungspotentiale und Selbstheilungskräfte entdecken oder zurückgewinnen.

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

Unsere Erfahrung zeigt, dass folgende Rehabilitationsziele von Bedeutung sind:

- Suchtsymptomatische Verleugnungshaltung ist abgebaut oder vermindert, Krankheitseinsicht sowie Krankheitsakzeptanz sind gefördert und stabil
- Sachkenntnisse über Sucht und deren Folgeerkrankungen liegen vor
- Biographiebezogene Plausibilität für die Abhängigkeitserkrankung ist gewonnen
- Risikosituationen werden zuverlässig erkannt und alternative Verhaltensweisen sind erprobt
- Es herrscht eine hilfreiche Gewichtung der langfristigen Ziele vor; hilfreich ist eine Lebensplanung, die zu einer sinnerfüllten Lebensgestaltung beiträgt
- An die Stelle des Suchtmittelgebrauchs sind verstärkt psychosoziale Kompetenzen zur allgemeinen Lebensführung getreten.

- Eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Suchtmittelabstinenz ist eine hinreichend stabile Persönlichkeit mit gefestigtem Selbstwertgefühl und realistischen Lebensperspektiven. In der Therapie streben wir deshalb folgende Ziele zur Persönlichkeitsstabilisierung an:
- eigene Gefühle, Bedürfnisse und Kompetenzen werden bewusst wahrgenommen, Genussfähigkeit ist gesteigert, das Vertrauen in das eigene Urteilsvermögen ist groß
- stabile Ich-Grenzen sind aufgebaut
- eine gute Körperwahrnehmung führt zu hilfreichem Gesundheitsverhalten
- Wertschätzung der eigenen Person, die nicht bloß auf der erbrachten Leistungen beruht
- psychosoziale Stärken in unterschiedlichen Lebensbereichen sind erkannt und werden im Alltag eingesetzt
- bessere Impulskontrolle und adäquater Umgang mit Aggressionen und selbstzerstörerischem Verhalten wurden erlernt
- eine angemessene Frustrationstoleranz liegt vor
- eine angemessene Eigenverantwortung liegt vor.
- Eine verbesserte soziale Integration, die eine wichtige Rückfallprophylaxe darstellt, wird über die Förderung der Beziehungsfähigkeit erreicht. Dazu streben wir folgende Ziele an:
- andere Menschen werden als eigenständige Personen wahrgenommen, zu denen angemessene Abgrenzung besteht
- angemessene Empathiefähigkeit liegt vor
- persönliche Wünsche und Bedürfnisse können geäußert werden
- angemessene Konflikt- und Kritikfähigkeit sowie Durchsetzungsvermögen liegen vor
- eigene Gefühle können angemessen kommuniziert werden
- persönliche Anliegen werden deutlich formuliert
- Grundregeln einer sinnvollen, fairen Gesprächsführung werden beherrscht.

4.4. Rehabilitationsdauer

Die Indikationen für die unterschiedlichen Behandlungsformen sind derzeit einem tiefgreifenden Wandel im Therapieverständnis Suchtkranker unterworfen, gestützt durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ sowie die Medizinisch- berufliche Orientierung in der Reha. Die Indikationskriterien für die unterschiedlichen Behandlungsformen sind stets zu wichten vor dem Hintergrund der abstinenzfördernden Kontextfaktoren, die durchaus prognostisch günstiger sein können als es der Störungsgrad vermuten ließe.

4.4.1. stationäre Langzeittherapie

Ins stationäre Langzeittherapieprogramm von je nach Suchtmittel bis zu 26 Wochen werden Patientinnen und Patienten aufgenommen, bei denen mehrere der nachfolgenden Kriterien vorliegen können:

- längere Arbeitslosigkeit
- fehlende soziale Integration

- durch Suchtmittel geprägtes soziales Umfeld (Leben in alkoholgefährdetem Milieu; Drogenszene)
- schwere psychiatrische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- schwere suchtmittelbedingte körperliche Folgeerkrankungen, die mitbehandelt werden müssen oder bei einem Rückfall eine vitale Gefährdung darstellen würden
- stark reduzierter Allgemeinzustand

4.4.2. stationäre Therapie in kürzerer Dauer

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

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

Mit der Festlegung der Therapieziele und der Therapieplanung in der Indikationskonferenz (3. Therapiewoche) und der Überprüfung derselben in der Rehakonferenz (8.-9. Therapiewoche) erfolgt auch die Überprüfung der individuellen Rehabilitationsdauer. An beiden Konferenzen nehmen die betroffenen Patienten teil. Zu beiden Konferenzterminen sowie in der sozialmedizinischen Fallkonferenz am Ende der Behandlung erfolgt die sozialmedizinische Einschätzung der positiven Leistungsprognose. Therapiezeitveränderungen sind abhängig vom Erreichungsgrad der Therapieziele und Einflussfaktoren im Therapieverlauf (Arbeitsplatz, familiäre Veränderungen, hinzukommende Erkrankungen, schwierige Verläufe usw.) und werden in Absprache mit den Kostenträgern sowie den nachsorgenden Einrichtungen im Bedarfsfall nach oben oder unten korrigiert

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung/ Therapieabschnitte und – bausteine

Die individuelle Rehabilitationsplanung orientiert sich an den personenbezogenen Stärken und Defiziten sowie an den aufgelisteten Themenfeldern. Mit den Erfahrungen der Suchthilfe der Zieglerschen in der geschlechtsspezifischen Behandlung wird der unterschiedlichen Ausgangssituation von Männern und Frauen sowie ihren unterschiedlichen Problemlagen während der Behandlung Rechnung getragen. Am Ende steht die Leistungsfähigkeit des Patienten sowie seine Fähigkeit im Sinne der Teilhabe, Aktivitäten des täglichen Lebens passend zu seinem Lebenskontext auszuüben. Er kann sein Leben selbständig führen, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit ist verhindert.

4.5.1. Therapieabschnitte und Therapiebausteine

In diesem Kapitel werden die einzelnen Therapieabschnitte erläutert. Jede dieser Therapiephasen und die verschiedenen Therapiebausteine dienen dazu, die funktionale Gesundheit des Patienten positiv zu beeinflussen bzw. wiederherzustellen. Dazu ist eine hinreichende Analyse der Umweltfaktoren und der personbezogenen Faktoren nötig, die sich sowohl positiv als auch negativ auf die funktionale Gesundheit des jeweiligen Patienten ausgewirkt haben. Erst danach können spezifische medizinische und therapeutische Maßnahmen und Interventionen festgelegt werden, mit deren Hilfe die bestehenden Symptome und Behinderungen des Patienten minimiert werden sollen. Das Hauptziel aller medizinischen und therapeutischen Maßnahmen und Interventionen ist, durch die Behandlung der geschädigten Körperfunktionen und -strukturen, durch die Überwindung bzw. Kompensation beeinträchtigter Körperfunktionen und durch die Steigerung der körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Aktivitäten ein höheres Maß an Teilhabe des Patienten in möglichst vielen Lebensbereichen zu erreichen.

4.5.1.1. Die Therapieabschnitte: Aufnahmephase, Hauptphase und Abschlussphase

4.5.1.1.1. Die Aufnahmephase

Um den Therapiebeginn zu erleichtern, bietet die Aufnahmephase den geeigneten Rahmen für das Kennenlernen der neuen Patienten untereinander und ein erstes Vertrautwerden mit dem, was für eine erfolgreiche Therapie erforderlich ist. Ziel ist es, eine Atmosphäre von gegenseitigem Respekt, von Offenheit und Vertrauen zu schaffen, in der auch zu persönlichem Scheitern Stellung genommen werden kann und dieses nicht mehr verleugnet werden muss.

Die neu aufgenommenen Patienten werden in verschiedenen Gruppenterminen über die besonderen Bedingungen der stationären medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik Ringgenhof informiert. Es geht um die Einweisung in das allgemeine therapeutische Setting, die Information über die individuelle Behandlungsplanung und die unterschiedlichen Therapieangebote, um die Vermittlung der geltenden Haus- und Therapieordnung und um Informationsveranstaltungen zu den Angeboten und Inhalten der Sozial- und Ernährungsberatung und der hauswirtschaftlichen Belange.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil in der Aufnahmephase ist die intensive Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer eigenen Krankheitsgeschichte und ihrem individuellen Suchtverlauf. Hierzu nehmen die Patienten an **fünf 90-minütigen Gruppensitzungen** teil, in denen ihnen Wissen zur Entstehung, Entwicklung und Verlauf von Suchterkrankungen vermittelt wird und am Schluss eine diagnostische Eigeneinschätzung nach den geltenden ICD-Kriterien für den Missbrauch und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und/oder Verhaltensabhängigkeiten von jedem Patienten selbst vorgenommen wird.

Parallel zu den spezifischen Aufnahmegruppensitzungen und -veranstaltungen wird der Patient bereits in seine psychotherapeutische Kerngruppe integriert und nimmt ab der ersten Woche an den regelmäßigen Gruppentherapiesitzungen teil. Zudem nimmt er an der Sporttherapie mit einer geringen Leistungsanforderung, am Entspannungstraining sowie an den Vorträgen zur Gesundheitsinformation teil. Die Einzelgespräche dienen der therapeutischen Befunderhebung mittels biografischer und beruflicher Anamnese und der Krankheitsgenese. Darüber hinaus werden psychologische Testverfahren durchgeführt.

Die Aufnahmephase dauert **3 Wochen** und endet mit einer Indikationskonferenz, in der die zuständigen Therapeuten und Therapeutinnen (Einzeltherapeut, Arbeitstherapeut der Aufnahmephase, Teamleiter oder Therapeutischer Leiter) zusammen mit dem Patienten unter verantwortlicher Leitung eines Arztes die weiteren Behandlungsziele und den Behandlungsplan festlegen, die in der Rehakonferenz nach einem guten Drittel der genehmigten Therapiedauer nochmals überprüft werden.

Sechs unterschiedliche Ziele werden in dieser ersten Therapiephase angestrebt:

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

4.5.1.1.2. Die Hauptphase der Therapie

Dieser Therapieabschnitt bietet die Möglichkeit, die spezifischen Zusammenhänge von personalem, psychodynamischem Hintergrund und Abhängigkeitsentwicklung in der eigenen Geschichte und im eigenen Erleben nachzuvollziehen und konkrete Schritte der Persönlichkeitsnachreifung (Strukturachse OPD II) vorzunehmen. Die Dauer der Hauptphase unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Behandlungsmodulen. Sie umfasst mindestens 2/3 der gesamten regulären Behandlungsdauer.

Im Einzelnen geht es darum,

- Beziehungserfahrungen innerhalb der Klinik mit Sucht auslösender Tendenz zu analysieren (Suchtspirale / Suchtmodul OPD II) und die dabei provozierten Affekte und Emotionen bewusst zu erleben und zu bearbeiten,
- zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte (Konfliktachse OPD II) im Dialog mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten erfahrbar und benennbar zu machen,
- hilfreiche neue Einstellungen und Verhaltensnormen für sich festzulegen und damit im sozialen Lernfeld der Klinik oder im Kontakt mit Angehörigen (Wochenendbesuche, Partnerseminar) zu experimentieren,
- eine weitere körperliche Erholung zu erreichen, Suchtfolgeerkrankungen zu behandeln und zu einem besseren Körperbewusstsein zu finden.

4.5.1.1.3. Die Abschlussphase – Therapie mit Schwerpunkt Außenorientierung

Die durch das nahende Ende der Therapie ausgelöste Unsicherheit wird in diesem Therapieabschnitt fokussiert. An der Außenrealität orientiert, lernt der Patient, angemessen und konstruktiv damit umzugehen.

Die Phase der Außenorientierung wird bereits nach der Hälfte der genehmigten Therapiedauer mit einer ersten Heimfahrt eingeleitet. Die Abschlussphase der Therapie im engeren Sinne beträgt mindestens zwei Wochen.

Wichtige Elemente dieser Therapiephase sind:

- der intensivierte Außenkontakt (Praktikumsstelle, Heimfahrten, Arbeitgebergespräche, Wochenendgestaltung),
- Erprobung der physischen und psychischen Belastbarkeit,
- der bewusst erlebte und gestaltete Abschied aus den Therapiebeziehungen,
- Erfahrungen mit dem individuell erstellten Rückfall-Präventions-Programm,
- der bewusst geplante und organisierte Übergang in die nachstationäre Lebensphase (ambulante therapeutische Maßnahmen, soziale und berufliche Situation).

4.5.1.2. Zentrale psychotherapeutische und sozialtherapeutische Therapiebausteine

Nach Abschluss der Aufnahmephase wird in der Indikationskonferenz zusammen mit dem Patienten die weitere Behandlung geplant. Nach der Indikationskonferenz bekommt deshalb jeder Patient einen individuellen Wochenplan, auf dem die für ihn festgelegten Veranstaltungen und Maßnahmen verzeichnet sind und der wöchentlich fortgeschrieben wird. Die in der Therapieangebotsübersicht festgelegte Zeiteineinheiten sind der „Platzhalter“ für die in dieser Einheit aufgezählten, aber individuell zugeordneten Angebote. Die einzelnen Therapiebausteine lassen sich flexibel kombinieren und also in einem individuellen Wochenprogramm zusammenstellen.

4.6. Rehabilitationsprogramm

4.6.1. Das Behandlungsspektrum

In der Fachklinik Ringgenhof bieten wir neben der medizinischen Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger die Behandlung von Patienten mit Pathologischem Glückspiel und Sucht- und Psychoseerkrankungen an. Wir können desweiteren behandeln Nikotinabhängigkeit und dysfunktionalen Internetgebrauch. Für Patienten mit Migrationshintergrund bieten wir die kultursensible medizinische Rehabilitation. Unser Ziel ist es, bei aller Spezifität der Sucht, unsere Patienten inkludiert zu behandeln, was sich ausdrückt in gruppen- und abteilungsübergreifenden Indikationsgruppen und gemeinschaftlichen Aktivitäten. Alle Patienten gehören einer verbindlichen, halboffenen, konstanten Bezugsgruppe an, die als Ort für Beziehungserfahrung, Nachreifung und Erwerb von Ich-Funktionen der Gegenentwurf zum fragmentierten Selbstbild Frühgestörter sowie frühgestörter Abwehrmechanismen der Spaltung, Entwertung und projektiven Identifikation ist. Auf das jeweilige Behandlungsspektrum nehmen wir in den Unterpunkten Bezug.

4.6.2. Behandlungskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Ringgenhof für Patienten mit einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit im Langzeitmodul orientiert sich an den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung). In der Behandlung werden therapeutische Leistungen erbracht, die sich an den Vorgaben aller evidenzbasierten Therapiemodule der Leitlinie orientieren.

Die stationäre Behandlung dieser Patientengruppe ist gegliedert nach den oben beschriebenen Therapieabschnitten. Alle Patienten dieses Behandlungsmoduls durchlaufen eine dreiwöchige Aufnahmephase, in der die Befunderhebung, Diagnosestellung, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverlauf in einer speziellen psychoedukativen Gruppe und die weitere Behandlungsplanung im Zentrum stehen. Parallel dazu ist jeder Patient bereits integriert in seine Bezugstherapiegruppe und hat regelmäßige Einzeltherapiesitzungen. Dazu nimmt er am Entspannungstraining und an der Sporttherapie teil. Die Aufnahmephase wird mit einer Indikationskonferenz abgeschlossen, in der anhand der erhobenen diagnostischen Daten, der

psychologischen und sozialmedizinischen Befunderhebung und den spezifischen Zielformulierungen der weitere individuelle Behandlungsplan des Patienten abgesprochen und festgelegt wird. Hieraus ergeben sich die einzelnen Therapiemaßnahmen, die der Patient in den folgenden Wochen in seinem eigenen Wochenprogramm durchläuft.

Durch das Therapieangebot wird gewährleistet, dass jeder Patient entsprechend seiner speziellen Therapieziele die therapeutischen Leistungen erhält, die nach den evidenzbasierten Therapiemodulen gefordert sind und dies mindestens nach der hier vorgegebenen formalen Ausgestaltung.

Ein wesentlicher Therapieschwerpunkt in der Hauptphase der Behandlung stellen die Maßnahmen zur medizinischen beruflichen Orientierung dar. Dies insbesondere für die Patienten, die arbeitslos geworden sind und sich wieder für eine Integration in den Arbeitsmarkt vorbereiten. Für diese Patienten wird ein arbeitstherapeutisches Programm festgelegt, in dem der Patient sich praktisch in verschiedenen Arbeitsfeldern erproben kann, aber auch die Themen Teamarbeit, Stressbewältigung, Entwicklung sozialer Kompetenz, Bewerbungstraining, EDV-Kurse berücksichtigt werden. Nach Indikation kann auch eine Maßnahme zur beruflichen Belastungserprobung innerhalb der Klinik oder in einem Außenpraktikum erfolgen. Je nach Maßnahme nimmt dieser Teil der Behandlung eine Wochenstundenzahl zwischen 10 und 18 Stunden an. Begleitend finden Informations- und Beratungsveranstaltungen zu arbeits- und berufsrelevanten Themen statt (Besuch des BIZ der Agentur für Arbeit, Sozialberatung hinsichtlich beruflicher Perspektiven, wirtschaftlicher Sicherung, berufsfördernder Maßnahmen oder beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten).

In der achten Therapiewoche findet in der Rehakonferenz eine Überprüfung des Therapiestands des Patienten im Hinblick auf die formulierten Therapieziele statt. Hier kann es auch zu Veränderungen oder Anpassungen der Therapieziele kommen, die nochmals Veränderungen im individuellen Therapieprogramm des jeweiligen Patienten nach sich ziehen können. Geklärt wird hier auch die Frage nach der Weiterbehandlung in Adaption oder Nachsorge nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung.

In der Abschlussphase der Behandlung stehen für den Patienten ein spezifisches Rückfallpräventionsprogramm (drei 90-minütige Gruppensitzungen zu Themen der Rückfallprophylaxe) an und die Planung und Vorbereitung der Nachsorgebehandlung. Die innere Ablösung aus dem stationären Rahmen und die konkrete Vorbereitung der unmittelbaren nächsten Schritte nach der Behandlung sollen den Übergang in den Alltag erleichtern und auch strukturieren.

Wochenplan ab der 5. Therapiewoche Langzeittherapie (Alkohol)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück
08:00 – 10:00 Arbeitstherapie (AT)	**08:00 – 10:00** Hausdienste / Zimmerreinigung	**08:00 – 09:30 Gruppentherapie** 1. Mittwoch vom Monat Vollversammlung	**08:00 – 12:00** Uhr Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**08:00 – 10:00** Arbeitstherapie
	09:30 – 10:15 (5. Woche) Letzte Servicereflexion	**09:30 – 12:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprob. 10:30 – 12:00 Ergotherapie Gr.1	09:00 – 10:30 Uhr Ergotherapie Gruppe 2 **09:00 – 09:45 MAT 3** / **09:45 – 10:30 MAT 4**	
10:30 – 12:00 Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 11:45** Offene Sozialberatung (Bei Bedarf) Sprechzimmer Fr. Dietrich	**10:30 -12:00** Sport 3 Gruppe 2 Ergotherapie Gruppe 1 **11:00 – 12:00** Ernährungsberatung	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum
12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen
12:45 – 14:30 AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 16:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria
14:00 – 14:45 Muskelaufbautraining (MAT) Gruppe 1	**13:30 – 16:30** Arbeitstherapie **13:30 - 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**14:00 – 14:45** MAT Gruppe 1	**13:30 – 17:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**14:00 – 15:00** Gesundheitsinfo
14:00 – 15:30 Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1 Rückfallgruppe Depressive Störung	13:30-15:00 Angststörung **14:00 – 14:45** MAT Gruppe 3	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1	**13:30 – 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**15:15 – 16:45** Bogenschießen
14:45 – 15:30 MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2 Tabakentwöhnung Kognitives Training	**15:30 – 17:30** PC-Kurs (Nach Indikation)
15:30 – 16.15 Rückentraining Gruppe 1	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 4	**15:30 – 17:00** Sport 3 Gruppe 1		
15:30 – 17:00 Sport 3 Gruppe 1 Rückentraining Gruppe 2	15: 00 – 16:30 Ergotherapie Gr. 2		15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2	
16:00 – 17:30 Training Sozialer Kompetenz Spielsucht Kunsttherapie Gruppe 2	**15:30 – 16:45** Sport 3 Gruppe 2 Geh-und Lauftraining	**16:00 – 17:30** Kunsttherapie Gruppe 2	**16:00 – 17:30** Rückfallprävention	
17:15 – 18:00 Workout Sporthalle	**17:00 – 18:00Gesprächsrunde** **„Über Gott und die Welt“**	**17:00 – 17:45** Workout Sporthalle	**15:30 - 17:00** Geh- und Lauftraining	
18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen
	19:00-21:00 Offenes Atelier	19:15 – 21:15 PC-Kurs (Indikativ)	19:00 Hausgruppe in den Häusern	

Wochenplan für die Kombi-Therapie (Änderungen vorbehalten!!)

Stand: 17. April 2012

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:00 - 07:45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
07:45 - 08:00							
08:00 - 08:30	8:00-8:30Einführung	Gruppe	AT / ET	Gruppe	AT-Reflexions-		Frühstück
08:30 - 09:00	Hauswirtschaft		od. Patendienst		gruppe und WE-		8:00 - 8:45
09:00 - 09:30	Gruppe				Planung	AT	
09:30 - 10:00	8:45 - 10:15		bei Aufnahme			Brunch	
10:00 - 10:30				Ernährungsberatung für	Schwimmen/Sport 1	9:30 - 11:30	
10:30 - 11:00	AT/ET	Sport 2	Sprechzeit Sozialberatung	Aufnahme 10:00 - 11:00	10:15 - 11:45		
11:00 - 12:00		bis 11:45 Uhr	10:30-11:45 Uhr	Diätgruppe 11:00 - 12:00	14- tägig	AT	
12:00 - 12:30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
ab 13:00	Offene Sprechstunde						
13:30 - 14:00	Ernährung 12:00 - 12:30						
14:00 - 14:30	TSK	Kunsttherapie	14.00-14.45 MAT	Suchtinfo /	Unterricht		
14:30 - 15:00	*oder*	Gruppe 1	Projekt-Tag	Rückfallprophylaxe	Ringgenhof		
15:00 - 15:30	Handwerken	14:00 bis 15:30	(AT- Projekt, TSK,				
15:30 - 16:00		Kunsttherapie	Ausflüge)		Partner- /		
16:00 - 16:30		Gruppe 2	14:00 bis 17:00	Drogengruppe	Familiengespräche		
16:30 - 17:00		15:30 bis 17:00		indikativ	Arbeitgebergespräche		
17:00 - 17:30		Verabschiedung	17:30 - 18:00				
17:30 - 18:00			Begrüßung				
18:00 - 18:45	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
19:00 - 19:45	*Selbsth.-Gruppe*	Spieleabend					
19:45 - 20:30	Suchtgespräch	PC und TV frei					

ET = Einzeltherapie AT = Arbeitstherapie TSK = Training sozialer Kompetenz

4.6.3. Behandlungskonzept für die Behandlung von Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Der Anteil der Abhängigen von illegalen Substanzen beträgt in den Fachklinik Ringgenhof bis zu 30%. Die bis zu 45 drogenabhängigen Patienten der Fachklinik Ringgenhof sind in einem eigenen Gebäudetrakt untergebracht. Ihr Therapiekonzept unterscheidet sich in Teilen von demjenigen anderer Patientengruppen. Der Konsum illegaler Substanzen, das Leben in der "illegalen Szene", milieutypische Verhaltensweisen und nicht zuletzt die Erfahrung von Inhaftierung erfordert eine besondere therapeutische Herangehensweise an diese Klientel und eine abgewandelte Therapie- und Hausordnung.

4.6.3.1. Initialphase

Die Drogenpatienten durchlaufen zunächst eine sechswöchige Initialphase. In dieser Phase steht zunächst die genaue diagnostische Abklärung der vielfältigen Fragestellungen des Patienten im Mittelpunkt. Es werden intensive Gespräche zur Befunderhebung, Geneseabklärung und Anamnese mit dem Patienten geführt. Daneben werden medizinische Untersuchungen und testdiagnostische Abklärungen vorgenommen, um ein umfassendes Bild des Krankheitszustands des Patienten zu ermitteln und eine dementsprechende Behandlungsplanung vorzunehmen. Neben den medizinischen und psychologischen Untersuchungen und diagnostischen Abklärungen steht in dieser Initialphase aber auch die individuelle Überprüfung der Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft des Patienten im Fokus. Bei drogenabhängigen Personen liegen nicht selten extrinsische Motive für eine Rehabilitationsbehandlung vor, beispielsweise die Möglichkeit nach § 35/36 BtmG durch den Antritt der Therapie aus der Haft entlassen zu werden. Wenn es sich herausstellt, dass außer den extrinsischen Motiven nicht ausreichende intrinsische Motive für die stationäre Behandlung gegeben sind, ist dies für einen förderlichen Therapieverlauf und das Erreichen der Therapieziele prognostisch ungünstig. Deshalb wird die Initialphase der Therapie auf die Klärung dieser Frage abgestimmt und eine notwendige Entwicklung einer ausreichenden intrinsischen Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft angestrebt.

Neben einführenden Informationsveranstaltungen zu Haus- und Therapieordnung, den Angeboten der Sozialberatung, der Ernährungsberatung, organisatorischen Abläufen der Behandlung und hauswirtschaftlichen Belangen stehen in dieser Initialphase neben der regelmäßigen Gruppenpsychotherapie (4 x 90 Minuten pro Woche) psychoedukative Angebote im Vordergrund. Die Patienten werden innerhalb der ersten vier Wochen in fünf Gruppensitzungen mit 90 Minuten Dauer über die Entstehung und Entwicklung der Suchterkrankung unterrichtet und aufgeklärt und müssen die erworbenen Kenntnisse auf ihren eigenen Verlauf der Suchterkrankung anwenden. Es entsteht ein detaillierter schriftlicher Suchtverlauf, der die Entwicklung des süchtigen Verhaltens im eigenen Lebensverlauf darstellt und erste Angaben zu auslösenden Situationen für den süchtigen Konsum von Substanzen enthält. Zugleich schätzt sich jeder Patient anhand gültiger Kriterien hinsichtlich des Ausmaßes seiner Suchtmittelabhängigkeit ein. Zu diesem eigenen Suchtverlauf und der eigenen diagnostischen Einschätzung hinsichtlich seiner Sucht nimmt der Patient in seiner Therapiegruppe

Stellung und formuliert erste Ziele für seine Rehabilitationsbehandlung und seine eigenen Vorstellungen zu seinem künftigen Therapieprogramm.

Darüber hinaus nimmt der Patient regelmäßig an einem Entspannungstraining teil (2 x 45 Minuten pro Woche) und erlernt das Verfahren der progressiven Muskelrelaxation. Er wird zudem in ein sporttherapeutisches Programm (2 x 60 Minuten pro Woche) zugewiesen, das seiner körperlichen Fitness und seinem Gesundheitszustand entspricht.

Jeder Patient ist von Beginn an auch in die regelmäßigen therapeutischen Veranstaltungen auf der Station eingebunden: Tägliche 30-minütige morgendliche Stationsgruppe, wöchentliche Großgruppe von mindestens 1 x 60 Minuten Dauer, monatlich einmal stattfindende 60-minütige Vollversammlung der Klinikpatienten mit dem therapeutischen Team und in die wöchentlich ein Mal stattfindende 60-minütige Gesundheitsinformation (Vorträge zu medizinischen und psychologischen Themen).

Jeder Patient übernimmt von Beginn an auch an praktischen Tätigkeiten. Es geht hierbei um das Erlernen und Einüben von Aktivitäten des täglichen Lebens im Bereich hauswirtschaftlicher Aufgaben sowohl im persönlichen Bereich (Sauberkeit des Zimmers, Pflege der eigenen Kleidung, Wäsche) als auch im Rahmen der Station (Sauberkeit der Aufenthaltsräume, Teeküche, Übernahme eines Hausamtes) und die Übernahme von stationsübergreifenden Aufgaben für die Allgemeinheit (Spüldienst, Hofdienst etc.) Schon durch diese einfachen, sich regelmäßig wiederholenden Tätigkeiten lassen sich sehr leicht Stärken und Schwächen der Patienten beobachten hinsichtlich lebenspraktischer Aspekte, der Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Absprachefähigkeit, Verlässlichkeit, Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen, der sozialen Kompetenz und der Antizipationsfähigkeit. Diese verschiedenen Tätigkeiten werden begleitet und beaufsichtigt durch therapeutische und hauswirtschaftliche Mitarbeiter. Sie dienen zum einen zur weiteren diagnostischen Abklärung und zur Vorbereitung auf ein differenziertes ergo- oder arbeitstherapeutisches Behandlungsprogramm nach Abschluss der Initialphase.

Insgesamt beträgt das therapeutische Wochenprogramm in dieser Initialphase zwischen 25 und 30 Wochenstunden.

Die Initialphase findet ihren Abschluss mit einer Indikationskonferenz, in der dem Patienten eine multiprofessionelle Rückmeldung zum bisherigen Therapieverlauf gegeben und mit ihm zusammen das nachfolgende Therapieprogramm anhand mit ihm festgelegter Ziele besprochen wird. Im kritischsten Fall könnte es zu diesem Zeitpunkt auch zu einer Beendigung der stationären Behandlung kommen, wenn der Gesamteindruck des Patienten in dieser Initialphase einen weiteren förderlichen Verlauf der Therapie nicht erwarten ließe.

Die Haus- und Therapieordnung in dieser Initialphase ist deutlich enger gefasst als in der nachfolgenden Hauptphase der Behandlung. So haben die Patienten in dieser Initialphase noch keinen individuellen Ausgang, können also das Klinikgelände nicht verlassen und werden in der

Benutzung von Telekommunikationsmedien (Handy, Notebook etc.) eingeschränkt. Besuche sind erst und nur nach therapeutischer Erlaubnis ab dem 4. Wochenende und nur auf dem Klinikgelände möglich.

Das Ziel dieser Initialphase der Therapie ist, jedem Patienten ein möglichst gutes Einleben und Mitwirken im klinischen Setting zu ermöglichen und gleichzeitig eine diagnostische Abklärung vorzunehmen über die Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft des Patienten und, bei Vorliegen derselben, die individuellen Behandlungsziele mit dem Patienten festzulegen und den konkreten weiteren Verlauf der Therapie zu planen.

4.6.3.2. Hauptphase

Bei erfolgreichem Abschluss der Initialphase tritt der Patient in die Hauptphase der Therapie ein. In dieser Hauptphase der Therapie soll jeder Patient die Möglichkeit erhalten, seine eigenen individuellen Behandlungsziele zu erreichen. Dazu erhält jeder Patient einen individuellen Therapieplan und ein eigenes Wochenprogramm.

Standard in dieser Hauptphase der Therapie ist für jeden Patienten die regelmäßige wöchentliche oder zweiwöchentliche Einzeltherapie (30 oder 50 Minuten), die regelmäßige Mitwirkung an der analytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie (3 x 90 Minuten pro Woche), die verbindliche regelmäßige Teilnahme an den täglichen morgendlichen Stationsgruppensitzungen (5 x 30 Minuten pro Woche) und der Großgruppensitzung (1 x 60 Minuten Pro Woche). Dazu gehören die weitere Teilnahme an den Vorträgen zur Gesundheitsinformation (1 x 60 Minuten pro Woche) und die Teilnahme an der Klinikvollversammlung (1 x 60 Minuten pro Monat).

Das weitere verbindliche Therapieprogramm ist für jeden Patienten individuell festgelegt. In diesen therapeutischen Maßnahmen sind die Drogenpatienten auch mit Patienten anderer Stationen und Gruppen der Fachklinik zusammen in Behandlung im Sinne der Inklusion. Hier zu nennen sind die Teilnahme an mindestens einer oder mehrerer indikativer therapeutischer Gruppenangebote (s.o.). Die indikativen Gruppen finden ein bis zweimal pro Woche mit 60- oder 90-minütigen Dauer statt. Individuell festgelegt wird auch das sporttherapeutische Programm. Es wird für jeden Patienten ein Programm von ein bis zwei 45- bis 90-minütigen Veranstaltungen pro Woche eingeplant.

Ein weiteres wesentliches Therapieangebot besteht in der Ergo- und Arbeitstherapie bzw. in einer beruflichen Belastungserprobung. Neben der herkömmlichen Ergotherapie, in der mit unterschiedlichen Medien gearbeitet wird, hält die Klinik arbeitstherapeutische Programme in verschiedenen Bereichen bereit. So können Patienten in einem auf dem Klinikgelände befindlichen landwirtschaftlichen Betrieb (Milchschafe mit Molkerei, Legehennen) tätig werden oder in einer eigenen Schreinerei und Gärtnerei. Zudem gibt es einen Arbeitstherapiebereich für einfache Verwaltungstätigkeiten und den Patendienst (die Begleitung neu aufgenommener Patienten, Übernahme von Gästeführungen in der Klinik). Auch besteht die Möglichkeit einer beruflichen Belastungserprobung intern oder extern in einem mit der Klinik kooperierenden Betrieb.

Der zeitliche Aufwand für das ergo- oder arbeitstherapeutische Programm richtet sich nach dem individuellen Bedarf und den Zielen des Patienten. Die Wochenstunden für Ergo- oder Arbeitstherapie können zwischen 6 und 12 Stunden betragen. Die Dauer der beruflichen Belastungserprobung beträgt bis zu 18 Wochenstunden, ist aber zeitlich auf eine Phase von vier bis sechs Wochen beschränkt.

Neben den im individuellen Wochenprogramm festgelegten verbindlichen therapeutischen Veranstaltungen kann jeder Patient auch noch an freiwilligen Angeboten der Klinik teilnehmen. Dies sind Angebote kreativer, musischer, sportlicher oder geistlicher Art.

Das therapeutische Wochenprogramm in der Hauptphase der Rehabilitationsbehandlung im Drogenbereich beträgt je nach individueller Festlegung zwischen 20 und 30 Wochenstunden für einen Patienten.

Die Haus- und Therapieordnung in der Hauptphase der Therapie lässt den Patienten bewusst ein sehr viel höheres Maß an Eigenverantwortung. So haben die Patienten von der 7. Behandlungswoche an Ausgang in therapiefreien Zeiten. Besuche sind an den Wochenenden möglich mit Ausgängen und nach vorheriger Genehmigung. Heimfahrten können ab der Hälfte der genehmigten Therapiedauer geplant und in der Regel über das Wochenende angetreten werden mit einer Gesamtdauer von 3 x 24 Stunden. Die Benutzung von Telekommunikationsmedien wird in die Verantwortung der Patienten zurückgegeben.

Im Fall eines Rückfalls mit Suchtmitteln oder in nichtstoffgebundenes Verhalten während der stationären Therapie kann die Behandlung sofort beendet werden. In der Regel wird aber erst nach einer eingehenden Prüfung zum Rückfallverlauf und dessen Hintergründen eine Entscheidung über Fortsetzung oder Beendigung der Therapie getroffen. Kann der Patient weiter behandelt werden, wird er zunächst in ein gesondertes Rückfallprogramm integriert und eine mindestens zweiwöchige Probebehandlung durchlaufen. Erst danach kann der Patient wieder in den regulären Therapieablauf zurückkehren. In der Phase der Rückfallbehandlung gilt für den Patienten die Haus- und Therapieordnung der Initialphase.

4.6.3.3. Abschlussphase

Gegen Ende der Behandlung wird die weitere Planung der Zeit nach der Therapie im Fokus stehen. Hier geht es um Fragen der Fortsetzung der Rehabilitation in einer Adaption oder um Nachsorgebehandlungen in ambulanten Angeboten. Ein nicht geringer Teil der Drogenpatienten orientiert sich nach der stationären Entwöhnungsbehandlung in Richtung eines neuen Lebensumfelds und muss auch beruflich einen Neubeginn starten. Eine geglückte Anschlussbehandlung in Adaption oder ambulanter Nachsorge ist prognostisch günstig für eine gelingende Reintegration in ein soziales und berufliches Leben. Deshalb wird in der Entlassphase der Therapie, spätestens in den letzten vier Wochen der stationären Behandlung, besonderes Augenmerk auf die Klärung der weiteren Zukunftsperspektive des Patienten gelegt. Auch die Möglichkeit der teilstationären Entlassphase in einer Tagesrehabilitation ist für diese Patientengruppe sehr sinnvoll.

Dieses Therapiekonzept ist zugeschnitten auf die Möglichkeit einer integrierten therapeutischen Behandlung von Drogenpatienten innerhalb der Fachklinik Ringgenhof insgesamt unter der Bedingung eines eigenen Wohn- und Therapiebereichs für die Drogenpatienten, in der die fachlich spezifischen Behandlungselemente umgesetzt werden können, so wie sie oben beschrieben sind.

Wochenplan ab der 5. Therapiewoche Drogentherapie

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück
08:00 – 10:00 Arbeitstherapie (AT)	**08:00 – 10:00** Hausdienste / Zimmerreinigung	**08:00 – 09:30 Gruppentherapie** 1. Mittwoch vom Monat Vollversammlung	**08:00 – 12:00** Uhr Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**08:00 – 10:00** Arbeitstherapie
	09:30 – 10:15 (5. Woche) Letzte Servicereflexion	**09:30 – 12:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprob. 10:30 – 12:00 Ergotherapie Gr.1	09:00 – 10:30 Uhr Ergotherapie Gruppe 2 **09:00 – 09:45 MAT 3** / **09:45 – 10:30 MAT 4**	
10:30 – 12:00 Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 11:45** Offene Sozialberatung (Bei Bedarf) Sprechzimmer Fr. Dietrich	**10:30 -12:00** Sport 3 Gruppe 2 Ergotherapie Gruppe 1 **11:00 – 12:00** Ernährungsberatung	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum
12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen
12:45 – 14:30 AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 16:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria
14:00 – 14:45 Muskelaufbautraining (MAT) Gruppe 1	**13:30 – 16:30** Arbeitstherapie **13:30 - 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**14:00 – 14:45** MAT Gruppe 1	**13:30 – 17:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**14:00 – 15:00** Gesundheitsinfo
14:00 – 15:30 Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1 Rückfallgruppe Depressive Störung	13:30-15:00 Angststörung **14:00 – 14:45** MAT Gruppe 3	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1	**13:30 – 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**15:15 – 16:45** Bogenschießen
14:45 – 15:30 MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2 Tabakentwöhnung Kognitives Training	**15:30 – 17:30** PC-Kurs (Nach Indikation)
15:30 – 16.15 Rückentraining Gruppe 1	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 4	**15:30 – 17:00** Sport 3 Gruppe 1		
15:30 – 17:00 Sport 3 Gruppe 1 Rückentraining Gruppe 2	15: 00 – 16:30 Ergotherapie Gr. 2		15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2	
16:00 – 17:30 Training Sozialer Kompetenz Spielsucht Kunsttherapie Gruppe 2	**15:30 – 16:45** Sport 3 Gruppe 2 Geh-und Lauftraining	**16:00 – 17:30** Kunsttherapie Gruppe 2	**16:00 – 17:30** Rückfallprävention	
17:15 – 18:00 Workout Sporthalle	**17:00 – 18:00Gesprächsrunde** **„Über Gott und die Welt“**	**17:00 – 17:45** Workout Sporthalle	**15:30 - 17:00** Geh- und Lauftraining	
18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen
	19:00-21:00 Offenes Atelier	19:15 – 21:15 PC-Kurs (Indikativ)	19:00 Hausgruppe in den Häusern	

4.6.4. Behandlungskonzept für Sucht und Psychose

Aufgrund zugenommener Nachfragen nach Entwöhnungsbehandlungen für Menschen, die neben der Abhängigkeitserkrankung an einer zusätzlichen schweren psychischen Erkrankung leiden, betreibt die Fachklinik Ringgenhof seit September 2001 eine Abteilung für die Behandlung von Menschen, die unter einer miteinander vergesellschaftete Sucht- und Psychose- oder affektiven Erkrankung leiden. Im engeren Sinn wird dabei das Zusammentreffen einer Abhängigkeitserkrankung mit einer psychotischen Erkrankung verstanden. Im weiteren Sinn kann diese zusätzliche Erkrankung eine schwere Persönlichkeitsstörung oder eine schwere neurotische Erkrankung (Angst-, Zwangserkrankung) sein.

Bei der von uns beobachteten Zunahme der krankheitsbedingten Behinderungen unserer Patienten in vielfältigen psychosozialen Funktionsbereichen und der daraus resultierenden Einschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Arbeit muss die Rehabilitation fundamentale lebenspraktische Kompetenzen schaffen und stärken. Die einzelnen Behandlungsmodule sind deswegen hochgradig strukturiert und sehr lebensnah gestaltet. Vereinfachend kann festgestellt werden, dass die Arbeit mit diesen Patienten in bedeutendem Umfang psychoedukative Elemente, lebenspraktisches Training und Sozialberatung erfordert. Die in den anderen Abteilungen umgesetzte analytisch-interaktionelle Psychotherapie mit ihrem konfliktzentrierten Ansatz tritt in der Rehabilitation von dieser Patienten demgegenüber in den Hintergrund.

Krankheitsbedingt haben diese Patienten gerade zu Beginn der Behandlung noch Defizite in Konzentration, Aufmerksamkeit, Spannkraft, Intentionalität, Antrieb und sozialer Interaktion.

Des Weiteren fällt auf, dass der Bedarf nach Sozialberatung bei diesen Patienten erheblich höher als der der übrigen Patienten ist: Nach unseren bisherigen Erfahrungen müssen in nahezu jedem Einzelfall sehr grundlegende sozialdienstlich relevante Themen bearbeitet werden. Oft sind Wohnsituation und sonstige existentielle Bereiche betroffen.

4.6.4.1. Indikation und Kontraindikation

In die Abteilung für Sucht- und Psychoseerkankungen der Fachklinik Ringgenhof werden alkohol- und drogenabhängige Männer ab 18 Jahren mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen aufgenommen, die eine stationäre medizinische Rehabilitation benötigen. Bezüglich der psychiatrischen Komorbidität liegt der Schwerpunkt bei drogeninduzierten (ICD 10 F1x.5)und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD F20-29) und ferner bei affektiven Störungen (ICD F30-39), sowie bei schweren Persönlichkeitsstörungen (F60-69).

Kontraindikationen für eine Aufnahme sind akute psychotische Zustandsbilder, akute Suizidalität, gravierende hirnorganische Beeinträchtigungen und Krankheiten, die eine stationäre Behandlung in einem Akutkrankenhaus erforderlich machen.

4.6.4.2. Behandlung

Die Behandlung komorbider Störungen erfordert eine individuelle Therapieplanung. Das multiprofessionelle Team erstellt einen individuellen Behandlungsplan, der fortlaufend im Hinblick auf seine Effektivität zur Erreichung der Behandlungsziele überprüft wird. Dieses geschieht anhand der psychiatrisch-medizinischen und therapeutischen Vorbefunde, der hiesig erhobenen diagnostischen Daten und unter Berücksichtigung persönlicher Fähigkeiten und Defizite in den Bereichen geistiger, körperlicher und seelischer Gesundheit sowie der bekundeten Erwartung des Patienten, seiner Motivation und Qualifikationen. Die Aufrechterhaltung der Motivation hat zentrale Bedeutung für die Behandlung.

Laut Literatur wird bei 30% bis 50% der Patienten einer stationären Rehabilitationsbehandlung eine mangelnde Veränderungsmotivation festgestellt (Hafen). Nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska, DiClemente und Norcoss (1997) ist die Motivation zu gravierenden Verhaltensänderungen wie zum Beispiel zu abstinentem Verhalten keine stabile Variable, sondern kann verschiedene Stadien durchlaufen. Diese Autoren formulierten folgende Veränderungsstadien bei abhängigen Menschen:

- fehlende Problembewusstheit („precontemplation“): hier hat eine Person keine oder eine nur geringe Absicht, ein Problem zu lösen.
- Nachdenklichkeit („contemplation“): das aktuelle Problem tritt in das Bewusstsein, eine aktive Veränderungsbereitschaft ist aber noch nicht vorhanden.
- Vorbereitungsstadium („preparation“): hier werden Absicht und Verhalten integriert, erste Bemühungen sind erkennbar, es kommt aber nicht zu grundsätzlichen Änderungen.
- Stadium der Handlung („action“): Problematisches Verhalten wird aktiv verändert und erste positive Ergebnisse werden erlebbar.
- Stadium der Aufrechterhaltung („maintenance“): erzielte Veränderungen werden aufrechterhalten, Rückfälle in alte, dysfunktionale Verhaltensmuster werden verhindert.

Diese Motivationsphasen müssen bei Patienten mit komorbiden Störungen in noch kleinere Motivationseinheiten aufgeteilt werden, damit das Minimum an Engagement der Patienten aufrechterhalten werden kann. Dies betrifft sowohl den Bereich der komorbiden psychischen Erkrankung als auch den der Abhängigkeitserkrankung. Unsere Behandlung fasst viele Elemente, welche motivierende Aspekte beinhalten. Die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999) stellt eine prinzipielle Haltung gegenüber den Patienten dar, die die Patienten darin unterstützt, aktiv nach eigenen Möglichkeiten und Bereitschaften zur Veränderung zu suchen. Bei den Patienten mit komorbiden chronischen psychiatrischen Erkrankungen muss die Motivation zu sehr basalen Verhaltensaspekten gefördert werden:

- Weiterbestehen und Vertiefen des Kontakts zu therapeutischem Personal, Mitpatienten und dem eigenen sozialen Netz,
- die Inanspruchnahme notwendiger Hilfen,
- Selbstbeobachtung zum Erlernen der Wahrnehmung von Frühwarnzeichen,

- Arbeit an emotionalen und kognitiven Voraussetzungen für die Entscheidung zur Abstinenz.

Bei den Patienten der Abteilung wird großer Wert darauf gelegt, die für den Patienten wichtige Bezugspersonen mit in den Heilungsprozess einzubinden. Erste Eindrücke und Informationen über die familiäre Situation und die Beziehungsdynamik können bereits während des Aufnahmegesprächs gewonnen werden. Elterngespräche oder Partnerseminare werden ab Mitte der Therapie mit Nachdruck angeboten. Sie haben für den weiteren Therapieverlauf und die Vorbereitung auf die nachstationäre Zeit eine zentrale Bedeutung.

Unter Berücksichtigung aller diagnostischen Faktoren und der Spezifika der Behandlung komorbider Störungen wird eine langfristige und auf kleine Veränderungsschritte ausgerichtete Behandlungsplanung konzipiert.

Die **Behandlungsdauer** richtet sich nach der individuellen Problemlage des Patienten, sie beträgt im Regelfall bis zu 26 Wochen und bei Wiederholern nach einem Rückfall in die Sucht verbunden mit Destabilisierung des Gesamtkrankheitsbilds bis zu 15 Wochen. Die Dauer der Behandlung resultiert aus der Erfahrung, dass Therapie und Rehabilitation der komorbiden Störungen in kürzeren Behandlungszeiten keine Aussicht auf Erfolg haben, was auf die Komplexizität und Ausprägung der Störungen zurückgeführt werden muss.

Das **Rehabilitations**- und **Behandlungsziel** sind die allgemeine Stabilisierung des Krankheitsbilds, die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung, Stärkung der Ressourcen, Verbesserung der beruflichen Vermittelbarkeit und im besten Fall Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage der angestrebten Abstinenzbereitschaft. Die Teilhabevoraussetzungen in allen relevanten Teilhabeaspekten (Arbeit, Freizeitgestaltung, soziale Beziehungen) sollen geschaffen werden. Angestrebt wird ebenfalls der Aufbau bzw. Erhalt sozialer Stützsysteme und bei entsprechender Indikation die Vermittlung in die weiterbehandelnden ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen der medizinischen, medizinisch-beruflichen oder beruflichen Rehabilitation. Voraussetzung dafür ist, die Compliance dieser Patienten zu erreichen und aufrecht zu erhalten, sowie Umgangskompetenz mit rückfallgefährlichen Situationen zu vermitteln. Die Aushandlung, Benennung und Überprüfung von Zielen ist wichtig für den Therapieprozess. In der Alltagspraxis der Station werden **Teilziele** formuliert und verfolgt, denn Suchtpatienten - insbesondere die mit komorbiden Störungen - haben meistens die Fähigkeit verlernt oder verloren, langfristige Ziele zu definieren und zu verfolgen. Eine tagtägliche gezielte Lenkung der Aufmerksamkeit auf eigene Leistung und Erfolge macht das therapeutische Mitwirken des Patienten für ihn sichtbar und spürbar, wirkt sich positiv auf Selbstwertgefühl aus, fördert Motivation und Durchhaltevermögen.

4.6.4.3. Behandlungselemente

Diagnostik

Innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen (Basistherapie) erfolgen diagnostische Untersuchungen in folgenden Bereichen:

- Medizinische Eingangsdiagnostik mit Laboruntersuchungen und apparativer Diagnostik mit Überprüfung, ggf. Anpassung oder Beginn einer psychopharmakologischen Therapie.
- Sozial- und Berufsanamnese
- Suchtdiagnostik. Diese erfolgt nach ICD-10. Zusätzlich wird ein detaillierter Suchtverlauf mit Berücksichtigung von Suchtauslösern, Konsummuster und Folgen des Suchtmittelkonsums erhoben.
- Testpsychologische Diagnostik. Bei Bedarf wird der arbeitsbezogene Bereich, Intelligenz- und Leistungsbereich sowie Persönlichkeitsbereich getestet. Das auch sonst in unseren Kliniken zum Einsatz gelangende ergänzende Verfahren „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD 2, 2006) wird auch hier angewendet. Aus dieser OPD-Diagnostik ergeben sich mögliche strukturelle Ressourcen, die speziell gefördert werden sollen und strukturelle Defizite, die durch die Behandlung im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten vermindert werden sollen. Psychodynamische Konfliktthemen können gegebenenfalls erkannt und im psychotherapeutischen Prozess bearbeitet werden. Im Mittelpunkt der Rehabilitationsbehandlung dieser Patienten steht aber nicht die aufdeckende Arbeit, sondern das Erwerben und Festigen neuer Verhaltenskompetenzen und die Stärkung der persönlichen Ressourcen.
- Als zusätzliche Informationsquellen werden zur diagnostischen Einschätzung bereits vorliegende medizinische Befunde, Berichte aus Vorbehandlungen, der Sozialbericht der überweisenden Institution und ebenfalls die Informationen der Angehörigen (Fremdeinschätzung) herangezogen, ergänzt durch die Beobachtung des Patienten im stationären Alltag .

4.6.4.4. Ablauf der Behandlung

Innerhalb der ersten drei Behandlungswochen erfolgt die ausführliche psychiatrische, neurologische und körperliche Eingangsdiagnostik mit Hilfe apparativer Technik und Testpsychologie. Des Weiteren wird eine dezidierte Sozial- und Berufsanamnese, Eigen-, Familien- und Suchtanamnese erhoben, die in der Therapieplanung konnotiert wird mit den positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren. Die biographische Anamnese wird mit den Mitteln der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik erhoben und ist insbesondere wegweisend in der Therapieplanung für die Konzepte Aktivität und Teilhabe nach ICF.

In der testpsychologischen Diagnostik werden Persönlichkeitstests, das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) und der Trierer Persönlichkeitsfragebogen angewendet. Als klinische Tests kommt die Symptom-Check-List (SCL-R) sowie der Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit zur Anwendung. Leistungstest sind der Aufmerksamkeitsbelastungstest D2 sowie das Leistungsprüfsystem LPS, Skalen 1-4 und 10. Bei sozialmedizinischer Indikation werden der HAWIE-

ER, der DCS, der MWT-B und andere angewendet. Grundlage für die Medizinisch-berufliche Orientierung ist der MELBA sowie der AVEM.
Die so gewonnen Erkenntnisse finden Eingang in den kurativen Teil zur Behandlung von geschädigten Körperfunktionen und -strukturen, der sich durch das gesamte Rehaverfahren hindurch ziehen kann. Unter den rehabilitativen Aspekt werden Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe sortiert, die überwunden oder kompensiert werden können. Mit dem präventiven Aspekt zur Vermeidung weiterer Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Aktivitäten und der Teilhabe befassen sich ebenfalls während des gesamten Rehaprozesses Gesundheitsvorträge, Ernährungsberatung, Sporttherapie usw. individuell nach Indikation.
Das Kernstück der Behandlung ist also die Rehabilitation mit Überwindung oder Kompensation von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, die Erzeugung von Aktivität und die Herstellung von Partizipation. Beeinträchtigungen werden diagnostiziert über die medizinischen Untersuchungen, die operationalisierte psychodynamische Diagnostik sowie die Eigen-, Familien-, Sozial-, Berufs- und biographische Anamnese.
In Zusammenarbeit mit den Patienten erfolgt in einer Indikationskonferenz am Ende der dritten Woche der Behandlungszeit die Formulierung der Rehabilitationsziele hinsichtlich der Konzepte der Körperfunktion und –struktur, der Aktivität und der Teilhabe. Die stützende Auswirkung der Kontextfaktoren auf die funktionale Gesundheit wird in dieser Indikationskonferenz mit den Patienten zusammen beurteilt und geht in den therapeutischen Prozess als Prozess der Reifung sowohl hinsichtlich der Ich-Struktur als auch hinsichtlich der Beziehungsgestaltung ein.

4.6.4.5. Medizinisch psychiatrische Versorgung und Pharmakotherapie

Die fachärztlich-psychiatrische Versorgung ist im Vergleich zu den übrigen Rehabilitationsabteilungen besonders intensiv. Die Pharmakotherapie (Antipsychotika, Antidepressiva) richtet sich nach anerkannten Prinzipien und Behandlungsrichtlinien. Für Pharmaka mit Suchtpotential (Benzodiazepine, Anticholinergika, Distraneurin) gelten strenge Indikationsrichtlinien.

Darüber hinaus ist die Schaffung eines beschützenden Rahmens mit niedrigem Stressniveau, unterstützt durch optimierte medikamentöse Therapie, eine wesentliche Voraussetzung für das therapeutische Vorgehen, das sich damit deutlich von einer stärker fordernden und eher konfrontativ ausgerichteten Suchttherapie unterscheidet.

In der Abteilung findet einmal wöchentlich eine Visite durch den Psychiater oder die Psychiaterin statt, an der alle weiteren therapeutischen Mitarbeitenden mitwirken. In dieser interdisziplinären Visite erfolgen eine detaillierte Festlegung, Modifikation und Bewertung der Therapie- und Rehabilitationsziele unter Mitwirkung der Patienten. Diese Visite ist erheblich aufwändiger als in den übrigen Behandlungsbereichen des Fachkrankenhauses und stellt ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Behandlung dieser Patienten dar. Darüber hinaus liegt die Therapieführung kontinuierlich in den Händen des Psychiaters.

Gesundheitsinformation

Die Gesundheits- und Krankheitsinformation ist ein umfassendes Informations- und Schulungsprogramm mit den Schwerpunkten: Sucht, allgemeine Gesundheitsinformation, Persönlichkeit, Therapie und Umfeld. Sie findet stationsübergreifend statt und bietet über die gesamte Behandlungsdauer zwei Einheiten pro Woche an.

Psychotherapie in Form von Einzel- und Gruppentherapie

Regelmäßige Einzel- und Gruppenpsychotherapie, die bewusst aufdeckende Verfahren vermeiden und vornehmlich supportive, interaktionelle, psychoedukative und problemlöseorientierte Methoden in den Vordergrund stellen, gehören zum Standard.

Training täglicher Lebensaktivitäten - Haushaltstraining

Auf Grund der psychiatrischen Erkrankung weisen viele Patienten Defizite im Bereich der Selbstversorgung auf. Dies äußert sich im Vernachlässigen der lebenspraktischen Aufgaben oder ihrer Delegation an die Bezugspersonen. Im Rahmen eines Training (Haushaltstraining) sollen die Patienten deswegen lernen, die in einem Haushalt üblicherweise anfallenden Arbeiten wie Reinigungsarbeiten, Wäschepflege und Bügeln, Kochen und Haushaltsplanung so weit nur möglich alleine zu bewältigen. Die feste Struktur des Tages erlaubt bessere Selbstorganisation, vermittelt Stabilität und Verlässlichkeit.

Freizeitgestaltung

Infolge ihrer Erkrankung vernachlässigen viele Patienten die bewusste Gestaltung ihrer Freizeit, es kommt zu Antriebslosigkeit oder ausgeprägten Rückzugstendenzen. Die Rekreationstherapie hat als übergeordnete Zielsetzung, Möglichkeiten der sinnvollen Freizeitgestaltung aufzuzeigen, die zugleich der Aktivierung und Stärkung der Eigeninitiative dienen. Je nach Jahreszeit werden Fahrradtouren, Wanderungen, Sport und Spiel in Halle und Gelände, Ausflüge, Thermalbadbesuche usw. durchgeführt. Freizeitgestaltung und Freizeitmanagement beinhalten Entwicklung von Ideen, ihre Planung, Organisation und Durchführung. Ausgeführt werden sie in der Regel in Begleitung eines Teammitglieds. Ganztägige Aktivitäten werden in Begleitung mehrerer Teamglieder durchgeführt.

Ergo- und Arbeitstherapie

Der Einsatz in der Ergo- und Arbeitstherapie ist der jeweiligen Belastbarkeit und den Leistungsmöglichkeiten des Patienten angepasst. Um einen Schonraum zu gewährleisten, wird die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie in den ersten Wochen der Behandlung stationszentriert angeboten mit dem Ziel, die Patienten hinsichtlich ihrer Grundarbeitsfähigkeiten zu stabilisieren und gleichzeitig ihre Belastbarkeit langsam zu erhöhen. Um den Symptomen der Langeweile entgegen zu wirken, werden mit dem Patienten seine möglichen Tätigkeitsfelder in den Ergo- und Arbeitsbereichen besprochen und festgelegt. Dies geschieht selbstverständlich unter Berücksichtigung seiner persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dabei werden klare Teilziele vereinbart, welche das Erfolgserleben ermöglichen und das Sinngefühl steigern. Danach, wenn indiziert und möglich, werden gemeinsam mit dem Patienten und für ihn individuell die Ziele der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation abgestimmt und auch andere Arbeitstherapiebereiche der Klinik (z. B. Garten, Tiere)

miteinbezogen oder externe Praktika durchgeführt im Sinne einer Belastungserprobung, um die Basis für eine realistische Einschätzung der Ressourcen und Defizite bei der zu planenden beruflichen Eingliederung zu gewinnen.

Wöchentliche Hausgruppe

An den einmal wöchentlich stattfindenden Sitzungen der Haushaltsgruppe nehmen alle Patienten der Station teil. Diese Sitzungen stellen ein Forum für die Besprechung der wöchentlich wechselnden Zuständigkeiten dar (z. B.: Putzordnung, Aquarium-, Stationsküche-, und Pflanzenzuständigkeit): Sie bieten einen Platz für Vorstellung der neuen Patienten und Auseinandersetzung mit Problemen, die im Stationsalltag auftreten können. Dabei geht es auch um einen offenen Umgang mit Grenzverletzungen (z.B. bzgl. der Hausordnung oder im Hinblick auf das Suchtverhalten). Die Patienten werden durch diese Form des Austragens auch von „heiklen“ Themen ermutigt, eigene coabhängige Verhaltensweisen (vgl. WILSON-SCHAEF 1991) zu überwinden. Es besteht auch die Möglichkeit, den Mitarbeitenden gegenüber Kritikpunkte zu äußern oder Verbesserungsvorschläge zu machen.

Körperorientierte Therapie (Sport- und Bewegungstherapie)

Als besonders förderlich für diesen Patientenkreis haben sich sport- und bewegungs-therapeutische Maßnahmen erwiesen, die sowohl die körperliche, die psychische und soziale Ebene ansprechen. Dies ist besonders wichtig, denn das Körpererleben und Körperbewusstsein sind bei DD-Patienten oft im hohen Ausmaß gestört. Das Angebot reicht von Frühsport bis hin zu Sportarten mit spezieller psychotherapeutischer Zielsetzung.

Es werden verschiedene Übungs- und Trainingseinheiten angeboten:

- Jeden Morgen findet Frühsport in Form einer Geh- und Laufgruppe statt. Diese Maßnahme hat zum Ziel der Müdigkeit, welche oft in Verbindung mit der Medikation vorhanden ist, entgegen zu wirken.
- Ressourcen-orientiertes Aufbautraining kann Joggen oder Kraftsport beinhalten, d. h. Sportarten, welche eigene Möglichkeiten, Fähigkeiten und Grenzen erfahren lassen
- Ballsportarten wie Volleyball und Basketball erleichtern die soziale Kontaktaufnahme, lassen Teamgeist entstehen, und machen die Zeit- und Raumerfahrung möglich
- Tischtennis, Bogenschießen und Billard erlauben unter anderem individuelle Motivation steigern, lassen den Umgang mit Erfolg und Misserfolg üben und erhöhen Selbstwertgefühl

Psychoedukation

Psychoedukation wird nach dem Konzept der „Psychoedukativen Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen“, welches auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell basiert, durchgeführt. Ziele der Psychoedukation sind:

- Entwicklung von Krankheitsverständnis und Krankheitsakzeptanz bzgl. der Suchterkrankung wie auch der komorbiden Erkrankung

- die Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit zu steigern
- Erkennung von Frühwarnzeichen und Auslösefaktoren von Krankheitssymptomen
- Förderung der Medikamentencompliance durch Aufbau von Verständnis, Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft bezüglich der Medikation
- Erwerb und Festigung von Bewältigungsstrategien und Krisenmanagement

Das Angebot wird durch Filmmaterial mit Informationseinheiten zu den psychiatrischen Krankheitsbildern und deren medikamentöser Behandlung zur Vertiefung und Verankerung des Lernstoffs abgerundet.

Indikative Gruppenangebote

Für die Patienten der Doppeldiagnose-Station gibt es indikative Gruppenangebote (s.o.), welche gemeinsam mit Patienten anderer Stationen wahrgenommen werden können. Dazu gehört vor allem die Tabakentwöhnung mit dem Ziel, den Nikotinkonsum zu reduzieren oder ganz einzustellen. Diese Einheit wird für interessierte Patienten stationsübergreifend angeboten.

Sozialberatung

Erfahrungsgemäß ist der Aufwand an Sozialberatung auf dieser Station sehr hoch. Über 80 % der Doppeldiagnose-Patienten benötigen Leistungen des Sozialdiensts. Dieser hohe Anteil resultiert natürlich daraus, dass die Doppeldiagnose-Patienten krankheitsbedingt oft nicht mehr in der Lage sind, ihren Alltag alleine zu bewältigen.

Die Sozialberatung leistet Beratung und Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragestellungen (Sicherung des Lebensunterhaltes, Klärung der Wohnsituation, Rentenfragen, soziale und berufliche Eingliederungshilfe) mit dem Ziel der sozialen und beruflichen Reintegration zur Sicherung des Behandlungserfolges. Eine nicht ausreichende Existenzsicherung des Patienten führt in der Praxis zu rascher Destabilisierung und allmählicher Erhöhung der Rückfallgefahr. Es wird dadurch deutlich, dass die Wiedereingliederung ein zentrales Thema der Suchtbehandlung ist. Die Vermittlung in nachbetreuende Institutionen ist bei der Schwere der Erkrankung oft entscheidend für die Absicherung des Behandlungserfolges. Es ist von größter Bedeutung, darauf zu achten, dass die Bedürfnisse des Patienten, seine Ressourcen und Vorstellungen mit seinen persönlichen Möglichkeiten und Grenzen übereinstimmen. Das Hilfesystem für die Patienten mit komorbiden Störungen hält leider nur wenige Nachbetreuungsplätze vor, wodurch die Suche nach geeigneten nachstationären Einrichtungen zu einer langwierigen und aufwändigen Angelegenheit wird. Therapeutische Nachsorgegruppen und Abstinenten-Selbsthilfegruppen sind oft überfordert, der speziellen Problematik von Doppeldiagnose-Patienten gerecht zu werden. In der Regel ist eine Weiterführung der psychiatrischen Behandlung erforderlich.

Somit stellt die Sozialberatung ein weiteres Behandlungs- und Rehabilitationsmodul dar, das gerade bei diesen Patienten sehr umfassend und dringend benötigt wird, so dass der Personalbedarf hier besonders intensiv ist.

Wochenplan DD-Station 2. Therapiewoche

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe
07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück
08:00 – 08:15 Einführung Hauswirtschaft *Plenumssaal*		08:00 – 09:00 Großgruppe / Plenumssaal 1. Mittwoch vom Monat Vollversammlung *Plenumssaal*	08:30 – 10:00 Einführung Kunsttherapie *Kunsttherapieraum* *Haus Allgäu/UG*	08:30 – 09:30 Suchtinformation *Therapieraum 1*
08:15 – 10:15 Einzel-Visite	08:30 – 09:15 Hausdienste / Zimmerreinigung			
10:30 -12:00 Sporttherapie *Sporthalle*		10:30 - 12:00 Ergotherapie Gruppe 1 *Ergotherapieraum*	10:30 – 12:00 Uhr Ergotherapie Gruppe 1 *Ergotherapieraum*	10:30 – 11:30 Gruppentherapie
		10:30 – 11:45 Offene Sozialberatung (Nach Bedarf) *Sprechzimmer Sozialberatung (Haus Allgäu UG)*	11:00 – 12:00 Ernährungsberatung (nach Indikation) *Therapieraum 4*	
	10:30 – 11:30 Gruppentherapie			
12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen
13:00 – 14:00 Erhebung der Berufs- und Arbeitsanamnese *Büro Arbeitstherapeut*	13:30 – 15:00 Ergotherapie Gruppe 1 *Ergotherapieraum*		13:30 – 15:00 Ergotherapie Gruppe 1 *Ergotherapieraum*	
14:00 – 15:00 Gruppentherapie			15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2 *Ergotherapieraum*	14:00 – 15:00 Gesundheitsinfo *Plenumssaal*
16:00 – 17:00 Suchtinformation *Therapieraum 1*	15:30 – 16:30 Suchtinformation *Therapieraum 1*	15:30 – 16:30 Einführung Fitnessraum *Fitnessraum*		
	17:00 – 18:00 Uhr Freiw. Angebot <u>Gesprächsrunde</u> „Über Gott und die Welt“ *Gruppenraum Hs Württemberg/1. OG*	16:45 - 17:45 Gruppentherapie		
18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen
			19:00 Uhr Hausgruppe *In den jeweiligen Häusern*	

Wochenplan DD-Station 3. Therapiewoche

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe	06:30 Geh- und Laufgruppe
07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück
08:15 – 10:15 Einzel-Visite	08:00 – 09:15 Hausdienste/ Zimmerreinigung	08:00 – 09:00 Großgruppe /*Plenumssaal* 1. Mittwoch im Monat Vollversammlung	08:30 – 09:30 Psychoedukation *Gruppenraum HS Pfalz*	
		10:30 – 12:00 Ergotherapie Gruppe 1 *Ergotherapieraum*	10:00 – 12:00 Uhr Vorbereitung zur Indikationskonferenz in Eigenarbeit /Erstellen des Suchtverlaufs	
10:30 – 12:00 Sporttherapie *Sporthalle*	10:30-11:30 Gruppentherapie	10:30 – 11:45 Offene Sozialberatung (Nach Bedarf) *Sprechzimmer Sozialberatung (Haus Allgäu UG)*	11:00 – 12:00 Ernährungsberatung (nach Indikation) *Therapieraum 4*	10:30 -11:30 Gruppentherapie
12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen
	13:30 – 15:00 Ergotherapie Gruppe 1 *Ergotherapieraum*		13:30 – 15:00 Ergotherapie Gruppe 1 *Ergotherapieraum*	
14:00 – 15:00 Gruppentherapie	15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2 *Ergotherapieraum*	14:00 – 14:45 Muskelaufbautraining (MAT) 1 (nach Indikation) *Fitnessraum*	15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2 *Ergotherapieraum*	14:00 – 15:00 Gesundheitsinfo *Plenumssaal*
16:00 – 17:30 Motivationsgruppe *Therapieraum 4*	17:00 – 18:00 Uhr Freiw. Angebot <u>Gesprächsrunde</u> „Über Gott und die Welt“ *Gruppenraum Hs Württemberg/ 1. OG*			
		16:45 – 17:45 Gruppentherapie		
18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen
	19:00 – 21:00 Offenes Atelier *Kunsttherapieraum 1*		19:00 Hausgruppe *In den jeweiligen Häusern*	

4.6.5. Behandlungskonzept Kombibehandlung

Wir führen seit 1999 sehr erfolgreich diese moderne und zunehmend in Anspruch genommene Therapieform durch: Die hervorragende Verbindung einer kurzen intensiven stationären Therapiephase mit heilsamem Abstand von Zuhause mit einer nahtlos anschließenden ambulanten Phase ganz nah am Alltag an der Suchtberatungsstelle oder einer Tagesrehabilitation nahe des Heimatortes.

Dieses Therapieangebot ist vorrangig für folgende Patienten geeignet:

- Alkohol- und / oder medikamentenabhängige Männer mit ausreichender Abstinenzmotivation und Krankheitseinsicht.
- Drogenabhängige Männer im Einzelfall und nach vorheriger Absprache.
- Sozial ausreichend integrierte Patienten, die entweder in einem Arbeitsverhältnis stehen oder nach kurzfristiger Arbeitslosigkeit eine berufliche Perspektive mitbringen.
- Patienten ohne schwere körperliche Einschränkungen oder massive Suchtfolgeerkrankungen.
- Patienten, die in der Lage sind, die Funktion des Suchtmittels und damit verbundene Auswirkungen zu reflektieren.

Die **maximal 14 Patienten** sind gemeinsam in einem gesonderten Gebäude an der Peripherie des Ringgenhofgeländes in **„Riedweiler“** untergebracht. Durch die gesonderte Lage ergibt sich die Möglichkeit, ein hocheffizientes Therapieprogramm, das in seiner Intensität ein ausgezeichnetes Initial für die Weiterbehandlung im ambulanten oder teilstationären Rahmen bietet, durchzuführen.

Die Selbstverantwortlichkeit und Eigenorganisation der therapeutischen Hausgemeinschaft bietet einen Rahmen, in dem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl wachsen können. Der heilsame zeitliche und räumliche Abstand zum privaten und beruflichen Alltag wird oft als Chance erlebt, belastende Themen anzusprechen und nach Lösungen zu suchen. Das positive Erleben von gruppentherapeutischen Prozessen und die Bewusstmachung der „inneren und äußeren“ Themen, die die Suchterkrankung begleiten, während der stationären Behandlungsphase ist eine hervorragende Grundlage für die alltagsnahe ambulante Weiterbehandlung.

Die Ziele, die während der stationären Phase ins Auge gefasst wurden, können vor dem Hintergrund des Alltags auf ihre Umsetzbarkeit überprüft werden. Eine professionelle Verzahnung mit den Vor- und Nachbehandlern in Form von Übergabegesprächen ist unabdingbar für einen gelungenen Wechsel in die nächste Behandlungsphase. Diesen oft kritischen Teil der Gesamtbehandlung nehmen wir durch regelmäßigen Austausch mit den Kooperationspartnern sehr ernst.

Das therapeutische Programm besteht aus einer Vielfalt unterschiedlicher Maßnahmen:

- 1x wöchentlich Einzelpsychotherapie zur Vertiefung biographischer und suchtrelevanter Zusammenhänge.

- 3x wöchentlich Gruppenpsychotherapie zur Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Beziehungs- und Konfliktfähigkeit und Kommunikation.
- 1x wöchentlich Reflexionsgruppe Arbeitstherapie und Freizeitgestaltung zur Verdeutlichung arbeitsbezogener Ressourcen und Defizite und Erarbeitung von Lösungsstrategien und Entwicklung eines sinnvollen Freizeitverhaltens.
- 1x wöchentlich in Eigenverantwortung gestaltete Selbsthilfegruppe mit Austausch zur Klärung und Vertiefung der rationalen und emotionalen Krankheitseinsicht.
- 1x wöchentlich Kreativgruppe zum Entdecken und Entwickeln des persönlichen Ausdrucks und Herstellung eines Bezugs zur eigenen Persönlichkeit.
- 1x wöchentliche Musiktherapie zur Entwicklung neuer Erlebnis- und Ausdrucksweisen, zur Förderung von Spontaneität und Kreativität sowie zur Anregung nonverbaler und verbaler Interaktion gemäß dem kommunikativen Charakter von Musik.
- 1x wöchentlich Arbeitstherapieprojekte zur Erhaltung und Förderung berufsbezogener Kompetenzen sowie Überprüfung und Stärkung von Grundarbeitsfähigkeiten und Aufrechterhaltung der Arbeitsmotivation.
- 1x wöchentlich Training sozialer Kompetenz als Trainingsmaßnahme zur Förderung und Erweiterung von Verhaltens- und Kommunikationsstrategien.
- 1x wöchentlich Gesundheitsinformation zu suchtrelevanten Themen zur Vertiefung der emotionalen und rationalen Krankheitseinsicht und Festigung des Abstinenzwillens.
- 2x wöchentlich Sporttherapie in nach Leistungsfähigkeit differenzierten Gruppen zum Aufbau der konditionellen Grundeigenschaften und der Verbesserung der physischen und psychischen Belastbarkeit.
- 1x wöchentlich Entspannungstherapie zur Verbesserung der Körper- und Gefühlswahrnehmung sowie zur Entwicklung einfacher, alternativer Verhaltensweisen, die sich kurzfristig zum Abbau von Stress, Anspannung, Angst, Schlafstörungen und Suchtdruck anwenden lassen.
- Partner- und Familiengespräche zur Bearbeitung suchtbedingter oder suchtbegünstigender Themen in der Paardynamik.
- Die medizinische Betreuung und Versorgung ist selbstverständlich durchgehend gewährleistet.

Gruppenausflüge, die von den Patienten selbstständig geplant und organisiert werden, nehmen das vielfältige Angebot der umgebenden Natur (Naturseen, Berge etc.) und umliegender Sehenswürdigkeiten wahr. Die gemeinsamen Aktivitäten dienen der Stärkung des Gruppenzusammenhalts und als Anreiz für künftige Freizeitgestaltung.

Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern

Durch die Kürze der stationären Therapiephase von 6-8 Wochen ist eine professionelle Verzahnung und Kooperation von besonderer Bedeutsamkeit.

Als günstig erwiesen hat sich bereits in der Vorbereitung zur Kombitherapie die Beschreibung der Therapieziele für den Gesamtbehandlungsplan, wenn möglich aufgeteilt in den stationären und ambulanten Behandlungsteil. Im Sozialbericht und im Einzelfall durch ein Telefonat vor Therapieantritt sollten diese zugunsten eines fokussierten Therapieprozesses deutlich gemacht werden.

Die Zurückanbindung kann im günstigen Fall durch ein gemeinsames Übergabegespräch erfolgen, mindestens aber durch unsere telefonische Information zum bisherigen Therapieverlauf. Natürlich sind wir bemüht, die Abschlussberichte so schnell wie möglich zu übersenden, um den nahtlosen Übergang ins ambulante oder ganztägig ambulante Setting zu erleichtern.

Ziel dieser Behandlungsform ist es, die speziellen Vorteile, die sich jeweils für die ambulante Rehabilitation auf der einen Seite und für die stationäre Rehabilitation auf der anderen Seite eruieren lassen, gezielt herauszugreifen und in eine sinnvoll- kombinierte Abfolge zu bringen, so dass erwartet wird, dass die therapeutischen Effekte sich durch die Kombination der therapeutischen Elemente potenzieren.

4.6.5.1. Phasen der Kombibehandlung

Die Kombinationstherapie umfasst zwei Phasen. Einer initialen Intensivphase mit einer 6-wöchigen stationären Rehabilitation in der Fachklinik folgt eine Phase ganztägig ambulanter Therapie in einer Tagesrehabilitation oder ambulanter Therapie an einer anerkannten Suchtberatungsstelle. Die Übergabe des Patienten in die ganztägig ambulante oder ambulante Behandlung erfolgt in den letzten beiden Wochen der Initialphase in einem in der Regel persönlichen Dreiergespräch mit Patient, Bezugtherapeut und weiterbehandelndem Therapeuten. Bei zu großen Entfernungen erfolgt diese Übergabe als Telefonkonferenz. Darüber hinaus ist die Suchthilfe Mitglied beim Projekt Verbundqualität diakonischer Suchthilfeeinrichtungen und nutzt in innerhalb dieses Verbunds den vorgesehen Casemanagementbogen.

Indikationen für die Kombinationstherapie sind:

- bestehende Notwendigkeit eines geschützten Rahmens für die ersten Schritte des Ausstiegs aus der Sucht, z.B. nach vorheriger Entgiftung
- vorangegangene arbeitsrechtliche Schritte des Arbeitgebers, so dass weiteres suchtbedingtes Fehlverhalten zur Kündigung führen würde
- Vor der ambulanten Rehabilitation stellt sich die Frage der Leistungsfähigkeit und der realistischen Einschätzung der körperlichen und psychischen Belastungsfähigkeit durch Belastungserprobung und Anwendung von Arbeitstherapie, Ergotherapie, MBO

- Vorliegen einer gering entwickelten Behandlungsmotivation, die im stationären Setting soweit verbessert werden kann, dass die anschließende ambulante Therapie zu Ende werden kann.

4.6.5.2. Voraussetzungen für die Kombibehandlung

Damit die Übergänge zwischen den einzelnen Behandlungsphasen möglichst nahtlos und reibungslos vonstatten gehen achten wir darauf, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Von Seiten der Kostenträger: Günstig ist es, wenn eine Kostenzugsage für die Gesamtbehandlung vorliegt und bei Bedarf die Möglichkeit zu einer Umwidmung besteht.

- Von Seiten der Fachkliniken und der Psychosozialen Beratungsstelle: Es besteht eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit genauen Absprachen zwischen beiden Institutionen, dazu gehören auch diagnostische Abstimmung und Therapieplanung. Damit werden Doppeluntersuchungen vermieden und gemeinsame Fallanalysen zur Fortentwicklung des Konzepts und zur Überprüfung der Indikationskriterien finden statt.

4.6.5.3. Zielgruppe für die Kombibehandlung

Bei Durchführung einer ganztägig ambulanten Rehabilitation – sowohl als eigenständige Behandlungsform als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung – ist ein gewisses Maß an sozialer und beruflicher Integration nötig. Zudem muss die oder der Teilnehmende in der Lage sein, in ihrer oder seiner gewohnten Umgebung dauerhaft auf das Suchtmittel verzichten zu können.

Voraussetzung bei beiden Formen (ganztägig ambulante Rehabilitation und ambulanter Teil der Kombinationsbehandlung) ist, dass der Patient bereit und fähig ist, regelmäßig an den Angeboten der ambulanten Rehabilitation teilzunehmen. In Einzelfällen kann die Durchführung einer Kombinationsbehandlung eine „zweitbeste“ Lösung sein, wenn an sich eine Langzeitbehandlung indiziert wäre, aber die Lebensumstände des Patienten eine längere Abwesenheit von zu Hause nicht erlauben bzw. er nicht bereit dazu ist. Liegt ein solcher „Interessenkonflikt“ vor, geht es im Vorfeld oder auch während der Rehabilitation um ein Aushandeln und Abwägen der verschiedenen Aspekte, bis ein erfolgversprechender Weg gefunden wird.

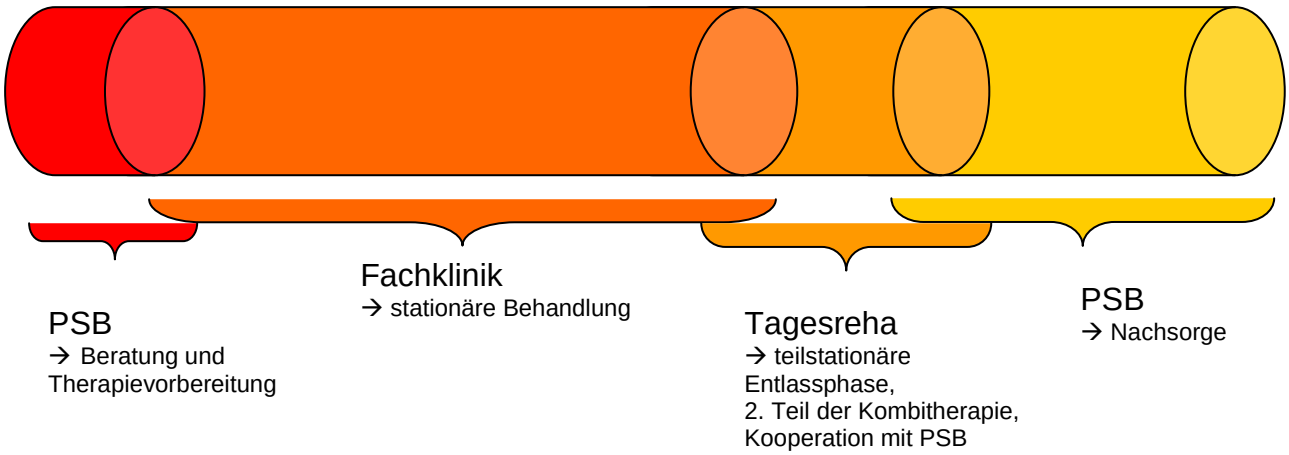
Im Einzelnen umfasst der stationäre Teil der Kombinationsbehandlung alle Elemente der stationären Rehabilitation, wobei der Rehabilitationsplan der stationären Phase bereits die anschließende ambulante Phase berücksichtigt.

4.6.5.4. Kombibehandlung pathologisches Glückspiel als Zukunftsperspektive

Die Psychosozialen Beratungsstellen in Ravensburg, Friedrichshafen und Sigmaringen haben sich mit den Fachkliniken der Suchthilfe der Zieglerschen in einem Qualitätszirkel "Lokale Vernetzung in der Suchthilfe" zusammengeschlossen mit dem Ziel, gemeinsame Konzepte zur nahtlosen Behandlung Suchtkranker in den verschiedenen Phasen ihrer Erkrankung und Behandlung sowie die Strukturen

dafür zu entwickeln, sodass auch die Behandlung pathologischer Glücksspieler in der Tagesrehabilitation bei Kombitherapie oder teilstationärer Entlassphase möglich ist.

Nach der stationären Behandlungsphase eines pathologischen Glücksspielers erfolgt die Weiterbehandlung in der Tagesrehabilitation unter Nutzung des Gruppenangebots für pathologische Glücksspieler der Psychosozialen Beratungsstelle, an dem Mitarbeiter der Tagesrehabilitation mitwirken. In der Tagesrehabilitation selber erfolgt die spezifische Behandlung des pathologischen Spielens in der Einzeltherapie, gleichwohl sind diese Patienten in die Gruppentherapie integriert, da der therapeutische Ansatz der Tagesrehabilitation ein störungs- und nicht ein substanzspezifischer ist. Die in der stationären Phase zusätzlich und spielerspezifisch getroffenen Vereinbarungen gelten fort, die Aufgaben des Sozialdiensts in der Beratung und Begleitung der Spieler übernehmen die Sozialarbeiter der Tagesrehabilitation unter enger Absprache mit den Kollegen der zuvor behandelnden stationären Einrichtung.
Der Behandlungsweg für pathologische Glücksspieler im lokalen Einzugsgebiet der Fachklinik Ringgenhof kann wie folgt aussehen: Beratung und Therapievorbereitung in der Psychosozialen Beratungsstelle, stationäre Behandlung in der Fachklinik Ringgenhof, teilstationäre Entlassphase oder zweiter Teil der Kombibehandlung in der Tagesrehabilitation, Nachsorge oder ambulanter Teil der Kombibehandlung in der Psychosozialen Beratungsstelle. Der Patient begegnet an jeder Stelle dem gleichen konzeptionellen Ansatz, personell und sequentiell miteinander verzahnt.



Wochenplan ab der 5. Therapiewoche Kurzzeittherapie

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück
08:00 – 10:00 Arbeitstherapie (AT)	**08:00 – 09:30** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**08:00 – 09:30 Gruppentherapie** 1. Mittwoch vom Monat Vollversammlung	**08:00 – 12:00** Uhr Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**08:00 – 10:00** Arbeitstherapie
	09:30 – 10:15 (5. Woche) Letzte Servicereflexion	**09:30 – 12:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprob. 10:30 – 12:00 Ergotherapie Gr.1	09:00 – 10:30 Uhr Ergotherapie Gruppe 2 **09:00 – 09:45 MAT 3** / **09:45 – 10:30 MAT 4**	
10:30 – 12:00 Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:00 – 12:00** Hausdienste / Zimmerreinigung	**10:30 – 11:45** Offene Sozialberatung (Bei Bedarf) Sprechzimmer Fr. Dietrich	**10:30 -12:00** Sport 3 Gruppe 2 Ergotherapie Gruppe 1 **11:00 – 12:00** Ernährungsberatung	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum
12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen
12:45 – 14:30 AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 16:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria
14:00 – 14:45 Muskelaufbautraining (MAT) Gruppe 1	**13:30 – 16:30** Arbeitstherapie **13:30 - 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**14:00 – 14:45** MAT Gruppe 1	**13:30 – 17:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**14:00 – 15:00** Gesundheitsinfo
14:00 – 15:30 Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1 Rückfallgruppe Depressive Störung	13:30-15:00 Angststörung **14:00 – 14:45** MAT Gruppe 3	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1	**13:30 – 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**15:15 – 16:45** Bogenschießen
14:45 – 15:30 MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2 Tabakentwöhnung Kognitives Training	**15:30 – 17:30** PC-Kurs (Nach Indikation)
15:30 – 16.15 Rückentraining Gruppe 1	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 4	**15:30 – 17:00** Sport 3 Gruppe 1		
15:30 – 17:00 Sport 3 Gruppe 1 Rückentraining Gruppe 2	15: 00 – 16:30 Ergotherapie Gr. 2		15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2	
16:00 – 17:30 Training Sozialer Kompetenz Spielsucht Kunsttherapie Gruppe 2	**15:30 – 16:45** Sport 3 Gruppe 2 Geh- und Lauftraining	**16:00 – 17:30** Kunsttherapie Gruppe 2	**16:00 – 17:30** Rückfallprävention (ab sofort verbindlich für alle)	
17:15 – 18:00 Workout Sporthalle	**17:00 – 18:00Gesprächsrunde** **„Über Gott und die Welt“**	**17:00 – 17:45** Workout Sporthalle	**15:30 - 17:00** Geh- und Lauftraining	
18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen
	19:00-21:00 Offenes Atelier	19:15 – 21:15 PC-Kurs (Indikativ)	19:00 Hausgruppe in den Häusern	

4.6.6. Kultursensible medizinische Rehabilitation

4.6.6.1. Kultursensibilität in der medizinischen Rehabilitation

Im Betriebsteil Bruggenhof behandeln in der medizinischen Rehabilitation 18 alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige volljährige Männer mit einer Migrationsgeschichte in der ersten bis dritten Generation. Auf dem Bruggenhof ist über Anwesenheit ein 24 Stunden therapeutischer bzw. Dienst der Krankenpflege sichergestellt. Die ärztliche Versorgung erfolgt tagsüber durch die medizinische Abteilung der Fachklinik Ringgenhof, außerhalb der Geschäftszeiten durch den rufbereiten Arzt der Suchthilfe. Sporttherapie wird in der Fachklinik Ringgenhof realisiert.

Vor dem Hintergrund der Geschichte russlanddeutscher Familien, der politischen Verfolgung, Vertreibung und sozialen Diskriminierung nach dem Ersten Weltkrieg bis in die heutige Zeit, der kommunistisch geprägten Gesellschaft mit dem Umgang mit Suchtkranken und Strafgefangenen in der ehemaligen Sowjetunion nehmen wir Rücksicht auf die Überzeugungen, Sichtweisen und identitätsstiftenden Faktoren unserer Patienten. Auch bei ausreichendem und sehr gutem Spracherwerb oft schon in der ersten Einwanderergeneration, aber auf jeden Fall in der zweiten Einwanderergeneration werden noch immer in Familien Haltungen, Selbstverständnis und Geschichten vererbt, die einen kultursensiblen Therapienansatz auch ohne funktionale Sprachbarriere berechtigen. Um mit unseren Patienten in bewährter Weise psychoanalytisch- interaktionell zu arbeiten, bedarf es des speziellen Wissens unsererseits um das Gewordensein unserer Patienten unter diesen besonderen historischen, politischen und gesellschaftlichen Bedingungen. Soziologisch ist belegt, dass die Integration in den meisten Fällen erst in der dritten Generation abgeschlossen ist, somit liegt bei entsprechenden Verzögerungen der Integration ein langer Weg der Begleitung vor allen Beteiligten.

Unabhängig von der Kenntnis der besonderen Situation der Einwanderer aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion und Polen sowie der fremdsprachlichen Kompetenz unserer ärztlich und therapeutisch tätigen Mitarbeitern bedeutet Kultursensibilität in der Psychotherapie vielmehr: Analog zum Konstrukt des intermediären Raums nach Winnicott, in dem das Kind die Symbiose mit der Mutter löst, Differenz und Ähnlichkeit wahrnimmt, innere Realität mit äußerem Leben abgleicht und so über die dyadische und dann die trianguläre Beziehung Ichreife und Identität ausbildet, bietet eine kultursensible Einrichtung den transkulturellen Übergangsraum von einer Kultur in die andere als diesen intermediären Raum. Eigene Kultur kann mit fremder Kultur abgeglichen, Bedeutungszusammenhänge können hergestellt werden, die prozesshafte Identitätsentwicklung erfolgt durch die Herstellung eines Bedeutungszusammenhangs zwischen Eigenem und Fremdem.

Kultur steht nicht statisch über den Handlungen und dem Alltag eines Menschen, sondern sie ist dessen Alltag und wird geprägt dadurch, wie er lebt, welchen Sinn und Bedeutung er seinen Dingen verleiht. Die Konstruktion kultureller Identität geschieht immer neu durch soziale Interaktion und als symbolische Praxis. Die Aspekte einer gemeinsamen Kultur sind Symbole, Wertbegriffe, kollektive Erinnerungen, Mythen und Rituale, die einen sicheren Handlungsrahmen für das Individuum als

einzelnes sowie in seiner Bezugsgruppe bieten. Die kulturelle Umgebung prägt den Prozess der Identitätsbildung, kindlicher Internalisierungs- und Identifizierungsvorgänge und erzeugt so die kulturelle Identität als Kohärenz des Verhaltens und der Gefühle von Individuen in kollektiver Abstimmung. Die Internalisierung der ethischen Normen findet im Schoß der Familie statt. Für die kindliche Entwicklung ist es bedeutsam, wie die sozialen Haltungen der Eltern in die Innenwelt des Kindes eingeführt werden und dort Ichideal und Vorläufer des Überichs werden. Zur Identität gehört unsere Sprache, die Muttersprache und ihre innerseelische Bedeutung als Organisatorin der Psyche. Die Sprache ist Trägerin und Vermittlerin von Riten, Bräuchen und schafft Zugehörigkeit. Erleben und Reflektion sind an Sprache gebunden, sie ermöglicht Denken und Kommunikation. Desweiteren ist sie Zugangsweg zu Phantasien und Symbolen. Wortvorstellungen vermitteln zwischen kognitiven und affektiven Zuständen. Wortvorstellungen ermöglichen Bewusstseinsfähigkeit als Brücke zwischen Ichstruktur und sozialer Funktion im interaktionellen Prozess.

Identität ist die psychische Struktur, die es dem Menschen ermöglicht, Fremdes und Eigenes zu unterscheiden und in ein Verhältnis zueinander zu setzen, die Selbstkontinuität ermöglicht.

Gründe für Migration sind vielfältig: Idealistische oder eigene Interessen, wirtschaftliche Notwendigkeiten, der Wunsch, dass die Kinder es besser haben sollen, einige Familienmitglieder werden von den aktiveren einfach „mitgenommen“. Die Integrationsleistung des Ichs nach dem Eintritt in die neue Kultur ist die, die Entscheidung zu treffen, der neuen Gruppe beitreten zu wollen, ohne dabei das Eigene aufgeben zu müssen. Dazu ist es notwendig, über ein reifes Ich mit angemessenen, schützenden Abwehrmechanismen zu verfügen.

In vielen Fällen ist das Repertoire zum Schutz des Ichs in der Fremde nicht ausreichend, sodass es zu einem Identitätsverlust, zu Orientierungslosigkeit und Handlungsunfähigkeit kommt. Ohnmächtige, aggressive Gefühle, Schuld, Scham und Angst entstehen. Es entsteht eine tiefe Verunsicherung, wie das Individuum sein darf, sein soll, sein kann und sein will. Es verliert im schlimmsten Fall den Selbstkontinuitätssinn. Es wird zerrieben im transkulturellen Konflikt zwischen den Anforderungen der Primärgruppe und denen der Mehrheitsgesellschaft. Der psychische Apparat versagt und je nach Persönlichkeitsstruktur und kulturellem Kontext kommt es zu spezifischen und psychischen Erkrankungen, in unserem Fall die Abhängigkeitserkrankung. Menschen, die sich durch den Wechsel in eine andere Gesellschaft plötzlich nicht mehr erkannt fühlen, erleben Identitätsverlust begleitet von Gefühlen des Versagens, des Selbstzweifels und Ängsten. Die Bewahrung des Zusammenhangs zwischen Vergangenheit und Gegenwart im Sinne einer übergreifenden Perspektive kann verloren gehen.

Gravierend ist, dass dieser Verlust des Selbstkontinuitätssinns in der Regel Menschen trifft, die bereits im Herkunftsland und in der Herkunftsfamilie keine reife Ichentwicklung haben vollziehen können, genauso, wie wir es von westlich sozialisierten frühgestörten, suchtkranken Patienten kennen. Sowohl hier wie da hat die fehlende Passung der Möglichkeiten der Bezugsperson zu den Bedürfnissen des kleinen Kindes zu mehr oder weniger tiefgreifenden Störungen in der Ausbildung von Selbst- und Objektbildern beigetragen, sodass die Migration dann oft nur die destabilisierende Situation für ein

vulnerables Ich darstellt. Gerade aus der Forschung über Nachkommen der Opfer der Konzentrationslager und der Shoa, wissen wir, dass solche traumatischen Erfahrungen durch Beziehungsstil, affektive Expression, Geschichten, Tabus und Familienmythen an die nächste Generation weitergegeben werden. Trauma als Verlust von Selbstkonzept aufgrund nicht antizipierbarer Geschehnisse wird weitervererbt.

In der Therapie treffen wir also Menschen, die in ihrem Selbstkonzept, ihrer Geschichte, ihren gesellschaftlichen und Moralvorstellungen gänzlich verunsichert sind und denen ihre üblichen Methoden, schwierige Situationen zu bewältigen, schon sprachlich nicht mehr zur Verfügung stehen. Die Leistung der Kultursensibilität besteht darin, den Patienten durch Bereitstellung eines transkulturellen Übergangsraums, in dem Altes Wertigkeit, Berechtigung und Bestand hat, aber Neues überwiegt, vorgelebt und eingefordert wird, bereitzustellen zur erneuten, bzw., wenn wir die Frühstörung unserer Patienten betrachten, erstmaligen identitätsbildenden Synthese aus innen und außen, damals und jetzt, dort und hier. In wertschätzender Haltung der mitgebrachten Kultur kann die Lösung von dieser (Analogon Mutter) erfolgen, dazu notwendige Übergangsobjekte (Sprache, Symbole, Stile) können anfangs beibehalten werden um dann gegen Ende der Behandlung ersetzt zu werden durch für jeden individuell annehmbare moralische, gesellschaftliche, soziale und spirituelle Werte der Mehrheitsgesellschaft. Kultursensibilität bedeutet also zum einen, im Sinne der Nachreifung frühkindliche Entwicklungsdefizite überhaupt aufzuholen, den Patienten unter den besonderen Bedingungen der Migrationsgeschichte aber darüber noch die Integration in den neuen Lebensraum zu ermöglichen. Somit bildet psychotherapeutisch die Loslösung von der Mutter und die Ausbildung der kindlichen Identität das Analogon zur Ablösung von der alten Kultur hin zum Sinn artikulierenden Orientierungsrahmen einer neuen Kultur.

Verpflichtende Teilnahme am Deutschunterricht einmal in der Woche gehört zur gelingenden Integration.

Medizinische Rehabilitation unter diesem Aspekt bedeutet, körperliche Einschränkungen, die von Patienten beklagt werden, sowohl in der Symptomangabe als auch in der Bedeutung der Erkrankung vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund zu verstehen, sie aber nach unseren Leitfäden zu behandeln und sozialmedizinisch in ihrer Bedeutsamkeit einzuschätzen. Hier bedarf es der ständigen Vermittlung zwischen der Herkunftskultur und der unsrigen durch das medizinische Personal. Des weiteren liegt in der beruflichen Orientierung der medizinischen Rehabilitation ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Vermittlung westeuropäischer Arbeitstugenden, um auch so die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und vor allen Dingen die Wettbewerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt sicherzustellen.

4.6.6.2. Die Einrichtung

4.6.6.2.1. Grundsätze, Struktur und Ausstattung

Der Betriebsteil Bruggenhof der Fachklinik Ringgenhof ist eine Einrichtung der stationären medizinischen Rehabilitation mit 18 Therapieplätzen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Männer mit Migrationsgeschichte. Die Behandlung erfolgt vor dem Hintergrund des christlichen Menschenbilds nach den Anforderungen des SGB IX und dem Konzept der funktionalen Gesundheit nach ICF. Neben der Suchtmittelabstinenz ist das Behandlungsziel die (Wieder-) Herstellung der Leistungsfähigkeit durch den Erwerb grundlegender Fertigkeiten gemäß der behandelten Störungen der Körperstrukturen und -funktionen, die für die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe und Aktivität erforderlich sind.
Das Therapieprogramm hält gemeinschaftliche, indikations- und gruppenbezogene Therapieelemente und Aktivitäten vor. Zu den gemeinschaftlichen Therapieinhalten gehören die wöchentliche Vollversammlung, Fachvorträge, Zubereitung und Einnahme der Mahlzeiten, Vorstellungen von Adaptions- und anderen Nachsorgeeinrichtungen, Filmvorführungen mit anschließender Diskussion, Gottesdienste, Feste, Veranstaltungen und gesamtklinikbezogene Freizeitaktivitäten.
Die Patienten werden gruppentherapeutisch psychoanalytisch interaktionell behandelt, ergänzt durch indikative Gruppen. Darüber hinaus bietet die Klinik Sport- und Erlebnispädagogik an. Lebenspraktisches Training, angeleitete Raumpflege in den Wohneinheiten sowie Haushaltstraining begleiten die Patienten auf dem Weg in die Selbständigkeit.
Der Bruggenhof bietet den Patienten die Unterbringung in Ein- und Zwei-Bettzimmern. In einer Küche erfolgt die gemeinschaftliche Zubereitung der Mahlzeiten, die im gemeinsamen Speisezimmer eingenommen werden. Des Weiteren verfügt der Bruggenhof über zwei große Gemeinschaftsräume mit offenem Kamin, Billard und Kicker. Im Keller befindet sich ein Fitnessraum. Um die inkludierende Behandlung der Patienten sicherzustellen, können sie alle Sport- und Freizeiteinrichtungen der Fachklinik Ringgenhof am 2 km entfernten Hauptstandort in Wilhelmsdorf nutzen. In einer gut eingerichteten Kreativwerkstatt auf dem Bruggenhof , in den Gartenanlagen, der Hauswirtschaft und im Tierbereich erfolgt die Arbeits- und Ergotherapie. Der medizinische Dienst ist mit Diagnostik- und Behandlungsräumen ausgestattet. Eine Sammlung von Fachliteratur, Belletristik und Filmen findet sich in der Patientenbibliothek. Fahrräder, Langlaufskiequipments und Kletterseile stehen für erlebnispädagogische Aktivitäten zur Verfügung.

4.6.6.2.2. Personal: Qualifikation und Kompetenzen

Der Bruggenhof beschäftigt im therapeutischen Bereich qualifizierte und erfahrene Fachkräfte, von denen einige einen interkulturellen Hintergrund sowie muttersprachliche Kompetenzen in Russisch, bzw. fließende Fremdsprachenkenntnisse mitbringen. Das therapeutische Team besteht aus Ärzten[1] (Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Internisten), Diplom-Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten, Diplom-Sozialpädagogen und -Sozialarbeitern mit suchtspezifischer Zusatzausbildung, Ergotherapeuten, Erziehern am Arbeitsplatz und Angehörigen

[1] Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird in diesem Konzept bei der Beschreibung der Berufsgruppen unserer Mitarbeitenden jeweils nur ein Geschlecht angegeben. Sofern nicht ausdrücklich anders beschrieben, sind hierbei beide Geschlechter gemeint.

der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Als Teil der Fachklinik Ringgenhof wird in der kultursensiblen medizinischen Rehabilitation im Bruggenhof Personal auch synergetisch aus dem Gesamtteam der Fachklinik Ringgenhof eingesetzt
Eine institutionell verankerte regelmäßige Fall- sowie externe Teamsupervision unterstützt die fachliche und teamdynamische Weiterentwicklung. Die Mitarbeitenden werden im Rahmen eines Personalentwicklungsplans durch interne und externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unterstützt.

4.6.6.2.3. Dokumentation und Qualitätsmanagement

Der Bruggenhof ist nach DIN EN ISO 9001:2008 durch LGA InterCert zertifiziert. Unsere Arbeit ist im Qualitätshandbuch verpflichtend für jeden Mitarbeiter beschrieben. Interne Audits überprüfen den Verlauf der Entwicklungen. Auch nach der Zertifizierung werden alle Teile des Rehabilitationsprozesses kontinuierlich intern wie extern (im Verbund der Suchtkrankenhilfe) überwacht, optimiert bzw. weiterentwickelt. Hierbei wirkt der Qualitätsmanagementbeauftragte der Suchtkrankenhilfe gGmbH mit. Am Ende der Behandlung findet eine schriftliche Patientenbefragung statt, die zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Arbeit in Bezug auf die Zufriedenheit unserer Patienten und Kunden ausgewertet wird. Katamneseerhebungen geben Auskunft über die Abstinenzquoten nach der Entwöhnungsbehandlung. Die Entlassberichte gehen dem Peer Review Verfahren zu, dessen Beurteilungen ausgewertet werden zur Ausschöpfung der Entwicklungspotentiale. Einmal im Jahr erfolgt die Fortschreibung der Balanced Score Card (BSC) als Managementinstrument der Zieglerschen.

4.6.6.2.4. Behandlungs- und Rehabilitationsziele

Das zentrale Ziel unserer rehabilitativen therapeutischen Interventionen ist eine erfolgreiche Teilhabe und Aktivität der Patienten (SGB IX) auf der Basis einer wiedererlangten beruflichen Leistungsfähigkeit (Erwerbsfähigkeit) und einer daraus resultierenden Integration unter Nutzung der stützenden Kontextfaktoren (berufliche Erst- oder Wiedereingliederung). Des Weiteren betreiben wir die Prävention erneuter Rückfälligkeit bzw. der Ausbildung von Suchtfolge- und Begleiterkrankungen sowie die Heilung kurabler Erkrankungen. Voraussetzung dafür ist die vollständige und dauerhafte Suchtmittelabstinenz.
Bei einem Großteil der jüngeren Patienten müssen z. T. gravierende Entwicklungsverzögerungen und Reifungsdefizite bearbeitet werden, Teilhabe und Aktivität vor dem Hintergrund gestörter Körperfunktionen, vor allem im psychiatrischen Fachgebiet, stehen im Vordergrund. Dazu werden grundlegende Kompetenzen wie Umgang mit unterschiedlichen belastenden Situationen und Gewalt, Kritik- und Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen eingeübt sowie realitätsangepasstes Denken und Handeln erhöht bzw. verbessert.
Ältere, oft resignierte und passive Patienten gilt es, zu aktivieren und durch ein entsprechendes lebenspraktisches Training zu befähigen, ihr Leben aus eigener Kraft (personenbezogene Kontextfaktoren) auf der Basis wiedererlangter sozialer Kompetenzen (umweltbezogene Kontextfaktoren) zu gestalten.

4.6.6.2.5. Ressourcen und Rehabilitationsorientierung

Einer der zentralen Aspekte unserer Vorgehensweise ist die Fokussierung auf die Potentiale, Kompetenzen, Stärken unserer Patienten im Sinne der funktionalen Gesundheit. Im therapeutischen Prozess bemühen wir uns auf der Grundlage des Verständnisses für sein Gewordensein um die Möglichkeiten, die positiven Eigenschaften und positiven Lebenserfahrungen, also die Ressourcen, des Patienten. Ermutigung, Sinngebung, positive Erfahrungsfelder, kurzfristige Übernahme von Hilfsichfunktionen, das Prinzip Antwort, Wertschätzung und angemessene Bestätigung und Anerkennung bilden die Grundpfeiler des Veränderungs- und Nachreifungsprozesses. Die Patienten können das Selbstvertrauen in die eigenen Entwicklungspotentiale und Selbstheilungskräfte entdecken oder zurückgewinnen.
Auf der Basis vorhandener Ressourcen entwickeln wir, gemeinsam mit dem Patienten, einen individuellen Rehabilitationsplan für die Bereiche Teilhabe, Aktivität und funktional intakte Körperstrukturen mit dem Ziel einer optimalen Vorbereitung auf den Neuanfang nach der Therapie. Diese Planung umfasst alle wesentlichen Elemente der Kontextfaktoren für den anstehenden beruflichen Ersteinstieg wie auch die Wiedereingliederung. Der Rehabilitationsplan wird während der Rehabilitationsmaßnahme in regelmäßigen Reha-Konferenzen beraten, angepasst und weiterentwickelt.

4.6.6.3. Rehabilitationsprozesse und Therapiebausteine

4.6.6.3.1. Aufnahme und Behandlungsdauer

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung im Bruggenhof sehen wir als eine Phase im Gesamtzusammenhang aller therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen beruflicher und sozialer Integration. Dabei legen wir einen hohen Wert auf die enge Verzahnung sowohl mit den therapievorbereitenden Stellen (Psychosoziale Beratungsstellen, psychiatrische Kliniken und andere Akutkrankenhäuser, Justizvollzugsanstalten) als auch mit den Nachsorgeeinrichtungen (Psychosoziale Beratungsstellen, Betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen usw.).
Bei der Aufnahme durchläuft jeder Patient die medizinische und psychologische Diagnostik, in der die festgestellten Störungen und Erkrankungen nach ihrem kurativen, präventiven und rehabilitativen Bedarf geordnet werden. Die Behandlungsdauer beträgt im Regelfall 15 bis 24 Wochen und bei kürzeren Behandlungsformen sechs bis zehn Wochen. Daran anschließen kann sich eine 12-wöchige (bei Alkoholpatienten) oder 16-wöchige (bei Drogenpatienten) Adaptionsphase, die in der klinikinternen Männeradaption Oberschwaben oder in einer anderen vom zuständigen Kostenträger anerkannten Adaptionseinrichtung absolviert werden kann. Die Behandlungsdauer kann den individuellen Voraussetzungen, den Erfordernissen der Störungsbilder und den Möglichkeiten des Patienten angepasst und mit dem jeweiligen Kostenträger abgestimmt werden. Eine Kombibehandlung mit stationärer Initialphase und ganztägig ambulanter Weiterbehandlung in einer Tagesrehabilitation oder ambulanter Weiterbehandlung in einer Suchtberatungsstelle ist möglich.

4.6.6.3.2. Indikation

Die Behandlung mit den Mitteln der kultursensiblen medizinischen Rehabilitation ist besonders geeignet für abhängigkranke Männer, die einen Migrationshintergrund haben oder in Deutschland in eine Migrantenfamilie geboren wurden und mit Werten, Traditionen, Tabus, Konventionen, Historie und Riten der Minderheitsgesellschaft aufgewachsen sind bei durchaus guten Deutschkenntnissen.

4.6.6.3.3. Behandlungsprozess

Die therapeutische Arbeit im Bruggenhof ist in drei Phasen gegliedert und umfasst:

1. Phase, die *Aufnahme*: Aufnahmeverfahren, Diagnostik, Informationen, Differentialdiagnose, Überprüfung der Behandlungsbereitschaft, Festlegung der Behandlungsziele und Rehaplanung. Am Ende dieser Phase, bei regulärem Verlauf in der dritten Therapiewoche, erfolgt eine Indikationskonferenz, in der das Behandlungsteam zusammen mit dem Patienten die weitere Therapieplanung und das an seinen Rehazielen angepasste Wochenprogramm festlegt. Mit Übergang in die Hauptphase der Therapie ändert sich für den Patienten die Therapie- und Hausordnung hinsichtlich seiner Ausgangs- und Besuchsmöglichkeiten.
2. Phase, die *Hauptphase*: Erwerb eines Krankheitskonzepts, Verstehen der Persönlichkeitsentwicklung, Aneignung der Suchterkrankung vor dem Hintergrund biographischer Gegebenheiten, Erkennen von Defiziten und Nutzung von Ressourcen, Aussöhnung mit und Verantwortungsübernahme für die aktuelle Lebenssituation. Diese Therapiephase findet ihren Abschluss in der Vorstellung des Patienten in der Rehakonferenz in der 8.-10. Therapiewoche. In der Rehakonferenz legt der Patient dem Reha-Team seine Erkenntnisse über die Entwicklung seiner Erkrankung vor seinem biographischen Hintergrund sowie der Funktion des Suchtmittels in seinem aktuellen Lebenskontext dar. Er nimmt Stellung zur Gültigkeit und Erreichbarkeit bzw. gegebenenfalls zur Anpassung seiner Therapieziele und äußert seine Vorstellungen hinsichtlich seiner weiteren Zukunftsplanung. Danach setzt der Patient seine Behandlung in der Hauptphase der Therapie mit den nun aktualisierten Therapiezielen und -maßnahmen fort. Damit einher geht eine weitere Veränderung der Therapie- und Hausordnung. In den Fokus der Therapie treten nun die wachsende Selbststeuerung, die Einbeziehung der Familie und die berufliche Perspektive.
3. Phase, die *Ablösephase:* In der Ablösephase tritt die Außenorientierung in den Mittelpunkt der Behandlung. Dazu gehören eine externe berufliche Belastungserprobung, Planung und Einleitung der weiteren Behandlung in Adaption oder Nachsorge, die Klärung der Wohnsituation und die allmähliche Ablösung aus dem stationären Therapieprozess. Zur Ablösephase gehören auch begleitete Gruppenausflüge (Stadtfahrten, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, erlebnispädagogische Unternehmungen)

4.6.6.3.4. Therapeutische Maßnahmen

Das therapeutische Regelangebot im Bruggenhof umfasst neben der medizinischen Behandlung folgende Bausteine:

- *psychotherapeutischer Bereich:* Gruppen- und Einzeltherapie, Paar- und Familientherapie, Indikationsgruppen (Rückfallprophylaxe, soziales Kompetenztraining, Entspannungstraining, Kognitives Training, Tabakentwöhnung, PC-Training, Bewerbungstraining, Führerscheingruppe, etc.)
- *pädagogischer Bereich*: Suchtinformation, Gesundheitserziehung, Deutschunterricht, Lebenspraktisches Training
- *soziotherapeutischer Bereich*: verschiedene Gemeinschaftsdienste/ Gemeinschaftsaktivitäten
- Arbeitstherapie/Ergotherapie in den Bereichen Holz, Garten, Tiere, Hauswirtschaft und Küche, externe Betriebspraktika
- *gestaltungstherapeutischer Bereich*: Kreativtherapie, gestalttherapeutische Methoden
- *sporttherapeutischer Bereich*: Gymnastik, Jogging, Mannschaftsspiele im Freien und in der Halle, Muskelaufbautraining, Fitnessprogramme an Trainingsgeräten, Schwimmen, Radfahren.
- *erlebnispädagogischer Bereich*: Wanderungen, Kanufahrten etc.
- *Sozialberatung*

4.6.6.3.5. medizinisch berufliche Orientierung in der Arbeitstherapie als zentrales Rehabilitationselement

Nach SGB IX (§33 Abs. 1) sind die Beseitigung der bestehenden Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, eine wesentliche Besserung, eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder aber Abwendung von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit die wesentlichen Ziele aller rehabilitativen Maßnahmen. In der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen erfolgt dies auf der Basis einer abstinenten, d. h. suchtmittelfreien Lebensweise.

Dabei kommt der Ergo- / Arbeitstherapie im Prozess der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu. Wenn der überwiegende Anteil der abhängigkeitskranken Patienten im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung beruflich wiedereingegliedert werden soll, müssen alle psychotherapeutischen und medizinischen Interventionen diesen Aspekt stets in ihrem Fokus behalten. Somit wird eine mehrdimensionale, interdisziplinäre, aktivierende, trainierende und kompensierende Arbeitstherapie zum entscheidenden Beitrag der Einrichtung zur beruflichen Integration der Patienten. Werden die arbeitsplatzbezogenen Aspekte in der Behandlung nicht genügend beachtet und gewürdigt, schränkt dies von vornherein die Wirksamkeit der gesamten Therapiemaßnahme ein.

Die permanenten und rasanten Veränderungen der Arbeitswelt stellen immer neue Herausforderungen an die Beschäftigten und verlangen dadurch eine kontinuierliche Anpassung und ggf. Weiterentwicklung der Ziele und Inhalte der Arbeitstherapie.

Der allgemeine Wertewandel in unserer Gesellschaft wirkt sich auch in der Arbeitstherapie und hier besonders bei der Beurteilung bestimmter Faktoren wie z. B. der Arbeitstugenden (Pflichtbewusstsein, Fleiß, Disziplin, Ordnung, Pünktlichkeit) oder auch der bürgerlichen Tugenden (Selbstbeherrschung,

Anpassungsfähigkeit, Bescheidenheit) immer stärker aus, hier noch verschärft durch die oft kommunistische Arbeitssozialisation unserer Patienten aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Um den hohen Ansprüchen und Forderungen des Gesetzgebers einerseits und den Erwartungen und Anforderungen der Wirtschaft bzw. der Arbeitgeber andererseits gerecht zu werden, bedarf es spezieller arbeitstherapeutischer/ ergotherapeutischer Angebote, eingebettet in eine ganzheitliche Therapiekonzeption.
Die Leistungsdiagnostik und -beurteilung im Rahmen der Ergo-/Arbeitstherapie erfolgt und auf der Basis von MELBA (**M**erkmale zur **E**ingliederung **L**eistungsgewandelter und **B**ehinderter in **A**rbeit).
Alle Patienten werden von Beginn an in steigender Intensität und Frequenz mit arbeitstherapeutischen Mitteln behandelt und absolvieren in den letzten drei Wochen der Behandlung ein externes Betriebspraktikum als Belastungserprobung. Dieses dient der Realitätsprüfung und des Abgleichs der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Es bietet neue Einblicke zur Berufsorientierung und ermöglicht das Erleben realistischer Arbeitsfelder, ggfls. unter Anknüpfung an Vorkenntnisse. Gespräche mit Arbeitgebern erfolgen, die Indikation zu Leistungen zur Teilhabe werden überprüft, Arbeitsplatzsuche wir unterstützt. Über einen öffentlichen Internetzugang haben die Patienten kostenfreien Zugriff auf die Seiten der Arbeitsagentur.

4.6.6.3.6. Diagnostik

Um ein ziel- und passgenaues Behandlungsprogramm zu realisieren, wird der gesamte Therapieprozess von diagnostischen Maßnahmen flankiert, unterstützt und kontrollierend begleitet. Dabei kommen obligatorisch wie fakultativ folgende Abklärungsformen und -methoden zum Einsatz:

- Medizinische Eingangsdiagnostik mit Laboruntersuchungen und apparativer Diagnostik
- Fachärztliche Mitbehandlung bei niedergelassenen Ärzten
- Sozial- und Berufsanamnese, Arbeitsplatzbeschreibung
- Suchtdiagnostik
- Persönlichkeitsdiagnostik
- Psychologische Leistungstests
- Neuropsychologische Diagnostik
- Diagnostische Verfahren zur Überprüfung der Lern- bzw. Trainingsfortschritte
- Abschlussdiagnostik

4.6.6.3.7. Tages- und Wochenplan

Der Tages- wie der Wochenplan ist in Zeitblöcke gegliedert, die abgeschlossene Therapie-, Arbeits- oder Trainingseinheiten ermöglichen. Jeder Patient führt einen Therapiepass. Die psychotherapeutische Achse des Wochenprogramms bilden die Gruppenpsychotherapie, die an drei Tagen pro Woche stattfindet und die Indikationsgruppen. Einzelgespräche finden nach Indikation mit gegen Ende abnehmender Frequenz statt. Indikationsgruppen, Einzelgespräche, arbeitsbezogene Therapieelemente, Sporttherapie sowie neigungsgerechtes Freizeitverhalten bilden den individualisierten Anteil des Therapieablaufs ab.
Sonderveranstaltungen, wie z.B. Vorstellungen von Selbsthilfegruppen oder Adaptionseinrichtungen, Ausflüge, Vorführungen von therapieindizierten Filmen sind im Wochenplan nicht explizit enthalten.

4.6.6.3.8. Maßgeschneidertes Interventionsrepertoire

Wir stellen aus der vielfältigen therapeutischen Angebotspalette - weitgehend individualisiert - die für jeden Patienten notwendigen, wesentlichen und hilfreichen Bausteine zu einem auf ihn passgenau abgestimmtes Behandlungsprogramm zusammen. Maßgeblich sind dabei die individuellen Ziel- und Lösungsstrategien des Patienten. Wichtig in der Ablösephase ist es, eine rechtzeitige und passende Weiterbehandlung bzw. Nachsorge zu planen und einzuleiten.

4.6.6.3.9. Sport, Freizeitgestaltung, Erlebnispädagogik

Sportliche Betätigung, Gruppen- bzw. Mannschaftsspiele, Konditions- und Fitnesstraining sowie Muskelaufbauprogramme gehören zu den wesentlichen therapeutischen Elementen zur Wiedergewinnung bzw. Entwicklung des Körperbewusstseins, zur Stärkung der körperlichen Belastbarkeit der Patienten, zur Verbesserung der Ausdauer und des Durchhaltevermögens sowie zur allgemeinen Förderung der Sozialkompetenz (hier besonders Konkurrenz- und Wettbewerbsfähigkeit, Misserfolgs- und Frustrationstoleranz, Leistungsorientierung und gesunder Ehrgeiz, aber auch das Risikobewusstsein des Sportsmissbrauchs als Suchtverlagerung). Bei vorliegender Indikation werden Sonderprogramme wie z. B. Muskelaufbautraining eingeleitet. Neben den fest im Wochenplan verankerten Sporttherapie-Blöcken werden verschiedene ergänzende Aktivitäten in der therapiefreien Zeit angeboten. Dazu gehören u. a. Radfahren, Wanderungen, Tischtennis und Schwimmen. Besonderen Wert legen wir auf die Durchführung regelmäßiger erlebnispädagogischer Aktivitäten. Viele Patienten haben im Verlaufe ihrer Suchterkrankung ihre Freizeitgestaltung vernachlässigt oder waren auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur noch nie dazu in der Lage. Die Verknüpfung von Sporttherapie, Gruppenerlebnissen, Naturerleben, Rekreation und Kreativtherapie soll dabei helfen, das durch die Sucht entstandene Vakuum sinnvoll zu füllen. Dazu werden besondere Veranstaltungen wie z. B. Bogenschießen, Hochseilgarten, Kanufahrten etc. angeboten.

4.6.6.3.10. Angehörigenarbeit

Im Verständnis, dass eine Suchterkrankung auch immer den sozialen Kontext des Patienten betrifft, werden die Angehörigen bzw. das familiäre Bezugssystem des Patienten möglichst früh in den Behandlungsprozess mit einbezogen. Wichtig sind dabei sowohl die Aufklärungsarbeit über die Suchterkrankung selbst, die Methoden und Ziele der Rehabilitationsmaßnahme, aber auch die Abklärung, inwieweit die bestehenden Familienstrukturen bereit und in der Lage sind, das suchtkranke Familienmitglied nach der Therapie wieder aufzunehmen. Gelegentlich geht es aber auch um Begleitung von Ablösungsprozessen aus dem familiären Kontext sowie Einleitung von Hilfestellung für mitbetroffene Angehörige.

Als familientherapeutische Maßnahmen führen wir durch:

- Partner-/Familiengespräche bei der Aufnahme
- telefonischer Kontakt zu Angehörigen während der Behandlung
- Gespräche anlässlich eines Besuchs der Angehörigen in der Klinik

- Gespräche in Verbindung mit Heimfahrten
- gemeinsame Paargespräche während der Therapie
- Wochenendseminare für Paare und Familien
- Angehörigengespräch bei der Entlassung und Abholung aus der Klinik

4.6.6.3.11. Vorbereitung der Nachsorge

Verlaufen alle oben beschriebene Stufen bzw. Phasen des therapeutischen Prozesses erfolgreich, kann sich der Patient mit der notwendigen Energie und Eigenmotivation den Außenaktivitäten widmen. Die Voraussetzung dafür sind neben der Abstinenz ausreichende psychische und emotionale Stabilität, hinreichende körperliche Belastbarkeit, sowie das Vorhandensein von erforderlichen Schlüsselqualifikationen.
Die unmittelbaren Indikationen für die Einleitung entsprechender Nachsorgemaßnahmen sind in den meisten Fällen:

- Nachsorge gemäß Empfehlungsvereinbarung zur Umsetzung des Erworbenen im Alltag
- fehlende Wohnung
- fehlender Arbeitsplatz
- fehlende bzw. unzureichende soziale Einbindung
- fehlender abstinenter Freundeskreis.

Bei manchen Patienten können gesundheitliche Einschränkungen eine Weiterführung medizinischer und/oder beruflicher Rehabilitation notwendig machen.
Zu den am häufigsten in Anspruch genommenen Nachsorgeangeboten gehören:

- Beratung und Betreuung durch die Psychosoziale Beratungsstellen (PSB)
- Psychotherapeutische ambulante Behandlung
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Betreutes Wohnen
- Selbsthilfegruppen

Über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können berufliche Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden.

4.6.6.4. Leitungsverantwortung

Der Betriebsteil Bruggenhof ist organisatorischer Bestandteil der Fachklinik Ringgenhof und wird somit in der ärztlichen Verantwortung des ärztlichen Leiters der Fachklinik Ringgenhof und in der therapeutischen Verantwortung des therapeutischen Leiters der Fachklinik Ringgenhof geführt. Die Teamleitung des Bruggenhofs ist Mitglied der Teamleiterkonferenz der Fachklinik Ringgenhof. Der Einsatzplan des Personals des Betriebsteils Bruggenhof regelt eine 24-Std. Anwesenheit von medizinischem und/oder therapeutischem Personal auf dem Bruggenhof.

Wochenplan Bruggenhof
„Kultursensible medizinische Rehabilitation“

Frühstück 7.30– 7.45 Uhr					Frühstück 8.00 - 8.15 Uhr
Montag	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**
8.00 - 8.30 **Frühteam** 9.00 – 10.30 **Gruppentherapie** 11.00 Uhr **Sozialdienst/Kasse**	8.00 - 8.15 **Bettwäschetausch** 8.30 -11.45 **Arbeitstherapie**	8.30 – 10.00 **Gruppentherapie** 10.30-11.45 **Raumpflege** 10.15-12.00 **Reha-Konferenz**	8.30 - 11.45 **Arbeitstherapie** 10.30 11.45 **Infogruppe für die Neuaufnahmen**	8.30 – 10.00 **Gruppentherapie** 10.30-11.45 Abfahrt 10.15 **Sport**	
Mittagessen 12.15 – 12.30 Uhr					
13.30 - 15.00 **Indikationsgruppe** (Rückfallprophylaxe, Soziale Kompetenz, Bewerbungstraining)	13.00 - 15.00 **Arbeitstherapie**	13.30 – 14.30 **Suchtinfo** 15.00 - 16.00 **Gruppe für die Neuaufnahmen**	13.30 - 15.00 **Kreativtherapie** 1.Gruppe 13.30 - 14.15 **Entspannung**	13.30 - 14.30 **Gesundheitsinfo** 14.45 Uhr **Recycling** **Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)** 15.00 Uhr **Einkaufsfahrt**	**vierwöchig Erlebnispädagogik (EP)**
	15.15 – 16.35 **Teamsitzung**	15.00 - 17.00 **Strukturiertes Freizeitangebot**	15.15 – 16.45 **Kreativtherapie** 2.Gruppe (bei Bedarf)		
Abendessen 18.00 – 18.15 Uhr					
		18.30 – 20.00 **Deutschkurs**	19.00 - 20.30 **Selbsthilfegruppe** Jeden ersten Donnerstag im Monat		

4.6.7. Pathologisches Glücksspiel

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren schätzt die Zahl der pathologischen Glücksspieler im Jahr 2009 auf über 220 000 (Jahrbuch Sucht 2009). Außerdem weisen ca. 149.000 Menschen ein problematisches Spielverhalten auf. Insgesamt ist beobachtbar, dass die Glücksspielproblematik deutschlandweit zunimmt.

Seit Beginn der 80er Jahre sind es vermehrt die sogenannten „Glückspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“, die für eine große Gruppe von Menschen zur gesundheitlichen Gefahr werden. So sind es auch überwiegend die Automatenspieler, die in zunehmendem Umfang einer stationären Behandlung bedürfen. Aber auch illegale Karten- und Würfelspiele, Online – Gambling und das Spielen im Casino gehören zum Krankheitsbild des pathologischen Glücksspielens. Lotterien, Pferdewetten und Börsenspekulationen spielen in der Häufigkeit eher untergeordnete Rolle. Die Folgen des Glückspielens sind für viele dieser Patienten katastrophal: hohe Verschuldung, zerrüttete Partnerschaften und Störungen in sozialen Beziehungen sind nur einige Beispiele für die belastende Folgeproblematik dieser Krankheit.

Im nachfolgenden Behandlungskonzept verwenden wir den Begriff „pathologisches Glücksspielen“. Gemeint ist damit das Spielen um Geld, das für den einzelnen zur Krankheit geworden ist.

In die Fachklinik Ringgenhof als Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen gelangen immer mehr Patienten, für die neben ihrer stoffgebundenen Sucht der Umgang mit Glücksspielen Krankheitswert erlangt. Bisher wurden sie in gemeinsamen Therapiegruppen mit Alkoholpatienten behandelt. Nun tragen wir dieser wachsenden Zahl von behandlungswürdigen pathologischen Glücksspielern mit und ohne stoffgebundene Abhängigkeit Rechnung mit einem neuen speziellen Behandlungsangebot und differenzierten Konzept. Als Grundlage dient die „Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspielen“ vom März 2001. Diese fasst eine seit Beginn der 80er Jahre geführte Diskussion um das pathologische Glücksspielverhalten als ein eigenständiges Krankheitsbild. Der wesentliche Schritt war die Aufnahme des pathologischen Glücksspielens als eigene Diagnosekategorie in die wichtigsten international verwendeten Diagnosesysteme DSM und ICD. Im ätiologischen Verständnis und aus phänomenologischer Perspektive bestehen deutliche Parallelen zu Suchtkonzepten, so dass in der Literatur die Betrachtung des pathologischen Glücksspielens als Sucht- und Abhängigkeitserkrankung dominiert (z.B. Böning 1999; Grüsser & Thalemann 2006; Meyer & Bachmann 2005; Premper 2006; Sobottka 2007).

4.6.7.1. Krankheitsverständnis

Gemäß unserem tiefenpsychologischen Krankheitsverständnis liegt dem pathologischen Glückspielen eine Persönlichkeitsstruktur zu Grunde, die geformt ist durch eine unzureichende Passung kindlicher Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bezugsperson, diese Bedürfnisse angemessen zu befriedigen. Im Laufe der Entwicklung gerät das schwache Ich eines so beschädigten Menschen in unreife Unlust- und Spannungszustände, zu deren Regulierung das Spielen eingesetzt wird. Das Spielen verselbständigt sich im Verlauf und entwickelt eine Eigendynamik, die den Krankheitswert der Sucht erfüllt. In folgenden Symptomen (nach Meyer 2005) zeigen sich Übereinstimmung zwischen Glücksspielsucht und anderen Suchterkrankungen: Kontrollverlust, psychische Abhängigkeit, Progredienz, Entdifferenzierung der Persönlichkeit in Form von Vernachlässigung wichtiger Lebensbereiche und Verleugnung der Suchtfolgen.

Auch die neurobiologische Forschung zeigt, dass eine große phänomenologische und neurobiologische Ähnlichkeit zwischen pathologischem Glücksspielen und substanzgebundener Abhängigkeit besteht, weil in beiden Suchtentstehungsprozessen das mesocorticolimbische Belohnungssystem entscheidend involviert ist.

4.6.7.2. Diagnose

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

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

Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Glücksspielen nach ICD 10 F63.0
Die Diagnose wird im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) als eine Form der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63) eingeordnet.

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

Differentialdiagnose nach IDC 10 :

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

Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Glücksspielen in DSM-IV-TR 312.31
Das DSM-IV-TR definiert das pathologische Glücksspielen unter Störungen der Impulskontrolle, die nicht andernorts klassifiziert sind.

Andauerndes und wiederkehrendes, fehl angepasstes Spielverhalten, das sich in mindestens fünf der folgenden Merkmalen ausdrückt:

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

Es gibt eine hohe Übereinstimmung der Krankheitskriterien stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen und der Glücksspielsucht wie Kontrollverlust, psychische Abhängigkeit, Dosissteigerung und Toleranzentwicklung, sowie die suchtspezifische Veränderung der Persönlichkeit z.B. in Form von Verleugnung der Suchtfolgen oder Vernachlässigung wichtiger Lebensbereiche.

4.6.7.3. Indikation

Die Fachklinik Ringgenhof nimmt pathologische Glücksspieler ab 18 Jahren mit bestehender stoffgebundener Abhängigkeit (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) sowie nicht stoffgebunden abhängige Glücksspieler mit vor allem narzisstischer Persönlichkeitsstörung auf.

Kontraindikationen für eine Aufnahme sind z.B. akute Suizidalität, akute Psychose, gravierende hirnorganische Beeinträchtigungen oder andere schwere internistische Erkrankungen.

4.6.7.4. Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer richtet sich nach der individuellen Problematik des Patienten. In der Regel beträgt sie 12 Wochen bei reinen Glücksspielern, 16 Wochen bei Glücksspielern mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit, 20 Wochen bei Glücksspielern mit Abhängigkeit von illegalen Drogen.

4.6.7.5. Rehabilitations- und Behandlungsziele

- Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit
- Einsicht in die Notwendigkeit einer lebenslangen Abstinenz
- Nachreifung der Persönlichkeit zur Stabilisierung und Verbesserung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit sowie der Stärkung der Ichfunktionen
- Bearbeitung der Sucht zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur
- Erwerb alternativer Freizeitgestaltung
- Anleitung zum Geldmanagement, dem verantwortlicher Umgang mit verfügbarem Geld
- Einleitung der Schuldenregulierung
- Rückfallprophylaxe
- Motivation zur Nachsorge und dem Besuch einer Selbsthilfegruppe
- Angehörigenarbeit

4.6.7.5.1. Behandlungsangebot

Im Folgenden werden in dieser Konzeption die spezifischen Therapiebausteine aufgeführt, die im Rahmen des Konzepts die Fachklinik Ringgenhof für pathologische Glücksspieler vorhält. Für die Behandlung der begleitenden Symptome und der Folgen des pathologischen Spielens stehen alle Behandlungsangebote der Klinik zur Verfügung.

4.6.7.5.2. Diagnostik

Innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen erfolgt zusätzlich zu der medizinischen und testpsychologischen Diagnostik, der Sozial- und Berufsanamnese eine ausführliche Suchtdiagnostik unter Zuhilfenahme des Kurzfragebogens zum Glückspielverhalten (Anlage 1) von Petry und Baulig (1996), entnommen dem Handbuch der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern 2009.

4.6.7.5.3. Therapeutische Rahmenbedingungen

Die therapeutischen Rahmenbedingungen, insbesondere die Glücksspielabstinenz, sind durch eine Zusatzhausordnung (Anlage 2) festgelegt, die vom Patienten unterschrieben wird. Sie beinhaltet folgende Punkte:

- Während der gesamten Therapiedauer sind Glücksspiele nicht erlaubt. (Welche Spiele gemeint sind, wird in der Anlage aufgeführt.) Ein Verstoß dagegen wird als Rückfall gewertet, dem Bezugstherapeuten gemeldet und in der Bezugsgruppe unmittelbar bearbeitet.
- Während der gesamten Therapiedauer ist die Nutzung jeglicher Video- und Computerspiele nicht erlaubt. Mit wiederholten Regelverstößen führt der Patient seine Entlassung herbei.
- Der Umgang mit dem eigenen Geld ist selbstbestimmt. Das aktive Geld- und Schuldenmanagement ist Pflicht.
- Das Leihen und Verleihen, auch von kleinen Beträgen, ist nicht erlaubt.
- Löschen des Spielaccounts bei Online - Gambling

4.6.7.5.4. Gruppenpsychotherapie

Patienten mit einer pathologischen Glücksspielsucht und einer eventuell zusätzlichen stoffgebundenen Abhängigkeit werden in einer halboffenen Bezugstherapiegruppe psychoanalytisch interaktionell behandelt. Diese findet drei Mal in der Woche mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten statt. Sie wird geleitet von einem Diplom-Sozialpädagogen mit suchttherapeutischer Zusatzqualifikation, ihm stehen glücksspielerspezifische psycho-therapeutische Behandlungselemente zur Verfügung.

In dieser Gruppe ist die psychotherapeutische Bearbeitung der der Glücksspielsymptomatik zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur von besonderer Bedeutung. Neben einer häufig zu beobachtenden Störung der Selbstwertregulierung zeigen sich bisweilen auch erhebliche Defizite im Bereich der sozialen Kompetenzen und eine charakteristischen Störung der Gefühlsregulation. Bei der Behandlung von Glücksspielern ist die überwertige Bedeutung des Geldes besonders zu beachten. Weitere Themen, die mit dem Glücksspielverhalten zusammenhängen, sind die Bewältigung einer körperlichen Unruhe, der die Patienten durch immer neue Reizsuche und Vermeidung von Langeweile entgegensteuern. Oft zeigen Glücksspieler auch ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis. Das Erleben von Gefühlen tritt meist in den Hintergrund. Soziale Beziehungen sind häufig geprägt von Leistungs- und Konkurrenzstreben mit einem starken Bedürfnis nach sozialer Anerkennung bei gleichzeitiger Vermeidung enger partnerschaftlicher Beziehungen. Schließlich zeigen sich immer wieder illusionäre Sehnsüchte nach absoluter Freiheit und „Glück“, die wenig mit der realen Lebenssituation übereinstimmen. So sind die Lebenserfahrungen der Glücksspieler meist von der Erfahrung des Verlierens geprägt, was letztlich seine Entsprechung in der vom Patienten gewählten Symptomatik des Glückspielens findet. (vgl. Petry, Bense 2009).

4.6.7.5.5. Einzelgespräche

Eine Bezugstherapeutin oder ein Bezugstherapeut begleiten den Patienten für die Dauer der Behandlung in der Einzelpsychotherapie, wodurch eine Beziehungskontinuität gewährleistet ist. Der Einzeltherapie kommt deshalb ein hoher Stellenwert zu, weil hier der Schutzraum ist, besonders schambesetzte Themen zu bearbeiten.
Es stehen neben der Klärung der Funktionen des pathologischen Glücksspielens auch ganz konkrete Themen an wie der Umgang mit Schulden und dem noch zur Verfügung stehenden Geld. Dabei ist auf die Übernahme von Eigenverantwortung zu achten.
Der Patient wird verpflichtet, ein Haushaltsbuch über alle Einnahmen und Ausgaben zu führen. Das Geldmanagement stellt in der Behandlung ein wesentliches Lernfeld dar.
Unterstützend werden Pläne und Protokolle eingesetzt, die je nach Umfang in der Sozialberatung weiter bearbeitet werden können. (Monatshaushaltsplan, Anlage 3, Schuldenaufstellung, Anlage 4)
Wenn diese Maßnahmen nicht ausreichen, kann ein Tagesausgabeprotokoll (Anlage 5) vereinbart werden.
In der Abschlussphase der Therapie wird gemeinsam die Notwendigkeit der Nachsorge erarbeitet. Dabei kommt insbesondere den Spielerselbsthilfegruppen eine besondere Bedeutung zu.

4.6.7.5.6. Sozialberatung

Die sozialen Folgen des pathologischen Glücksspielens sind erheblich. Neben der Überschuldung treten häufig berufliche Probleme auf, die Notwendigkeit eines Wohnungswechsels u.a.m. Die Einleitung einer Schuldnerberatung sowie die Unterstützung in anderen sozialen Fragen erfolgt in der Sozialberatung. Nahezu alle pathologischen Spieler benötigen diese Beratung.

4.6.7.5.7. Indikative Gruppen

In der Indikationskonferenz nach der dritten Woche wird zusammen mit dem Patienten besprochen, welche Indikationsgruppe für ihn neben der Bezugsgruppe sinnvoll ist. In der Fachklinik Ringgenhof werden folgende indikative Gruppen angeboten:

- Training sozialer Kompetenz
- Tabakentwöhnung
- Rückfallprophylaxegruppe
- Entspannungstraining
- Depressionsgruppe
- Angststörungsgruppe
- Therapeutisches Bogenschiessen
- Kognitives Training
- PC – Schulung
- Bewerbungstraining
- ATL - Training

4.6.7.5.8. Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie zielt auf die Erweiterung der sozialen Kompetenz und die Hinführung zur Übernahme von Verantwortung und Teamfähigkeit. Außerdem soll das Durchhaltevermögen trainiert und die Frustrationstoleranz erhöht werden. So dient die Arbeitstherapie auch der Stabilisierung der Ichfunktionen und repräsentiert Realität. Arbeitsbezogene Qualitäten und Schwächen werden sichtbar und handhabbar.

In der Arbeitstherapie werden die pathologischen Glücksspieler gemeinsam mit den anderen Patienten behandelt. Je nach Indikation erfolgt die Behandlung in den folgenden Bereichen:

- Werkstatt für Beschäftigungstherapie
- Gärtnerei
- Landwirtschaft, Tierhaltung
- Schreinerei
- Aktivitäten des täglichen Lebens / ATL
- Bürotätigkeiten
- Externe Praktikumsstellen
- Basistherapiebegleitung / Patendienst

Bei Fragen der beruflichen Wiedereingliederung besteht im letzten Teil der Behandlung die Möglichkeit zu externer Arbeitserprobung in Betrieben und Einrichtungen der Umgebung.

Um die Rückkehr ins Erwerbsleben vorzubereiten, wird für arbeitslose oder arbeitsuchende Patienten ein Bewerbungstraining angeboten, um so die Chancen für die Teilnahme an einem Bewerbungsverfahren zu verbessern.

4.6.7.5.9. Sporttherapie

Die Sporttherapie bietet eine Möglichkeit, innerpsychische Prozesse zu regulieren und damit kritische Spannungszustände und Belastungen zu bewältigen. Es können sich neue Bewertungssysteme ausbilden zu den Themen Gewinnen, Verlieren, Leistung. Auch die soziale Kompetenz wird im Miteinander geübt.

4.6.7.5.10. Gestaltungstherapie

In der Gestaltungstherapie werden kreative Arbeitsweisen psychotherapeutisch genutzt. Gestalterische Verfahren ergänzen die Gruppenpsychotherapie. Vielen Glücksspielern fällt diese nonverbale Ausdrucksform zunächst schwer. Wenn sie sich auf diesen Prozess aber einlassen, eröffnen die unbewussten Inhalte den Blick für die eigenen Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen.

4.6.7.5.11. Gesundheitsinformation

Das Informations- und Schulungsprogramm in der Fachklinik Ringgenhof bietet ein 24 Einheiten umfassendes Curriculum mit den Schwerpunkten: Sucht, allgemeine Gesundheitsinformation, Persönlichkeit, Therapie und Umfeld. Zusammen mit den anderen Patienten des Fachkrankenhauses nehmen die pathologischen Glücksspieler zweimal pro Woche an der Gesundheitsinformation teil. In regelmäßigen Abständen werden die Themen pathologisches Glücksspiel und Online-Sucht aufgenommen. Das fördert die Akzeptanz bei den anderen Patienten und sensibilisiert sie für das Phänomen der Suchtverlagerung.

4.6.7.5.12. Reaktionstherapie

Infolge der Suchterkrankung haben viele Betroffene die bewusste Gestaltung ihrer Freizeit vernachlässigt. In der Rekreationstherapie werden Möglichkeiten aufgezeigt zu sinnvoller Freizeitgestaltung, die zugleich der Erholung dient.
Ziel dabei ist Antriebssteigerung, Förderung der sozialen Interaktion, Erweiterung der Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstwertgefühls, Neugier auf Neues zu wecken.
Das Angebot umfasst die folgenden Bereiche:

- Sport und Bewegung im Freien und in der Halle
- Geführte Wanderungen und Gruppenausflüge
- Kulturelle Angebote (Filme, Konzerte, Feste u.a.)
- Musische Angebote (Singen, Musik)
- Sauna

4.6.7.5.13. Angehörigenarbeit

Die Angehörigen sind bei Spielern wegen der finanziellen Schwierigkeiten und der dadurch entstandenen existentiellen Gefährdung mitbetroffen und stark in Mitleidenschaft gezogen. Soweit wie möglich werden sie in die Behandlung mit einbezogen. In der Klinik werden individuelle Familien- und Paargespräche angeboten. Außerdem besteht die Möglichkeit, an einem mehrtägigen Angehörigenseminar teilzunehmen. Wir unterstützen die Angehörigen darin, sich vor Ort einer Selbsthilfegruppe anzuschließen und selbst Gespräche in der Suchtberatungsstelle zu führen.

4.6.7.5.14. Umgang mit einem Rückfall

Da die Behandlung abstinenzorientiert ist, sind Spiel- und Suchtmittelfreiheit während des Behandlungszeitraums eine Voraussetzung für die Therapie. Eine Verletzung der Abstinenzregel und ein Rückfall in pathologisches Spielverhalten oder Substanzmittelkonsum werden als Symptom der Störung gewertet und führen nicht zwingend zu einer Entlassung. Sie stellen allerdings einen ernsten Einschnitt in die Therapie dar und sind in jedem Fall vom Patienten offenzulegen. Es erfolgt eine individuelle Analyse des Rückfalls, die zunächst zum Ziel hat, den Patienten zu stabilisieren, um weitere Rückfälle zu verhindern. Entscheidend für die weitere Behandlung ist die Bereitschaft des Patienten, im Rahmen der Gruppen- und Einzeltherapie seinen Rückfall zu bearbeiten. Verläuft dieser Prozess positiv, kann der Patient die Behandlung fortsetzen.

4.6.7.6. Freizeitangebote

Die Fachklinik Ringgenhof liegt in Landschaften mit hohem Freizeitwert. Badeseen, landschaftlich reizvolle Ried- und Moorlandschaften, zahlreiche Fuß- und Radwanderwege sowie weitläufige und ansprechend gestaltete Außenanlagen laden ein, die Freizeit im Freien zu verbringen. Im Winter bietet sich die Möglichkeit zum Skilanglauf und zum Schlittschuhfahren. Die Fachklinik verfügt über einen eigenen Badestrand, Freispielplätze, eine Minigolfanlage, einen Tennisplatz und eine Kegelbahn. Des Weiteren stehen Fahrräder für Radtouren, Liegewiesen und Grillplätze zur Verfügung.

Für die Freizeitgestaltung können die ansprechenden Aufenthaltsräume der Häuser genutzt werden. Klinikeigenen Musikinstrumente wie Klavier, Gitarren, Schlagzeuge stehen bereit. Die Räume der Beschäftigungstherapie mit ihren jeweiligen Materialien können auch in der Freizeit für kreatives Tun und genutzt werden. Für sportliche Betätigung steht eine Turnhalle mit Gymnastikraum, Räume mit Geräten für die Medizinische Trainingstherapie und Pool-Billard zur Verfügung. Außerdem verfügt die Klinik über eine Cafeteria, die von den Patienten selbst organisiert wird. An Sonntagen ist der Besuch von Gottesdiensten möglich.

4.6.7.7. Räumlichkeiten

Die Patienten leben in Ein- und Zweibettzimmern in vier Patientenhäusern und bilden mit anderen Patienten eine Hausgruppe, die sich einmal pro Woche trifft, um die Dinge des Zusammenlebens im Haus miteinander zu besprechen. Geleitet wird diese Hausgruppe von einem gewählten Haussprecher.

4.6.7.8. Qualitätssicherung

Das Fachkrankenhaus Ringgenhof ist im Dezember 2002 erstmals nach DIN EN ISO 9001:2000 erfolgreich zertifiziert worden. Seit dem wurde die Qualität der Arbeit stets überprüft, den aktuellen Erfordernissen angepasst und damit kontinuierlich verbessert. Die Zertifizierung führt die LGA InterCert GmbH aus Nürnberg durch. Jährlich finden Überwachungsaudits statt.

Außerdem werden regelmäßige Befragungen der Patienten zur Zufriedenheit mit den medizinisch/therapeutischen Angeboten und mit der Einrichtung durchgeführt. Hierfür werden alle Patienten, die zur Entlassung anstehen, zu ihrem Therapieverlauf befragt. Diese Ergebnisse werden einmal im Quartal vorgestellt und ausgewertet.

Alle diese Daten werden mindestens einmal jährlich in einem Management Review analysiert und auf Verbesserungsmöglichkeiten hin untersucht, um die fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit der Behandlung sicherzustellen.

Regelmäßige glücksspielspezifische Katamnesen werden durchgeführt.
Der federführende Beleger, die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, befragt regelmäßig ehemalige Patienten unserer Klinik und informiert hierüber in einem „Bericht zur Reha-Qualitätssicherung“.

Wochenplan ab der 5. Therapiewoche Pathologisches Glücksspiel

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück
08:00 – 10:00 Arbeitstherapie (AT)	**08:00 – 10:00** Hausdienste / Zimmerreinigung	**08:00 – 09:30 Gruppentherapie** 1. Mittwoch vom Monat Vollversammlung	**08:00 – 12:00** Uhr Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**08:00 – 10:00** Arbeitstherapie
	09:30 – 10:15 (5. Woche) Letzte Servicereflexion	**09:30 – 12:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprob. 10:30 – 12:00 Ergotherapie Gr.1	09:00 – 10:30 Uhr Ergotherapie Gruppe 2 **09:00 – 09:45 MAT 3** / **09:45 – 10:30 MAT 4**	
10:30 – 12:00 Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 11:45** Offene Sozialberatung (Bei Bedarf) Sprechzimmer Fr. Dietrich	**10:30 -12:00** Sport 3 Gruppe 2 Ergotherapie Gruppe 1 **11:00 – 12:00** Ernährungsberatung	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum
12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen
12:45 – 14:30 AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 16:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria
14:00 – 14:45 Muskelaufbautraining (MAT)Gruppe 1	**13:30 – 16:30** Arbeitstherapie **13:30 - 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**14:00 – 14:45** MAT Gruppe 1	**13:30 – 17:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**14:00 – 15:00** Gesundheitsinfo
14:00 – 15:30 Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1 Rückfallgruppe Depressive Störung	13:30-15:00 Angststörung **14:00 – 14:45** MAT Gruppe 3	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1	**13:30 – 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**15:15 – 16:45** Bogenschießen
14:45 – 15:30 MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2 Tabakentwöhnung Kognitives Training	**15:30 – 17:30** PC-Kurs (Nach Indikation)
15:30 – 16.15 Rückentraining Gruppe 1	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 4	**15:30 – 17:00** Sport 3 Gruppe 1		
15:30 – 17:00 Sport 3 Gruppe 1 Rückentraining Gruppe 2	15: 00 – 16:30 Ergotherapie Gr. 2		15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2	
16:00 – 17:30 **Indikationsgruppe Spielsucht**	**15:30 – 16:45** Sport 3 Gruppe 2 Geh-und Lauftraining	**16:00 – 17:30** Kunsttherapie Gruppe 2	**16:00 – 17:30** Rückfallprävention	
17:15 – 18:00 Workout Sporthalle	**17:00 – 18:00Gesprächsrunde** **„Über Gott und die Welt“**	**17:00 – 17:45** Workout Sporthalle	**15:30 - 17:00** Geh- und Lauftraining	
18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen
	19:00-21:00 Offenes Atelier	19:15 – 21:15 PC-Kurs (Indikativ)	19:00 Hausgruppe in den Häusern	

4.6.8. Männeradaption

4.6.8.1. Standort der Einrichtung

Die Männeradaption Oberschwaben liegt auf dem Gelände der Fachklinik Ringgenhof in zwei Doppelhaushälften, dem Haus Linzgau und Haus Hegau, in der Gemeinde Wilhelmsdorf mit guter Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz und die umliegenden Gemeinden sowie die Stadt Ravensburg. Ravensburg ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln in 30 Minuten zu erreichen. Die Gemeinde Wilhelmsdorf unterhält ein reiches Sport- und Kulturleben, an dem die Patienten partizipieren können. Den Patienten der Männeradaption Oberschwaben stehen sämtliche Freizeiteinrichtungen des Ringgenhofs zur Verfügung. Das Versorgungsgebiet der Männeradaption Oberschwaben ist vorzugsweise Baden-Württemberg.

Behandlungsplätze: 5
Anschrift: Riedhauser Str. 61, 88271 Wilhelmsdorf, Tel.Nr. 07503/920-0

4.6.8.2. Aufgabenstellung und Zielgruppe

Die Adaptionsbehandlung ist der zweite Schritt der stationären medizinischen Rehabilitation Suchtkranker und dient der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung von Patientinnen und Patienten nach regulärem Abschluss des ersten Schritts der stationären medizinischen Rehabilitation.

4.6.8.3. Grundsätze der Adaptionsbehandlung

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

Diese Beeinträchtigungen können so gravierend sein, dass sich an den ersten Schritt der medizinischen Rehabilitationsbehandlung mit sozialmedizinischer Einschätzung und mit den Mitteln der Psychotherapie erreichter Nachreifung der Persönlichkeitsstruktur der Bedarf der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung als zweiter Schritt der medizinischen Rehabilitation, nämlich als Adaptionsbehandlung ergibt. In der Adaptionsphase stellen sich die Patienten unter realen Alltagsbedingungen den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung. Die Einrichtung unterstützt und befähigt die Patienten, dabei auftretende Defizite aufzuholen und Lücken zu schließen.

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

Die Adaptionsphase umfasst außer der medizinischen Behandlung:

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

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

Da der Schwerpunkt der Adaptionsbehandlung auf der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung liegt, ist die Aufnahme von auch Patienten aus anderen Fachkrankenhäusern als denen der Suchthilfe der Zieglerschen vorgesehen. Durch die Möglichkeit des Probewohnens und Übergabegespräche mit der vorbehandelnden Einrichtung können evtl. Unterschiede in der psychotherapeutischen Technik erklärt und seitens der Einrichtung durch die Einbettung in ein mulitprofessionelles Team aufgefangen werden. Somit nutzt die Männeradaption die Infrastruktur des Ringgenhofs, ist aber konzeptionell eine eigenständige Therapieeinheit.

4.6.8.4. Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer beträgt bei alkoholabhängigen Patienten 12 Wochen, bei drogenabhängigen 16 Wochen.

4.6.8.5. Behandlungsziele

Die Behandlungsziele der stationären Adaptionsbehandlung sind:

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

4.6.8.6. Aufnahmekriterien

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

Voraussetzungen zur Aufnahme in die Adaptionsbehandlung sind:

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

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

4.6.8.7. Therapeutischer Ansatz

Das sozialtherapeutische Programm der Männeradaption Oberschwaben ist hergeleitet aus dem tiefenpsychologisch orientierten, auf Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie basierenden Gesamtkonzept der Suchthilfe und zentriert auf die sozialen Folgen der Abhängigkeitserkrankungen. Das angewandte Therapieverfahren ist psychoanalytisch-interaktionell.

Auf der Grundlage des vorausgegangenen ersten Schritts der stationären medizinischen Rehabilitation erfolgt eine Vertiefung der Krankheitseinsicht und das Aufzeigen und Bearbeiten von Zusammenhängen zwischen auslösenden kritischen Lebenssituationen und der Suchterkrankung. Im Mittelpunkt steht die Aneignung der Suchterkrankung als kognitive und emotionale Krankheitseinsicht. Die Behandlung hat nach der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik vor allem die Beziehungsachse im Fokus, deren Konflikthaftigkeit sowohl im beruflichen Alltag als auch im dem des Zusammenlebens mit anderen Patienten im Sinne der Re-Inszenierung virulent wird und nachreifend mit positiv korrigierenden Erfahrungen bearbeitet werden kann. Neue Erkenntnisse und Erfahrungen werden im lebenspraktischen Vollzug eingeübt und umgesetzt. Neben der Behandlung der psychischen und körperlichen Folgen der Suchterkrankung rücken die sozialen Folgen der Suchterkrankung in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Für die Aufrechterhaltung des Rehabilitationserfolgs ist ein unterstützendes, soziales Umfeld entscheidend wichtig. Deswegen liegt neben der beruflichen Wiedereingliederung ein weiterer Schwerpunkt auf der sozialen Integration mit Beschaffung von geeignetem Wohnraum bzw. einer geeigneten Nachbehandlung, Entwicklung sinnstiftender Freizeitaktivitäten und dem Aufbau eines sozialen Beziehungsnetzes.

Auch in der Adaptionsbehandlung führt die Suchthilfe der Zieglerschen den bewährten geschlechtsspezifischen Ansatz der Entwöhnungsbehandlung fort.

Da sich die Patienten in unterschiedlichen Stadien der Behandlung befinden, z.B. zu unterschiedlichen Zeiten im Praktikum sind, werden die im Anhang standardisiert dargestellten Wochentherapiepläne individuell angepasst und stets aktualisiert.

4.6.8.8. Externe Arbeitserprobung und Betriebspraktika

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

Der zeitliche Umfang der externen Arbeitserprobung und Betriebspraktika beträgt wöchentlich 30 Stunden. In Zusammenarbeit mit dafür zuständigen Institutionen (Leistungsträger, Agentur für Arbeit etc.) werden weitere Leistungen zur Teilhabe überprüft und gegebenenfalls vorbereitet. Eine regelmäßige Reflektion der Erfahrung am Praktikumsplatz dient der Überprüfung der Leistungsfähigkeit und der Entwicklung einer realistischen beruflichen Zukunftsperspektive.

Die Adaptionseinrichtung pflegt die Kontakte zu den Praktikumsbetrieben und führt dort regelmäßig Auswertungsgespräche.

Im Laufe der Adaptionsbehandlung werden Bewerbungsunterlagen erstellt und können mit einer Praktikumsbeurteilung ergänzt werden.

4.6.8.9. Psychotherapie/ Sozialtherapie

Psychotherapie und Sozialtherapie sind auch in der Adaptionsbehandlung das wesentliche Therapiemedium. Im vorausgegangenen ersten Schritt der stationären medizinischen Rehabilitation begonnene Entwicklungsprozesse werden weitergeführt und reflektiert. Die Rehabilitationsziele werden nochmals überprüft und gegebenenfalls modifiziert.

Die Gruppenpsychotherapie findet wöchentlich zweimal statt. Mithilfe der psychoanalytisch-interaktionellen Methode werden die in der Gruppendynamik auftretenden Konflikte und Beziehungsmuster bearbeitet und Entwicklungsprozesse induziert..

Die wöchentliche Einzelpsychotherapie dient der Klärung aktueller Fragestellungen und der weiteren Durcharbeitung individueller psychodynamischer Aspekte der Patienten.

Im Falle eines Rückfalls wird geprüft, ob eine Entlassung aus der Behandlung erfolgen muss oder eine Weiterbehandlung möglich ist. Dazu werden die Motive für den Rückfall untersucht und die Einstellung des Patienten hinsichtlich seiner Haltung zu einer Weiterbehandlung geklärt. Bei hinreichend günstiger Prognose steht die Aufarbeitung des Rückfallgeschehens im Mittelpunkt, gegebenenfalls auch eine Unterbrechung des Außenpraktikums. Ziel ist, eine Stabilisierung des Abstinenzverhaltens auf der Grundlage eines tieferen Verstehens der Suchtdynamik zu erreichen und zum regulären Behandlungsverlauf zurückzukehren.

4.6.8.10. Sozialberatung

Die Sozialberatung umfasst die spezifische Beratung hinsichtlich wirtschaftlicher und sozialrechtlicher Fragestellungen und unterstützt die Patienten im Umgang mit Ämtern und Behörden und gibt Orientierungshilfe im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe.

4.6.8.11. medizinische Behandlung

Die psychiatrische und internistische Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung wird von den Ärzten der Fachklinik Ringgenhof durchgeführt. Die Patienten der Frauen- und Männeradaption suchen die ärztliche Sprechstunde in der Fachklinik Ringgenhof auf. Durch den therapeutischen und medizinischen Tages- und Nachtdienst der Fachklinik Ringgenhof ist eine 24-Stunden Versorgung der Patienten, auch am Wochenende, gewährleistet.

4.6.8.12. Hausgruppe

Einmal in der Woche findet in Anwesenheit der Therapeuten die Hausgruppe statt. In dieser Sitzung werden aktuelle Themen besprochen, die das organisatorische Zusammenleben der Wohngemeinschaft betreffen.

4.6.8.13. Selbsthilfegruppe

Jeder Patient ist aufgefordert, sich einer externen Selbsthilfegruppe anzuschließen.

4.6.8.14. Freizeitangebote

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

4.6.8.15. Versorgung

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

4.6.8.16. Angehörigengespräche

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

4.6.8.17. Weiterbehandlung

Die Männeradaption Oberschwaben arbeitet mit den jeweiligen Psychosozialen Beratungsstellen der Kreise zusammen. Sie unterstützt die Patienten in der Planung der ambulanten Weiterbehandlung und vermittelt bei Bedarf in ambulant betreute Wohnformen.

4.6.8.18. Dokumentation und Qualitätsmanagement

Die Männeradaption Oberschwaben an der Fachklinik Ringgenhof ist nach DIN ISO 9001:2008 durch die LAG InterCert zertifiziert. Unsere Arbeit ist im Qualitätshandbuch beschrieben. Auch nach der Zertifizierung werden alle Teile des Rehabilitationsprozesses kontinuierlich intern wie extern (im Verbund der Suchtkrankenhilfe) überwacht, optimiert bzw. weiterentwickelt. Hierbei wirkt der Qualitätsmanagementbeauftragte der Suchtkrankenhilfe gGmbH mit.

Am Ende der Behandlung findet eine schriftliche Patientenbefragung statt, die zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Arbeit im Bezug auf die Zufriedenheit unserer Bewohner ausgewertet wird.

Katamneseerhebungen geben Auskunft über die Abstinenzquoten. Die Entlassberichte nehmen an den Peer-Review-Verfahren teil, deren Beurteilung ausgewertet werden zur Ausschöpfung der Entwicklungspotentiale. Einmal im Jahr erfolgt die Fortschreibung der Balance Score Card (BSC) als Managementinstrument der Zieglerschen.

4.6.8.19. Personelle Ausstattung

Zum Behandlungsteam gehören: Teamleitung und 2 Mitarbeiterinnen in der Bezugstherapie/Sozialarbeit. Die ärztlich/pflegerische Behandlung und die hauswirtschaftliche Versorgung sowie die Verwaltung werden über Stellendeputate von der Fachklinik Ringgenhof gestellt.
Sämtliche Mitarbeiter treffen sich in regelmäßigen fallbezogenen Konferenzen sowie zu Therapieplanung und –verlaufsüberprüfung mit den Patienten.

4.6.8.20. Räumliche Ausstattung

- fünf Einzelzimmer
- ein Ausweich-/Notzimmer
- 2 Küchen
- 2 Wohnzimmer
- 4 Badezimmer
- 2 separate WC
- 2 Hauswirtschaftsräume

Ein Gruppenraum und das Sprechzimmer für Mitarbeiter sind im Nebengebäude untergebracht. Die Patienten nutzen den PC-Raum der Fachklinik Ringgenhof, in dem ausreichend PC-Arbeitsplätze vorhanden sind, zu den entsprechenden Öffnungszeiten.

4.6.8.21. Personelle Ausstattung mit zugeordneten Deputaten

<u>Personelle Darstellung mit Deputatsanteilen für die gesamte Organisationseinheit Adaption:</u>

• Teamleiter	10% (Diplom-Sozialarbeiter/Suchttherapeut)
• Bezugstherapeutin/Sozialdienst	75% (Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialtherapeutin)
• Bezugstherapeutin/Sozialdienst	75% (Diplom-Sozialarbeiterin/Suchttherapeutin in Ausbildung)
• Arzt	15% (FA für Psychiatrie/FA für Allgemeinmedizin - Internistin)
• Pflegedienst	30% (Krankenschwester/Arzthelferin)
• Hauswirtschaft	10%
• Verwaltung/Schreibbüro	10%

Wochenstrukturplan Männeradaption Oberschwaben						
	Montag	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag / Sonntag**
07:00 **08:00**	Aufstehen Frühstück	Aufstehen Frühstück	Aufstehen Frühstück	Aufstehen Frühstück	Aufstehen Frühstück	
08:00 **–** **12:00**	Praktikum oder: Praktikum-/ Arbeitsuche Ämtergänge Einzelgespräche Sozialberatung	Praktikum oder: Praktikum-/ Arbeitsuche Ämtergänge Einzelgespräche Sozialberatung	Praktikum oder: Praktikum-/ Arbeitsuche Ämtergänge Einzelgespräche Sozialberatung	Praktikum oder: Praktikum-/ Arbeitsuche Ämtergänge Einzelgespräche Sozialberatung	Praktikum oder: Praktikum-/ Arbeitsuche Ämtergänge Einzelgespräche Sozialberatung	Wochenendprogramm nach Absprache: Freizeit Heimfahrt Besuch selbstorganisierte gemeinsame Gruppenfreizeitaktivität
12:00 **–** **14:00**	Mittagessen/ Pause	Mittagessen/ Pause Essensgeldausgabe	**Gemeinsames Mittagessen?**	Mittagessen/ Pause	Mittagessen/ Pause	
14:00 **–** **17:00**	**14:00 – 15:30** **Therapiegruppe**	Praktikum oder: Praktikums-/ Arbeitssuche Ämtergänge Einzelgespräche Sozialberatung	Praktikum oder: Praktikums-/ Arbeitssuche Ämtergänge Einzelgespräche Sozialberatung	**14:00 – 15:30** **Praktikumsgruppe/** **Soziales** **Kompetenztraining/** **Bewerbungstraining**	**13:30 – 14:30** **Hausgruppe** **Wochenendplanung** **Organisatorisches**	
17:00	Einkaufen Abendessen Freizeit	Einkaufen Abendessen Freizeit	Einkaufen Abendessen Freizeit	Einkaufen Abendessen Freizeit	Einkaufen Abendessen Freizeit	
23:00	Im Haus	Im Haus	Im Haus	Im Haus	Im Haus	Im Haus
24:00	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe

Nicht aufgeführt: Arzttermine, Abstinenzkontrollen
Einzelgespräche und Sozialberatung nach Vereinbarung mit BezugstherapeutIn

4.6.9. Cannabismodul

4.6.9.1. Zielgruppe

In diesem Modul behandeln wir 12 Patienten in einer Bezugsgruppe mit abhängigem Cannabiskonsum bzw. Alkohol- und Cannabiskonsum und/ oder anamnestischer Opiatabhängigkeit, in deren Folge im Sinne eines Substanzwechsels „nur noch“ Cannabis- und Alkoholkonsum besteht. Dieses Therapiekonzept ist zugeschnitten auf die Möglichkeit einer integrierten therapeutischen Behandlung von Patienten mit Cannabisabhängigkeit innerhalb der Fachklinik Ringgenhof.

Dieses Modul ist geeignet für Patienten, die keine psychiatrische Begleiterkrankung im Sinne einer drogeninduzierten oder einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis haben.

4.6.9.2. Zur Besonderheit des Cannabiskonsums

Cannabis ist nach Alkohol und Nikotin die weltweit am häufigsten konsumierte Droge. Laut WHO konsumieren 4 Mio. Menschen Cannabis, jeder Fünfte von diesen betreibt einen fast täglichen Konsum, von diesen sind zwischen 25 % und 40 % abhängig. Durch neue Züchtungen beträgt der psychotrop wirkende Stoff THC (Tetra Hydro Cannabinol) 30 %. Diese Zunahme des THC-Gehalts befördert eine höhere Rate an Abhängigkeiten sowie psychischen Störungen. Es ist also mit früher einsetzenderen und gravierenderen Wirkungen bei THC Konsum in der Zukunft zu rechnen.

Rund 10 Mio. Deutsche haben Cannabis bereits probiert, 40 % der 18 bis 20-jährigen berichten über mindestens einmalige Erfahrungen mit Cannabis. Klinisch relevante Konsummuster eines schädlichen Gebrauchs finden wir bei ca. 9 % der Befragten, eine Abhängigkeit bei ca. 7 %. Eine nicht definierte „geringe“ Cannabismenge zum Eigenverbrauch ist straffrei. Allerdings bewirken die qualifizierteren Züchtungen der Pflanzen, das auch in dieser „geringen“ Menge bereits der oben beschriebene hohe, abhängigmachende THC Anteil zu finden ist.

Der Beginn des Cannabiskonsums vor dem 17. Lebensjahr erhöht das Risiko für eine Abhängigkeitserkrankung auf das Fünffache. Ein Drittel der Jugendlichen konsumiert Cannabis zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr. Neben Monokonsumenten finden wir häufig Mischkonsumenten mit einem typischem Konsummuster von Cannabis, Alkohol und Ecstasy.

Cannabis ist nach dem Betäubungsmittelgesetz nicht verkehrsfähig und darf deshalb in Deutschland nicht gehandelt werden. Von einer Bestrafung bei Besitz einer „geringen Mengen“ zum Eigenbedarf und ohne die Gefährdung Dritter kann abgesehen werden. Als „geringe Menge“ werden von den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Werte in einer Spannbreite von 3 bis 30 mg angenommen.

4.6.9.3. Besondere Folgen des Cannabiskonsums

Neben körperlichen und psychiatrischen Folgen des Cannabiskonsums finden wir:

- auf den Konsum eingeengtes Interesse
- Vernachlässigung schulischer, beruflicher und sozialer Belange
- Sozialer Rückzug, gffs. zugunsten von Szenekontakten
- Konsummengensteigerung und Toleranzzunahme
- Entzugssymptome (Craving, Unruhe, Schlafstörung, Appetitminderung)
- soziale Folgen
- strafrechtliche Folgen

Der besonderen Auswirkung des Drogenkonsums

- im sozialen (Schulden, Beruf, Wohnsituation, Trennungen) und
- psychiatrischen sowie
- allgemein medizinischen Bereich (psychiatrische, neurologische und internistische Drogen-, Folge- und Begleiterkrankungen),
- hinsichtlich des familiären und sozialen Rückzugs (Familie, Freunde, Aktivitäten),
- der strafrechtlichen Dimension sowie
- der Problematik bzgl. Schulden und Führerschein,
- der Notwendigkeit der Entwicklung von beruflichen Zukunftsperspektiven (Erwerb, (höherer) Schulabschlüsse, Aufnahme einer Berufsausbildung, Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Fort- und Weiterbildungen usw.) sowie den
- vernachlässigten Interessen- und Freizeitaktivitäten

tragen wir durch besondere Schwerpunkte im Therapieplan Rechnung.

Neben der Befähigung zur Teilhabe und der Motivierung zur Aktivität steht die Identifikation unterstützender Umweltfaktoren abstinenzstabilisierend im Fokus, eingebettet in das beschriebene tiefenpsychologisch orientierte Krankheits- und Behandlungskonzept.

4.6.9.4. Behandlungsablauf

4.6.9.4.1. Initialphase

Die Patienten des Cannabismoduls durchlaufen zunächst eine sechswöchige Initialphase. In dieser Phase steht zunächst die genaue diagnostische Abklärung der vielfältigen Fragestellungen des Patienten im Mittelpunkt. Es werden intensive Gespräche zur Befunderhebung, Geneseabklärung und Anamnese mit dem Patienten geführt. Daneben werden medizinische Untersuchungen und testdiagnostische Abklärungen vorgenommen, um ein umfassendes Bild des Krankheitszustands des Patienten zu ermitteln und eine dementsprechende Behandlungsplanung vorzunehmen. Neben den medizinischen und psychologischen Untersuchungen und diagnostischen Abklärungen steht in dieser

Initialphase aber auch die individuelle Überprüfung der Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft des Patienten im Fokus. Nicht selten liegen extrinsische Motive für eine Rehabilitationsbehandlung vor, beispielsweise die Möglichkeit nach § 35/36 BtmG durch den Antritt der Therapie aus der Haft entlassen zu werden. Wenn es sich herausstellt, dass außer den extrinsischen Motiven nicht ausreichende intrinsische Motive für die stationäre Behandlung gegeben sind, ist dies für einen förderlichen Therapieverlauf und das Erreichen der Therapieziele prognostisch ungünstig. Deshalb wird die Initialphase der Therapie auf die Klärung dieser Frage abgestimmt und eine notwendige Entwicklung einer ausreichenden intrinsischen Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft angestrebt.

Neben einführenden Informationsveranstaltungen zu Haus- und Therapieordnung, den Angeboten der Sozialberatung, der Ernährungsberatung, organisatorischen Abläufen der Behandlung und hauswirtschaftlichen Belangen stehen in dieser Initialphase neben der regelmäßigen Gruppenpsychotherapie (3 x 90 Minuten pro Woche) psychoedukative Angebote im Vordergrund. Die Patienten werden innerhalb der ersten vier Wochen in fünf Gruppensitzungen mit 90 Minuten Dauer über die Entstehung und Entwicklung der Suchterkrankung unterrichtet und aufgeklärt und müssen die erworbenen Kenntnisse auf ihren eigenen Verlauf der Suchterkrankung anwenden. Es entsteht ein detaillierter schriftlicher Suchtverlauf, der die Entwicklung des süchtigen Verhaltens im eigenen Lebensverlauf darstellt und erste Angaben zu auslösenden Situationen für den süchtigen Konsum von Substanzen enthält. Zugleich schätzt sich jeder Patient anhand gültiger Kriterien hinsichtlich des Ausmaßes seiner Suchtmittelabhängigkeit ein. Zu diesem eigenen Suchtverlauf und der eigenen diagnostischen Einschätzung hinsichtlich seiner Sucht nimmt der Patient in seiner Therapiegruppe Stellung und formuliert erste Ziele für seine Rehabilitationsbehandlung und seine eigenen Vorstellungen zu seinem künftigen Therapieprogramm.

Darüber hinaus nimmt der Patient regelmäßig an einem Entspannungstraining teil (2 x 45 Minuten pro Woche) und erlernt das Verfahren der progressiven Muskelrelaxation. Er wird zudem in ein sporttherapeutisches Programm (2 x 60 Minuten pro Woche) zugewiesen, das seiner körperlichen Fitness und seinem Gesundheitszustand entspricht.

Jeder Patient ist von Beginn an auch in die regelmäßigen therapeutischen Veranstaltungen in der Klinik eingebunden: Tägliche 30-minütige morgendliche Stationsgruppe, monatlich einmal stattfindende 60-minütige Vollversammlung der Klinikpatienten mit dem therapeutischen Team und in die wöchentlich ein Mal stattfindende 60-minütige Gesundheitsinformation (Vorträge zu medizinischen und psychologischen Themen).

Jeder Patient übernimmt von Beginn an auch an praktischen Tätigkeiten. Es geht hierbei um das Erlernen und Einüben von Aktivitäten des täglichen Lebens im Bereich hauswirtschaftlicher Aufgaben sowohl im persönlichen Bereich (Sauberkeit des Zimmers, Pflege der eigenen Kleidung, Wäsche) als auch im Rahmen der Station (Sauberkeit der Aufenthaltsräume, Teeküche, Übernahme eines Hausamtes) und die Übernahme von stationsübergreifenden Aufgaben für die Allgemeinheit

(Spüldienst, Hofdienst etc.) Schon durch diese einfachen, sich regelmäßig wiederholenden Tätigkeiten lassen sich sehr leicht Stärken und Schwächen der Patienten beobachten hinsichtlich lebenspraktischer Aspekte, der Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Absprachefähigkeit, Verlässlichkeit, Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen, der sozialen Kompetenz und der Antizipationsfähigkeit. Diese verschiedenen Tätigkeiten werden begleitet und beaufsichtigt durch therapeutische und hauswirtschaftliche Mitarbeiter. Sie dienen zum einen zur weiteren diagnostischen Abklärung und zur Vorbereitung auf ein differenziertes ergo- oder arbeitstherapeutisches Behandlungsprogramm nach Abschluss der Initialphase.

Insgesamt beträgt das therapeutische Wochenprogramm in dieser Initialphase zwischen 25 und 30 Wochenstunden.

Die Initialphase findet ihren Abschluss mit einer Indikationskonferenz, in der dem Patienten eine multiprofessionelle Rückmeldung zum bisherigen Therapieverlauf gegeben und mit ihm zusammen das nachfolgende Therapieprogramm anhand mit ihm festgelegter Ziele besprochen wird.

Das Ziel dieser Initialphase der Therapie ist, jedem Patienten ein möglichst gutes Einleben und Mitwirken im klinischen Setting zu ermöglichen und gleichzeitig eine diagnostische Abklärung vorzunehmen über die Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft des Patienten und, bei Vorliegen derselben, die individuellen Behandlungsziele mit dem Patienten festzulegen und den konkreten weiteren Verlauf der Therapie zu planen.

4.6.9.4.2. Hauptphase

Bei erfolgreichem Abschluss der Initialphase tritt der Patient in die Hauptphase der Therapie ein.
In dieser Hauptphase der Therapie soll jeder Patient die Möglichkeit erhalten, seine eigenen individuellen Behandlungsziele zu erreichen. Dazu erhält jeder Patient einen individuellen Therapieplan und ein eigenes Wochenprogramm als Ergebnis der Indikationskonferenz.

Standard in dieser Hauptphase der Therapie ist für jeden Patienten die regelmäßige wöchentliche oder zweiwöchentliche Einzeltherapie (30 oder 50 Minuten), die regelmäßige Mitwirkung an der analytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie (3 x 90 Minuten pro Woche) und die verbindliche regelmäßige Teilnahme an den täglichen morgendlichen Stationsgruppensitzungen (5 x 30 Minuten pro Woche). Dazu gehören die weitere Teilnahme an den Vorträgen zur Gesundheitsinformation (1 x 60 Minuten pro Woche) und die Teilnahme an der Klinikvollversammlung (1 x 60 Minuten pro Monat).

Das weitere verbindliche Therapieprogramm ist für jeden Patienten individuell festgelegt. In diesen therapeutischen Maßnahmen sind Patienten des Cannabismoduls auch mit Patienten anderer Stationen und Gruppen der Fachklinik zusammen in Behandlung im Sinne der Inklusion. Hier zu nennen sind die Teilnahme an mindestens einer oder mehrerer indikativer therapeutischer Gruppenangebote (s.o.). Die indikativen Gruppen finden ein bis zweimal pro Woche mit 60- oder 90-minütigen Dauer statt.

Individuell festgelegt wird auch das sporttherapeutische Programm. Es wird für jeden Patienten ein Programm von ein bis zwei 45- bis 90-minütigen Veranstaltungen pro Woche eingeplant.

Ein weiteres wesentliches Therapieangebot besteht in der Ergo- und Arbeitstherapie bzw. in einer beruflichen Belastungserprobung als sequentielle Maßnahmen der MBOR. Neben der herkömmlichen Ergotherapie, in der mit unterschiedlichen Medien gearbeitet wird, hält die Klinik arbeitstherapeutische Programme in verschiedenen Bereichen bereit. So können Patienten in einem auf dem Klinikgelände befindlichen landwirtschaftlichen Betrieb (Milchschafe mit Molkerei, Legehennen) tätig werden oder in einer eigenen Schreinerei und Gärtnerei. Zudem gibt es einen Arbeitstherapiebereich für einfache Verwaltungstätigkeiten und den Patendienst (die Begleitung neu aufgenommener Patienten, Übernahme von Gästeführungen in der Klinik). Auch besteht die Möglichkeit einer beruflichen Belastungserprobung intern oder extern in einem mit der Klinik kooperierenden Betrieb.

Der zeitliche Aufwand für das ergo- oder arbeitstherapeutische Programm richtet sich nach dem individuellen Bedarf und den Zielen des Patienten. Die Wochenstunden für Ergo- oder Arbeitstherapie können zwischen 6 und 12 Stunden betragen. Die Dauer der beruflichen Belastungserprobung beträgt bis zu 18 Wochenstunden, ist aber zeitlich auf eine Phase von vier bis sechs Wochen beschränkt.

Neben den im individuellen Wochenprogramm festgelegten verbindlichen therapeutischen Veranstaltungen kann jeder Patient auch noch an freiwilligen Angeboten der Klinik teilnehmen. Dies sind Angebote kreativer, musischer, sportlicher oder geistlicher Art.

Das therapeutische Wochenprogramm in der Hauptphase der Rehabilitationsbehandlung beträgt je nach individueller Festlegung zwischen 20 und 30 Wochenstunden für einen Patienten.

Patienten von der 7. Behandlungswoche an Ausgang in therapiefreien Zeiten. Besuche sind an den Wochenenden möglich mit Ausgängen und nach vorheriger Genehmigung. Heimfahrten können ab der Hälfte der genehmigten Therapiedauer geplant und in der Regel über das Wochenende angetreten werden mit einer Gesamtdauer von 3 x 24 Stunden.

Im Fall eines Rückfalls mit Suchtmitteln oder in nichtstoffgebundenes Verhalten während der stationären Therapie kann die Behandlung sofort beendet werden. In der Regel wird aber erst nach einer eingehenden Prüfung zum Rückfallverlauf und dessen Hintergründen eine Entscheidung über Fortsetzung oder Beendigung der Therapie getroffen. Kann der Patient weiter behandelt werden, wird er zunächst in ein gesondertes Rückfallprogramm integriert und eine mindestens zweiwöchige Probebehandlung durchlaufen. Erst danach kann der Patient wieder in den regulären Therapieablauf zurückkehren. In der Phase der Rückfallbehandlung gilt für den Patienten die Haus- und Therapieordnung der Initialphase.

4.6.9.4.3. Entlassphase

Gegen Ende der Behandlung, zwei bis vier Wochen vor Ende der Therapie wird die weitere Planung der Zeit nach der Entlassung im Fokus stehen. Hier geht es um Fragen der Fortsetzung der Rehabilitation in einer Adaption oder um Nachsorgebehandlungen in ambulanten Angeboten. Ein nicht geringer Teil der Drogenpatienten orientiert sich nach der stationären Entwöhnungsbehandlung in Richtung eines neuen Lebensumfelds und muss auch beruflich einen Neubeginn starten. Eine geglückte Anschlussbehandlung in Adaption oder ambulanter Nachsorge ist prognostisch günstig für eine gelingende Reintegration in ein soziales und berufliches Leben. Deshalb wird in der Entlassphase der Therapie, spätestens in den letzten vier Wochen der stationären Behandlung, besonderes Augenmerk auf die Klärung der weiteren Zukunftsperspektive des Patienten gelegt. Auch die Möglichkeit der teilstationären Entlassphase in einer Tagesrehabilitation ist für diese Patientengruppe sehr sinnvoll.

Wochenplan ab der 5. Therapiewoche Cannabismodul

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück	07:00 – 07:45 Frühstück
08:00 – 10:00 Arbeitstherapie (AT)	**08:00 – 10:00** Hausdienste / Zimmerreinigung	**08:00 – 09:30 Gruppentherapie** 1. Mittwoch vom Monat Vollversammlung	**08:00 – 12:00** Uhr Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**08:00 – 10:00** Arbeitstherapie
	09:30 – 10:15 (5. Woche) Letzte Servicereflexion	**09:30 – 12:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprob. 10:30 – 12:00 Ergotherapie Gr.1	09:00 – 10:30 Uhr Ergotherapie Gruppe 2 **09:00 – 09:45 MAT 3** / **09:45 – 10:30 MAT 4**	
10:30 – 12:00 Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum	**10:30 – 11:45** Offene Sozialberatung (Bei Bedarf) Sprechzimmer Fr. Dietrich	**10:30 -12:00** Sport 3 Gruppe 2 Ergotherapie Gruppe 1 **11:00 – 12:00** Ernährungsberatung	**10:30 – 12:00** Gruppentherapie Jeweiliger Gruppenraum
12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen	12:00 – 12:45 Mittagessen
12:45 – 14:30 AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 16:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria	**12:45 – 14:30** AT-Cafeteria
14:00 – 14:45 Muskelaufbautraining (MAT)Gruppe 1	**13:30 – 16:30** Arbeitstherapie **13:30 - 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**14:00 – 14:45** MAT Gruppe 1	**13:30 – 17:00** Arbeitstherapie Berufliche Belastungserprobung	**14:00 – 15:00** Gesundheitsinfo
14:00 – 15:30 Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1 Rückfallgruppe Depressive Störung	13:30-15:00 Angststörung **14:00 – 14:45** MAT Gruppe 3	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 1 Kunsttherapie Gruppe 1	**13:30 – 15:00** Ergotherapie Gr. 1	**15:15 – 16:45** Bogenschießen
14:45 – 15:30 MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 2	**14:00 – 15:30** Sport 2 Gruppe 2 Tabakentwöhnung Kognitives Training	**15:30 – 17:30** PC-Kurs (Nach Indikation)
15:30 – 16.15 Rückentraining Gruppe 1	**14:45 – 15:30** MAT Gruppe 4	**15:30 – 17:00** Sport 3 Gruppe 1		
15:30 – 17:00 Sport 3 Gruppe 1 Rückentraining Gruppe 2	15: 00 – 16:30 Ergotherapie Gr. 2		15:00 – 16:30 Ergotherapie Gruppe 2	
16:00 – 17:30 Training Sozialer Kompetenz Spielsucht Kunsttherapie Gruppe 2	**15:30 – 16:45** Sport 3 Gruppe 2 Geh-und Lauftraining	**16:00 – 17:30** Kunsttherapie Gruppe 2	**16:00 – 17:30** Rückfallprävention	
17:15 – 18:00 Workout Sporthalle	**17:00 – 18:00Gesprächsrunde** **„Über Gott und die Welt“**	**17:00 – 17:45** Workout Sporthalle	**15:30 - 17:00** Geh- und Lauftraining	
18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen	18:00 – 18:45 Abendessen
	19:00-21:00 Offenes Atelier	19:15 – 21:15 PC-Kurs (Indikativ)	19:00 Hausgruppe in den Häusern	

4.7. Rehabilitationselemente

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

4.7.1. Aufnahmeverfahren

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

Nach Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Patienten nimmt dieser dann bereits nach der Aufnahmeuntersuchung gemäß seiner Möglichkeiten am Rehabilitationsprogramm teil.

4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik

Innerhalb der ersten drei Behandlungswochen erfolgt die ausführliche psychiatrische, neurologische und körperliche Eingangsdiagnostik mit Hilfe apparativer Technik und Testpsychologie. Des Weiteren wird eine dezidierte Sozial- und Berufsanamnese, Eigen-, Familien- und Suchtanamnese erhoben, die in der Therapieplanung konnotiert wird mit den positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren. Die biographische Anamnese wird mit den Mitteln der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik erhoben und ist insbesondere wegweisend in der Therapieplanung für die Konzepte Aktivität und Teilhabe nach ICF.

Der Mini ICF APP ermöglicht sowohl die Funktionsdiagnostik der Störungen entlang der Dimensionen Teilhabe, Aktivität, Köperstrukturen und -funktionen sowie der umwelt- und personenbezogenen

Faktoren zu Beginn der Behandlung als auch die Kontrolle der Zielerreichung am Ende der Behandlung.

Ein ICF- orientierter Selbstbeuteilungsbogen der Patienten, ebenfalls als prä und post Einschätzung gewährleistet die individuelle Planung und Beteiligung der Patienten.

In der testpsychologischen Diagnostik werden Persönlichkeitstests, das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) und der Trierer Persönlichkeitsfragebogen angewendet. Als klinische Tests kommt die Symptom-Check-List (SCL-R) sowie der Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit zur Anwendung. Leistungstest sind der Aufmerksamkeitsbelastungstest D2 sowie das Leistungsprüfsystem LPS, Skalen 1-4 und 10. Bei sozialmedizinischer Indikation werden der HAWIE-ER, der DCS, der MWT-B und andere angewendet. Grundlage für die Medizinisch-berufliche Orientierung ist der MELBA sowie der AVEM.

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

Zur individuellen psychodynamischen Diagnostik kommt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD2) zur Anwendung, welche das Krankheitsverständnis des Patienten, seine Form der Beziehungsgestaltung, seinen psychodynamischen Konflikt, das Strukturniveau seiner Persönlichkeit sowie die psychiatrische Diagnostik fasst. Bereits die Aufnahmeuntersuchung erfolgt geleitet von der OPD, auf deren Grundlage Rehabilitationsziele formuliert und therapeutische Interventionen geplant werden.

Das Kernstück der Behandlung ist also die Rehabilitation mit Überwindung oder Kompensation von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, die Erzeugung von Aktivität und die Herstellung von Partizipation. Beeinträchtigungen werden diagnostiziert über die medizinischen Untersuchungen, die operationalisierte psychodynamische Diagnostik sowie die Eigen-, Familien-, Sozial-, Berufs- und biographische Anamnese.

Wir formulieren die Symptome und Beeinträchtigungen unserer Patienten, die der OPD sowie der psychiatrischen und körperlichen Aufnahmeuntersuchung entspringen, entlang der drei Konzepte der ICF (Körperfunktion und –struktur, Aktivität, Teilhabe) und integrieren diese in die Kontextfaktoren Umwelt und Person, die sich sowohl positiv als auch negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken können. In dieses Konzept eingebettet ist unsere sehr intensive Angehörigenarbeit, das Konzept der Medizinisch-beruflichen Orientierung in der Rehabilitation und unser Grundsatz der wohnortnahen,

ganztägig ambulanten Behandlung, auch als ganztägig ambulante Entlassform, bevorzugt vor der stationären, oft wohnortfernen Behandlung. Ebenso eingebettet in das Konstrukt der ICF sind unsere ausdifferenzierten medizinischen Abteilungen sowie unser umfangreiches arbeits-, ergo- und sporttherapeutische Angebot.
Im Zusammenwirken des multidisziplinären Behandlungsteams mit dem Patienten wird in den ersten drei Wochen eine Rehabilitationsplanung unter Analyse der stützenden Umweltfaktoren, der personenbezogenen Faktoren als Entwicklungspotentiale sowie im Hinblick auf Wünsche, Fähigkeiten und Notwendigkeiten in Teilhabe und Aktivität. erstellt, die in der Indikationskonferenz in der 3. Therapiewoche festgeschrieben und in der Rehakonferenz in der 8.-9. Therapiewoche überprüft wird.

4.7.3. medizinische Therapie

Die ärztlich-medizinische Versorgung findet kontinuierlich statt und ist nicht Gegenstand eines eigenständigen Behandlungsmoduls. Regelmäßige Laborwertkontrollen, tägliche Alkoholkontrollen (Atemlufttestgerät), Drogenscreenings (bei Bedarf und Indikation), Überwachung des Gewichts und der Blutdruckwerte gehören zu den Routineleistungen. An apparativer Diagnostik sind EKG, Sonographie und Lungenfunktion möglich. Durch die ärztliche Leitung finden regelmäßige Visiten statt, sie supervidiert Aufnahme- und Entlassuntersuchungen, die sozialmedizinische Therapieplanung und- begutachtung.

Die medizinische Abteilung ist fachübergreifend besetzt mit Fachärzten der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin und Psychiatrie und Psychotherapie, erfahrenen Assistenzärzten sowie Krankenschwestern im Tag- und Nachtdienst. Täglich findet in allen Fachbereichen eine Sprechstunde statt. Mit den Hausärzten der Patienten besteht über strukturierte Korrespondenz Kontakt, Fachärzte der Region übernehmen die Mitbehandlung.

Die Ärzte ist als Mitglied des interdisziplinären Teams anwesend bei den Indikations- und Rehakonferenzen, steuern die rehabilitationsrelevante Diagnostik bei, legen in diesen Konferenzen mit allen Teilnehmern als Verantwortliche Rehabilitationsziele und –planung fest und verantworten die sozialmedizinische Fallführung. Sie führen die Gesundheitsinformation der Patienten durch sowie psychoedukative Gruppen. Als Mitglieder des suchthilfeinternen Qualitätszirkels Sozialmedizin erhalten sie Gelegenheit zur Falldiskussion unter Leitung der Ärztlichen Direktorin sowie Fortbildung.

Den Krankenschwestern obliegt die Sprechstundenorganisation, die Behandlungspflege sowie in Einzelfällen als meist erste Ansprechpartner kriseninterventorische Gespräche mit Patienten und Erstversorgung im Notfall.

4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

4.7.4.1. Einzelpsychotherapie

Während der gesamten Behandlungszeit begleitet eine Bezugstherapeutin oder ein Bezugstherapeut den Patienten im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten Einzelpsychotherapie, wodurch die Beziehungskontinuität gesichert wird. Innerhalb der Einzelpsychotherapie laufen die Fäden aus den verschiedenen Therapieangeboten zusammen, so dass unterschiedliche Beziehungserfahrungen, die der Patient macht, reflektiert und integriert werden können. Der Einzelpsychotherapie kommt im gesamttherapeutischen Geschehen nicht zuletzt deshalb ein ganz besonders hoher Stellenwert zu, weil nur dort genügend Schutzraum gegeben ist, um z.B. besonders schambesetzte Themen zu bearbeiten. Es gibt Themen, die sich für ein Gruppensetting nicht eignen oder solche, die, bevor sie evtl. auch in die Gruppe eingebracht werden können, zuerst im einzelpsychotherapeutischen Setting zur Sprache kommen müssen.

① Frequenz und Dauer

Die Frequenz und Dauer der Einzeltherapiegespräche orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen des Patienten. In der Regel findet eine Einzeltherapiesitzung von 50 Minuten innerhalb von 14 Tagen oder eine Einzeltherapiesitzung von 30 Minuten wöchentlich statt.

Zusätzlich erfolgen bei Bedarf einzeltherapeutische Krisengespräche.

4.7.4.2. Gruppenpsychotherapie

Die Gruppenpsychotherapie wird in Form teiloffener Gruppen angeboten. Hier werden wesentliche Beziehungserfahrungen gemacht, die dann im Sinne des psychodynamischen Konflikts (Konfliktachse OPD II, s.o.) bearbeitet und korrigiert werden können. Die Gruppenpsychotherapie wird größtenteils nach der Methode der interaktionellen psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie ausgerichtet, in spezifischen Gruppen (DD-Gruppe, Drogentherapie) auch nach der Methode der ich-strukturell-modifizierten Gruppenpsychotherapie. Intendiert sind in der Gruppentherapie insbesondere das Erleben von Gruppenkohäsion und das Erleben von Identifikation mit der Gruppe. Auch Aspekte, die das zwischen den beiden Polen Autonomie und Bindung ausgespannte Feld menschlichen Beziehungserlebens betreffen, gehören hierher.
Einige Wirkungen gruppentherapeutischer Prozesse sollen hier exemplarisch beschrieben werden: u.a. kann die Gruppentherapie auf die Patienten die Wirkung haben, dass sie ihre teils selbst gesuchte Isolation verlassen, weil sie sehen, dass auch viele andere mit ähnlichen Problemen kämpfen wie sie und dafür Lösungswege suchen. In gemeinsamer gruppenpsychotherapeutischer Arbeit kann versucht werden, die selbstdestruktiven Notlösungswege in konstruktive und als hilfreich erlebte Lösungen zu überführen. Patienten können erleben, dass sie sich auch in ihren problematischen Lebensvollzügen nicht zu verstecken brauchen, dass vielmehr erst der offene, wohlwollende Blick auf die Symptome und deren Hintergründe wirklich konstruktive Lösungssuche

ermöglicht. Gruppenmitglieder können dazu beitragen, dass einseitige Selbstwahrnehmungen und Selbstattribuierungen modifiziert werden.
Innerhalb der Gruppe sind durch den gegebenen geschützten Rahmen auch ein „Probehandeln“ und Ausprobieren neuer Verhaltens- und Beziehungsmuster möglich.

☒	3 x 90 Minuten wöchentlich
○	Gruppengrößen variieren je nach indikativen Gesichtspunkten zwischen 8 und 12 Patienten Hausgruppe / Soziotherapie: bis zu 19 Patienten (Die Gruppengröße der Hausgruppe, in der auch die Soziotherapie stattfindet, ist mit der Anzahl der Bewohner pro Haus identisch.)

4.7.4.3. andere Gruppenangebote

4.7.4.3.1. Vollversammlung und Großgruppen

Einmal wöchentlich finden gleichzeitig vier Großgruppen statt, einmal im Monat eine Vollversammlung mit allen Patienten. Diese Sitzungen stellen ein Forum für die Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten dar, die im Klinikalltag auftreten können. Dabei geht es auch um einen offenen Umgang mit Grenzverletzungen (z.B. bzgl. der Hausordnung oder im Hinblick auf das Suchtverhalten). Die Patienten werden durch diese Form des Austragens auch von „heiklen“ Themen ermutigt, eigene coabhängige Verhaltensweisen (vgl. WILSON-SCHAEF 1991) zu überwinden. Es besteht auch die Möglichkeit, den Mitarbeitenden der Fachklinik gegenüber Kritikpunkte zu äußern oder Verbesserungsvorschläge zu machen.

☒	1 x 60 Minuten wöchentlich
○	Gruppengröße der Großgruppe: bis 45 Patienten
An der Vollversammlung nehmen alle Patienten teil.	

4.7.4.3.2. Training sozialer Kompetenz

Anhand eines von einer Mitarbeiterin entwickelten Manuals für ein Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK) werden bei entsprechender Indikationsstellung soziale Standardsituationen im Rollenspiel geübt und anschließen reflektiert, mit dem Ziel, soziale Kompetenzen in wichtigen Lebenssituationen zu trainieren. Ein Baustein des Sozialen Kompetenztrainings ist das Ablehnungstraining. Hierbei werden Standardsituationen mit Konsumangeboten gespielt, in denen die Betroffenen auf sozial und psychologisch angemessene Weise den Konsum ablehnen. Wichtig ist, dass die geübten Situationen im Alltag weitergeführt werden.
Bezüglich der Berufsausübung fallen häufig Defizite in der Kommunikation und Kooperation am Arbeitsplatz auf. Diese Mängel gehen häufig einher mit Defiziten in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Um dem zu begegnen, führen wir ein Kommunikations- und Wahrnehmungstraining durch. Erlebnispädagogische Übungen werden in Gruppen und mit spielerischer Aufgabenstellung durchgeführt und gemeinsam ausgewertet. In jedem

Arbeitstherapiebereich finden vor diesem Hintergrund regelmäßige Reflektionen statt. Hier werden aktuelle Probleme, die am Arbeitstherapieplatz sichtbar werden, reflektiert. Die aktuellen Probleme werden in Zusammenhang gestellt zu früheren Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Die Regelhaftigkeit von immer wieder sich wiederholende Schwierigkeiten soll erkannt werden; daraus sollen wirkungsvolle Strategien entwickelt und einübt werden, um sich zukünftig im Arbeitsleben adäquater verhalten zu können. Wichtig sind besonders die Entwicklung eines angemessenen Umgangs mit Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen sowie das Entgegennehmen und Äußern von Kritik. Ziel ist, eigene Anteile an den Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu entdecken und Projektionen auf die Kollegen und Vorgesetzten zurückzunehmen. Zunehmend spielt das Thema „Mobbing“ eine wichtige Rolle. Auch hierbei ist das Aufspüren eigener Anteile relevant.

☒	Häufigkeit des Gruppentrainings sozialer Kompetenz:
	1 x 90 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: max. 12 Patienten

4.7.4.3.3. Pathologischer PC/ Internet-Gebrauch

Immer mehr Patienten gelangen wegen einer stoffgebundenen Abhängigkeit zur Behandlung und fallen dadurch auf, dass sie die Nutzung des Internets hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer nicht adäquat kontrollieren können. Der exzessive Zeitverbrauch für diese Tätigkeiten führt zu einem wachsenden Problem, das auch aus der Vernachlässigung von Pflichten entsteht. Es treten körperliche (z.B. Störung des Wach-Schlaf-Rhythmus, Rückenbeschwerden) und psychische (z.B. Essstörungen, depressive Reaktionen, zunehmende soziale Ängstlichkeit) und soziale (Rückzug) Folgen ein. Der PC-/Internetgebrauch dient dann der Kompensation alltäglicher Frustrationen bzw. der resultierten Beschwerden. Es erfolgt eine unreife Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Selbstwertsteigerung und Beziehung in der virtuellen Welt. Am häufigsten tritt der pathologische PC/Internet-Gebrauch auf als das exzessive Spielen von Mehrpersonen-online-Rollenspielen oder Ego-shooter-Spielen (z.B. „World of Warcraft“ oder „Counterstrike“), gefolgt vom Chatting (z.B. in Partnerschafts-Chatrooms) und dysfunktionalem Surfen.

Ziele der Indikationsgruppe sind:

- Analyse der Beziehungs- und Selbstwertregulationsdefizite und der Kompensationsversuche in der virtuellen Welt
- Unterstützung des interaktionellen Erlebens- und Handlungsrepertoires
- Entwicklung eines realitätsbezogenen positiven Selbstbilds und die Förderung der sozialen Kompetenz

In dieser Indikationsgruppe werden mit den betroffenen Patienten die Besonderheiten des pathologischen PC/Internet-Gebrauchs thematisiert und der Abhängigkeitscharakter dieses Verhaltens und die schädigenden Folgen verdeutlicht. Dabei geht es stets um die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die reale Welt und eine Wiederbelebung der Erlebensfähigkeit.

Zuvor bedarf es individueller Zielvereinbarungen über das Einstellen des dysfunktionalen PC/Internet-Gebrauchs, sowie über den notwendigen adäquaten Umgang mit PC/Internet und Regelungen zum Gebrauch des Klinik-Internets. Es wird erwartet, dass die Bereitschaft besteht, den Spielaccount zu löschen und beim Surfing oder Chatting die Zugänge zu den PC/Internetforen aufzugeben.

Die Indikationsgruppe für Patienten mit pathologischem PC/Internet-Gebrauch ist eine halboffene Gruppe.

Gruppe für Patienten mit pathologische PC/Internet-Gebrauch	
☒	1 x 90 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

4.7.4.3.4. Angststörung

In dieser Gruppe werden Patienten behandelt, die neben ihrer substanzgebundenen Abhängigkeit auch eine Angststörung haben. Neben einem psychoedukativen Teil, in dem den Patienten medizinisches und psychologisches Wissen zum Thema Angst und Angststörungen vermittelt wird, wird in einem psychotherapeutischen Teil auf die besonderen, individuellen Erlebens- und Verhaltensweisen der einzelnen Patienten in Bezug auf ihr Symptome eingegangen. Die Interventionen in dieser Gruppe sind verhaltenstherapeutisch orientiert.

☒	1 x 90 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

4.7.4.3.5. Depression

In dieser Gruppe werden Patienten behandelt, die neben ihrer substanzgebundenen Abhängigkeit auch eine Depression bzw. depressive Symptome haben. So wie in der Indikationsgruppe für Angststörungen ist auch diese Gruppe in einen psychoedukativen und einen psychotherapeutischen Teil gegliedert. Auch hier orientieren sich die therapeutischen Interventionen an der kognitiven Verhaltenstherapie.

☒	1 x 90 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

4.7.4.3.6. kognitives Training

Eine Fachtherapeutin für Kognitives Training behandelt Patienten, bei denen unterschiedliche Hirnleistungsstörungen vorliegen. Das Hirnleistungstraining umfasst das Training kognitiver Funktionen wie Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Orientierung, Gedächtnis, Handlungsplanung und Problemlösung. Dabei ist das kognitive Training kein Selbstzweck, sondern verfolgt komplexe therapeutische Ziele wie das Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten, die unter anderem verbunden sind mit einer Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, der Belastungsfähigkeit und auch des situationsgerechten Verhaltens. Kognitives Training wird auch im

Rahmen der psychisch-funktionellen Behandlung zur Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb und Belastbarkeit angewandt.

☒	1 x 60 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

4.7.4.3.7. Therapeutisches Bogenschießen

Das spontane Schießen mit dem natürlichen Bogen erfordert die Bereitschaft, sich sowohl mit vielen Persönlichkeitsanteilen als auch mit seinem eigenen Körper einschließlich der Atmung zu befassen. Dabei soll gelernt werden, wie Impulse und Affekte besser kontrolliert und gesteuert werden können. Vorstellungskraft und die Arbeit mit dem Willen, besonders die Aspekte der Entscheidung und Entscheidungsfindung sollen im Fokus stehen. In immer wiederkehrender Weise sollen Formen erarbeitet werden, welche unser Vorhaben zum Ziel führen. Dabei sind Fehlschüsse genauso wichtig wie gute Schüsse. Erwartungen daran und Enttäuschungen darüber liegen nahe beieinander. Bogenschiessen kann lehren, besser mit Angriffen auf den Selbstwert umzugehen. Wunsch und Wirklichkeit können direkt überprüft werden, Frustrationen spielerisch beantwortet, Impulse gezügelt und in kontrollierter Weise kanalisiert werden. Mit der Methode des „Schießens wohin man denkt“ soll die Vorstellungskraft geschult werden und letztendlich sind immer neue Entscheidungen zu „treffen“.

☒	1 x 90 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 10 Patienten

4.7.4.3.8. Kreativtherapie

Unter der Bezeichnung „Kreativtherapie“ werden im Behandlungskonzept diejenigen therapeutischen Verfahren subsumiert, die das kreativ-gestalterische und ausdrucksorientierte Element in besonderer Weise betonen. In der klinischen Arbeit mit suchtkranken Menschen wird häufig die Erfahrung gemacht, dass sich intrapsychische Konflikte zunächst in Körperausdruck, Handeln und Gestalten äußern. Die Sprache hingegen spiegelt die Anpassung an Einstellungsnormen und Verhaltenserwartungen des familiär-gesellschaftlichen Umfelds wider und ist somit Ausdruck der Entfremdung vom eigenen vitalen Selbsterleben. Es gibt Autoren, die die Kreativtherapie unter die tiefenpsychologischen, psychodynamischen Verfahren einordnen, weil sie psychodynamische Kräfte mobilisieren und einen beschleunigten Zugang zu unbewusstem, konflikthaftem Material ermöglichen.

4.7.4.3.8.1. Indikationsgruppe Kunst- und Gestaltungstherapie

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

- verbesserter Ausdruck von Gefühlen, Phantasien und sonstigen Vorstellungen
- Ich-stärkende und emotional aufbauende Wirkung durch Erfolgserleben
- Anregung kreativer Potentiale
- Entdecken kreativer und handwerklicher Fähigkeiten, die auch nach Beenden der stationären Therapie die persönliche Lebensgestaltung, etwa in Form von Hobbys bereichern können

- sukzessiver Abbau von Widerständen
- erhöhte Leistungsfähigkeit
- verbesserte Beziehungsfähigkeit
- Aktivierung manueller Fähigkeiten.

Es liegt nahe, dass ein Ziel wie „verbesserte Beziehungsfähigkeit“ nicht sofort nach dem Malen eines Bildes, das ein konfliktträchtiges Thema aufgreift, erreicht wird, sondern nur dann, wenn zu diesem Bild bewusste Reflexionen erfolgen. FEIEREIS (1989) bringt hierzu eindrucksvolle Beispiele.

4.7.4.3.8.2. Therapeutische Wirksamkeit von Malen und Tonen

Die meisten therapeutischen Effekte, die vom Malen und Tonen ausgehen können, gelten für beide schöpferischen Tätigkeiten. Unter Umständen berührt der Umgang mit Ton noch tiefere Schichten des Menschen „*Ton ist ein uraltes Material des schöpferischen Menschen und auch heute noch in der Lage, archaische Kräfte in ihm freizulegen. Als Material hat der Ton durch den direkten Kontakt zur Hand des formenden Menschen eine besondere Faszination und Aussagekraft.*“ (FEIEREIS 1989, S. 201)

Eine therapeutische Wirkung geht bereits von der Tatsache aus, dass die Gestaltung von und mit Material von sich selbst wegführt. Dies kann in solchen Fällen indiziert sein, in denen Betroffene im Übermaß um sich und ihre Symptome kreisen.

Sowohl beim Malen als auch beim Tonen werden über das frei geschaffene Werk Empfindungen und Konflikte unterschiedlicher Art wortlos ausgedrückt.. „*Gefühle des Menschen fließen sozusagen durch die Hand in das Material. Es wird dadurch möglich, unbewusste innerseelische Vorgänge zu externalisieren und damit dem Bewusstsein und der Reflexion zugänglich zu machen.*“ (ebd.) Insofern ist diese Form der Therapie eine Hilfe zur Konfliktbewältigung.

HAMMON (1981) hat besonders die Indikation bei Patienten für Malen und Tonen für Betroffene hervorgehoben, die durch Rationalisierungs- und Fluchttendenzen gekennzeichnet sind, deren Introspektionsfähigkeit weniger ausgeprägt ist und bei denen Störungen in den emotionalen Grundbeziehungen oder im Realitätskontakt vorliegen.

Hinzu kommt, dass bei der Betrachtung von Patienten angefertigten Bildern und Werkstücken immer wieder spürbar wird, dass diese mehr auszudrücken vermögen, als je in Worte hätte gefasst werden können. Auch locken sie vorsprachliche Assoziationen hervor, die, wäre man im therapeutischen Geschehen auf der verbalen Ebene allein geblieben, ungenutzt geblieben wären.

In der Mal- wie in der Tontherapie ist das Wesentliche das Spontane im Gestaltungsvorgang. In spontan gemalten Bildern, sowie in spontan getöpferten Formen und Gestalten materialisiert sich ein psychischer Inhalt, ausgelöst durch eine bestimmte Vorstellung, ein Gefühl, eine Phantasie, einen Traum. Der spielerische Umgang mit Farben und Ton kann eine Befreiung vom Zwang zur Perfektion und von Leistungsdruck bewirken. Es gibt auch maltherapeutische Techniken, die als Kleingruppenarbeit einen Zugang zum Erleben in der Gruppe und zum interaktionellen Erleben eröffnen. Der therapeutische Nutzen spontan gemalter Bilder und spontan geformter Figuren erhöht sich, wenn assoziative Einfälle formuliert werden. Werden Bilder und Figuren chronologisch gesammelt, entsteht über die Zeit eine wertvolle bildnerische oder figürliche Dokumentation bewusster und unbewusster psychischer Prozesse während des Therapieverlaufs.

☒	2 x 90 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

4.7.4.3.8.3. Kreativtherapie in der Gruppe

In einer weiteren Gruppe werden Patienten mit unterschiedlichen Medien kreativ tätig. Die kreative Bearbeitung von Materialien wie z.B. Speckstein, Holz, Stein, Metall soll zum einen handwerkliches Arbeiten als auch die Bereiche Phantasie, räumliches Vorstellungsvermögen, emotionales Erleben fördern. Dieses spezielle Angebot ist gedacht für Patienten kürzerer Therapiedauer und für Patienten, die Defizite im Bereich ihres Freizeitverhaltens haben und für Patienten, bei denen keine Indikation für Arbeitstherapie oder beruflicher Belastungserprobung besteht.

☒	1 x 120 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

4.7.5. Arbeitsbezogene Intervention

Arbeitsbezogene Interventionen beinhalten: Ergotherapie, Arbeitstherapie, interne und externe Belastungserprobung sowie sämtliche arbeits- und berufsbezogene Interventionen des Sozialdienstes und der Ergo- und Arbeitstherapeuten. Die arbeitsbezogene Intervention ist ein gleichberechtigter und integraler Bestandteil in der Rehabilitation, eng verschränkt mit der Sozialmedizin.

Unter arbeitsbezogenen Intervention verstehen wir u.a. auch.:

- Erhebung von Interesse und Kenntnissen sowie Bewerbungshemmnissen
- Erstellung einer Bewerbungsmappe
- Bewerbungstraining und Vorstellungsgespräche
- Beratung durch den Sozialdienst
- Rehaberatung
- Übernahme von Patientenämtern
- Indikative, arbeitsbezogene Gruppen
- Hauswirtschaftstraining
- Kognitives Training
- Kochgruppe
- Aktive Freizeitgestaltung
- ADL-Gruppe
- Arbeitgebergespräche
- usw.

Die Umsetzung der medizinisch beruflichen Orientierung kann je nach Krankheitsbild und individuellen Bedarf sequenziell von Ergotherapie über Arbeitstherapie zur internen oder externen Belastungserprobung sein. Die einzelnen Elemente der medizinischen beruflichen Orientierung sind jedoch gemäß des jeweiligen Rehabilitationsbedarfs auch einzeln einsetz- oder miteinander

kombinierbar. Der Bedarf an arbeitsbezogener Intervention ist maßgeblich und leitend für die Therapieplanung im Hinblick auf die Dimensionen Teilhabe, Aktivität und Nutzung stabilisierender Umweltfaktoren nach ICF.

Das theoretische Fundament unserer Ergotherapie bildet das Kanadische Modell menschlicher Betätigung (Canadian Model of Human Occupation: MOHO; KIELHOFNER et al., 2005). Dieses Modell fasst die wesentlichen menschlichen Betätigungen in folgende drei Kategorien zusammen:

- Selbstversorgung
- Produktivität & Erwerbsarbeit
- Freizeittätigkeiten

Diagnostisch-evaluative sowie ergotherapeutische Maßnahmen betreffen diese Bereiche, die mit dem im Sozialgesetzbuch verankerten Konzept der Teilhabe / Partizipation korrespondieren.
Ergotherapeutische Maßnahmen fördern durch gezieltes Training die Teilhabefähigkeiten in den unterschiedlichen Kategorien.
Während der Aufnahmephase wird die ergotherapeutische Diagnostik nach dem Canadian Model of Human Occupation durchgeführt. Auf dieser Grundlage wird unter Einbeziehung des Patienten ein ergotherapeutischer Rehabilitationsplan mit indikativer Zuweisung in die Ergotherapie erstellt und in der Indikationskonferenz festgelegt. Patienten mit Einschränkungen der Fähigkeiten zur Teilhabe an der Produktivität und Erwerbsarbeit werden dem Modul kompetenzzentrierter Ergotherapie zugeteilt, um die berufsbezogene medizinische Rehabilitation zu vertiefen. Bei ihnen wird eine vertiefende Diagnostik mit MELBA durchgeführt, die zum Ende der Rehabilitationsmaßnahe wiederholt wird, um den Therapieeffekt genauer zu beschreiben.
Die kompetenzzentrierte Ergotherapie als wesentlicher Bestandteil der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation umfasst drei Schwerpunkte:

- Beschäftigungstherapie (Förderung der sozialen Kompetenz und Anregung zur aktiven Freizeitgestaltung)
- Arbeitstherapie
- interne und externe Belastungserprobung
- Bewerbungstraining

Erwerbsarbeit ist eine bewusste, planmäßige, zweckorientierte und zweckgebundene Tätigkeit. Sie dient als Existenzsicherung und ist insofern Pflicht, sie kann aber auch Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung und Selbstverwirklichung bieten. Die Arbeitstherapie ist eine therapeutische Hilfe mit zweckgebundenen und sinnbezogenen Verrichtungen.

Verschiedene Zielsetzungen in der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation
Nachfolgend werden einige markante Zielsetzungen der Ergotherapie aufgelistet. Insbesondere für Versicherte der Rentenversicherungsanstalten spielt die berufsbezogene medizinische Rehabilitation eine wichtige Rolle in Bezug auf Neuerwerb oder Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit, und - bei Bedarf -

Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung oder der Suche einer Arbeitsmöglichkeit.

Personbezogen:

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

Teilhabebezogen:

- Erwerb von Schlüsselqualifikationen
- körperliche Kräftigung, Verbesserung des Durchhaltevermögens
- Diagnostik von Störungen am Arbeitsplatz durch soziale Probleme oder Suchtfolgen
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung durch Fremdeinschätzung qualifizierter Vorgesetzter oder Therapeutinnen und Therapeuten
- Förderung der Fähigkeit, die eigene Arbeitsleistung realistisch einschätzen und eine konkrete Aussage hierüber formulieren zu können
- Förderung konzentrierter, zielgerichteter Arbeitsweise auch in Gegenwart anderer, insbesondere Vorgesetzter, ohne sich übermäßig verunsichern zu lassen
- Förderung einer effizienten, realistischen Arbeitsplanung
- Förderung der Fähigkeit, komplexere Arbeitsabläufe zu strukturieren
- Förderung der kollegialen Zusammenarbeit und Teamfähigkeit
- Förderung adäquaten selbstbewussten Auftretens
- Förderung der Fähigkeit, einen Überblick über wichtige, ineinandergreifende Arbeitsabläufe zu behalten, Details ernst zu nehmen, sich aber nicht darin zu verlieren
- Überprüfung bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten, evtl. Auffrischung derselben
- berufsspartenspezifische Orientierung, Vergrößerung der Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes

Aktivitätsbezogen:

- Interessenfindung und Interessenerweiterung
- Freude an der Arbeit durch Erfolgserlebnisse
- Informationsgewinnung zur Planung und Umsetzung des beruflichen Wiedereinstiegs
- Belastungserprobung
- Erweiterung sensomotorischer und psychosozialer Fähigkeiten allgemein
- Förderung der Fähigkeit, Eigenverantwortlichkeit und kooperatives Verhalten am Arbeitsplatz auszubalancieren

- Förderung der Fähigkeit, Emotionen zu spüren und diese in sozialen Bezügen angemessen auszudrücken
- Förderung der Fähigkeit zur Entspannung und Genussfähigkeit

4.7.5.1. Ergotherapie in Form der Arbeitstherapie

Ergotherapie in Form der ***Arbeitstherapie*** beabsichtigt die Erweiterung der sozialen Kompetenz, die Hinführung zur Übernahme von Verantwortung und Teamfähigkeit; Durchhaltefähigkeit soll trainiert und Frustrationstoleranz erhöht werden.

☒ Arbeitstherapie findet bis zu 10 Stunden pro Woche statt für eine Dauer von 6 bis 12 Wochen

4.7.5.2. Ergotherapie in Form der Belastungserprobung

Ergotherapie in Form der ***Belastungserprobung*** dient zur Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung. Sie soll gewährleisten, die Leistungsfähigkeit unter realitätsnahen Bedingungen zu überprüfen, Neuerwerb von Fertigkeiten und Erprobung von Fähigkeiten soll möglich sein. Die Belastungserprobung dient der beruflichen Wiedereingliederung.

☒ Belastungserprobungen finden mit bis zu 18 Stunden pro Woche statt für eine Dauer von 6 bis 12 Wochen

Zurzeit kann in folgenden Bereichen kompetenzzentrierte Ergotherapie angeboten werden:

- Werkstatt für Ergotherapie
- Gärtnerei
- Landwirtschaft, Tierhaltung
- Schreinerei
- Aktivitäten des täglichen Lebens / ATL
- Bürotätigkeiten
- Externe Praktikumsstellen
- Aufnahmephasebegleitung / Patendienst
- Patientencafeteria

Zu 1) Die Angebote der Werkstatt für Ergotherapie umfassen: Arbeiten mit unterschiedlichen Medien mit handwerklicher oder ausdrucksorientierter Ausrichtung

○ jeweilige Gruppengröße im Bereich kompetenzzentrierte oder ausdrucksorientierter Ergotherapie: maximal 10 Patienten

Zu 2) Im Bereich *Gärtnerei* geht es um die Pflege der Außenanlagen und des Kräutergartens, die Gestaltung des Hauses und die Anzucht und Vermehrung von Pflanzen. Patienten haben in diesem Bereich die Möglichkeit, Wachstumsprozesse wahrzunehmen und mit zu gestalten und können dadurch Verbindungen zum eigenen inneren Wachstumsprozess herstellen. Schlüsselqualifikationen wie Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit, Sorgfalt und feinmotorische Fähigkeiten können hier erworben bzw. erweitert werden. Im Bereich der Hausgestaltung können Patienten ihre Kreativität entdecken und weiterentwickeln.

○ Gruppengröße Gärtnerei: bis zu 16 Patienten

Zu 3) *Landwirtschaft, Tierhaltung*
In der Fachklinik Ringgenhof gehört zur Landwirtschaft der Bereich Tierpflege bzw. Tierhaltung, eine Molkerei und ein Hofladen. Gehalten werden Nutztiere wie freilebende Hühner und Milchschafe. Die Patienten sind im Bereich der Tierversorgung, in Stallarbeiten, der Kontrolle und Weiterverarbeitung der landwirtschaftlichen Produkte (Eiersortierung und -verpackung, Weiterverarbeitung der Schafsmilch zu Käse) und im Verkauf im Hofladen eingesetzt. In Werkstätten können darüber hinaus Metall- und Schmiedearbeiten durchgeführt werden. Auch im Bereich der Pflege und Instandsetzung landwirtschaftlicher Geräte und Maschinen werden Patienten eingesetzt.

○ Gruppengröße Landwirtschaft: bis zu 16 Patienten

Zu 4) In dem *Bereich Schreinerei* werden sowohl größere Nutzmöbel wie Betten und Kleiderschränke, aber auch Kleinmöbel wie Hocker, Schemel, Bänkchen etc. angefertigt, außerdem Dekorationsgegenstände. Darüber hinaus werden Brücken, Stege etc., die sich auf dem Gelände der nahegelegenen Riedlehrpfade befinden, gepflegt und repariert.

○ Gruppengröße Schreinerei: bis zu 16 Patienten

Zu 5) Zu den *„Aktivitäten des täglichen Lebens“ - ATL* zählen Aufgaben, die zu den üblichen täglichen repetitiven Tätigkeiten im Haushalt und im Alltagsleben gehören. Hierzu gehört der Bereich der körperlichen Hygiene und Wäschepflege, der Bereich der Eigenversorgung (Haushaltsplanung, Einkauf, Kochen, Putzen), der adäquate Umgang mit Geld. Die Patienten sollen Schlüsselqualifikationen wie selbstständiges und zuverlässiges Arbeiten erlernen und einüben. Das Angebot des Lebenspraktischen Trainings beinhaltet theoretische Wissensvermittlung als auch das praktische Einüben wie z.B. die Teilnahme an einem Kochkurs. Das ATL-Training geht jedoch über den Erwerb rein zweckorientierter Haushaltsführung hinaus. Zusätzlich werden gestalterische Elemente einbezogen, Sinn für Ästhetik, Raumgestaltung sollen mit effizienten Arbeitsweisen verbunden werden. Dies hat nicht zuletzt seinen Sinn darin, Patienten die Fähigkeit und das Bewusstsein zu vermitteln, dass sie für ihre Lebensgestaltung überhaupt verantwortlich sind und aktiv etwas dazu beitragen können, Lebensfreude für sich und im sozialen Umfeld zu steigern.

○ Gruppengröße im „ATL - Bereich“: bis zu 6 Patienten

Zu 6) Der *Bereich Bürotätigkeiten* gewinnt an zunehmender Bedeutung, nicht zuletzt für Menschen, die vor Beginn ihrer Erkrankung in diesem Bereich berufstätig waren und sich beruflich wieder in diesem Bereich betätigen wollen. Vor diesem Hintergrund spielen die vorhandenen Computerarbeitsplätze und die mögliche Mitarbeit in der Klinikzentrale und im Telefondienst in der Fachklinik Ringgenhof eine zentrale Rolle. Die Einarbeitung in spezifische Bürotätigkeiten ist auch für solche Patienten gedacht, die nach längerer Unterbrechung der Berufstätigkeit befürchten, den Anschluss an moderne Bürotechniken verloren zu haben.

○ Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

Zu 7) Der *Bereich Externe Praktika* ist bei der Belastungserprobung von größter Wichtigkeit. Die Fachklinik arbeitet hier mit Einrichtungen wie Kindergärten, Behinderteneinrichtungen für Kinder und Erwachsene, Altenpflegeeinrichtung, verschiedenen Betrieben in Handel und Handwerk zusammen. Die externen Praktika sind Bestandteil der beruflichen Belastungserprobung und können in einer Phase von 4 bis 12 Wochen während der Behandlung mit bis zu 18 Wochenstunden andauern.

○ flexible Teilnehmerzahl

Zu 8) Der *Bereich Aufnahme - Patendienst* fordert besonders die sozialen Kompetenzen der Patienten heraus. Gemeint ist hier die Begleitung von Patienten, die sich in der Aufnahmephase befinden durch therapieerfahrenere Mitpatienten. Durch gemeinsame Aktivitäten soll den neuen Patienten das Einleben im Klinikalltag erleichtert werden. Der soziale Umgang unter spezifischer Aufgabenstellung kann für alle Berufe eine gute Vorübung sein, in denen es in besonderer Weise auf spezifische soziale Fähigkeiten ankommt.

○ Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

zu 9) *Patienten - Cafeteria.* Die Tätigkeit in der Patientencafeteria umschließt verschiedene Aufgabenbereiche, die von der Warendisposition, -einkauf, Zubereitung der Produkte, Kundenbedienung, Kassenverwaltung, Organisation des Teams und Marketing reichen. Ein Kleinteam von Patienten ist für die verantwortliche Steuerung der Abläufe dieser Cafeteria zuständig. Eingeübt werden einfache kaufmännische Arbeiten, teamorientierte Tätigkeiten und ein sozial kompetentes Verhalten.

○ Gruppengröße: bis zu 6 Patienten

4.7.5.3. Bewerbungstraining

Allen arbeitslosen oder arbeitsuchenden Patienten bietet das Bewerbungstraining die Möglichkeit, die Chancen für die Teilnahme am Bewerbungsverfahren zu verbessern. Im Einzelnen wird zunächst mit jedem Teilnehmer eine berufliche Bilanz erarbeitet anhand einer Checkliste mit Schlüsselqualifikationen für den Berufserfolg. Ein zweiter Schritt ist die Erstellung einer Bewerbungsmappe; hier wird besonders darauf geachtet, mit Lücken und Schwachpunkten im Lebenslauf sachgerecht umzugehen. Der dritte Teil hat das Vorstellungsgespräch zum Inhalt mit Hinweisen zum äußeren Erscheinungsbild, über die häufigsten Fragen, Verhalten im Gespräch und Training von Vorstellungsgesprächen mittels Rollenspiel.

Zweitägiges Blockseminar für bis zu 10 Patienten

4.7.5.4. Zusätzliches Angebot: EDV-Kurse

Allen steht zusätzlich zur Ergotherapie die Möglichkeit offen, an PC-Kursen teilzunehmen. Diese Kurse sind auf die Patienten zugeschnitten. Die Möglichkeit, an EDV-Kursen teilnehmen zu können, wird als besonders wichtig angesehen, da im Berufsleben in allen Berufssparten EDV-Kenntnisse erwartet werden. Die Kurse finden für die Fachklinik Ringgenhof in externen Schulungsräumen statt, um deren PC-Komfort nutzen zu können.

Das Angebot umfasst:

4 Anfängerkurse
5 Fortgeschrittenenkurse
6 Einführung in das Internet

EDV-Kurse ○ Gruppengröße: bis zu 8 Patienten

4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

4.7.6.1. Bewegungstherapie

Basissport und Sportgruppen während der Vertiefungs- und Außenorientierungsphase

Teil der initialen Aufnahmephase ist der „Basissport“. Körperliche Fitness wird unter Berücksichtigung der körperlichen Belastbarkeit, sportlichen Erfahrungen und sozialen Kompetenzen in einem Gruppensetting gesteigert. Die Erfahrungen dienen auch der ärztlichen Indikationsstellung für die Sporttherapie der Vertiefungsphase.

Folgende Sportgruppen werden angeboten:

- Basissport (**2 x 60 Minuten wöchentlich**)
- verschiedene Sportgruppen wie Zirkeltraining, Nordic Walking, Körperwahrnehmung und Kräftigung, Spielegruppe und medizinisches Schwimmen werden angeboten.

Die genannten Sportgruppen finden alle **1 bis 2 x wöchentlich für 45 bis 60 Minuten** statt. Der Besuch von 2 Sportgruppen wird empfohlen.
Sport- und Körpertherapie bei suchtkranken Menschen orientiert sich an folgenden Aspekten:

1. Sporttherapie als Krankengymnastik zur Wiederherstellung von Körperfunktionen: Körperliche Schäden und Beschwerden als Suchtfolgen oder als Folge nicht suchtbedingter Erkrankungen sollen durch Krankengymnastik oder durch ein spezifisches Muskelaufbautraining beseitigt oder gelindert werden (u.a. Gelenkschäden, alkoholbedingte Muskelatrophie und Polyneuropathie). Der Behandlungsschwerpunkt liegt bei der Krankengymnastik als Einzeltherapie oder beim Muskelaufbautraining in der Gruppe im medizinischen Trainingsraum. Ein zweites Behandlungsziel ist das Erschließen von Ressourcen (vernachlässigte Körperfunktionen, Leistungsfähigkeit, Prophylaxe von Haltungs- und Bewegungsschäden u.a.).

2. Sporttherapie als Sozialtherapie unter dem Aspekt der Teilhabe: Im Rahmen von sporttherapeutischen Angeboten in der Gruppe werden gewohnte Interaktionsmuster, Defizite bei Kooperation und Konfrontation, übersteigerter Ehrgeiz oder Antriebsarmut sowie Fehleinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit rasch deutlich. Sie können im Spielraum übersteigert, bewusst erlebt und bearbeitet werden. Regressionsfördernde Sportangebote aktivieren kreative Prozesse. Freude und Spaß am Zusammenspiel, Neugierde und Lust am Erproben neuer Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten werden erlebt.

3. Sporttherapie als Freizeit- und Erlebnispädagogik unter dem Aspekt der Aktivität: Die Suchterkrankung verzehrt gewaltige Ressourcen an Zeit und Energie. In der Regel wird der Bereich der privaten Lebensgestaltung in besonderer Weise in Mitleidenschaft gezogen. Viele Betroffene haben ihre Freizeitgestaltung extrem vernachlässigt. Während der stationären Therapie kann an frühere Freizeitaktivitäten angeknüpft, neue Möglichkeiten können erschlossen werden. Diese unterstützen ein ganzheitliches Leben ohne Suchtmittel und helfen, ein von der Sucht hinterlassenes Vakuum zu füllen. Gleichzeitig wird der Gruppenprozess gefördert. Oft kann die schöne Umgebung genutzt und Sporttherapie mit Naturerleben verknüpft werden. In der Erlebnispädagogik trifft sich die Sporttherapie mit anderen Therapiebereichen wie Rekreationstherapie oder Kreativtherapie.

4. Sporttherapie als personbezogener Kontextfaktor: Der während der Zeit der Substanzabhängigkeit häufig vernachlässigte, verdrängte, instrumentalisierte oder ausgebeutete Körper rückt wieder in den Mittelpunkt. Körpererleben und sinnliche Wahrnehmung der Gesundung können wachsen, zugleich auch das Selbstwertgefühl. In der Regression ist intensive Selbsterfahrung möglich. Dieser Rückgriff über das Körpergedächtnis auf die Ebene der ursprünglichen Schädigung gibt diagnostische Aufschlüsse und eröffnet zugleich therapeutische Ansätze. Auch der Schwerpunkt der Körpertherapie bietet hervorragende Möglichkeiten zu einer integrativen, individualisierten Zugangsweise zum Patienten.

○ Gruppengrößen der Sportgruppen

Je nach Angebot und Indikation zwischen 4 und 15 Patienten

4.7.6.2. Entspannungstraining

Schwierigkeiten bei der selbstbestimmten Regulation des Erregungsniveaus spielen bei vielen Abhängigkeitserkrankungen eine wichtige Rolle. Sie können, wie viele andere Symptome auch, in Folge der Suchterkrankung entstanden und exazerbiert sein oder auch eine ätiologische Rolle gespielt haben, bei der das Suchtmittel eine Funktion der Erregungsmodulation erwarb. Bei der Einschätzung der Bedeutung der Entspannungstechniken muss allerdings realisiert werden, dass die tatsächliche Anwendung im Alltag auch nach intensivem Training recht gering und die nachgewiesene Wirksamkeit beschränkt sind. Auch ist zu bedenken, dass gerade bei der in der jüngeren Zeit häufig diagnostizierten Hyperaktivitätsstörung ätiologisch wohl eher eine kortikale Untererregung und keinesfalls eine zentralnervöse Übererregung anzutreffen sind. Zentralnervös untererregte Menschen durch Entspannungstraining weiter zu „beruhigen“, kann daher als kontraindiziert gelten und wird von den Betroffenen häufig auch als eher aversiv erlebt. Vor diesem Hintergrund ist uns eine sorgfältige Indikationsstellung wichtig: Entspannungstraining darf keinesfalls als eine nebenwirkungsarme und für alle Menschen passende Begleittherapie verstanden werden.
Entspannungstraining wird in Form eines Kursprogramms während der Aufnahmephase zum Erlernen der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson angeboten. Diese Technik wird vermittelt als eine im Alltag anzuwendende und leicht lernbare Methode. Die Methode beruht auf der bewussten Wahrnehmung von Anspannung und Entspannung und kann in einer Kurz- oder Langform, im Sitzen oder Liegen, mit oder ohne Entspannungsmusik, mittels Selbstinstruktion oder mithilfe einer mit Instruktionstext besprochenen Kassette, allein oder in der Gruppe, mit Einbezug eines Ruhebilds oder ohne Ruhebild durchgeführt werden. Somit kann diese Methode sehr flexibel angewandt werden.

6 x 45 Minuten pro Rehabilitationsbehandlung
○ Gruppengröße: bis zu 12 Patienten

4.7.7. Freizeitangebote

Die Fachklinik Ringgenhof liegt in einer Landschaft mit hohem Freizeitwert. Badeseen, landschaftlich reizvolle Ried- und Moorlandschaften, zahlreiche Fuß- und Radwanderwege sowie weitläufige und ansprechend gestaltete Außenanlagen laden ein, die Freizeit im Freien zu verbringen. Im Winter bietet sich die Möglichkeit zu Skilanglauf und Schlittschuhfahren. Attraktive Städte im Nahbereich wie Ravensburg, Weingarten, Friedrichshafen, Meersburg, Überlingen, Konstanz, Bad Saulgau laden zu Bummeln, Einkauf und kulturellen Veranstaltungen ein.
Die Fachklinik Ringgenhof verfügt über einen eigenen Badestrand, Freispielplätze, eine Minigolfanlage, einen Tennisplatz, desweiteren über Fahrräder für Radtouren, Liegewiesen und Grillplätze.
Für die Freizeitgestaltung im Haus stehen ansprechende Aufenthaltsräume zur Verfügung; vorhanden sind eine Bibliothek, Fernseh- und Videoräume, Räume zum ungestörten Genuss und zur Ausübung von Musik sind vorhanden, ebenso die „Kirche am Weg“. Die klinikeigenen Musikinstrumente wie Klavier, Gitarren, Schlagzeuge können in der Freizeit benutzt werden. Die Räume der Kreativtherapie

mit ihren jeweiligen Materialien können auch in der Freizeit im Rahmen des "Offenen Ateliers" für kreatives Arbeiten genutzt werden. Für sportliche Betätigung steht eine Turnhalle mit Gymnastikraum, Räume mit Geräten für die Medizinische Trainingstherapie und Pool-Billard zur Verfügung. Die Fachklinik Ringgenhof verfügt außerdem über eine Kegelbahn. Außerdem verfügt die Klinik über eine Cafeteria, die von den Patienten selbst organisiert wird.
An Sonntagen ist der Besuch katholischer und evangelischer Gottesdienste möglich.

4.7.8. Sozialdienst

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

- Motivation (und bei Bedarf Anleitung und Begleitung) zur Basisberatung durch die Agentur für Arbeit
- Motivation (und bei Bedarf Anleitung und Begleitung) zur umfassenden individuelle Berufsberatung durch die Agentur für Arbeit
- Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung
- Unterstützung in der Organisation von Schuldnerberatung und Schuldenregulierung
- allgemeine sozialrechtliche Beratung, Klärung rechtlicher Fragen
- Unterstützung in der konkreten Nachsorgeplanung
- Information und direkte Unterstützung im Kontakt mit Behörden
- Vermittlung Rehabilitationsberatung durch Mitarbeitende der Rentenversicherungsträger.

Für diese Beratungstätigkeit stehen in der Klinik eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter zur Verfügung mit besonderen Kompetenzen sowie externe Fachkräfte.

Einige Aspekte der sozialdienstlichen Maßnahmen mit Bezug zur Erwerbsarbeit überschneiden sich mit Aufgaben der berufsbezogenen Ergotherapie.

4.7.9. Gesundheitsbildung

4.7.9.1. Gesundheitsbildung und Schulung

Das Informations- und Schulungsprogramm bietet ein umfassendes Curriculum (eine Stunde pro Einheit) mit den Schwerpunkten: Sucht, allgemeine Gesundheitsinformation, Persönlichkeit, Therapie und Umfeld.
Der Themenbereich „Sucht“ umfasst stoff- und prozessgebundene Süchte, das Phänomen der Coabhängigkeit, verursachende und aufrechterhaltende Faktoren der Abhängigkeit. Der Themenbereich „Persönlichkeit“ verdeutlicht Faktoren gesunder und pathologischer Persönlichkeitsentwicklung; die Vermittlung dieser Inhalte intendiert eine entlastende Wirkung durch das größere Verständnis der persönlichen Lebensgeschichte auf gleichsam „objektiverem“ Hintergrund. Das Bewusstsein kann wachsen, dass viele Komponenten des persönlichen Krankheitsgeschehens allgemeinmenschliche Belange betreffen, die alle Menschen angehen. Die Vermittlung von Themen, die dem Verständnis des Therapieprozesses dienen, hat

motivationsfördernde Wirkung, die Themen aus dem Bereich Umfeld stellen Hilfestellungen für den Übergang ins nachstationäre Leben dar.

☒	1 x 60 Minuten wöchentlich
○	Gruppengröße: alle Patienten

4.7.9.2. Ernährungsberatung/ Diätgruppe

Bereits in der ersten Woche der Behandlung bekommt jeder Patient eine grundlegende Beratung hinsichtlich einer gesunden Ernährung. Patienten, bei denen eine medizinische Verordnung zur Diät vorliegt oder Patienten, die die Zeit in der Fachklinik bewusst zu einer Veränderung und Verbesserung ihrer Ernährungsgewohnheiten nützen wollen oder ihr Körpergewicht reduzieren möchten, nehmen an einer fortlaufenden Diätgruppe teil, die von einer Diätassistentin geleitet wird.

☒	1 x 60 Minuten pro Woche
○	Gruppengröße: bis zu 15 Patienten

4.7.9.3. Tabakentwöhnung

Die Fachklinik Ringgenhof ist Mitglied im Deutschen Netz für Rauchfreie Kliniken (DNfRK) und hat die Bedingungen für das bronzene Gütesiegel dieser Gesellschaft erfüllt.
Für abhängige Raucher mit vorliegender Veränderungsmotivation besteht das Angebot der begleiteten Tabakentwöhnung mit der Perspektive einer dauerhaften Tabakabstinenz. Das Angebot richtet sich auch an Betroffene mit schweren durch Nikotin bedingten oder begünstigten Erkrankungen wie Koronare Herzkrankheit oder Asthma bronchiale, bei denen die Teilnahme ärztlich angeordnet wird. Das Programm wurde nach wissenschaftlichen Standards auf verhaltenstherapeutischer Basis entwickelt.
Die Programminhalte betreffen die Überprüfung der Eigenmotivation, angeleitete Selbstbeobachtung (Rauchverhalten) und das Einüben von alternativem Verhalten (Bewältigungsstrategien). Betroffene werden befähigt, Auslöser für ihr Rauchverhalten zu erkennen und lernen, Strategien zu entwickeln, dem aufkommenden Verlangen nach Zigaretten zu begegnen. Um diesen Prozess zu begünstigen, sind alle Räume der Klinik rauchfreie Zonen.
Bei Bedarf werden nach ärztlicher Indikation Nikotinpflaster unterstützend eingesetzt. Die Teilnahme an der Gruppe ist freiwillig, wenn keine ärztliche Anordnung erfolgt ist. Da das Tabakentwöhnungsprogramm als Kursprogramm aufgebaut ist, finden die Sitzungen einmal wöchentlich statt.

☒ insgesamt 6 x 90 Minuten pro Rehabilitationsbehandlung
○ Gruppengröße: bis zu 15 Patienten

4.7.10. Angehörigenarbeit

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

- das Aufnahmegespräch
- Gespräche im Zusammenhang mit Besuchen (ohne Therapeuten oder Therapeutin, jedoch oft mit einer spezifischen Aufgabenstellung als Gesprächsinhalt verbunden)
- therapeutische Paargespräche (innerhalb und außerhalb von sog. „Partnerseminaren“)
- therapeutische Gespräche unter Einbezug weiterer Familienmitglieder, zu denen gezielt eingeladen wird
- Arbeitgebergespräche
- Gespräche im Zusammenhang mit Heimfahrten.

Beim Aufnahmegespräch wird darauf Wert gelegt, Angehörige, die mit angereist sind, direkt ins Gespräch mit einzubeziehen. Erste Eindrücke und Informationen über die familiäre Situation und die Beziehungsdynamik können hier bereits gewonnen werden.

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

Partnerseminare werden in der Hauptphase der Therapie angeboten. Sie haben für den weiteren Therapieverlauf und die Vorbereitung auf die nachstationäre Zeit eine zentrale Bedeutung. Sie werden in drei- oder fünftägiger Form angeboten, mit maximal 5 Paaren durchgeführt, von zwei Therapeuten oder Therapeutinnen geleitet und umfassen in der Fachklinik **bis zu 12 Einheiten á 90 Minuten**.

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

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

die Rückfallhäufigkeit verringert (vgl. KRÖGER, BERGMANN, HERZOG u. PETZOLD in HERZOG, MUNCH, KÄCHELE(1996), S. 77).

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

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

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

Zeitgleiche stationäre Therapie von Partner und Partnerin

In dem Fall, dass beide Partner abhängigkeitskrank sind, besteht die Möglichkeit, dass die betroffene Frau in der Fachklinik Höchsten und zeitgleich der betroffene Mann in der Fachklinik Ringgenhof aufgenommen wird.

4.7.11. Rückfallmanagement

Die Suchthilfe der Zieglerschen behandelt abstinenzorientiert. Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass Rückfall in alte Verhaltensweisen und/oder Konsummuster ein Symptom der Suchterkrankung und nicht Ausdruck mangelnder Motivation ist. Wir verstehen den erneuten Alkoholkonsum bei generell bestehender Abstinenzabsicht als Rückfall. Die Psychodynamik eines Rückfalls kann sehr komplex und vielschichtig sein. Jeder Rückfall enthält wertvolle Informationen, sowohl hinsichtlich der Persönlichkeit der betroffenen Person, den Fortschritt des therapeutischen Prozesses und die Qualität der therapeutischen Beziehung. Auf Rückfälligkeit reagieren die Kliniken mit ihren Rückfallkonzepten, Rückfälligkeit führt nur dann zwangsläufig zur Entlassung, wenn keine weitere Abstinenzabsicht besteht, der Patient die Vereinbarungen der Rückfallaufarbeitung nicht einhält oder wenn Substanzen in die Klinik eingebracht, dort konsumiert und evtl. sogar verkauft.
Als Rückfall verstehen wir einen erneuten Suchtmittelkonsum bei generell bestehender Abstinenzabsicht des Patienten, also ein Symptom der bestehenden Suchterkrankung. Die Psychodynamik eines Rückfalls kann sehr komplex und vielschichtig sein. Der Umgang mit einem Rückfall verlangt eine differenzierte, individualisierte, stützende, gleichsam transparente, konfrontierende und konsequente therapeutische Vorgehensweise. Jeder Rückfall als Teil des Therapieprozesses enthält wichtige, für die weitere Behandlung wertvolle Informationen sowohl über den Patienten als auch über das aktuelle therapeutische Geschehen. Diese Informationen werden in der Rückfallbearbeitung, deren Ablauf im QM- Handbuch hinterlegt ist, aufgearbeitet und können der

Therapiedurchführung- und planung eine Wende geben. Verweigert sich der Patient der Rückfallbearbeitung oder wirkt er nur unzureichend mit, erfolgt nach vorheriger ärztlicher Untersuchung die disziplinarische Entlassung.
Hat das Rehabilitationsteam nach eingehender Prüfung entschieden, dass ein Patient in die Phase der Rückfallbearbeitung aufgenommen werden kann, nimmt er mindestens zwei Wochen an einer speziellen Rückfallgruppe teil, in der es um die therapeutische Aufarbeitung seines spezifischen Rückfalls geht und er konkrete Schritte zur aktiven Rückfallprävention in der Zukunft überlegt. Zugleich gilt für diesen Patienten die Therapie- und Hausordnung der Aufnahmephase. Nach erfolgreichem Abschluss dieser Rückfallbearbeitungsphase setzt der Patient seine reguläre Rehabilitationsbehandlung fort.

Während der letzten Abschlussphase der Therapie besuchen alle Patienten die Rückfallpräventionsgruppe. Hier werden individuell die äußeren Bedingungen und auf der psychologischen Ebene die Kognitionen und Emotionen der rückfallgefährdenden Situationen erarbeitet. Aus dieser Analyse heraus werden angemessene Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) entwickelt, die schriftlich formuliert werden und einen individuellen „Notfallkoffer“ darstellen. Des Weiteren ist die Motivierung zu nachsorgenden Maßnahmen und zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wichtig. Hierfür stellen sich verschiedene Selbsthilfegruppen vor.

☒	3 x 90 Minuten pro Rehabilitationsbehandlung
○	Gruppengröße: bis zu 15 Patienten

4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege

Krankenschwestern führen nach ärztlicher Verordnung die Behandlungspflege durch, kontrollieren Vitalzeichen und führen Kontrollen auf Substanzkonsum durch. Sie sind zuständig für die Dokumentation und die Sprechstundenorganisation und für Patienten oft erste Ansprechpartner- damit kommt ihnen eine definierende Rolle hinsichtlich Atmosphäre und Qualität zu.

4.7.13. Weitere Leistungen

4.7.13.1. Nachsorge

Einleitung der Nachsorge ist als Bestandteil der Entlassvorbereitung über strukturierte Korrespondenz bzw. im Verlauf feststehende Telefonate mit der Beratungsstelle fester Bestandteil der Behandlung. Der Patient besucht regelmäßig seinen Suchtberater sowie seine Selbsthilfegruppe, sollte der keine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle haben, wird ein Kontakt im Rahmen der Entlassvorbereitung hergestellt. Zur Entlassung erfolgt ein gemeinsames (telefonisches) Gespräch zwischen Bezugstherapeut, Suchtberater und Patient.

4.7.13.2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bereits in der Indikationskonferenz werden auf der Grundlage der dort gesammelten Informationen Überlegungen zur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit dem Patienten zusammen angestellt. Sollten diese erforderlich werden, was sich in den Wochen bis zur Rehakonferenz anhand des Erreichungsgrad und der Erreichbarkeit der Rehaziele zeigt, werden diese in der Rehakonferenz zusammen mit dem Patienten beschlossen und zeitgerecht eingeleitet. Dazu gehört z.B. die Vorstellung beim Rehaberater des Kostenträgers, Verordnung der gestuften Wiedereingliederung usw.

4.7.14. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

4.7.14.1. Entlassvorbereitung

Die Entlassvorbereitung des Rehabilitanden erfolgt in den letzten zwei bis drei Therapiewochen. In diese Phase fällt

- die Belastungserprobung und deren endgültige Beurteilung
- gffs. Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber
- gffs. Vorstellung in der Suchtberatungsstelle
- gffs. ein abschließendes Angehörigengespräch
- gffs. Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Es folgenden bilanzierende Gespräche des Patienten mit seinem Bezugstherapeuten sowie dem Arbeitstherapeuten, die reflektierende Verabschiedung durch seine Gruppenmitglieder sowie die sozialmedizinische Fallvorstellung zur Sammlung sämtlicher Rehabilitationsergebnisse.

4.7.14.2. Entlassuntersuchung und Entlassbericht

Die sozialmedizinische Entlassungsuntersuchung erfolgt eine Woche vor der Entlassung. Hier wird mit dem Patienten zusammen Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit besprochen und eingeschätzt. Die Erstellung des Entlassungsberichtes ist bezüglich Zuständigkeiten und zeitlicher Abfolge als Prozess im Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt. So ist gewährleistet, dass der Entlassungsbericht gem. Leitfaden am Entlassungstag dem Arzt der Einrichtung zur Endkorrektur vorliegt.

4.7.14.3. Kriterien zur Beendigung der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird als (vorzeitig) beendet beurteilt wenn

- die formulierten Therapieziele erreicht sind und
- in der Rehabilitationskonferenz keine weiteren Therapieziele durch neue Erkenntnisse festgelegt wurden
- wenn sich für den Patienten eine vorzeitige Arbeitsperspektive bei gut beurteilter Abstinenzprognose ergibt
- wenn familiäre Veränderungen die Anwesenheit des Patienten bei positiver Abstinenzprognose erforderlich machen

- wenn eine Weiterbehandlung oder Nachsorge mit niederfrequenteren Maßnahmen ausreichend sind
- wenn die Rehabilitationsfähigkeit aufgrund akuter körperlicher oder psychiatrischer Erkrankungen aufgehoben ist.

4.7.14.4. Ganztägig ambulante Entlassform

Neben der regulären stationären Therapie besteht für Patienten, die im Einzugsgebiet einer Tagesrehabilitation wohnen, das Angebot einer (erweiterten) ambulant ganztägigen Entlassform. Um in der Therapie begonnene Veränderungen dem Alltag anzupassen, Defizite zeitnah aufzuspüren und einer gezielten Nachreifung zuzuführen, betrachten wir die ganztägig ambulante Entlassform, sofern sie wohnortbezogen möglich ist, als integralen Bestandteil einer zeitgemäßen Entwöhnungsbehandlung.

Die ganztägig ambulante Entlassform ist für Patienten geeignet, die besondere Entwicklungen im beruflichen Bereich gestalten müssen.

Als Voraussetzungen der ganztägig ambulanten Entlassform müssen die Abstinenzfähigkeit und die Einbindung in ein unterstützendes Bezugssystem (Familie, Partnerschaft, Freunde), das die Abstinenzbemühungen des Patienten unterstützt, gegeben sein. Dabei ist auch darauf zu achten, ob die eventuell notwendige Entlastung des häuslichen sozialen Bezugssystems inzwischen erreicht werden konnte, so dass eine Rückkehr oder des Patienten möglich ist.

Der Vorteil der ganztägig ambulanten Entlassform besteht darin, dass

- das in der stationären Rehabilitation Erfahrene mit therapeutischer Begleitung nahe am Alltag umgesetzt werden kann,
- im Alltag zwangsläufig eine Realitätsprüfung erfolgt und unrealistische Einschätzungen aufgedeckt werden,
- eine natürliche Notwendigkeit entsteht, sich mit den konkreten Herausforderungen des Alltags auseinander zusetzen,
- die berufliche Orientierung in der Rehabilitation einen aktuellen Umsetzungsrahmen findet.

4.7.14.4.1. Voraussetzungen für die ambulant ganztägige Entlassform

Folgende formale Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um eine ganztägig ambulante Entlassform durchzuführen:

- Die körperlichen, sozialen und psychiatrischen Voraussetzungen zur Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation in der ganztägig ambulanten Form müssen gegeben sein (Einschätzung durch den Leitenden Arzt oder die Leitende Ärztin des Fachkrankenhauses).
- Bezüglich des Rehabilitationsverlaufs unter den veränderten Bedingungen der ambulant ganztägigen Rehabilitation muss durch den Leitenden Arzt oder die Leitende Ärztin des Fachkrankenhauses eine positive Prognose vorliegen, ebenso eine Einschätzung geringer Rückfallgefährdung.

- Die Patientin oder der Patient muss über festen Wohnsitz und Wohnung verfügen und von dort aus die Rehabilitationseinrichtung innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen.

4.7.14.4.2. Ziele für die ganztägig ambulante Entlassform

Schon während der stationären Phase findet ein obligatorisches Übergabegespräch statt, in dem die individuellen Ziele für die Patientin oder den Patienten zwischen dem Bezugstherapeuten oder der Bezugstherapeutin der stationären und dem Bezugstherapeuten oder der Bezugstherapeutin der teilstationären Einrichtung gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin abgesprochen werden. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig zu ermutigen das im stationären Setting Erfahrene in ihren Alltagsbezügen umzusetzen. Dabei können potentielle Rückfallauslöser und die mit dem Rückfallgeschehen verbundene Psychodynamik lokalisiert und bearbeitet werden.

4.7.14.5. Adaption

Die Adaptionsphase als zweiter Schritt der Medizinischen Rehabilitation dient der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten nach Abschluss des ersten Schritts einer Entwöhnungsbehandlung.

Indikationskriterien für eine Adaptionsmaßnahme sind:

- Arbeitslosigkeit und / oder
- Wohnungslosigkeit
- mangelnde oder fehlende soziale Unterstützungsressourcen

Die Adaptionsphase umfasst:

- Stabilisierung und Erprobung der Erwerbs- und Leistungsfähigkeit sowie Verbesserung der Belastbarkeit der Betroffenen im Arbeitsbereich durch Arbeitsbelastungserprobung zur Vorbereitung der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben oder die Ausbildung sowie die Sicherung des Rehabilitationserfolgs
- Hilfestellung zur Vorbereitung der selbständigen Lebensführung einschließlich der Unterstützung bei den Bemühungen um einen Arbeitsplatz, um eine Wohnung und im Umgang mit Ämtern und Behörden
- sozialtherapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie und Krisenintervention in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form.

Bei Vorliegen der obengenannten Indikationskriterien wird seitens der Fachklinik ein Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Leistungs- bzw. Kostenträger gestellt. Patientinnen und Patienten können in der Frauen- bzw. Männeradaption Oberschwaben aufgenommen werden. Sie werden frauen- bzw. männerspezifisch behandelt. Die Adaptionseinrichtungen nehmen auch Patienten nahtlos aus anderen Fachkliniken auf.

5. Personelle Ausstattung

Im psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Bereich arbeiten Diplompsychologinnen und -psychologen, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Sozialtherapeutinnen und -therapeuten mit den Grundberufen der Diplom-Sozialarbeit und Diplom-Sozialpädagogik. Sie verfügen über einen Studienabschluss und sind teilweise noch in therapeutischer und suchtspezifischer Aus- bzw. Weiterbildung.
Im kreativtherapeutischen Bereich arbeiten Kunst- und Gestaltungstherapeuten/innen (Ausbildung in Kunsttherapie).
In den unterschiedlichen Bereichen der Ergo- und Arbeitstherapie sind Ergotherapeuten und -therapeutinnen sowie Arbeitserzieherinnen und -erzieher mit unterschiedlichen Grundberufen tätig.
Der Bereich der Sport- und Bewegungs- sowie Physiotherapie wird durch Diplom-Sportlehrerinnen und -lehrer, sowie durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten auf Honorarbasis abgedeckt.
Im medizinischen Bereich arbeiten qualifizierte Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Arzthelfer und -helferinnen sowohl im Tagesdienst als auch im nächtlichen Bereitschaftsdienst. Desweiteren Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Assistenzärzte.

5.1. Personalstandsplan für die Fachklinik Ringgenhof gesamt

Siehe Anhang

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Klinik mit allen Betriebsteilen ist gut mit dem Öffentlichen Nahverkehr zu erreichen, zum nächsten Fernbahnhof ist in Ravensburg fährt regelmäßig ein öffentlicher Bus.

Auf dem Klinikgelände verteilen sich acht Patientenhäuser und zusätzliche Gebäude, in denen die medizinischen und therapeutischen Behandlungsräume, Sprechzimmer, Büros, Verwaltung, Speisesaal und eine Großküche untergebracht sind. Darüber hinaus gehören zur Klinik ein landwirtschaftlicher Betrieb, eine Gärtnerei und eine Schreinerei, in denen qualifizierte arbeitstherapeutische Behandlungen durchgeführt werden. Eine eigene Sporthalle und ein gut und modern ausgestatteter Raum für medizinische Trainingstherapie stehen für ein qualifiziertes sporttherapeutisches Programm zur Verfügung. Außerdem verfügt die Klinik über ein reichhaltiges Angebot für Freizeitaktivitäten (Bibliothek, Billardraum, Tennisplatz, Minigolfanlage, Musikzimmer, TV-Raum)
Die Fachklinik verfügt über überwiegend Einzel- und einige Doppelzimmer mit Nasszellen und Telefonanschluss und ist weitestgehend barrierefrei.
Der Betriebsteil Riedweiler liegt auf dem Gelände der Fachklinik Ringgenhof, der Betriebsteil Bruggenhof im 2 km entfernten Zußdorf.

Die medizinische Abteilung ist zentral gelegen und barrierefrei erreichbar. Sie umfasst die Behandlungs- und Sprechzimmer der Ärztinnen und Ärzte mit Wartebereich sowie die Funktionsdiagnostik. Außerdem steht ein spezielles Krankenzimmer zur Verfügung.

Die genauere Beschreibung findet sich unter den jeweiligen Punkten 4.6 Rehabilitationsprogramm.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Suchthilfe der Zieglerschen ist Mitglied im Diakonischen Werk Württemberg (DWW), dem Gesamtverband Sucht (GVS) sowie des Bundesverbands stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und dort vielfältig engagiert. Darüber hinaus wirken zahlreiche Mitarbeitende der Fachkliniken in Arbeitskreisen zu suchtspezifischen Themen mit. Durch die Aktivität in diesen Verbänden und Arbeitskreisen wird auch suchtpolitisches Engagement möglich. Regelmäßiger fachlicher Austausch findet ferner statt mit den Leitungen andere Entwöhnungseinrichtungen.
Nicht nur in der Funktion als wichtigster Kosten- und Leistungsträger, sondern auch als fachliche Begleiter spielen die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und die Deutsche Rentenversicherung Bund eine herausragende Rolle für die Entwicklung der Suchthilfe.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Sämtliche Einrichtungen der Suchthilfe sind nach dequs 3.0 zertifiziert und erfüllen somit seit Sommer 2011 die Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und damit die gesetzliche Zertifizierungspflicht für stationäre Rehakliniken in Deutschland. Die Suchthilfe der Zieglerschen ist seit 2002 als eines der ersten Mitglieder dem Verein Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchtherapie e.V., kurz dequs, beigetreten. Dequs gibt als herausgebende Stelle mit seiner Version dequs 3.0 eines der sieben anerkannten Qualitätsmanagementsysteme heraus.
Das Qualitätsmanagement liegt in den Händen eines Mitarbeiters im Stab der Geschäftsführung mit einem Stellenumfang von 100 %. Im Rahmen des Qualitätsmanagements wenden wir neben den Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Kostenträger Kundenbefragung, Mitarbeiterbefragung und Patientenbefragung an. Regelmäßige Interne Audits überprüfen das Qualitätsmanagement. Die Produktionsküche der Fachklinik Ringgenhof ist seit 2009 nach dem RAL-Gütezeichen, Gütegemeinschaft Ernährung – Kompetenz, hinsichtlich „Ernährungsmedizinischer Erkenntnisse“ und „Verbraucherbedürfnisse“ zertifiziert. Die Küche produziert derzeit täglich rund 1100 Essen und liefert diese an unsere Fachklinik Höchsten sowie an externe Kunden wie Pflegeheime, Schulen und soziale Einrichtungen.

Installiert sind die Qualitätszirkel „Lokale Zusammenarbeit“, in dem die gemeindenahe und vernetzte Arbeit mit Suchtkranken mit den lokalen Beratungsstellen beraten wird, „Sozialmedizin“ zur Sicherung der Qualität der sozialmedizinischen Diagnostik und Prognose unter Einbeziehung der beruflichen Orientierung in der Rehabilitation, besetzt durch die Ärzteschaft, und der Qualitätszirkel „Fortbildung und Konzeptentwicklung“, besetzt durch die Therapeutischen Klinikleitungen, dem Qualitätsmanagement und der Fachlichen Geschäftsführung mit dem Auftrag der

Konzeptfortschreibung, Personalentwicklung und Qualitätssicherung durch Auswahl und Veranstaltung von Fortbildungen.

Im Zeitalter der multimedialen Kommunikation ist es selbstverständlich, dass wir unsere Arbeit der breiten Öffentlichkeit zugänglich machen. Dazu nutzen wir verschiedene Medien bzw. Kanäle, um transparent unsere Arbeit und unsere Angebote zu kommunizieren, mit unseren Kunden in Kontakt zu bleiben, unsere Patienten weiterhin zu begleiten und unsere Belegung zu sichern. Viermal im Jahr geben wir die Zeitschrift „Der Ringbote“ heraus, die in einer Auflage von 3000 an alle Mitglieder des Förderkreises sowie an Beratungsstellen und Entscheider versandt wird, bis zu sechsmal im Jahr verschicken wir einen Newsletter via E-Mail, der über Neuigkeiten aus unseren Kliniken berichtet. Die Öffentlichkeitsarbeit der Suchthilfe wird durch eine Stabsstelle in der Geschäftsführung verantwortet.

Zum Selbstverständnis der Fachkliniken gehört es, im Austausch mit Suchtexperten aus anderen Institutionen zu stehen, die vorhandene Kompetenz über die Suchtbehandlung einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen und Kontakte zu ehemaligen Patientinnen und Patienten und deren Selbsthilfegruppen, insbesondere der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe zu pflegen.
Dazu nutzen wir:

- Veranstaltung von Beratungsstellen-, Fach- und Informationstagen
- Seminare und Referate in Betrieben
- Seminare mit Betriebsärzten
- Jahresfest / Ehemaligentreffen
- Durchführung von oder Mitwirkung bei Fachveranstaltungen auch außerhalb der Fachkliniken
- Publikationen in Fachzeitschriften und in einer hauseigenen Informationsreihe
- Tätigkeit in der Ausbildung von Sucht- und Sozialtherapeuten im GVS
- Mitarbeit in der Fortentwicklung von Diagnoseinstrumenten (OPD- Sucht)

Die erbrachten therapeutischen Leistungen werden über die Software „PATFAK“ entsprechend der KTL-Vorgaben zeitnah dokumentiert und gesichert. Die Fachklinik nimmt am Datenerhebungsverfahren EBIS sowohl mit der Basisdokumentation als auch der Katamneseerhebung teil. Die von der Fachklinik erhobenen Daten werden über die Firma Redline Data (PATFAK) ausgewertet und der Fachklinik sowie dem IFT (Institut für Therapieforschung, München) zur Verfügung gestellt. Die Fachklinik Ringgenhof ist nach dequs 3.0 in Anlehnung an die DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert und Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus). Die Fachklinik hat bereits einen intensiven Organisationsentwicklungsprozess durchlaufen. Ansprechpartner für die Umsetzung und Überprüfung unserer Qualitätsstandards ist die/der Qualitätsmanagement-Beauftragte der Suchtkrankenhilfe gemeinnützige GmbH - diese/r ist als Stabsstellen-Mitarbeiter/in direkt der Geschäftsführung unterstellt - und die/der Qualitätsmanagement-Beauftragte der Fachklinik.

Die Fachklinik Ringgenhof ist im Dezember 2002 erstmals nach DIN EN ISO 9001:2000 erfolgreich zertifiziert worden. Seitdem wurde die Qualität unsere Arbeit stets überprüft, den aktuellen Erfordernissen angepasst und damit kontinuierlich verbessert. Die Zertifizierung führt die TÜV Rheinland/LGA InterCert GmbH aus Nürnberg durch. Jährlich finden Überwachungsaudits statt, jeweils drei Jahre nach der (Re-)Zertifizierung wird unser Qualitätsmanagementsystem erneut zertifiziert. In unserem Managementsystem sind die Arbeitsabläufe der Bereiche Psychotherapie, Arbeits- und Ergotherapie, Medizin, Küche sowie Hauswirtschaft und Verwaltung, soweit diese Tätigkeiten direkt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchtkrankenhilfe gemeinnützige GmbH geleistet werden, konkretisiert. Unser Qualitätsmanagementsystem ist bewusst prozessorientiert entwickelt. Es entwickelt sich an den wesentlichen Prozessen, die für die Versorgung unserer Patienten und Patientinnen notwendig sind. Dabei wird angestrebt, die Zielsetzungen und Aufgabenstellungen sowie die dazu gehörigen Entscheidungsbefugnisse verständlich zu regeln. Die Beschreibung unserer Arbeitsprozesse geschah mit großer Mitarbeiterbeteiligung, was wesentlich zur Akzeptanz des Qualitätsmanagementsystems führte. Jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin ist dabei verantwortlich für die Qualität seiner/ihrer Arbeit.

Patientenbefragung

Außerdem werden regelmäßige Befragungen der Patientinnen und Patienten zur Zufriedenheit mit den medizinisch/therapeutischen Angeboten und mit der Einrichtung durchgeführt. Hierfür werden alle Patientinnen und Patienten, die zur Entlassung anstehen, zu ihrem Therapieverlauf befragt. Diese Ergebnisse werden einmal im Quartal ausgewertet und regelmäßig besprochen, um gegebenenfalls Verbesserungen und Korrekturen in unserer Arbeit vorzunehmen. Darüber hinaus vergleichen wir die Ergebnisse zwischen unseren Kliniken (Interner Benchmark).

Management-Review

Alle diese Daten werden mindestens einmal jährlich in einem Management Review analysiert und auf Verbesserungsmöglichkeiten hin untersucht, um die fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des Qualitätsmanagements sicherzustellen.

Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Unser federführender Beleger, die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, befragt regelmäßig ehemalige Patientinnen und Patienten unserer Kliniken und informiert hierüber im „Bericht zur Reha-Qualitätssicherung“. Diese einrichtungsbezogenen Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung werden mit anderen Einrichtungen und Kliniken verglichen, analysiert und bewertet.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

9.1. Geschäftsführung

Die Suchtkrankenhilfe gemeinnützige GmbH der Zieglerschen Anstalten wird von einer fachlichen Geschäftsführerin oder einem fachlichen Geschäftsführer und einer kaufmännischen Geschäftsführerin oder einem kaufmännischen Geschäftsführer geleitet.

9.2. Leitungsstruktur der Fachklinik Ringgenhof

Die Fachklinik Ringgenhof wird ärztlich durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Facharztbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder „Innere Medizin“ mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ geleitet. Die ärztliche Leitung muss über die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ verfügen oder diese erwerben. Im weiteren Team der Ärztinnen und Ärzte muss eine Fachärztin oder ein Facharzt vertreten sein, die oder der die ärztliche Leitung fachlich ergänzt: Eine internistische ärztliche Leitung wird durch fachärztliche Verantwortung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ergänzt. Umgekehrt wird eine psychiatrische oder psychosomatische ärztliche Leitung durch eine internistische fachärztliche Präsenz ergänzt.

Die Hauptverantwortung für die fallbezogenen Behandlungsverläufe und medizinisch-therapeutischen Entscheidungen sowie die gutachterlichen Einschätzungen liegt bei der jeweiligen ärztlichen Leitung beziehungsweise ihrer Stellvertretung. Die Fachklinik Ringgenhof verfügt darüber hinaus über eine therapeutische Leitung und mehrere Teamleiter oder Teamleiterinnen, die der ärztlichen und therapeutischen Leitung direkt unterstellt und für unterschiedliche Behandlungsteams zuständig sind. Die ärztliche und therapeutische Leitung zusammen mit den Teamleitern konstituieren das Leitungsteam der Fachklinik, das kollegial für die organisatorischen Abläufe, die wirtschaftliche und personelle Steuerung, die fachliche Umsetzung des Behandlungskonzepts und die Gestaltung der Schnittstellen innerhalb des Fachklinik und nach außen verantwortlich ist.

9.3. Das multidisziplinäre Team

Die Leitung der Kliniken liegt organisationsintern gleichermaßen in den Händen der Ärztlichen und Therapeutischen Leitung mit den jeweiligen fachspezifischen Schwerpunkten unter Berücksichtigung des sozialmedizinischen Primats. Die sozialrechtliche Verantwortung vor den Kostenträgern und den Patientinnen und Patienten für den gesamten Rehaprozeß liegt bei der Ärztlichen Leitung.

Medizinische und therapeutische Bereiche sind miteinander verzahnt über Konferenzstrukturen und Visiten. Die Ärztlichen Leiter haben fachliche Stellvertreter. Unterhalb der Therapeutischen Leitung sind Teamleiter für Patienten und Bezugstherapeuten zuständig. Es erfolgt eine regelmäßige interne Fallsupervision, gegliedert nach OPD2 sowie regelmäßige externe Teamsupervision und –entwicklung. Die Klammer über alle Einrichtungen bildet das monatlich stattfindende Gesamtleitungsteam unter Leitung der Geschäftsführung, an dem alle Klinikleitungen teilnehmen, welches sich mit Belangen der einzelnen Standorte aber auch mit übergeordneten strategischen, wirtschaftlichen und inhaltlichen Fragestellungen der Suchthilfe befasst.

Nach der sozialmedizinischen Einschätzung auf der Grundlage des ICF durch die Ärzte, erfolgt die Formulierung der Therapieziele und die Therapieplanung gemäß der Konzepte. Gemeinsame Konferenzen von ärztlichem und therapeutischem Personal garantieren den Austausch über den Therapieprozess und erlauben die Überprüfung der Therapieziele unter sozialmedizinischen

Aspekten. Die medizinischen Abteilungen halten Sprechstundenzeiten für Patienten vor, Patienten mit Sucht- und Psychoseerkrankungen werden regelmäßig visitiert. Die voll umfängliche Diagnostik und Behandlung ist gesichert durch die Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten.

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

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

Bei Bedarf wird nach ärztlicher Verordnung Krankengymnastik in Einzelbehandlung durchgeführt.

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

Der Sozialdienst berät und unterstützt bei sozialrechtlichen Fragestellungen mit dem Ziel der sozialen und beruflichen Reintegration zur Sicherung des Behandlungserfolgs.

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

Sportliche Betätigung, Gruppen- bzw. Mannschaftsspiele, Konditions- und Fitnesstraining sowie Muskelaufbauprogramme gehören zu den wesentlichen therapeutischen Elementen zur

Wiedergewinnung bzw. Entwicklung von Körperbewusstsein, Stärkung der körperlichen Belastbarkeit, Verbesserung der Ausdauer und des Durchhaltevermögens sowie zur allgemeinen Förderung der Sozialkompetenz.

Besonderen Wert legen wir auf die Durchführung regelmäßiger erlebnispädagogischer Aktivitäten, da viele Patienten im Verlauf ihrer Suchterkrankung ihre Freizeitgestaltung stark vernachlässigt haben oder aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur zu angemessenem Freizeitverhalten nie in der Lage waren. Die Verknüpfung von Sporttherapie, Gruppenerlebnissen, Naturerleben, Rekreation und Kreativtherapie soll dabei helfen, das durch die Sucht entstandene Vakuum sinnvoll zu füllen.

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

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

Die Fachklinik Ringgenhof ist eine eigenständige Fachklinik der Suchtkrankenhilfe, gemeinnützige GmbH, der Zieglerschen Anstalten mit verantwortlicher ärztlicher und therapeutischer Leitung. Das vorliegende Konzept, die strategische Weiterentwicklung und die Personalentwicklung liegen in gemeinsamer Verantwortung von Geschäftsführung und Klinikleitung.

9.4. Kommunikationsstruktur

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

Gremium	Inhalte / Verantwortung	Teilnahme	Sitzungsfrequenz / Dauer
Klinikübergreifend			
Gesamt-leitungs-team (GLT)	▪ konzeptionelle Ausrichtung ▪ strategische und fachliche Weiterentwicklung ▪ Weiterentwickeln und Erstellen von Fortbildungscurricula für die Mitarbeitenden ▪ Bekanntgabe und Abstimmen von Außenterminen insbesondere Teilnahme an Gremien und Tagungen.	▪ Fachliche Geschäftsführung ▪ Kaufmännische Geschäftsführung ▪ Ärztliche Leitungen ▪ Therapeutische Leitungen ▪ Qualitätsmanagementbeauftragte/r ▪ weitere Mitarbeitende des Stabes der Geschäftsführung	1 x monatlich, mindestens 4 Stunden 2 x jährlich 2 Klausurtage
Geschäfts-führung, Klinik-leitungen und Mitarbeiter-vertretung (GF/KL/MAV)	▪ Austausch bzgl. strategischer Planungen, fachlicher Konzepte, Anliegen der Mitarbeiterschaft	▪ Fachliche Geschäftsführung ▪ Kaufmännische Geschäftsführung ▪ Ärztliche Leitungen ▪ Therapeutische Leitungen ▪ Gewählte Mitglieder der MAV	2 x jährlich mindestens 2 Stunden
Gremien innerhalb der Fachklinik			
Leitungs-konferenz (LK)	▪ Strategische und aktuell besonders herausfordernde medizinische, therapeutische und organisatorische Fragestellungen.	▪ Ärztliche Leitung ▪ Therapeutische Leitung	1 x monatlich 90 Minuten
Teamleiter-konferenz (TLK)	▪ Konferenz über fachliche, strategische und organisatorische Fragen und Planungen, Klärung aktueller Vorkommnisse und Probleme	▪ Teamleiter ▪ Therapeutischer Leiter ▪ Ärztlicher Leiter ▪ gegebenenfalls Hauswirtschaftsleiterin oder Haustechnikleiter	1 x pro Woche 180 Minuten

Gremium	Inhalte / Verantwortung	Teilnahme	Sitzungsfrequenz / Dauer
Großteam-sitzung	▪ alle Anliegen, die für alle bzw. die meisten Mitarbeitenden wichtig sind; Vor- bzw. Nachbesprechen des Wochenendes; teamübergreifende Anliegen, insbesondere auch solche, die nicht unmittelbar die Arbeits- und Psychotherapie betreffen, sondern organisatorischer Natur sind; Vernetzung nach außen, Öffentlichkeitsarbeit und ähnliches mehr. Das Gremium ist ein Informationsgremium.	▪ alle in der Fachklinik tätigen Mitarbeitenden	2 x wöchentlich (Montag und Freitag) Max. 45 Minuten
Indikations-konferenz	▪ Therapieplanung für jeden Patienten, interdisziplinär, teilhabeorientiert	▪ Mitglied des psychotherapeutischen Teams ▪ Arzt ▪ Arbeitstherapeut ▪ Sozialdienst ▪ Patient	
Reha-bilitations-konferenz (RK)	▪ Fallbezogene interdisziplinäre Rehabilitationsplanung, Evaluation von Rehabilitationsverläufen	▪ alle therapeutischen Mitglieder eines Psychotherapeutenteams ▪ Teamleiter ▪ Arzt / Ärztin ▪ Ergo-, Arbeits-, Sporttherapeuten	2 x wöchentlich 90 Minuten
Therapeut.-forum (TF)	▪ Information und Austausch über aktuelle fachliche und inhaltlich strategische Entwicklungen und Planungen	▪ alle ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter der Fachklinik ▪ Teamleiter ▪ ärztliche Leitung ▪ therapeutische Leitung	6 x pro Jahr 120 Minuten
Ergo-therapie-konferenz (EK)	▪ Fachliche Weiterentwicklung ▪ Erörterung konkreter exemplarischer oder herausfordernder Therapieverläufe ▪ organisatorische Fragen	▪ alle Mitarbeitenden der Ergo-/Arbeitstherapie ▪ Teamleiter ▪ gegebebebfalls Therapeut. Leiter	1 x wöchentlich 90 Minuten

Gremium	Inhalte / Verantwortung	Teilnahme	Sitzungsfrequenz / Dauer
Med. Team	▪ Organisatorische Planung der Abläufe in der medizinischen Versorgung	▪ alle Mitarbeitenden der medizinischen Abteilung ▪ ärztliche Leitung	1 x pro Monat 90 Minuten

In den aufgeführten Konferenzen und Teamsitzungen wird weitgehend das jeweilig anstehende „Tagesgeschäft“ abgearbeitet. Die Weiterentwicklung der jeweiligen Konzeptionen erfolgt in jährlich eintägig durchzuführenden Konzeptionsklausuren der einzelnen Behandlungsteams. Neben dem jeweiligen Behandlungsteam mit Teamleiter nimmt die ärztliche und therapeutische Leitung teil. Bestandteil der Konzeptionsklausuren sind verbindliche Vereinbarungen und Zielsetzungen, die die wichtigen Planungen, Entwicklungen und Veränderungen für das Folgejahr beschreiben und in den darauffolgenden Konferenzen und Klausuren als Grundlage für die weitere Planung dienen.

10. Notfallmanagement

Bestandteil des Qualitätsmanagement-Handbuchs ist eine Anleitung zum Krisenmanagement. Darin ist geregelt, wie in einem medizinischen Notfall zu reagieren ist, welche Maßnahmen vor Ort ergriffen werden müssen und wie die weitere Notfallversorgung einzuleiten ist. Diese Abläufe sind allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Suchthilfe der Zieglerschen bekannt. Ziel ist es, für alle Patienten und Mitarbeiter ein professionelles und stets funktionierendes Notfallmanagement vorzuhalten. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden von erfahrenen und sachkundigen Referenten regelmäßig in Erster Hilfe geschult. Bei medizinischen Notfällen wird über die Leitstellen Rettungswagen und Notarzt angefordert.

11. Fortbildung

Die Suchthilfe der Zieglerschen hält einen ganzjährigen Veranstaltungskalender vor mit psychotherapeutischen, medizinischen, organisationstheoretischen und betriebswirtschaftlichen Themen. Ebenso finden die verpflichtenden Veranstaltungen zu Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Datenschutz statt. Einmal im Quartal ist die Veranstaltung „Fachliterarischer Salon“, in der leitende Mitarbeiter aktuelle Zeitschriften und Fachbücher vorstellen. Zweimal im Jahr finden verpflichtende Erste-Hilfe-Ausbildungen statt, ebenso erforderlichen Ausbildungen zum Ersthelfer. Vor den Veranstaltungen erfolgt stets noch einmal eine schriftliche Einladung aller Mitarbeiter, bei den verpflichtenden Veranstaltungen mit Hinweis darauf. Teilnehmerzahl und deren Beurteilungen der Fortbildungsveranstaltung werden evaluiert, über jährliche Umfragen wird der Fortbildungsbedarf und das Fortbildungsinteresse der Mitarbeiter eruiert und der Veranstaltungskalender darauf angepasst.

12. Supervision

Teamsupervisionen durch wechselnde, externe, anerkannte Supervisoren gehören zum Standard, 6 x im Jahr findet eine Fallsupervision durch die Fachliche Geschäftsführung der Suchthilfe (Anerkennung als Psychodynamische Supervisorin durch die Landespsychotherapeutenkammer auf Grundlage der Fortbildungsordnung) statt. Die leitenden Mitarbeiter der Tagesrehabilitation als Mitglieder des Gesamtleitungsteams der Suchthilfe nehmen teil an Klausurtagen mit externer Supervision bzw. Organisationsberatung und -entwicklung. Kollegiale Intervision wird innerhalb der Suchthilfe übergreifend praktiziert.

13. Hausordnung/ Therapievertrag

Therapieordnung im Fachkrankenhaus Ringgenhof

Die Zieglerschen

Die Entstehungsbedingungen für eine Suchterkrankung sind vielfältig. In der Regel gibt es biologische, psychische und soziale Ursachen. Die Suchterkrankung zeichnet sich meist durch einen chronischen Verlauf aus und kann lebensbedrohlich werden.
Aufgrund dieser Gegebenheiten liegt die besondere Aufmerksamkeit unserer Behandlung auf den individuellen Entstehungsbedingungen der Suchterkrankung und dem Krankheitsverlauf bei jedem einzelnen Patienten.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung gibt Ihnen die Möglichkeit, Ihre eigenen Suchtverhaltensweisen nachzuvollziehen. Dabei geht es um die Verbreiterung der Informationsbasis, das emotionale und rationale Verstehen der Krankheit und um das Bewusstwerden der tiefer liegenden Motivationen der Sucht. Die gewonnenen Einsichten und Erkenntnisse können und sollen in der Folge konkrete Veränderungen in Ihrer Einstellung, Ihrem Verhalten bis hin zur praktischen Lebensführung bewirken. Verändertes Verhalten wird in der Therapie initiiert und dann von Ihnen eingeübt.

Wir verstehen die stationäre Behandlung als einen ersten wichtigen Baustein eines längerfristigen therapeutischen Prozesses. Die Zielsetzung unserer Therapie ist es, dass Sie eine langfristige Abstinenz von Suchtmitteln erreichen.
Die Grundlage für die therapeutische Zusammenarbeit ist größtmögliche Offenheit und Ehrlichkeit, aus der heraus eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung erwachsen kann. Therapie setzt die Bereitschaft zu einer kritischen, persönlichen Auseinandersetzung mit sich und anderen sowie die Übernahme von Eigenverantwortung voraus.
Wir wünschen Ihnen Neugier, Interesse und Mut, sich von dem therapeutischen Prozess herausfordern zu lassen.

Zur erfolgreichen Durchführung der Therapie ist es notwendig, dass sich jeder Patient bereit erklärt, sich an die geltende **Therapie- und Hausordnung** zu halten. Diese im Nachfolgenden aufgeführten Regeln und Vereinbarungen haben verbindlichen Charakter und setzen den notwendigen Rahmen, der Ihren Therapieprozess fördern und das Zusammenleben im Alltag während der Behandlung und in Ihrer therapiefreien Zeit gewährleisten soll.

1. Ausgang:

Grundsätzlich ist jegliches Verlassen der Klinik mit Ausgangszeitpunkt und Rückkehrzeitpunkt im Ausgangsbuch zu vermerken.

- Nach dem 3. Wochenende **(für Drogenpatienten nach dem 6. Wochenende**) der Behandlung ist Ausgang möglich. In dringenden Fällen ist bis dahin Sonderausgang nach Genehmigung durch ihren Einzeltherapeuten nur in Begleitung durch einen Paten möglich.

- Am 4. Wochenende können Sie erstmals Besuch empfangen (Tages- und Übernachtungsbesuch / **Drogenpatienten bis zum 6. Wochenende nur Tagesbesuche**). Alle Besuche (Tages- und Übernachtungsbesuche) sind im Vorfeld beim Einzeltherapeuten anzumelden und abzusprechen. Bei Übernachtungsbesuchen melden Sie sich am Folgetag einer Übernachtung um 10.15 Uhr beim zuständigen Mitarbeiter im Tagesdienst.

- Sonderausgänge (z.B. Arzt- oder Behördengänge) müssen individuell genehmigt werden. Dafür ist ein Ausgangsschein obligatorisch.

Therapieordnung im Fachkrankenhaus Ringgenhof

Die Zieglerschen

- Reguläre Ausgangszeiten:
  Montag bis Freitag: nach dem Mittagessen, während der veranstaltungsfreien Zeit bis 17.45 Uhr.
  Samstag: Wegen der Brunchregelung: ab 10.30 Uhr bis spätestens 19.15 Uhr.
  Sonntag: 12.15 Uhr bis spätestens 19.15 Uhr.
  Nach dem Abendessen ist Ausgang in die Natur möglich bis 21.00 Uhr. (Natur = ausschließlich Riedlehrpfad 1 und 2)
  Für neuaufgenommene Patienten gilt diese Möglichkeit nach dem ersten von den Paten begleiteten Spaziergang, welcher am Samstag nach ihrer Ankunft stattfindet.
  Verlängerte Ausgänge müssen zuvor mit einem Ausgangsschein beantragt werden.

- Es werden stichprobenartige Urin- und Alkoholkontrollen durchgeführt.

- Die 1. Heimfahrt ist nach der Hälfte ihrer genehmigten Therapiedauer möglich. Weitere Heimfahrten sind nach Absprache mit dem Einzeltherapeuten in vierwöchigen Abständen möglich. Für eine Heimfahrt haben sie drei Kalendertage zur Verfügung, die Rückkehr in die Fachklinik muss am Rückreisetag bis spätestens 20:00 Uhr erfolgen. Alle Heimfahrten sind mit dem Einzeltherapeuten und dem Arbeitstherapeuten abzusprechen.

Wir behalten uns vor, aus medizinischen und/oder therapeutischen Gründen Ausgänge, Besuche oder Heimfahrten einzuschränken.

2. PC-Spiele, CDs, Videos, DVDs und andere Medien mit Gewalt und Sucht verherrlichenden, sowie pornographischen Inhalten halten wir für sehr problematisch und sind daher in unserer Klinik ausdrücklich verboten!

3. Wir empfehlen Ihnen, kein Geld an Mitpatienten auszuleihen. Das Spielen um Geld oder Sachwerte ist untersagt. Das Spielen an Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit ist ebenfalls verboten.

4. Wir möchten ein kommunikatives Zusammenleben in der Gemeinschaft fördern. Deshalb fordern wir sie auf, sich nicht durch das ständige Benutzen von elektronischen Unterhaltungsgeräten (z.B. Mobile Musikgeräte, Computerspiele, Internet–Surfen, TV) zu isolieren.

Ich habe die Therapieordnung gelesen.

Um eine zuverlässige und verbindliche Grundlage für die Zusammenarbeit zu gewährleisten, bin ich bereit, die Regelungen einzuhalten, eine Nichtbeachtung stellt die weitere therapeutische Zusammenarbeit infrage. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen werden im Behandlungsteam besprochen und mit Ihnen thematisiert.

Name: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Sandkühler	Greitzke	4	01.06.2011	65

Hausordnung im Fachkrankenhaus Ringgenhof

Hier finden Sie die Regelungen, die für das Zusammenleben im Klinikalltag notwendig sind. Die Hausordnung ist verbindlich, deshalb lesen Sie alles in Ruhe durch und klären Sie Fragen mit Ihrer Bezugstherapeutin bzw. Ihrem Bezugstherapeuten.

1. Die Beschaffung, der Besitz und der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol, illegalen Drogen, Schnupftabak, Medikamenten mit Suchtpotential und Muskelaufbaupräparate sind nicht gestattet. Medikamente können Sie nur besitzen und einnehmen, wenn sie von einem/r Arzt/Ärztin des Fachkrankenhauses verordnet wurden. Beim Einkauf achten Sie bitte selber darauf, dass Lebensmittel keinen Alkohol oder Alkoholzusätze sowie Hanf enthalten.

2. Rauchen ist ausschließlich an den Raucherhütten erlaubt.

3. Gewaltandrohung oder Gewaltanwendung ist untersagt.

4. Kaffee und Tee dürfen nur in den dafür vorgesehenen Teeküchen zubereitet und im Haus konsumiert werden.

5. Zimmer:
   - Verderbliche Lebensmittel (außer Obst) dürfen nicht auf den Zimmern gelagert werden. Die Kühlschränke in den Teeküchen dürfen ausschließlich zur Lagerung von Getränken in Originalflaschen oder medizinisch verordneten Lebensmitteln benutzt werden.
   - Musikgeräte, elektrische Rasierapparate und elektrische Zahnbürsten etc. sind auf den Zimmern gestattet. Diese Geräte müssen den technischen Sicherheitsstandards entsprechen. Wir weisen darauf hin, dass Ihre Rundfunkgeräte von Ihnen bei der GEZ angemeldet werden müssen. Fernsehgeräte sind auf den Zimmern nicht erlaubt.
   - Zimmerlautstärke ist einzuhalten.
   - Bilder/Photos o. ä. dürfen ausschließlich an den dafür vorgesehenen Vorrichtungen aufgehängt werden.
   - Unserem hauswirtschaftlichen Personal obliegt die regelmäßige Kontrolle der Zimmer.
   - Offenes Feuer (Kerzen, Räucherstäbchen etc.) ist im Zimmer aufgrund der Brandschutzbestimmungen untersagt.
   - Von Ihnen verursachte Schäden müssen wir Ihnen in Rechnung stellen.
   - Für Sauberkeit und Ordnung ist jeder in seinem Zimmer selbst verantwortlich.
   - Bei geöffnetem oder gekipptem Fenster bitte nicht heizen!

   ➢ **Hinweis! Das gesamte Gebäude ist mit einer Brandmeldeanlage ausgestattet. Daher herrscht überall im Gebäude striktes Rauchverbot.**
   Starker Rauch-, Dampf- und Staubentwicklung ist zu vermeiden.

6. Sie sind verpflichtet, an allen Mahlzeiten entsprechend der vorgesehenen Uhrzeiten teilzunehmen. Eigene Nahrungsmittel dürfen nicht in den Speisesaal mitgebracht werden.

7. Mit Beginn des Rundganges durch den Nachtdienst ab 22.00 h (So-Do) bzw. ab 23.00 h (Fr/Sa) müssen Sie auf Ihrem Zimmer anzutreffen sein. Ab 22.30 Uhr ist Nachtruhe einzuhalten (freitags/samstags ab 23:30 h).

Hausordnung im Fachkrankenhaus Ringgenhof

Die Zieglerschen

8. Der Morgendurchgang des Nachtdienstes ist kein Weckdienst. Wir erwarten, dass Sie an Werktagen um 6.30 Uhr (ausgenommen Samstags wegen Brunchregelung) und an Sonn- und Feiertagen um 7.30 Uhr aufgestanden sind.

9. Während der gesamten Therapie können Stichprobenkontrollen von Briefen und Paketen durch MitarbeiterInnen in Anwesenheit des Patienten stattfinden.

10. Der Fitnessraum ist erst nach Einweisung durch den Sporttherapeuten zu benutzen.

11. Die Benutzung eines Mobiltelefons ist grundsätzlich erlaubt. Während aller therapeutischen Veranstaltungen, in der medizinischen Abteilung der Klinik und in allen öffentlichen Räumen und Aufenthaltsräumen (Speisesaal, Fernsehzimmer etc.) ist die Benutzung kategorisch untersagt.

12. Sie können in den dafür vorgesehenen Räumen Ihre Wäsche waschen (bitte nicht im Handwaschbecken). Waschmaschinen und Trockner stehen ab 13.00 Uhr zur Verfügung. Für deren Nutzung benötigen Sie Waschmarken, die Sie in der Patientencafeteria erwerben können. Wir bitten Sie, keine Wäsche im Zimmer zu trocknen.

13. TV-Zeiten:

Mo – Do	von 19.00 – 21.45 Uhr
Freitag	von 19.00 – 22.45 Uhr
Samstag	von 14.00 – 22.45 Uhr
Sonntag	von 14.00 – 21.45 Uhr

14. Tätowieren, Haare schneiden und färben sowie das Durchführen medizinischer Anwendungen sind aus hygienischen und gesundheitlichen Gründen nicht gestattet.

15. Bitte achten Sie auf für die Situation angemessene, saubere und gepflegte Kleidung.

16. Haftungsausschluss: Für mitgebrachte Gegenstände oder zurückgelassene Gepäckstücke können wir keine Haftung übernehmen, das gilt auch für Dinge, die zu Bruch gehen, wie z.B. Brillen.

Einige Bereiche und Einrichtungen (z.B. Kasse, Fitnessraum, Sauna, PC–Raum, etc.) sind gesondert geregelt. Bitte beachten sie die entsprechenden Aushänge!

Ich habe die Hausordnung gelesen.

Um eine zuverlässige und verbindliche Grundlage für die Zusammenarbeit zu gewährleisten, bin ich bereit, die Regelungen einzuhalten, eine Nichtbeachtung stellt die weitere therapeutische Zusammenarbeit infrage. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen werden im Behandlungsteam besprochen und mit Ihnen thematisiert.

Name: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bearbeiter / in	Freigabe (Ltg. / QB)	Version	Datum	Seite
Sandkühler	Greitzke	03	01.11.2010	67

I:\wg-rgh\Ringgenhof Unterlagen\patientenbezogen\Therapieordnung, Hausordnung, Merkblätter\HAUSORDNUNG.DOC

Literatur

Arbeitskreis OPD (1998) OPD Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Grundlagen und Manual. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2.Bern: Hans Huber.
Badinter, E. (1993) X Y-Die Identität des Mannes. München: Piper
Balint, M. (1988) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. München:
Beutel, M (1999) Sucht und sexueller Missbrauch. In: Psychotherapeut 44, 313-319
Bilitza, K. W. (Hrsg.) (1993) Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
Brickenkamp, R. (1972) Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
Brickenkamp, R. (Hrsg.) (1997), Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, Göttingen, Bern, Toronto, Seattel: Hogrefe, Verlag für Psychologie
Buchholz M.B.(1997): Krankheitstheorien und psychoanalytischer Prozeß. In: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München. Heft 1 / 1997
Büchner, U. (1993): Sucht als artifizielle Ich-Funktion. Ich-psychologische Suchttheorien. In: Bilitza, K.W.(Hrsg.): Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen/Zürich Vandenhoeck & Ruprecht
Burian, Wilhelm (1994) Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. Wien: Picus.
Dornes, M.(1994) Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main: Fischer
DRV Bund (2011): Arbeits- und berufsbezogene Rehabilitation in der medizinischen Rehabilitation
Egartner, E.,**Holzbauer**, S.(1994) „Ich hab´s nur noch mit Gift geschafft ...“ Frauen und illegale Drogen Pfaffenweiler: .Centaurus-Verlagsgesellschaft,
Emde, R.(1991) Die endliche und die unendliche Entwicklung.Psyche 45, S. 745-779
Feiereis, H. (Hrsg.) (1989) Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille. Daraus: Diagnose und Differentialdiagnose, S. 97 - 108.
Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
Grün, A.(1996) Der Verrat am Selbst. München: dtv
Hammon, C.P (1981): Therapeutisches Gestalten mit Material am Beispiel der Anorexia nervosa. Prax. Psychother. Psychosom. 26, S. 165 - 177
Hartmann H.(3. Aufl.:1975): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart: Klett
Hassfeld/Denecke Suchttherapie Konzept S. 24;in Thomäe, H.,Kächele, H. (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Verlag Berlin/New York/Tokio: Springer.
Heigl, F., **Heigl-Evers**, A. & **Ruf**, W. (1980) Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Suchtkranken-Therapie. In: Soziotherapie in der Praxis. Kongressbericht. S. 16 – 29. Kassel
Heigl, F., **Heigl-Evers**, A., **Schultze-Dierbach**, E. (1983) Überlegungen zur Indikation von Einzel- und Gruppentherapie bei Suchtkranken, insbesondere Alkoholkranken. In: Sozialtherapie in der Praxis.
Heigl, F., **Schultze-Dierbach**, E., **Heigl-Evers**, A. (1984) Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkranken. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 20, S. 152 – 167.
Heigl-Evers, A. (1977) Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Kassel.
Heigl, F., **Heigl-Evers**, A. (1983) Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift Psychosomatische Medizin 29. S. 1 – 14
Heigl-Evers, A.,Volmer, H.C.,Helas, I. Knischewski, E.(1988) Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken-Wege zur Kooperation. Wuppertal: Blau-Kreuz-Verlag
Heigl-Evers, A. Helas, I., Volmer, H.C.(1997) Die Person des Therapeuten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Herwig-Lempp, J.(1994) Von der Sucht zur Selbstbestimmung Dortmund: borgmannn publishing
Kanfer, F.H. (1996) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin
Herzog, W./ Munz, D./Kächele,H. (1996) Analytische Psychotherapie bei Essstörungen - Therapieführer. **Stuttgart: Schattauer. [** Das Buch enthält einen Beitrag zur Suchttherapie und eine Kurzbeschreibung des Essstörungskonzepts des Fachkrankenhauses Höchsten]

ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt und hrsg. Von H. Dilling u.a.m. (2. Aufl. 1993)
Jacobi, C./ **Thiel**, A./ **Pau**l, Th. (1996) Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim: PVU.
Kafka,J.(1998) Psychotische Realitäten und die Handhabung psychotischer Übertragungsphänomene. Vortrag gehalten in Bregenz, Psychoanalytisches Seminar Vorarlberg, 22.01.98
Kernberg, O.F. (1985) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart
Kernberg, O.F.(1988) Innere Welt und äußere Realität / Anwendung der Objektbeziehungstheorie. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse
Kielhofner, G., **Marotzki,** U., **Mentrup,** C. (2005). Model of Human Occupation (MOHO). Springer-Verlag.
König, K.(4. Aufl.;1997) Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Knischewski, E. (Hrsg.) Diagnostik und Therapie bei Suchtkranken. Punktreihe 31. Nicol
Krystal, H, Raskin, H.A:(1983) Drogensucht - Aspekte der Ich-Funktion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Kulick, B.(1995): Konzeptqualität bei stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Fachverband Sucht E.V., Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht
Luborsky, L.(1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Lukas, E.(1989) Psychologische Vorsorge - Krisenprävention und Innenweltschutz aus logotherapeutischer Sicht. Daraus: Logotherapeutische Betrachtungen zur Suchtproblematik, S. 238 - 251) Herder Verlag, Freiburg
Lukas, E. (1993) Geborgensein - worin? Daraus: Süchte, S. 95 - 103). Freiburg: Herder.
Lukas, E.(1994): Die Bedeutung der Sinnfindung als Therapieziel im Genesungsprozess von Suchtkranken. Fachverband Sucht E.V., Therapieziele im Wandel. Neulandverlagsgesellschaft, Geesthacht
Lukas, E. (1994) Sinnorientierte Familientherapie, S. 61 - 76. In: Psychotherapie in Würde. Sinnorientierte Lebenshilfe nach Viktor E. Frankl. Berlin, München: Quintessenz
Lukas, E.(1996) Spannendes Leben - In der Spannung zwischen Sein und Sollen -Ein Logotherapiebuch. Daraus: Wovon hängt Abhängigkeit ab? S.144 - 148). Freiburg: Herder
Lukas, E. (1996) Der kostbarste Moment im Leben eines Pfarrersöhnchens, S. 159 -167). In: Lukas, E.: Wie Leben gelingen kann. 30 (31) Geschichten mit logotherapeutischer Heilkraft. Stuttgart: Quell
Lukas, E. (1998) Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden. München, Wien: Profil.
Mahler, M.(1979) Symbiose und Individuation Stuttgart: Klett-Cotta.
Miller, W.R., **Rollnick,** S. (1999). Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.
Miller, W.R., **Tonigan**, J.S. (1996) Motivational interviewing. Preparing people to change additive behavior. New York: Guilford.
Petry, J. (1996) Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim: PVU.
Pfannkuche, H.(1997) Suchtkliniken und Hausordnungen - einige Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung. In: Sucht 43 (2) 1997
Prochaska, J.O.,**Di Clemente**, C.C., (1993) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative mode of change. J. Consult Clin. Psychol. 51: S. 390 - 395.
Prochaska, J.O., **DiClemente,** C.C., **Norcoss,** J.C. (1997). Jetzt fange ich neu an. München: Knaur.
Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta.
Reddemann, L. (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) – das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.
Rieth, E. (1996) Alkoholkrank? Bern: Blaukreuz
Rohde-Dachser, Ch.(1996): Aggression in weiblichen und männlichen Lebensentwürfen. In: Bell, K., Höhfeld, K.(1996)Aggression und seelische Krankheit. Psychosozial-Verlag, Gießen.
Rost, W.D. (1992) Psychoanalyse der Abhängigkeit. In: Heide, M.(Hrsg.):Abhängigkeiten zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten. Beiträge des 4. Heidelberger Kongresses. Bonn, Nagel, 1992
Schäfer, I., **Krausz**, M. (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
Schaef, A.W.(1991) Im Zeitalter der Sucht. München: dtv

Schallenberg, H.(1996) Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In: Fachverband Sucht E.V.: Sucht und Erwerbsfähigkeit. Neuland Verlagsgesellschaft, Geesthacht
Schwarz, U. (2008) Management einer Kooperation in der Suchtkrankenhilfe. Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades MBA, Hochschule Ravensburg/ Weingarten
Stern, D.(1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
Stolze, H. (Hrsg.) (1984): KBT. Die konzentrative Bewegungstherapie. Mensch und Leben. Berlin
Stork, J.(Hrsg.) (1986): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel. Stuttgart: frommann-holzboog
Streek, U., Leichsenring, F. (2009): Handbuch psychoanalytisch-interak tionelle Therapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
Thomäe, H.,**Kächele**, H. (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Verlag Berlin/New York/Tokio: Springer.
Volmer, H.C.(1995) Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. Verhaltenstherapeutische Sicht. In: Heigl-Evers et al : Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Vandenhoeck & Ruprecht
Waibel, E. M. (1994) Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen. Donauwörth: Ludwig Auer.
Wetterling, T. **,Veltrup**, C. (1997) Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen - Ein Leitfaden.,Berlin, Heidelberg: Springer.
World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Deutsche Version: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) (200): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Siehe im Internet unter: www.dimdi.de (Klassifikationen - ICF).
Wurmser, L.(1987) Flucht vor dem Gewissen. Berlin/New York/Tokio: Springer.
Wurmser, L.(1997) Die Verborgene Dimension. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht,
Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2.Bern: Hans Huber.
Burian, Wilhelm (1994) Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. Wien: Picus.
Feiereis, H. (Hrsg.) (1989) Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille. Daraus: Diagnose und Differentialdiagnose, S. 97 - 108.
Hammon, C.P (1981): Therapeutisches Gestalten mit Material am Beispiel der Anorexia nervosa. Prax. Psychother. Psychosom. 26, S. 165 - 177
Herzog, W./ Munz, D./Kächele,H. (1996) Analytische Psychotherapie bei Essstörungen - Therapieführer. **Stuttgart: Schattauer. [** Das Buch enthält einen Beitrag zur Suchttherapie und eine Kurzbeschreibung des Essstörungskonzepts des Fachkrankenhauses Höchsten]
Kielhofner, G., **Marotzki,** U., **Mentrup,** C. (2005). Model of Human Occupation (MOHO). Springer-Verlag.
Miller, W.R., **Rollnick,** S. (1999). Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.
Pfannkuche, H.(1997) Suchtkliniken und Hausordnungen - einige Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung. In: Sucht 43 (2) 1997
Prochaska, J.O., **DiClemente,** C.C., **Norcoss,** J.C. (1997). Jetzt fange ich neu an. München: Knaur.
Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2.Bern: Hans Huber.
Altmannsberger W.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 2004
Borowiak S.: ALK fast ein medizinisches Sachbuch. Frankfurt a. M.: Eichborn, 2006
BFW Hamburg (Hrsg): Assessment – Voraussetzung für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben. Hamburg: Feldhaus, 2003
Czycholl D. (Hrsg): Sucht und Migration. Berlin: VWB, 1998
Fachverband Sucht e. V. (Hrsg): Perspektive für Suchtkranke. Geesthacht: Neuland,2005
Fachverband Sucht e.V. (2007). Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft
Fengler J. (Hrsg): Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg/Lech: ecomed, 2002
Franke P., Schildberg F.: Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag, 2004
Hallwachs H.: Teilnehmerzentrierte berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. Hamburg: BTZ Hamburg, 2002
Heide M. (Hrsg): Wenn ich erst wieder Arbeit habe….Geesthacht: Neuland, 2001
Kaufmann E., Kaufmann P.N.: Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg: Lambertus, 1983

König K., Lindner W.-V.: Psychoanalytische Gruppentherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1991
Lenfers H.: Das ungebremste Risiko. Frankfurt a. M.: Kommentator-Verlag, 1988
Lindenmeyer J.: Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz Verlag, 2005
Lindenmeyer J.: Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe,1999
Mann K. (Hrsg): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2002
Miller W.R., Rollnick S.: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus, 1999
Minkoff, K. (1994) Programmbestandteile eines integrierten Behandlungssystems für schwer psychisch erkrankte Patienten mit gleichzeitig bestehendem Suchtmittelmissbrauch. In: Comorbidität Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Freiburg: M. Kraus und T. Müller-Thomsen
Petry J.: Alkoholismustherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996
Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcoss, J.C. (1997). Jetzt fange ich neu an. München: Knaur.
Radice v. Wogau J., Eimmermacher H., Lanfranchi A. (Hrsg): Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Belz Verlag, 2004
Schuhler P., Baumeister H.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1999
Thomasius R. (Hrsg): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme, 2000
Tretter F., Müller A. (Hrsg): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, 2001
Watzl H., Cohen R. (Hrsg): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin: Springer, 1989
Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, Sibum (2003). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS. Bonn: Psychiatrie-Verlag
Wilson-Schaef , A. (1991). Zeitalter der Sucht. München.
Wohlfahrt E., Zumseil M. (Hrsg): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer 2006
Zielke M., Sturm J. (Hrsg): Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1994
Böning, J. (1999). Glücksspielsucht: Die reinste Form der Suchterkrankung. Psychopathologie und Neurobiologie der „Glücksspielsucht“. In: G. Alberti, & B. Kellermann (Hrsg.). Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht. S. 39-50. Geesthacht: Neuland.
Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, 5. Auflage: Huber.
Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (2009): Handbuch.
Meyer, G.; Bachmann, M. (2005). Spielsucht. Heidelberg: Springer.
Meyer, G. (2009). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland.
Petry, J. (2003). Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe
Petry, J.; Bensel, W. (2009). Pathologisches Glücksspielen, Münchwieser Hefte Nr. 1, Neunkirchen.
Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe.
Trümper, J. und Arbeitskreis gegen Spielsucht (2008). Angebotsstruktur der Spielhallen und Unterhaltungsautomaten mit Geldgewinnmöglichkeit in der BRD.
Fabrizius, B., Wernado, M.: Adaption- die 2. Phase der Rehabilitation.
In: Rehabilitation Suchtkranker- Mehr als nur Psychotherapie.
Geesthacht: Neuland, 2001.
Fengler, J.: Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung-Therapie-Prävention.
Landsberg/Lech: ecomed, 2002.
Gerkens, K., Maier, Ch., Wimmer, D.: Handbuch Sucht. Geesthacht: Neuland, 2009.
Heide, M. (Hrsg.): Wenn ich erst wieder Arbeit habe… Geesthacht: Neuland, 2001.
Heide, M.: Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption. In: Rehabilitaton Suchtkranker- Mehr als Psychotherapie. Geesthacht: Neuland, 2001.
Heide, M.: Rehabilitation als Gesamtprozess. In: Suchttherapie unter Kostendruck. Gestaacht: Neuland, 1998.
Henkel, D. (Hrsg.), Zemlin, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt: Fachhochschulverlag, 2007.
Henning, S.: Suchtrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Zugangsvoraussetzung und gesetzliche Regelungen, Vortrag vom 14.07.2009.
Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 2006.
Rahmenkonzept für die Adaptionsphase der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen, März 1994. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 4. Mai 2001.

Anhang

Personalstand

	Basissollstellenplan vom	Vollkräfte	
		Soll	Ist
1*	Chefarzt / -ärztin	1,23	1,15
2*	Ober- bzw. Funktionsarzt / -ärztin	0,86	0,80
3*	Assistenzarzt / ärztin	2,06	2,53
4*	AIP		
		4,15	4,48
5*	approb. psycholog. Psychotherapeut(in)	2,64	1,00
6*	psycholog. Psychotherapeut (in) in Ausbildung		2,80
7*	Diplom-Psychologe(in)	1,00	0,50
8*	Diplom-Sozialarbeiter(in) - therapeutisch	12,00	5,98
9*	Diplom-Sozialpädagoge(in) - therapeutisch ***1**)	6,00	5,30
10*	Hilfskraft für Psychologen		
		21,64	15,58
11*	Oberschwester / Oberpfleger		
12*	exam. Schwester / Pfleger im Tagesdienst	2,82	1,10
13*	exam. Schwester / Pfleger im Nachtdienst	1,23	3,95
14*	Krankenpflegehelfer(in)		
15*	Sonst. Nachtdienste	1,35	0,22
		5,40	5,27
16*	Diätassistent(in) /Diplom-Ökotrophologe(in)	0,61	2,10
17*	Diplom-Sozialarbeiter(in)	0,61	1,20
18*	Diplom-Sportlehrer(in)		1,00

19*	Gymnastiklehrer(in) / Sportlehrer(in)	1,99	0,11
20*	Physiotherapeut(in)	0,25	0,20
21*	Bewegungstherapeut(in) / Motopäde(in)		
22*	Beschäftigungs- u. Arbeitstherapeut(in) (Ergotherapeut[in]) Arbeitserzieher im Anerkennungsjahr	8,00	9,35
23*	Berufstherapeut(in) (Arbeitserzieher[in])		
24*	Erzieher(in)		
25*	Kreativtherapeut(in)		0,12
26*	Musiktherapeut(in)	0,12	
27*	Logopäde(in) (Sprech- und Sprachtherapeut[in])		
28*	Stomatherpeut(in)		
29*	Masseur(in) / med. Bademeister(in)		
30*	Badehelfer(in)		
		11,58	14,08
31	med.-tech. Labor Ass. (MTLA) / med.-tech. Radiologie Ass. (MTRA)		
32	med. Laborant(in)		
33	Arzthelfer(in)	0,92	1,35
		0,92	1,35
34	Arztsekretär(in)	0,92	0,75
35	Schreibkraft	1,72	1,10

QM-Handbuch Teil B	Die Zieglerschen

B.2.3 Protokoll Indikationskonferenz Fachklinik Ringgenhof

Protokoll der Indikationskonferenz Datum: _____
Name des Patienten: _____ Alter: _____
§_____ ET: _____
genehmigte Therapiedauer: _____ vereinbarte Therapiedauer: _____

F1-Diagnosen (Arzt):__	Abhängigkeits-Syndrom (.2)	schädlicher Gebrauch (.1)	aktive Abhängigkeit (.4)
F 10 Alkohol	☐	☐	
F 11 Opioide	☐	☐	
F 12 Cannabis	☐	☐	
F 13 Sedativa u. Hypnotika	☐	☐	
F 14 Kokain	☐	☐	
F 15 Stimulanzien	☐	☐	
F 16 Halluzinogene	☐	☐	
F 17 Tabak			☐ Anzahl/Tag:_____
F 18 flücht. Lösungsmittel	☐	☐	
F 19 multiple Substanzen	☐	☐	

F6-Diagnosen (Arzt)**:**
F 630 pathologisches Glücksspiel ☐
F 60.x Persönlichkeitsstörung bzw. -akzentuierungen: .....
.....
.....

Weitere Diagnosen (Arzt): .....
.....
.....
.....

OPD (Bezugstherapeut): .....
.....
.....
.....

Soziale Situation (Sozialdienst): .....
.....
.....
.....

Arbeitsplatzsituation (Arbeitstherapeut): .....
.....
.....
.....

QM-Handbuch Teil B	Die Zieglerschen

B.2.3 Protokoll Indikationskonferenz Fachklinik Ringgenhof

Funktionsdiagnosen:

Körpermedizinische Funktionsdiagnosen:

Psychiatrische Funktionsdiagnosen:

Psychodynamische Funktionsdiagnosen:

Arbeitstherapeutische Funktionsdiagnosen:

Soziale Funktionsdiagnosen:

QM-Handbuch Teil B	Die Zieglerschen

B.2.3 Protokoll Indikationskonferenz Fachklinik Ringgenhof

Therapieziele:

Körperfunktionen und -strukturen:

Aktivitäten:

Teilhabe:

Persönliche Faktoren:

Umweltfaktoren

QM-Handbuch Teil B	Die Zieglerschen

B.2.3 Protokoll Indikationskonferenz Fachklinik Ringgenhof

Therapieprogramm:

Indikationsgruppen		**Arbeitstherapie**		**besondere Angebote**	
Psychoedukation	☐	Schreinerei	☐	PC-Kurs	☐
Tabakentwöhnung	☐	Gärtnerei	☐	Bewerbungstraining	☐
Bogenschießen	☐	Zentrale	☐	Führerscheinberatung	☐
Kunsttherapie	☐	Landwirtschaft	☐	Angehörigenseminar	☐
Training soz. Kom.	☐	Patentamt	☐	Ernährungsberatung	☐
Angststörungen	☐	Cafeteria	☐	Reha-Beratung	☐
Depressionen	☐	Ergotherapie	☐	Offenes Atelier	☐
Kognitives Training	☐	keine	☐	Gott und die Welt	☐
Spielsucht	☐			Rückfallprävention	☐
				Kochkurs	☐
				Psycholog. Testung	☐

Sport: _____

Sonstige Vereinbarungen: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Checkliste:

Teilstationäre Entlassphase	☐	Wochenplan mitgegeben	☐
Probebehandlung erforderlich	☐	Hinweis auf Beginn der Angebote	☐
nochmalige Teilnahme Suchtinfo	☐		

Unterschrift therapeutische Leitung / Teamleitung _____

QM-Handbuch – Teil B B 2.3.1 Eigene Einschätzung (Therapiebeginn)	Die Zieglerschen

Name: _____ Einzeltherapeut/in: _____

Aufnahmedatum: _____

→ Was haben Sie in Ihrer Suchtentwicklung erlebt?	**F 10** Alkohol	**F 11** Opioide: z. B. Heroin, Codein, Methadon	**F 12** Cannabis, Haschisch	**F 13** Tranquilizer, Schlafmittel, Distraneurin	F 14 Kokain, Crack **F 14** Kokain, Crack	**F 15** Stimulanten (Amphetamine, Ecstasy, Captagon, Koffein)	**F 16** Halluzinogene: LSD, Pilze	**F 17** Tabak (Nikotin)	**F 50** Essstörungen	**F 55** Medikamente	**F 63** Spielen (Glücksspiel, Automaten, Roulett,...)
Starkes Verlangen											
Kontrollverlust, Abstinenzunfähigkeit											
Körperliche Entzugserscheinungen											
Toleranzänderung											
Interesseneinengungen											
Konsum trotz körperlicher/psychischer Schäden											

→ Vermutlich sind bei Ihnen verschiedene Probleme durch die Sucht entstanden. Geben Sie Beispiele aus einigen Lebensbereichen!

1. Verlässlichkeit
Gab es z. B. Probleme damit, Termine einzuhalten, pünktlich zu sein, sich an bestimmte Abläufe zu halten?

2. Tagesstruktur und planmäßiges Handeln
Gab es Probleme damit, den anstehenden Tag zu planen oder Dinge in zweckmäßiger Reihenfolge zu tun?

QM-Handbuch – Teil B B 2.3.1 Eigene Einschätzung (Therapiebeginn)	Die Zieglerschen

3. Anpassungsfähigkeit an Neues
Hatten Sie Mühe damit, sich auf ungewohnte Situationen einzustellen, z. B. bei der Arbeit, oder im Alltag zu Hause?

4. Anwendung von Wissen und Können
Wie ging es Ihnen z. B. damit, Ihr berufliches Können zu zeigen oder andere Dinge zu tun, mit denen Sie sich eigentlich gut auskennen?

5. Gute Entscheidungen treffen
Hatten Sie durch die Sucht Mühe damit, Dinge richtig zu beurteilen und kluge Entscheidungen zu finden?

6. Durchhaltevermögen
Wie ging es damit, eine Tätigkeit bis zu Ende durchzuführen und bei der Sache zu bleiben?

7. Selbstbehauptung
Wie gut konnten Sie sich durchsetzen? Was hatte das Suchtmittel damit zu tun?

8. Kontaktfähigkeit
Wie gut konnten Sie Kontakt zu anderen aufnehmen? Wie war dabei die Funktion des Suchtmittels?

QM-Handbuch – Teil B B 2.3.1 Eigene Einschätzung (Therapiebeginn)	Die Zieglerschen

9. Gruppenfähigkeit
Wie war es, wenn Sie in einer Gruppe von Leuten waren (z. B bei der Arbeit oder im Verein)? Kamen sie gut zurecht, sind Sie oft angeeckt oder waren Sie oft ein Außenseiter?

10. Familie und Partnerschaft
Wie hat sich das Suchtproblem auf Ihre Partnerbeziehung ausgewirkt? Konnten Sie Ihren Aufgaben als Vater oder Ehepartner gerecht werden?

11. Freizeit und Haushalt
Wie hat sich die Sucht auf Ihr Freizeitverhalten oder auf Ihre Haushaltsführung ausgewirkt?

12. Selbstpflege
Wurde Ihre Selbstpflege durch die Sucht beeinflusst, also etwa Ihr Auftreten, die Körperhygiene, die Gesundheitsfürsorge?

13. Auto, Fahrrad und öffentliche Verkehrsmittel
Inwieweit hatte die Sucht einen Einfluss auf Ihre Mobilität? Konnten bzw. durften Sie Auto fahren, war es für Sie ein Problem, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen?

QM-Hanbduch – Teil B B 2.3.2 Eigene Einschätzung (Therapieende)	Die Zieglerschen

Name: _____ Einzeltherapeut/in: _____

Aufnahmedatum: _____

Im Verlauf der zurückliegenden Therapiezeit habe Sie sich sicherlich mit einigen wichtigen Themen beschäftigt. Vielleicht haben Sie an sich auch einige Veränderungen beobachtet. Geben Sie Beispiele aus einigen Lebensbereichen!

1. Verlässlichkeit
Hat sich bezüglich Ihrer Verlässlichkeit etwas verändert?

2. Tagesstruktur und planmäßiges Handeln
Haben sie Ihre Tagesstruktur verändert oder haben sie vor, dies nach Beendigung der Therapie zu tun?

3. Anpassungsfähigkeit an Neues
Fällt es Ihnen leichter, sich auf neue Situationen einzustellen?

4. Anwendung von Wissen und Können
Denken, Sie, dass Sie Ihr fachliches oder berufliches Wissen besser zeigen können?

QM-Hanbduch – Teil B B 2.3.2 Eigene Einschätzung (Therapieende)	Die Zieglerschen

10. Familie und Partnerschaft
Hat sich durch die Therapie eine Veränderung bezüglich Ihrer Partnerschaft und Ihrer familiären Beziehungen ergeben?

11. Freizeit und Haushalt
Haben Sie neue Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung gefunden oder sich etwas Neues vorgenommen? Denken Sie, dass sich in Ihrer Haushaltsführung etwas ändern wird?

12. Selbstpflege
Denken Sie, dass Sie insgesamt besser auf sich achten werden, also auch auf die Gesundheitsfürsorge, die Hygiene oder das Äußere?

13. Auto und öffentliche Verkehrsmittel
Sind Sie mobiler geworden, z. B. weil Sie geübter darin geworden sind, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? Hat sich bzgl. Ihrer Führerscheinsituation etwas ergeben?