



**Behandlungskonzeption**

**Fachklinik  
Höchsten**

**Die Ziegler'schen  
Suchtrehabilitation  
gemeinnützige GmbH**

**Stand: Mai 2012**

**Inhaltsverzeichnis:**

1.	Einleitung .....	5
2.	Allgemeines .....	6
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung .....	8
3.1.	Zur Betriebsaufnahme der Klinik.....	8
3.2.	Lage der Einrichtung, Infrastruktur.....	8
3.3.	Zielgruppen und Behandlungszeiten .....	9
3.4.	Einzugsgebiet.....	9
4.	Rehabilitationskonzept.....	9
4.1.	Theoretische Grundlagen.....	9
4.1.1.	der geschlechtsspezifische Therapieansatz.....	9
4.1.2.	Das Menschenbild: ein tiefenpsychologisch orientiertes Persönlichkeitsmodell.....	10
4.1.3.	Die Abhängigkeitserkrankung: Ein psychoanalytisches Krankheitsmodell .....	11
4.1.4.	Der therapeutischen Zugang: Die psychoanalytische- interaktionelle Methode .....	12
4.1.5.	Der „Kommunikationsraum“ Klinik.....	14
4.1.6.	Die „therapeutische Beziehung“ als elementare Größe veränderungsrelevanter Prozesse .....	15
4.2.	Rehabilitationsindikation und –kontraindikation.....	17
4.2.1.	Zielgruppen der stationären Entwöhnungsbehandlung.....	17
4.2.2.	Voraussetzungen.....	17
4.2.2.1.	Formale Voraussetzungen.....	17
4.2.2.2.	Motivale Voraussetzungen .....	17
4.2.2.3.	Medizinische Voraussetzungen .....	17
4.2.3.	Kontraindikation.....	17
4.3.	Rehabilitationsziele .....	18
4.4.	Rehabilitationsdauer .....	19
4.4.1.	stationäre Langzeittherapie .....	20
4.4.2.	stationäre Therapie in kürzerer Dauer.....	20
4.5.	Individuelle Rehabilitationsplanung.....	21
4.5.1.	Therapieabschnitte und Therapiebausteine .....	21
4.5.1.1.	Die Therapieabschnitte: Basis, Vertiefung und Außenorientierung.....	21
4.5.1.1.1.	Die Basistherapie .....	21
4.5.1.1.2.	Die Vertiefungsphase .....	22
4.5.1.1.3.	Therapiephase mit Schwerpunkt Außenorientierung .....	22
4.5.1.2.	Flexible, indikative Therapiegestaltung .....	23
4.6.	Rehabilitationsprogramm .....	24
4.6.1.	Die Behandlung .....	24
4.6.1.1.	Das Behandlungsspektrum.....	24
4.6.1.2.	Die Behandlungsformen .....	24
4.6.1.3.	Ablauf der Behandlung .....	24
4.6.2.	Behandlungskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit .....	25
4.6.3.	spezielles Behandlungskonzept für Frauen mit zusätzlichen Essstörungen .....	29
4.6.3.1.	Der psychotherapeutische Ansatz .....	30
4.6.3.2.	Multimodales Behandlungskonzept.....	30
4.6.3.3.	Symptombezogene Psychotherapiegruppe für Patientinnen mit Essstörungen .....	31
4.6.4.	Behandlung von Frauen mit Traumatisierung .....	32
4.6.5.	Behandlung von Frauen mit „Abhängigkeit von illegalen Substanzen“.....	33
4.6.6.	Behandlung von Frauen mit Sucht- und Psychoseerkrankungen (Sensusgruppe) ....	34
4.6.6.1.	Gruppenstruktur .....	34
4.6.6.2.	Therapeutische Inhalte .....	34
4.6.6.3.	personelle Besetzung .....	35
4.6.7.	Frauenadaption .....	35
4.6.7.1.	Standort der Einrichtung und Versorgungsgebiet.....	35
4.6.7.2.	Aufgabenstellung und Zielgruppe .....	36
4.6.7.3.	Grundsätze der Adaptionstherapie .....	36
4.6.7.4.	Behandlungsdauer.....	37
4.6.7.5.	Behandlungsziele .....	37
4.6.7.6.	Aufnahmekriterien.....	38
4.6.7.7.	Therapeutischer Ansatz.....	38
4.6.7.8.	Externe Arbeitserprobung und Betriebspraktika.....	39

4.6.7.9.	Psychotherapie/ Sozialtherapie .....	39
4.6.7.10.	Sozialberatung .....	40
4.6.7.11.	Medizinische Behandlung .....	40
4.6.7.12.	Hausgruppe .....	40
4.6.7.13.	Selbsthilfegruppen .....	40
4.6.7.14.	Freizeitangebote .....	40
4.6.7.15.	Versorgung .....	40
4.6.7.16.	Angehörigengespräche.....	40
4.6.7.17.	Weiterbehandlung.....	41
4.6.7.18.	Dokumentation und Qualitätsmanagement .....	41
4.6.7.19.	Personelle Ausstattung.....	41
4.6.7.20.	Räumliche Ausstattung.....	41
4.6.7.21.	Personelle Ausstattung mit zugeordneten Deputaten .....	42
4.6.8.	Kombitherapie .....	44
4.6.8.1.	Ziel der Kombibehandlung.....	44
4.6.8.2.	Phasen der Kombibehandlung .....	44
4.6.8.3.	Voraussetzungen für die Kombibehandlung.....	44
4.6.8.4.	Zielgruppe der Kombibehandlung.....	45
4.7.	Rehabilitationselemente.....	45
4.7.1.	Aufnahmeverfahren .....	45
4.7.2.	Rehabilitationsdiagnostik.....	45
4.7.3.	Medizinische Therapie.....	48
4.7.4.	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote.....	48
4.7.4.1.	Gruppenpsychotherapie .....	48
4.7.4.2.	Einzelpsychotherapie.....	49
4.7.4.3.	andere Gruppenangebote.....	50
4.7.4.3.1.	Die „Verantwortlichengemeinschaft“ .....	50
4.7.4.3.2.	Stabilisierungsgruppe .....	50
4.7.4.3.3.	Training sozialer Kompetenz .....	51
4.7.4.3.4.	Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) .....	51
4.7.4.3.5.	Die Tanztherapie .....	52
4.7.4.3.6.	Tiergestützte Therapie.....	53
4.7.4.3.7.	Kreativtherapie .....	53
4.7.4.3.8.	Kreativgruppe Kunsttherapie.....	54
4.7.4.3.9.	Kreativgruppe Trommeln .....	55
4.7.4.3.10.	Spirituelles Angebot .....	55
4.7.4.3.11.	Die Reaktionstherapie .....	56
4.7.5.	Arbeitsbezogene Intervention.....	56
4.7.5.1.	Ergotherapie und arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation.....	56
4.7.5.2.	Arbeitsbezogene Indikationsgruppen .....	61
4.7.5.2.1.	ADL.....	61
4.7.5.2.2.	Bewerbungstraining.....	61
4.7.5.2.3.	PC-Training .....	62
4.7.5.2.4.	Umgang mit Arbeitslosigkeit.....	62
4.7.6.	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken .....	62
4.7.6.1.	Sport- und Bewegungstherapie .....	62
4.7.6.1.1.	Bewegungstherapie in der Eingangsphase der Therapie .....	63
4.7.6.1.2.	Differenzierte Sport- und Bewegungstherapie .....	63
4.7.6.2.	Entspannungstraining: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson .....	64
4.7.7.	Freizeitangebote.....	65
4.7.8.	Sozialdienst .....	65
4.7.9.	Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung.....	66
4.7.9.1.	Suchtinfo .....	66
4.7.9.2.	Gesundheitsinfo .....	66
4.7.9.3.	Tabakentwöhnung .....	67
4.7.9.4.	Rückfallprophylaxe .....	67
4.7.10.	Angehörigenarbeit .....	68
4.7.10.1.	Partnerseminare .....	68
4.7.10.2.	Zeitgleiche stationäre Therapie von Partner und Partnerin .....	69
4.7.11.	Rückfallmanagement.....	69
4.7.12.	Gesundheits- und Krankenpflege.....	69

---

4.7.13.	Weitere Leistungen.....	70
4.7.13.1.	Nachsorge.....	70
4.7.13.2.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben .....	70
4.7.14.	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	70
4.7.14.1.	Entlassvorbereitung .....	70
4.7.14.2.	Entlassungsuntersuchung und Entlassungsbericht.....	71
4.7.14.3.	Kriterien zur Beendigung der medizinischen Rehabilitation .....	71
4.7.14.4.	Anschließende Behandlung.....	71
4.7.14.4.1.	ganztäglich ambulante Entlassform.....	71
4.7.14.4.1.1.	Voraussetzungen für die ganztäglich ambulante Entlassform .....	72
4.7.14.4.1.2.	Ziele für die ganztäglich ambulante Entlassform .....	72
4.7.14.4.1.3.	Behandlungszeit der ganztäglich ambulanten Entlassform .....	72
4.7.14.4.2.	Adaption .....	73
5.	Personelle Ausstattung.....	73
5.1.	Leistungsstruktur.....	73
5.2.	Das multidisziplinäre Team .....	74
5.3.	Personalstandsplan Fachklinik Höchsten .....	75
	Siehe Anhang.....	75
6.	Räumliche Gegebenheiten .....	75
7.	Kooperation und Vernetzung .....	77
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	77
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation .....	80
9.1.	Geschäftsführung.....	80
9.2.	Kommunikations- und Gremienstruktur .....	80
10.	Notfallmanagement .....	82
11.	Fortbildung.....	83
12.	Supervision .....	83
13.	Hausordnung/ Therapievertrag .....	84
	Literatur.....	90
	Anhang .....	94

# 1. Einleitung

Die Fachklinik Höchsten 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)

- a) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- b) sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
- c) 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 den Umzug der Fachklinik im November 2010 bedingten strukturellen und inhaltlichen Veränderungen ab. Seit November 2010 rehabilitieren wir in einem Klinikneubau gemäß der Strukturanforderungen der Kostenträger mit Einzelzimmern ausgestattet 79 suchtkranke Frauen. Unser Klinikneubau ist mittlerweile mit zwei Architekturpreisen ausgezeichnet worden. Wir nutzen alltags- und realitätsnah die Infrastruktur der ehemaligen Kreisstadt Bad Saulgau und alle möglichen Verknüpfungen mit anderen Kurkliniken.

Verfasser des Konzepts sind der Therapeutische Leiter der Klinik, psychologischer Psychotherapeut, die Ärztliche Leiterin der Klinik, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie die Fachliche Geschäftsführerin der Suchthilfe der Zieglerschen, Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie mit tiefenpsychologisch orientierter Ausbildung.

Die Fachklinik Höchsten ist eine Einrichtung der Suchtrehabilitation 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 Höchsten führt bei Vorliegen von stoffgebundenen und –ungebundenen Süchten stationäre Entwöhnungsbehandlungen als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation durch. Besondere Therapieangebote bestehen für Patientinnen mit Sucht- und Psychoseerkrankung und für Patientinnen mit Essstörungen.

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 Höchsten nahm 1955 im Deggenhausertal ihren Betrieb auf und verlagerte im November 2010 ihren Standort nach Bad Saulgau, um die baulichen Strukturanforderungen der Kostenträger sowie die Vision einer modernen Reha nach ICF mit vielfältigen Möglichkeiten zu Teilhabe und Aktivität umzusetzen. Sie bietet 79 Behandlungsplätze für suchtkranke Frauen im ersten Schritt der medizinischen Rehabilitation sowie auf dem Gelände der Fachklinik Ringenhof die Adaptionsbehandlung mit 6 Plätzen. Die Fachklinik Höchsten feierte 2005 ihr 50-jähriges Bestehen und war entscheidend an der Weiterentwicklung der Suchtkrankenversorgung in Deutschland beteiligt.

#### **3.2. Lage der Einrichtung, Infrastruktur**

Im Kurgebiet von Bad Saulgau, in der Nähe des Thermalbads, steht unsere neue Rehabilitationsklinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen. Über drei Stufen ist der gesamte Gebäudekomplex harmonisch in das bestehende Gelände eingepasst worden. In den drei Erdgeschossen befinden sich die Funktionsräume, und in den drei Wohnbereichen stehen insgesamt 74 Einzel- und sechs Doppelzimmer zur Verfügung. In allen Kriterien erfüllen wir die baulichen Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung. Die barrierefreie Nutzung aller Räume ist sichergestellt. Das Gebäude besticht durch seine lichtdurchfluteten Räume und die gelungene Transparenz zwischen Innen und Außen. Die Klinik ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, die Bushaltestelle ist ca. 500 m entfernt, der nächste Bahnhof ist direkt in Bad Saulgau, der Fußweg in die Stadt und somit auch zum Bahnhof beträgt ca. 20 min.

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 direkt neben dem Bereitschaftszimmer zur Verfügung.

Für die therapeutisch tätigen Mitarbeitenden stehen eigene Sprechzimmer und eine Mitarbeiterbibliothek zur Verfügung. Die Klinik verfügt über einen Unterrichtsraum (Forum mit 190 Plätzen) sowie über vielfältige Seminar- und Gruppenräume. Eine Gymnastikhalle, eine Sauna und eine Medizinische Trainingstherapieeinheit gehören ebenfalls zu unserem Raumangebot. Für Ergo- und Kreativtherapie stehen schöne helle Räume zur Verfügung. Besonders hervorzuheben ist unser großzügiger Tierbereich mit Offenstallhaltung für Pferde, Esel, Ziegen und Lamas.

Eine enge Kooperation mit der psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Sigmaringen, den umgebenden Kureinrichtungen sowie den regionalen Beratungsstellen und den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie prägen den Alltag, die Mitgliedschaft im Suchthilfenetzwerk ist selbstverständlich.

### 3.3. Zielgruppen und Behandlungszeiten

In der Fachklinik Höchsten bieten wir entsprechend der Therapiemodule der Deutschen Rentenversicherung Kurzzeit-, Wiederholungs- und Kombitherapie sowie reguläre Therapien für Alkohol-, Medikamenten und Drogenabhängige Patientinnen. Besondere Angebote bestehen für Patientinnen mit Sucht- und Psychoseerkrankungen, zusätzlichen Essstörungen und Sucht und Traumatisierung. Ein weiteres Angebot der Suchthilfe ist die (erweiterte) ganztägig ambulante Entlassform. Dieses Konzept bietet Patientinnen aus dem Einzugsgebiet von Tagesrehabilitationen die Möglichkeit, die letzten Therapiewochen – die Phase der Außenorientierung – nicht mehr stationär zu verbringen, sondern in eigener Wohnung und dem vertrauten Lebensumfeld, verknüpft mit der intensiven Therapie der ganztägig ambulanten Entlassform.

### 3.4. Einzugsgebiet

Als eine der größten Fachkliniken für Frauen und als aktuell modernste Deutschlands hat die Fachklinik Höchsten ein bundesweites Einzugsgebiet.

Anschrift der Klinik: Fachklinik Höchsten, Sonnenhof 1, 88348 Bad Saulgau

## 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 frauenspezifische Therapieansatz berücksichtigt folgende Faktoren:

1. Das Selbstbild vieler Frauen ist nach wie vor von einseitigen Festlegungen wie Passivität, Schwäche und Opferbereitschaft geprägt. Es handelt sich um eine „erlernte Hilflosigkeit“. Ihr „wahres Selbst“ (GRUEN 1996/10) bleibt hinter diesen sozio-kulturellen Klischeebildern verborgen. Frauen sind sich ihrer selbst aus diesem Grunde oft zu wenig bewusst. Tiefere Ursachen dieser Selbstentfremdung liegen zum Teil in der Wirkungsgeschichte jüdisch-christlicher Tradition begründet, auf gesellschaftspolitischer Ebene in pseudorationalen Machtstrukturen und im Kontext sozialer Realität in diskriminierenden Erfahrungen der Kinder-

und Jugendzeit. Die Folge ist eine schwer korrigierbare Prägung deformierter weiblicher Identität.

2. Das aggressive Affektspektrum bleibt gerade bei abhängigkeitskranken Frauen oft unterentwickelt. Eine autonome, selbstbewusste Lebensgestaltung ist jedoch ohne die Verfügbarkeit aggressiver Energie nicht denkbar. Gründe für die blockierte Entwicklung aggressiver Affekte liegen in entwicklungspsychologischen Realitäten begründet, die ihrerseits wieder mit sozio-kulturellen Faktoren verwoben sind. Das kleine Mädchen verliert im Laufe seiner kindlichen Entwicklung die Mutter als „primäres Liebesobjekt“. Wegen der oft mangelnden Präsenz (physisch u. psychisch) und Zurückhaltung des Vaters kann dieser Verlust nicht angemessen abgetrauert werden. Über identifikatorische Prozesse bleiben Mädchen dann meist viel zu lange in einer Anpassungshaltung mit ihren Müttern verbunden. Das Experimentieren mit vitalen, aggressiven Affekten bleibt in einem solchen Beziehungsarrangement oft unterbunden. In der Behandlung suchtkranker Frauen ist aus diesem Grund darauf zu achten, dass weniger Anpassungsleistungen erwartet werden, viel wichtiger sind Angebote und Raum für Erfahrungen mit der eigenen Stärke und adäquaten Durchsetzungsfähigkeit.
3. Körpererfahrung und Sexualität prägen die weibliche Identität in einem Maße, dass therapeutische Angebote für Frauen hierauf Bezug nehmen müssen. Viele abhängigkeitskranke Frauen berichten über traumatisierende Beziehungserfahrungen, wenn sie über ihren Körper und ihre Sexualität sprechen. Gescheiterte Paarbeziehungen sind oft das letzte Glied in einer Kette demütigender und verletzender Erfahrungen (BEUTEL, 1999). Sexuelle Gewalterfahrung wird hier als Extrempunkt auf einem Kontinuum körperlicher und sexueller Selbstentfremdung verstanden. Frauenspezifische Einrichtungen erweisen sich gerade hier als hilfreich und effektiv. Frauen kann in ausreichendem Maße Schutz garantiert werden. Die Erfahrung einer solidarischen Frauengemeinschaft fördert die notwendige Offenheit und schafft ein vertrauensvolles Gesprächsklima

#### **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 therapeutischen Zugang: Die psychoanalytische-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 Bewusstsein 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, konflikträchtige und suchtauslösende Erfahrungen im Bereich von Beziehungen (v.a. Primärbeziehungen) über Beziehungserfahrungen im „Hier-und-Jetzt“ des Rehabilitationsalltags einer bewussten Bearbeitung zugänglich zu machen.

Für unseren tiefenpsychologischen Behandlungshintergrund ergeben sich aus diesem beziehungsorientierten Ansatz zwei wesentliche Positionen:

**1.** 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 Frauen mit:

- ✚ Stoffgebundener Abhängigkeit (ICD 10 F10-19)

Mitbehandelt werden:

- ✚ Persönlichkeitsstörungen (ICD 10 F60)
- ✚ Schizophrenie (ICD 10 F20-29)
- ✚ Affektiven Störungen (ICD 10 F30-39)
- ✚ Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD 10 F40-48)
- ✚ Essstörungen (ICD 10 F50)

### 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 beeinträchtigen

### 4.2.3. Kontraindikation

Nicht behandelt werden Frauen,

- ✚ 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.

Jede Patientin in der Fachklinik Höchsten durchläuft eine individuelle medizinische Rehabilitationsbehandlung, in der ihre funktionale Gesundheit unter Berücksichtigung ihrer sie 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 Patientinnen im Sinne der funktionalen Gesundheit. Im therapeutischen Prozess bemühen wir uns auf der Grundlage des Verständnisses für ihr Gewordensein um ihre Möglichkeiten, die positiven Eigenschaften und positiven Lebenserfahrungen, also die Ressourcen, der Patientin. Ermutigung, Sinnggebung, positive Erfahrungsfelder, kurzfristige Übernahme von Hilfsfunktionen, das Prinzip Antwort, Wertschätzung und angemessene Bestätigung und Anerkennung bilden die Grundpfeiler des Veränderungs- und Nachreifungsprozesses. Die Patientinnen können das Selbstvertrauen in die eigenen Entwicklungspotentiale und Selbstheilungskräfte entdecken oder zurückgewinnen.

Auf der Basis vorhandener Ressourcen entwickeln wir gemeinsam mit der Patientin 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 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
- ✚ Essstörungen

#### 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 entweder als Initialphase zu Beginn oder als Vertiefungsphase innerhalb der Gesamtbehandlung, was bereits von vornherein so festgelegt sein oder aber als Reaktion auf eine Krise bzw. einen Rückfall erfolgen kann.

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

### 4.5.1. Therapieabschnitte und Therapiebausteine

In diesem Kapitel wollen wir die einzelnen Therapieabschnitte erläutern, die individuell zusammengestellt werden. Wir orientieren uns zum einen an den Therapiemodulen der Deutschen Rentenversicherung und zum anderen an der Diagnostik und dem Bedarf der Patientin. Im nachfolgenden werden die einzelnen Abschnitte kurz beschrieben und deren jeweilige Zielsetzungen dargelegt.

Im Weiteren werden die Therapiebausteine beschrieben. Wir unterscheiden Therapiebausteine, die für alle Patientinnen obligatorisch, und Bausteine, die indikativ sind. Darüber hinaus gibt es freiwillige Zusatzangebote.

In der Behandlung abhängigkeiterkrankter Menschen werden somatopsychologische und sozialtherapeutische Maßnahmen durchgeführt. Dadurch können die multiphänomenalen und multikausalen Faktoren der Erkrankung ausreichend berücksichtigt werden

#### 4.5.1.1. Die Therapieabschnitte: Basis, Vertiefung und Außenorientierung

##### 4.5.1.1.1. Die Basistherapie

Um den Therapiebeginn zu erleichtern, bietet die Basistherapie mit eigenen Therapieräumen im Ergotherapiebereich Aufnahme den geeigneten Rahmen für das Kennenlernen der neuen Patientinnen untereinander und ein erstes Vertrautwerden mit dem, was für eine erfolgreiche Therapie erforderlich ist. Es entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre, durch die auch persönliches Versagen angesprochen werden kann und nicht mehr verleugnet werden muss. Unsere Basistherapie ist auch unsere Diagnosephase, die die Grundlage für die Behandlungsplanung darstellt. Sie schließt mit der Indikationskonferenz zur individuellen Therapieplanung ab.

Die Dauer der Basistherapie ist zwischen den Behandlungsmodulen unterschiedlich und richtet sich auch nach individuellen Gegebenheiten. Sie wird in der Regel eine Woche nicht unter- und drei Wochen nicht überschreiten.

Sieben unterschiedliche Ziele werden in dieser Therapiephase angestrebt:

- 🚧 Behandlung noch bestehender Entzugserscheinungen, körperliche Kräftigung, Verbesserung von
- 🚧 Belastbarkeit und Koordination
- 🚧 positive Identifikation mit dem Therapiekonzept der Klinik
- 🚧 persönliche Aneignung der eigenen Suchtgeschichte
- 🚧 Formulierung der Suchtspirale (OPD Arbeitskreis Sucht)
- 🚧 Förderung der Veränderungsbereitschaft
- 🚧 umfassende diagnostische Abklärung zur Vorbereitung eines auf die Persönlichkeit der Patientin

- ✚ zugeschnittenen Therapieprogramms
- ✚ Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses.

#### **4.5.1.1.2. Die Vertiefungsphase**

Dieser Therapieabschnitt bietet die Möglichkeit, die Zusammenhänge von personalem, psychodynamischem Hintergrund und Abhängigkeitsentwicklung im eigenen Erleben nachzuvollziehen und konkrete Schritte der Persönlichkeitsnachreifung vorzunehmen.

Die Dauer der Vertiefungsphase unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Behandlungsmodulen. Sie umfasst etwa die Hälfte der gesamten regulären Behandlungsdauer. Sie wird begleitet von fortlaufenden Fallbesprechungen, in denen Gültigkeit und Erreichung der formulierten Therapieziele überprüft werden.

Im Einzelnen geht es um:

- ✚ Beziehungserfahrungen innerhalb der Klinik mit Sucht auslösender Tendenz zu analysieren und die dabei provozierten Affekte und Emotionen bewusst zu erleben und zu bearbeiten,
- ✚ Beziehungsdynamische Formulierung der Beziehungsgestaltung (OPD2 Arbeitskreis OPD) 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 im Sinne von Probehandlungen (Wochenendbesuche, Partnerseminar) zu experimentieren,
- ✚ weitere körperliche Erholung zu erreichen, Suchtfolgeerkrankungen zu behandeln und zu einem besseren Körperbewusstsein zu finden.

#### **4.5.1.1.3. Therapiephase mit Schwerpunkt Außenorientierung**

Die durch das nahende Ende der Therapie ausgelöste Unsicherheit wird in diesem Therapieabschnitt fokussiert. An der Außenrealität orientiert, lernt die Patientin, angemessen und konstruktiv damit umzugehen. Wir arbeiten gemeinsam auf eine aktive Wiedereingliederung in das Lebensumfeld hin. Dazu gehört ohne Scham zu der Suchterkrankung zu stehen, Beziehungsklärungen, Ordnung der Finanzen und wenn nötig, Unterstützung bei Antragstellungen, Entwicklung einer Berufs- und Arbeitsperspektive bzw. Strukturierung des Alltags sowie Ideen zur aktiven Freizeitgestaltung auszuprobieren. Wir möchten unsere Patientinnen befähigen zu einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung und deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und möglichst auch im Arbeitsleben einen geeigneten Platz zu finden.

Die Dauer der Phase der Außenorientierung beträgt mindestens zwei Wochen, bei Langzeittherapien auch vier (Alkoholpatientinnen) bis sechs Wochen (Drogenpatientinnen). Zuvor findet eine weichenstellende sozialmedizinische Erhebung und Beurteilung statt.

Wichtige Elemente dieser Therapiephase sind:

- ✚ der bewusst erlebte und gestaltete Abschied aus den Therapiebeziehungen,
- ✚ der intensivierte Außenkontakt (Praktikumsstelle, Heimfahrten, Arbeitgebergespräche, Wochenendgestaltung),

- 🚧 Erprobung der körperlichen Belastbarkeit,
- 🚧 Auseinandersetzung mit der Frage: „Wie geht es nach der Therapie weiter?“,
- 🚧 das individuell erstellte Rückfall-Prophylaxe-Programm,
- 🚧 der bewusst geplante und organisierte Übergang in die nachstationäre Lebensphase (ambulante therapeutische Maßnahmen, soziale und berufliche Situation)
- 🚧 Sozialberatung

#### **4.5.1.2. Flexible, indikative Therapiegestaltung**

Um unser Therapieprogramm individuell auf die Bedarfe unserer Patientinnen abstimmen zu können unterscheiden wir zwischen den zentralen Therapiebausteinen, die für alle unsere Patientinnen Pflicht sind und den indikativen Therapiemodulen, die in Abstimmung zwischen Patientin und behandelndem BezugstherapeutIn hinzugefügt werden können.

Als für alle verbindlich zu nutzende Therapiebausteine haben sich die Gruppentherapie, die Einzeltherapie und die Verantwortlichengemeinschaft (Großgruppe) sowie die edukativen Angebote der Suchtinfo, der Gesundheitsinfo und der Rückfallprohylaxe als sinnvoll erwiesen. Die Ergotherapie und Bewegungstherapie sind in der Basisphase Pflicht. (Ergotherapie 5 Std. pro Woche und Bewegungstherapie 2 mal 60 Minuten pro Woche).

Danach kann in der Ergotherapie sowohl hinsichtlich der Stundenzahl als auch nach dem Einsatzgebiet gewählt und es können arbeitstherapeutisch orientierte Indikationsgruppen besucht werden. In der Bewegungstherapie sollen nach der Basiszeit mindestens eine Sportgruppe gewählt werden, es können aber auch aus dem reichhaltigen Angebot zwei Gruppen pro Woche genutzt werden.

In der Vertiefungsphase bieten wir verschiedene psychotherapeutische Indikationsgruppen und Kreativgruppen an. Das Entspannungstraining, die Stabilisierungsgruppe sowie das Angebot der Tabakentwöhnung kann von jeder Patientin, für die dieses Angebot geeignet ist, gewählt werden. Darüber hinaus soll noch von jeder Patientin ein Indikationsgruppe und eine Kreativgruppe gewählt werden.

Jede Patientin erhält einen aus der Fülle der Therapieangebote individuell nach der Indikationskonferenz zusammengestellten Therapieplan, der wöchentlich fortgeschrieben wird. Die in der Therapieangebotsübersicht festgelegten Zeiteinheiten sind der „Platzhalter“ für die in dieser Einheit aufgezählten, aber individuell zugeordneten Angebote.

## 4.6. Rehabilitationsprogramm

### 4.6.1. Die Behandlung

#### 4.6.1.1. Das Behandlungsspektrum

In den Fachklinik Höchsten bieten wir neben der medizinischen Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger die Behandlung von Patientinnen Sucht- und Psychoseerkrankungen, zusätzliche Essstörungen sowie Traumatisierung und Sucht an. Wir können des Weiteren behandeln Nikotinabhängigkeit. Unser Ziel ist es, bei aller Spezifität der Sucht, unsere Patientinnen inkludiert zu behandeln, was sich ausdrückt in gruppen- und abteilungsübergreifenden Indikationsgruppen und gemeinschaftlichen Aktivitäten. Alle Patientinnen 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 die einzelnen Konzepte Bezug.

#### 4.6.1.2. Die Behandlungsformen

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.

#### 4.6.1.3. 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. Diese Festlegungen werden in der Rehakonferenz in der 8.-9. Therapiewoche überprüft.

#### **4.6.2. Behandlungskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit**

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Höchsten für Patientinnen 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 Patientinnen 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 jede Patientin bereits integriert in ihre Kerngruppe und hat regelmäßige Einzeltherapiesitzungen. Dazu nimmt sie an der Sporttherapie teil und ist mit allen anderen neu aufgenommen Patientinnen drei Wochen lang, in einem spezifischen ergotherapeutischen Angebot. 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 der Patientin abgesprochen und festgelegt wird. Hieraus ergeben sich die einzelnen Therapiemaßnahmen, die die Patientin in den folgenden Wochen in ihrem eigenen Wochenprogramm durchläuft.

Durch das Therapieangebot wird gewährleistet, dass jede Patientin entsprechend ihrer 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 Patientinnen, die arbeitslos geworden sind und sich wieder auf eine Integration in den Arbeitsmarkt vorbereiten. Für diese Patientinnen wird ein arbeitstherapeutisches Programm festgelegt, in dem die Patientin 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 (Sozialberatung hinsichtlich beruflicher Perspektiven, wirtschaftlicher Sicherung, berufsfördernder Maßnahmen oder beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten).

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

## Fachklinik Höchsten Wochenplan 1. bis 4. Woche

Wochenplan 1. Woche

Dienstagaufnahme

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	6:30 Uhr Aufstehen						
7:00	7:00 Uhr - 7:30 Uhr Frühstück					7:45 Aufstehen	
8:00					08:00 – 09:30 Kerngruppe	<b>Frühstück 8:00 - 8:30 Uhr</b>	<b>Brunch 8:30 - 11:30 Uhr</b>
9:00				09:00 - 10:00 Information zur Hauswirtschaft und Spüldienst Speisesaal			
10:00				10:45 - 11:05 Info zur Sozialberatung A115		Spaziergang nach Absprache	Spaziergang nach Absprache
11:00			10:15 - 11:45 Kerngruppe	11:15 - 12:00 Sprechstunde Sozialberatung			
12:00	12:10 - 12:45 Uhr Mittagessen					11:30 - 12:00 Uhr Mittagessen	
13:00					13:00 - 13:30 Hausordnung		
14:00			14:00 - 15:00 Spaziergang	14:00 - 15:00 Bewegungstherapie für die Aufnahmegruppe	13:30 - 14:00 Hausrundgang		
15:00			15:30 - 16:30 Suchtinfo		16:00 - 17:00 Spaziergang		
16:00							
17:00							
	18:30 - 19:00 Uhr Abendessen (Essenausgabe 30 Min:)					18:30 - 19:00 Uhr Abendessen	
18:00 19:00				19:15 - 20:15 MTT Einführung + Belastungserprobung			

## Wochenplan 2. Woche

## Dienstagaufnahme

## Fachklinik Höchst

Zeit	Montag	Dienstag:	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6:00	6.30 Uhr Aufstehen						
7:00	7:00 Uhr - 7:30 Uhr Frühstück					7:45 Aufstehen	
8:00	08:00 - 09:30 K2		8:00 - 09:45 Ergotherapie		08:00 - 09:30 Kerngruppe	<b>Frühstück 8:00 - 8:30 Uhr</b>	<b>Brunch 8:30 - 11:30 Uhr</b>
9:00		9:00 - 10:00 Gesundheitsinfo Ernährung				Spaziergang nach Absprache	Spaziergang nach Absprache
10:00	10:15 - 11:45 Ergotherapie		10:15 - 11:45 Kerngruppe				
11:00		11:00 - 12:00 Bewegungstherapie		11:15 - 12:00 Sprechstunde Sozialberatung			
12:00	12:10 - 12:45 Uhr Mittagessen					11:30 - 12:00 Mittagessen	
14:00	14:00 - 14:30 Kasseninfo  14:30 - 15:15 Spaziergang		14:00 - 15:00 Spaziergang	14:00 - 15:00 Bewegungstherapie	14:00 - 15:30 Touristinformation		
15:00	15:30 - 16:30 Testdiagnostik		15:30 - 16:30 Suchtinfo				
16:00 17:00	16:45 - 17:45 Suchtinfo	16:00 - 17:00 14tägig Gottesdienst	16:45 - 17:45 Verantwortlichen Gemeinschaft		16:00 - 17:00 Spaziergang		
18:00	18:30 - 19:00 Uhr Abendessen (Essenausgabe 30 Min.)					18:30 - 19:00 Uhr Abendessen	
19:00	19:30 - 20:15 Selbsthilfegruppe						

### 4.6.3. spezielles Behandlungskonzept für Frauen mit zusätzlichen Essstörungen

Für die Indikation „Essstörungen“ hat die Fachklinik Höchsten ein eigenes therapeutisches Konzept und Programm entwickelt. Dies ist auf abhängigkeitskranke Patientinnen ausgerichtet, die zusätzlich unter einer Essstörung leiden. In der Regel reicht bei einer gleichzeitig bestehenden stoffgebundenen Sucht und einer Essstörung eine 16-wöchige Behandlungszeit bezüglich der Essstörungssymptomatik nicht aus, um Symptommfreiheit zu erreichen. Um Überforderungen und damit auch Resignation zu vermeiden, wird von Anfang auf eine realistische gemeinsam Zielsetzung geachtet. Dabei legen wir ein auch besonders Augenmerk darauf, dass von vielen Essstörungspatientinnen Medikamentenmissbrauch in Form der Einnahme von Entwässerungspräparaten und Appetitzüglern betrieben wird. Hier wird in einem weiteren Aspekt der Symptomatik die Nähe zu den stoffgebundenen Süchten deutlich.

Sobald in den Aufnahmeunterlagen deutlich wird, dass eine Patientin schon einmal an einer Essstörung gelitten hat oder aber aktiv entsprechende Symptome zeigt, wird dies in dem Aufnahmeplan gekennzeichnet. Für die behandelnden Ärzte und BezugstherapeutInnen ist dies das Signal, eine ausführliche Anamnese zu dem Themenkomplex Essen zu erheben. Außerdem werden diese Patientinnen dann einer Kerngruppe zugewiesen, deren Konzept speziell darauf abgestimmt wurde. Das Aufnahmesekretariat informiert in diesen Fällen die Diätberatung, die dann von Anfang an in die Behandlung mit eingeschaltet wird.

In unserer Gesundheitsinfo wird einmal im Quartal über das Thema Essstörungen informiert und unser Behandlungsverständnis dargelegt. Dadurch kann auch bei den Patientinnen, die selbst keine Essstörung haben, das Verständnis für diese Krankheitsbild und den Behandlungsansatz geweckt werden, so dass unnötige Spannungen zwischen den Behandlungsgruppen reduziert werden.

Das Krankheitsverständnis von Essstörungen

Die Behandlung von Essstörungen hat eine mehr als 25-jährige Tradition. Während dieses Zeitraums wurde das Konzept der Klinik zur Behandlung essgestörter Patientinnen nach dem jeweiligen wissenschaftlichen Forschungsstand über diese komplexen Krankheitsbilder fortwährend angepasst (HASSFELD/DENECKE. *Suchttherapie*, S. 204ff., in HERZOG/MUNZ, KÄCHELE, 1996).

Zu Anfang ist ein klärendes Wort angebracht, welches Krankheitsverständnis der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa, sowie der Bulimie ohne Erbrechen („binge eating disorder“) die Behandlung dieser Störungsformen in einer Suchtklinik rechtfertigt. Wir haben Krankheitsbilder vor uns, die im Überlappungsbereich zwischen psychosomatischen und somatopsychischen Störungen anzusiedeln sind, zusätzlich zeigen die jeweiligen Hauptsymptome süchtigen Charakter. Die Aufnahme von Patientinnen mit einem solchen Krankheitsbild in eine Suchtklinik bietet in besonderer Weise die Chance, dass das Ausleben der suchartigen Symptome reduziert oder ganz unterlassen werden kann. Wegen der symptomatologischen Nähe vieler Essstörungen zu den Abhängigkeitserkrankungen profitieren Patientinnen mit einer Essstörung neben dem speziellen Therapieprogramm, das eigens für diese Patientinnengruppe entwickelt wurde, auch von denjenigen Therapiebausteinen, die für alle Abhängigkeitskranken hilfreich sind.

Ein weiterer Vorteil, Abhängigkeitskranke, die auch an einer Essstörung erkrankt sind, in einer Suchtklinik zu behandeln, ergibt sich daraus, dass Wechselwirkungen zwischen zwei oder mehr Abhängigkeitserkrankungen bestehen können, deren Zusammenhang genau geklärt werden muss. Differentialdiagnostisch aufschlussreich ist immer, welche der gleichzeitig bei einer Patientin vorliegenden Erkrankungen zuerst aufgetreten ist. Wechselwirkungen sind ferner bei allen Patientinnen genauer abzuklären, bei denen es zu Symptomverschiebungen gekommen ist.

#### **4.6.3.1. Der psychotherapeutische Ansatz**

Sowohl bei Anorexia nervosa als auch bei Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder besteht weitgehend Übereinstimmung, dass es sich um ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen handelt, bei welchem innerseelische, psychosoziale, soziokulturelle und biologische Faktoren ineinander greifen und gegenseitige Verstärkerfunktionen besitzen. Psychosomatische und somatopsychische Zusammenhänge müssen auf verschiedenen Ebenen berücksichtigt werden.

Ein multimethodaler Therapieansatz bedeutet im Falle der Essstörungen, dass zum einen symptomnah bzw. symptomorientiert angesetzt wird, hierher gehören die Ernährungsberatung und Lehrküche, die konkret einzuübende Ernährungspraxis sowie die Begleitung bei der Entwicklung eines den eigenen Gegebenheiten angepassten eigenständigen Essensplans. Zum anderen gilt es, einen therapeutischen Zugang zu den inneren Konflikten und Ängsten zu finden. Die psychische Energie ist bei der Erkrankung sowohl im Ausagieren der Symptome auf Handlungsebene gebunden, als auch in rigiden Denkmustern. Das therapeutische Konzept der Fachklinik Höchsten basiert auf einem psychodynamischen Ansatz, wie er von HERZOG, MUNZ und KÄCHELE (1996) dargestellt wird. Patientinnen die neben einer Abhängigkeitserkrankung an einer Essstörung leiden, werden in einer psychotherapeutischen Kerngruppe zusammengefasst, so dass die Mitbehandlung der Essstörung im Schutzraum dieser Spezialgruppe gewährleistet ist. Voraussetzung für eine Aufnahme in unserem Fachkrankenhaus im Falle einer Essstörung ist, dass das Körpergewicht der Patientin so hoch liegt (BMI Wert von mindestens 17), dass sie am größten Teil des gesamten Therapieprogramms teilnehmen kann und sie selbst motiviert ist, Veränderungsschritte zu erarbeiten und umzusetzen.

#### **4.6.3.2. Multimodales Behandlungskonzept**

In diesem Abschnitt soll aufgezeigt werden, auf welchen theoretischen Grundgedanken die Umsetzung des psychotherapeutischen Ansatzes für essgestörte Patientinnen beruht.

Alle Therapiebausteine zentrieren sich um die tiefenpsychologisch orientierte Einzelpsychotherapie bei der/dem Bezugstherapeut/In, d.h. alle Erlebnisse, die eine Patientin während anderer Therapieangebote macht, können Gegenstand in der Einzelsitzung werden. Der Einzeltherapie kommt also eine wesentliche, integrierende Funktion zu.

Der zweite wichtige Pfeiler in der Therapie essgestörter Patientinnen ist die Gruppenpsychotherapie, die nach der psychoanalytisch- interaktionellen Gruppentherapiemethode durchgeführt wird. Hier geht es im Wesentlichen um das Herausarbeiten der Hintergründe der Störungssymptomatik und der Verbindung mit der Abhängigkeitssymptomatik. Während montags und freitags mehr die psychotherapeutischen Themen im Vordergrund stehen, wird die Mittwochsgruppe symptomorientiert geführt.

Ein drittes Element in der Therapie von Patientinnen, die zusätzlich an einer Essstörung leiden ist die KBT (siehe 4.7.4.3.4. indikative Wahlangebote). Für die Kerngruppe dieser Patientinnen wird eine KBT-Einheit angeboten, um so zusätzlich auf nonverbalen Wege sich mit ihren dysfunktionalen Beziehungsmustern und ihrer Körperwahrnehmung auseinanderzusetzen und die Gruppenkohäsion zu stärken.

Ein weiteres Angebot auf der Symptomebene bietet die Lehrküche mit begleitetem Esstisch, an dem diese Patientinnen einmal wöchentlich teilnehmen.

#### **4.6.3.3. Symptombezogene Psychotherapiegruppe für Patientinnen mit Essstörungen**

In dieser Gruppe geht es neben der unter 4.7.4.1 vorgestellten Gruppenpsychotherapie zusätzlich um das gezielte Arbeiten an der Symptomatik der Essstörung. Im gemeinsamen Gespräch mit anderen Betroffenen und den zuständigen Therapeutinnen wird ein vertieftes Verständnis des Funktionszusammenhanges der Symptomatik erarbeitet. In einer Haltung der Selbstbeobachtung üben die Patientinnen, offen über die aktuellen Erfahrungen mit ihrem Essverhalten und die damit verbundenen Kognitionen und Affekte zu sprechen und konkrete realistische Veränderungsschritte zu entwickeln und diese im Rahmen von Vereinbarungen umzusetzen, um so zu zunächst zu einer flexibleren Verhaltenskontrolle zu kommen, mit dem Fernziel auf das Symptom verzichten zu können.

#### **Ernährungslehre und Ernährungspraxis**

Die Informationsvermittlung und Beratung bezieht sich auf Wissen über gesundes Ernährungsverhalten und Wissen darüber, wie eine bereits bestehende Essstörung schrittweise systematisch überwunden werden kann. Das Einüben einer gesunden Ernährungspraxis beginnt mit einer sinnvollen Ernährungsplanung, die sich nicht im Detail verliert, die aber auch berücksichtigt, dass Essen mehr ist als die Aufnahme von Nahrung in optimaler Zusammensetzung, die der Gesunderhaltung dient.

#### **Lehrküche**

Im Rahmen der Lehrküche erlernen die Patientinnen eine angemessene Auswahl an Nahrungsmitteln kennen, die zu einer ausgewogenen Mahlzeitenstruktur für den Mittagstisch gehören. Sie lernen, sich selbst eine warme Mahlzeit zuzubereiten und essen mit therapeutischer Begleitung. Bei diesem wöchentlich einmaligen Gemeinschaftstisch in einem separaten Raum geht es um das Wiedererlernen einer angemessenen Auswahl von Nahrungsmitteln, das Korrigieren der Essgeschwindigkeit und die Normalisierung des Essverhaltens. Nach dem gemeinsamen Essen gibt es eine kurze Reflexionsrunde, wie sich jede Patientin beim Kochen und Essen fühlte. Sie beurteilt ihr Esstempo und ihre Essensmenge. Die weiterführende Reflexion über die Erfahrungen beim Kochen, Essen und Beteiligung am Tischgespräch findet in der Gruppenpsychotherapie statt.

#### **Das Führen eines Esstagebuchs**

Nach Indikation kann während der Therapie von der Patientin ein Esstagebuch als diagnostisches Instrumentarium geführt werden. Das Führen des Esstagebuchs soll der Patientin helfen,

Zusammenhänge zu erkennen, die zwischen spezifischen sozialen Situationen und Gefühlen bestehen, die evtl. als Auslösesituation für Fehlverhaltensweisen im Essensbereich fungieren oder sonst in einem engeren Zusammenhang mit dem Verhalten im Ernährungsbereich stehen. Für die Differenzialdiagnose kann das Tagebuchführen bei prekärem Ernährungszustand Aufschluss geben über die Art der Fehl- und Mangelernährung. Weiter kann die Patientin mit Hilfe des Tagebuches aktiver in den therapeutischen Prozess einbezogen werden

### **Wöchentliches Wiegen**

Einmal wöchentliches Wiegen hat sich als sinnvoll herausgestellt. So ist die gerade notwendige Kontrolle der Normalisierung des Körpergewichts gegeben. Ein einmal wöchentliches Wiegen beruhigt manche anorektischen Patientinnen, da sie wünschen, dass die Gewichtszunahme nicht zu rasch erfolgt und sie eine gewisse Kontrolle hierüber behalten möchten, andererseits wird einer Fixierung auf die Beschäftigung mit dem Körpergewicht entgegengewirkt.

### **Der Behandlungsvertrag**

Ein wesentlicher, flexibel nach Bedarf eingesetzter Teil der Behandlung besteht im Einsetzen von Behandlungsverträgen. Diese sind dann indiziert, wenn Selbstverantwortung und Selbstkontrolle sich als noch nicht ausreichend zur Begrenzung selbstschädigenden Essverhaltens erweisen.

Es wird ein Behandlungsvertrag abgeschlossen, in dem sowohl das individuelle Selbstkontrollprogramm als auch allgemeine Regeln vereinbart werden.

Hier wird z.B. das Zielgewicht festgelegt und die Etappen, in denen dieses Ziel erreicht werden soll (500 g Gewichtszunahme wöchentlich). Konsequenzen, die bei Nichterfüllung des Vertrags erfolgen, werden genau definiert und vorher festgelegt. Diese Konsequenzen werden so gewählt, dass sie einen positiven Anreiz für die Patientin darstellen (z.B. Reiten dürfen) oder aber so, dass sie eine zusätzliche Unterstützung bedeuten wie z.B. gemeinsames Spaziergehen nach dem Mittagessen, damit es der Patientin leichter fällt, nicht zu erbrechen.

Als Grundhaltung ist uns wichtig, dass es um die Selbstverantwortung der Patientinnen geht und nicht etwa darum, von Therapeutinnen und Therapeuten übermäßig kontrolliert zu werden. Hier von Anfang an die Rollen klar zu definieren, ist für einen gelingenden therapeutischen Prozess wichtig.

### **4.6.4. Behandlung von Frauen mit Traumatisierung**

Untersuchungen zeigen, dass traumatisierte Menschen deutlich häufiger von Suchtmitteln abhängig werden als nichttraumatisierte. Gerade bei Frauen ist dieser Anteil besonders hoch.

In der Fachklinik Höchsten liegt der Anteil an Frauen mit Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei bis zu 40%. Deshalb gehört bei uns neben der Anamnese und Diagnostik zum Substanzmittelkonsum auch die Erhebung der Traumageschichte sowie der Traumafolgestörungen zu unserer Standardanamnese. Die Interventionen, die auf traumabezogene Probleme abzielen, müssen gut mit den auf substanzbezogene Interventionen verknüpft werden (Schäfer, I. Trauma und Sucht, 2006).

Das Thema Traumatisierungen wird auch in unseren regelmäßig stattfindenden Gesundheitsinformationen aufgegriffen.

Der Anteil der Frauen mit PTBS ist in unseren beiden Drogengruppen und in der Gruppe mit Essstörungen besonders hoch. In diesen drei Gruppen ist unser interaktionelles Therapiekonzept speziell traumaadaptiert. Wir orientieren uns dabei am Phasenmodell der Traumatherapie von Luise Reddemann (2001, 2004). In diesen drei Gruppen ist die Arbeit im therapeutische Co-System unerlässlich, weil die Abwehr dieser Patientinnengruppe überwiegend interpersonell funktioniert, was dazu führt, dass die Gruppentherapeutinnen und Gruppentherapeuten viel Destruktivität im Sinne der Holding-Funktion aushalten müssen.

Für alle Patientinnen mit einer traumabedingten Störung der Emotionsregulation bieten wir als Indikationsgruppe die Stabilisierungsgruppe an.

Eine häufig auftretende Traumafolgestörung sind Selbstverletzungen. Bei unseren Patientinnen finden wir Selbstverletzungen in 20 % der Fälle (Zahlen aus 2008). Um in Krisenzeiten Alternativen zur Selbstverletzung einsetzen zu können, wurde ein „Selbsthilfeblatt“ entwickelt, das die Patientinnen gemeinsam mit ihrer Bezugstherapeutin oder ihrem Bezugstherapeuten erarbeiten. Hier geht es darum, von Anfang an die Ressourcen der Patientinnen zu stärken und ihr Augenmerk auf ihre konstruktiven Bewältigungsmöglichkeiten zu lenken. Darüber hinaus steht in der Klinik ein sogenannter Notfallkoffer mit den verschiedensten Materialien zur Verfügung. Bei starkem Schneidedruck können sich die Patientinnen an den Tages- oder Nachtdienst wenden und aus diesem Koffer Hilfsmittel erhalten, mit denen sie sich von dem Schneidedruck ablenken können. In der Einzel- und Gruppentherapie können diese Situationen noch mal reflektiert werden und die eigenen Lösungsmöglichkeiten weiter verfeinert werden.

#### **4.6.5. Behandlung von Frauen mit „Abhängigkeit von illegalen Substanzen“**

In der Fachklinik Höchsten werden in zwei speziellen Kerntherapiegruppen Frauen behandelt, die von illegalen Substanzen abhängig sind. Dies ermöglicht eine intensivere Auseinandersetzung mit den Besonderheiten der Drogenabhängigkeit. Dadurch, dass in der Regel die Behandlungszeiten der drogenabhängigen Frauen länger sind als die von alkoholabhängigen, entsteht in den sogenannten Drogengruppen meist eine besonders gute Gruppenkohäsion, die sich behandlungsstabilisierend und intensivierend auswirkt. In diesem vertrauten Gruppenklima gelingt es, dass auch schambesetzte Themen wie Beschaffungskriminalität, Prostitution, Gewalterfahrungen etc. angesprochen werden können.

Für Frauen mit illegalem Substanzmittelgebrauch kommt eine strengere Hausordnung bei der Ausgangsregelung und ein engeres Rückfallkonzept (sofortige Entlassung, wenn Drogen in die Klinik gebracht worden sind) zur Anwendung. In der Psychoedukation wird die Drogenabhängigkeit vertieft behandelt. Während die Gruppentherapie in den Drogengruppen erfolgt, werden weitere therapeutische Maßnahmen mit Patientinnen anderer Abhängigkeitserkrankungen gemeinsam durchgeführt.

Diese inkludierte Behandlung hat den Vorteil, dass sowohl die alkohol- als auch die drogenabhängigen Frauen lernen, wie die jeweils anderen denken, fühlen und handeln. Dadurch

besteht für die Drogenabhängigen die Möglichkeit der bewussten Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen und Werten.

#### **4.6.6. Behandlung von Frauen mit Sucht- und Psychoseerkrankungen (Sensusgruppe)**

Der Anteil dieser Patientinnen ist in den letzten Jahren merklich gestiegen. An der integrierten Behandlung dieser Patientinnen halten wir fest, dennoch schaffen wir ein flankierendes Behandlungsmodul, um diese Patientinnen angemessen zu behandeln und den regulären Gruppenalltag durch geeignete, auf die psychotische Erkrankung gerichtete Therapieangebote zu entlasten. Wir haben der Gruppe den Namen „Sensus“ gegeben: Sensus für Wahrnehmung, weil diese bei Patientinnen mit Psychosen besonders ist.

In der Sensusgruppe werden alle Patientinnen mit einer Sucht- und Psychoseerkrankung, sei es einer anamnestisch manifesten Psychose oder einer psychotischen Episode behandelt, die aktuell jedoch nicht floride ist. Die Indikation stellt der aufnehmende Arzt oder Ärztin.

##### **4.6.6.1. Gruppenstruktur**

Es handelt sich um eine halboffene Gruppe, die als „therapeutisch geleitete Selbsthilfegruppe“ konzipiert ist. Es soll zum einen Wissen über die Erkrankung vermittelt werden, zum anderen soll die Möglichkeit zum Austausch von Erfahrungen, Gefühlen und Ängsten gegeben werden. Es soll viel Raum zum Gespräch sein, interaktionelles Arbeiten jedoch auf Grund der Vulnerabilität der Patientinnen nicht stattfinden.

Die Gruppe wählt eine Gruppensprecherin, die Informationen übermittelt und für die Vollständigkeit der Gruppe zu den Gruppenzeiten verantwortlich ist. Darüber hinaus erhält aus dieser Gruppe jede neue Patientin mit einer Doppeldiagnose eine Patin. Die Patenschaft wird zwei Tage nach der Aufnahme für die kommende Woche besprochen.

Die Patientinnen werden ab der zweiten Behandlungswoche in die Sensusgruppe aufgenommen, um ihnen die Phase des Einlebens und der Orientierung zu erleichtern. Die Gruppe findet einmal in der Woche von 10.45 – 11.45 Uhr statt. Die Gruppe besteht aus maximal 12 Patientinnen. Patientinnen, die schon länger in der Gruppe sind, werden ggf. zugunsten neu aufgenommener Patientinnen aus der Gruppe verabschiedet.

##### **4.6.6.2. Therapeutische Inhalte**

Der Themenzyklus erstreckt sich über acht Gruppensitzungen, dennoch können die Patientinnen auch nach diesen acht Sitzungen in der Gruppe bleiben. Eine der Gruppensitzungen wird von der Ergotherapie übernommen, eine von der Krankenpflege, eine von der Bewegungstherapie und eine als ärztliche Gesundheitsinformation abgehalten. Die übrigen vier Sitzungen stehen dem Austausch unter Leitung eines Bezugstherapeuten zur Verfügung.

Wichtig sind folgende Themen:

- Scham und Angst bezüglich der Erkrankung,
- Angst vor Stigmatisierung,

- Trauer über Verlust von Fähigkeiten,
- Leben mit einer möglicherweise chronischen Erkrankung mit ungewissem Ausgang,
- Formulieren von Bedürfnissen,
- Spüren von Grenzen und Mut, Grenzen zu setzen,
- Austausch über psychotische Erfahrungen, über Erfahrungen mit Drogen und Alkohol auch über Erlebnisse positiver Art,
- Austausch über die Wirkung der Psychose auf das soziale Gefüge (Familie),
- Austausch über erlittene oder zugefügte Gewalt und Aggression,
- Genießen, Spüren, Achtsamkeit.

Wahrscheinlich werden diese Themen seitens der Patientinnen benannt werden. Seitens des Therapeuten oder der Therapeutin soll darauf geachtet werden, dass diese Themen im Sinne von soviel Struktur wie nötig und soviel Gelegenheit zum freien Austausch wie möglich angesprochen werden.

#### **4.6.6.3. personelle Besetzung**

Verantwortlich für die Sensusgruppe ist der Psychiater oder die Psychiaterin der Fachklinik Höchsten. Er oder sie beruft die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gruppe, nämlich einen Ergotherapeuten oder eine Ergotherapeutin, einen Bezugstherapeuten oder eine Bezugstherapeutin und eine Krankenschwester zur Planung des neuen Gruppenzyklus ein. Seitens des Psychiaters wird der Gruppenzyklus für acht Wochen geplant und kommuniziert. Die Gruppe kann therapeutisch von allen genannten Berufsgruppen geleitet werden, angestrebt wird eine Doppelbesetzung. Der Psychiater oder die Psychiaterin steht als Co-Therapeut oder Co-Therapeutin zur Verfügung.

#### **4.6.7. Frauenadaption**

##### **4.6.7.1. Standort der Einrichtung und Versorgungsgebiet**

Die Frauenadaption Oberschwaben befindet sich auf dem Gelände der Fachklinik Ringgenhof in der 1. Etage des separat stehenden Hauses Schwarzwald. Im Erdgeschoss sind Büros von Therapeuten untergebracht. Die Einrichtung liegt auf der Gemarkung der Gemeinde Wilhelmsdorf mit guter Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz an 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 Patientinnen der Frauenadaption Oberschwaben stehen einzelne Freizeiteinrichtungen des Ringgenhofs zur Verfügung. Das Versorgungsgebiet der Frauenadaption Oberschwaben lehnt sich an das der Fachklinik Höchsten an, vorzugsweise jedoch Baden-Württemberg.

Behandlungsplätze: 6

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

#### 4.6.7.2. 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.

#### 4.6.7.3. 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 Adaptionbehandlung 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.

Die beiden Adaptionseinrichtungen Männer- und Frauenadaption Oberschwaben liegen auf dem Gelände der Fachklinik Ringgenhof in unterschiedlichen Häusern und sind organisatorisch in die Strukturen der Fachklinik Ringgenhof eingebettet.

Da der Schwerpunkt der Adaptionbehandlung 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 multiprofessionelles Team aufgefangen werden. Somit nutzt die Männer- und Frauenadaption die Infrastruktur des Ringgenhofs, durch das medizinische Personal dort erfolgt die Routine- und Notfallbehandlung, sie ist aber konzeptionell eine eigenständige Therapieeinheit.

#### **4.6.7.4. Behandlungsdauer**

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

#### **4.6.7.5. Behandlungsziele**

Die Behandlungsziele der stationären Adaptionbehandlung 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

#### 4.6.7.6. 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 Entwöhnungsbehandlung 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.

#### 4.6.7.7. Therapeutischer Ansatz

Das sozialtherapeutische Programm der Frauen- und 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 Schrittes 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 Beziehungssachse 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 Adaptionstherapie 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.

#### **4.6.7.8. 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 Adaptionstherapie 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 Adaptionstherapie werden Bewerbungsunterlagen erstellt und können mit einer Praktikumsbeurteilung ergänzt werden.

#### **4.6.7.9. Psychotherapie/ Sozialtherapie**

Psychotherapie und Sozialtherapie sind auch in der Adaptionstherapie 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.

#### **4.6.7.10. 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.

#### **4.6.7.11. 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.

#### **4.6.7.12. 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.

#### **4.6.7.13. Selbsthilfegruppen**

Jede Patientin ist aufgefordert, sich einer externen Selbsthilfegruppe anzuschließen.

#### **4.6.7.14. Freizeitangebote**

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

#### **4.6.7.15. Versorgung**

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

#### **4.6.7.16. Angehörigengespräche**

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

#### **4.6.7.17. Weiterbehandlung**

Die Männer- und Frauenadaption 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.

#### **4.6.7.18. Dokumentation und Qualitätsmanagement**

Die Frauen- und 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.

#### **4.6.7.19. 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.

#### **4.6.7.20. Räumliche Ausstattung**

im OG befindet sich eine Wohnung bestehend aus:

-  fünf Einzelzimmer mit Waschgelegenheit
-  ein Ausweich-/Notzimmer
-  eine Wohnküche
-  ein Wohnzimmer
-  kl. Wintergarten mit PC-Platz
-  zwei WC, Bad, Dusche
-  ein Hauswirtschaftsraum

im EG befinden sich:

-  ein Gruppentherapieaum
-  ein Sprechzimmer der Bezugstherapeutin

Die Frauen- und die Männeradaption sind in unterschiedlichen Gebäuden untergebracht. Das räumlich getrennte Wohnen ist Bestandteil unseres geschlechtsspezifischen Therapieansatzes. Daraus ergeben sich unterschiedliche räumliche Gegebenheiten bei ansonsten gleicher Ausstattungsqualität.

#### **4.6.7.21. Personelle Ausstattung mit zugeordneten Deputaten**

🚧 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%

## Wochenplan Frauen-Adaption Oberschwaben

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
<b>8:00 – 12:00</b> Externe Arbeitsbelastungserprobung	<b>8:00 – 12:00</b> Externe Arbeitsbelastungserprobung	<b>8:00 – 12:00</b> Externe Arbeitsbelastungserprobung	<b>8:00 – 12:00</b> Externe Arbeitsbelastungserprobung	<b>8:00 – 12:00</b> Externe Arbeitsbelastungserprobung	Freizeit/ Heimfahrt/ Putzen/ Besuch
<b>Mittagspause</b>					<b>Sonntag</b>
<b>14:00 – 17:00</b> Externe Arbeitsbelastungserprobung	<b>15:00 – 16:30</b> Gruppenpsychotherapie  <b>20:00</b> Selbsthilfegruppe (Freundeskreis Wilhelmsdorf)	<b>14:00 – 17:00</b> Externe Arbeitsbelastungserprobung	<b>16:30 – 17:00</b> Hausgruppe/ Organisatorisches  <b>19:00</b> gemeinsame Freizeitgestaltung	<b>13:30 – 15:00</b> Gruppenpsychotherapie	Freizeit/ Heimfahrt/ Besuch

Die **Einzeltherapie** findet nach Vereinbarung statt.

## 4.6.8. Kombitherapie

### 4.6.8.1. Ziel der Kombibehandlung

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.

### 4.6.8.2. 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, Bezugstherapeut 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.

### 4.6.8.3. 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 Kostenzusage 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.

#### **4.6.8.4. Zielgruppe der 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 die Patientin oder 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 der Patientin oder des Patienten eine längere Abwesenheit von zu Hause nicht erlauben bzw. sie oder 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.

### **4.7. Rehabilitationselemente**

#### **4.7.1. Aufnahmeverfahren**

Die ärztliche Eingangsdagnostik 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 (Fremdeinschätzung) herangezogen.

Nach Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Patientin nimmt diese dann bereits nach der Aufnahmeuntersuchung gemäß ihrer Möglichkeiten am Rehabilitationsprogramm teil.

#### **4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik**

Innerhalb der ersten drei Behandlungswochen erfolgt die ausführliche psychiatrische, neurologische und körperliche Eingangsdagnostik 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, Körperstrukturen 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 Selbstbeurteilungsbogen 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.

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 der Patientin 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 der Patientin zusammen beurteilt und geht in den therapeutischen Prozess als Prozess der Reifung sowohl hinsichtlich der Ich-Struktur als auch hinsichtlich der Beziehungsgestaltung ein.

Zur individuellen psychodynamischen Diagnostik kommt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD2) zur Anwendung, welche das Krankheitsverständnis der Patientin, ihre Form der Beziehungsgestaltung, ihren psychodynamischen Konflikt, das Strukturniveau ihrer Persönlichkeit sowie die psychiatrische Diagnostik fasst. Bereits die Aufnahmeuntersuchung erfolgt geleitet von der

OPD, auf deren Grundlage Rehabilitationsziele formuliert und therapeutische Interventionen geplant werden.

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.

Wir formulieren die Symptome und Beeinträchtigungen unserer Patientinnen, 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 teilstationäre Entlassphase, 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.

Die Verbesserung der Fähigkeit zur Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung, gemeinschaftlichem, sozialem und staatsbürgerlichem Leben, Mobilität, Selbstversorgung, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen über die Nachreifung der Persönlichkeit stehen somit im Mittelpunkt der Aufgaben der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen.

Im Zusammenwirken des multidisziplinären Behandlungsteams mit der Patientin 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 Allgemeinmedizin und Psychiatrie und Psychotherapie, erfahrenen Assistenzärzten sowie Krankenschwestern im Tag- und Nachtdienst, so dass medizinisches Personal den gesamten Tag anwesend und die, auch Notfallversorgung der Patienten, gewährleistet ist. Ab 17.00 beginnt der ärztliche Rufbereitschaftsdienst. 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 krisenintervenitorische Gespräche mit Patienten und Erstversorgung im Notfall.

### **4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote**

#### **4.7.4.1. Gruppenpsychotherapie**

Die Gruppentherapie wird in Form teiloffener Gruppen angeboten. Jede Patientin wird einer „Kerngruppe“ zugeordnet, in der sie über den gesamten Therapieverlauf verbleibt.

Die Gruppenpsychotherapie wird größtenteils nach der Methode der interaktionellen psychoanalytischen Gruppentherapie ausgerichtet. Intendiert sind hier 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: Gruppentherapie kann auf die Patientinnen 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 wird versucht, die selbstzerstörerischen Notlösungswege in konstruktive und als hilfreich erlebte Lösungen zu überführen. Patientinnen 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 eine wirklich konstruktive Lösungssuche ermöglicht. Gruppenmitglieder können dazu beitragen, dass einseitige Selbstwahrnehmungen und Selbstattributionen modifiziert werden. Die Gruppe bietet einen guten Rahmen, dass bestehende Konflikte und Auseinandersetzungen in einem angemessenen Rahmen ausgetragen werden können und so als Muster für Problemlösungen dienen.

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  
Kerngruppen bei überwiegender Alkoholabhängigkeit: max. 13 Patientinnen  
Kerngruppen mit einem hohen Anteil an Patientinnen mit geringer  
Persönlichkeitsstruktur nach OPD 2 (Drogenabhängigkeit, Traumatisierungen,  
Essstörungen) sowie Kurzzeittherapien: max. 11 Patientinnen

#### 4.7.4.2. Einzelpsychotherapie

Während der gesamten Behandlungszeit begleitet eine Bezugstherapeutin oder ein Bezugstherapeut die Patientin im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten Einzelpsychotherapie. Nach Möglichkeit sollte EinzeltherapeutIn und GruppentherapeutIn identisch sein, wodurch die Beziehungskontinuität gesichert wird.

Innerhalb der Einzelpsychotherapie laufen die Fäden aus den verschiedenen Therapieangeboten zusammen, so dass unterschiedliche Beziehungserfahrungen, die die Patientin macht, reflektiert und integriert werden können. Der oder die zuständige BezugstherapeutIn ist auch erster Ansprechpartner in Krisen und bei allen organisatorischen Fragen zur Therapiegestaltung.

- ① Frequenz und Dauer
  - 1 x 50 Minuten wöchentlich in der Aufnahmezeit, danach 1 x 25 Minuten pro Woche oder alle 14 Tage 50 Minuten.

Zusätzlich erfolgen bei Bedarf einzeltherapeutische Krisengespräche.

### 4.7.4.3. andere Gruppenangebote

#### 4.7.4.3.1. Die „Verantwortlichengemeinschaft“

An den einmal wöchentlich stattfindenden Sitzungen der „Verantwortlichengemeinschaft“ nehmen alle Patientinnen ab der zweiten Therapiewoche teil. Diese Sitzungen stellen ein Forum für die Auseinandersetzung mit Problemen 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 Patientinnen werden durch diese Form des Austragens auch von heiklen Themen ermutigt, eigene coabhängige Verhaltensweisen (vgl. WILSON-SCHAEF 1991) zu überwinden. Es besteht die Möglichkeit, den Mitarbeitenden der Klinik gegenüber Kritikpunkte zu äußern oder Verbesserungsvorschläge zu machen.

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 x 60 Minuten wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> Gruppengröße: alle Patientinnen       |

#### 4.7.4.3.2. Stabilisierungsgruppe

Traumatisierte Menschen leiden häufig unter traumabedingten Störungen der Emotionsregulierung. Charakteristisch sind traumatisch bedingte Emotionen wie Hilflosigkeit, ohnmächtiges Ausgeliefertsein, Gefühle des Alleingelassenseins der Leere, Angst, Wut, Scham- und Schuldgefühle, aber auch undifferenzierte Affektzustände oder emotionale Überflutungen, die zeitlich verzögert nach belastenden Ereignissen auftreten können. Es besteht eine verminderte Fähigkeit, die Intensität dieser Emotionen zu regulieren. Weiter ist die Schwelle für Intrusionen, Panikattacken und dissoziative Reaktionen herabgesetzt. Suchtmittel waren in der Regel das Regulationsmittel bei traumabedingtem, emotionalem Stress.

Zur psychotherapeutischen Verbesserung der selbständigen Emotionsregulierung, der Ichstärkung und Verbesserung der Selbstfürsorge werden in der Stabilisierungsgruppe, Achtsamkeitsübungen und imaginative ressourcenaktivierende Techniken vermittelt und in regelmäßigen Wiederholungen geübt.

Patientinnen werden mittels Achtsamkeitsübungen nach Jon Kabat Zinn angeleitet, sich gezielt auf emotional neutrale oder positive Aktivitäten zu konzentrieren, um auf diese Weise aus der traumatischen inneren Realität wieder in die aktuellen Realität zurückzufinden.

Mit den imaginativen ressourcenaktivierenden Techniken nach L. Reddemann üben Patientinnen, sich von negativen Bildern und Emotionen aktiv zu distanzieren, um auf diese Weise das verloren gegangene Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens wieder herzustellen.

Eine schriftlich Übungsanleitung sowie eine CD mit Anleitungen machen den Einsatz und die Aneignung dieser Übungen flexibel.

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppengröße: bis zu 15 Patientinnen |
| 2 mal 35 Minuten pro Woche, 8 Einheiten                       |

#### **4.7.4.3.3. Training sozialer Kompetenz**

Anhand eines von einer Mitarbeiterin entwickelten Manuals für ein Gruppentraining soziale Kompetenz (TSK) werden bei entsprechender Indikationsstellung soziale Standardsituationen im Rollenspiel geübt und anschließend 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 Regelmäßigkeit 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 Vorgesetztschaft zurückzunehmen. Zunehmend spielt das Thema „Mobbing“ eine wichtige Rolle. Auch hierbei ist das Aufspüren eigener Anteile relevant.

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Häufigkeit des Gruppentrainings soziale Kompetenz:<br>1 x 90 Minuten pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Gruppengröße: max. 12 Patientinnen  |

#### **4.7.4.3.4. Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)**

Die konzentrierte Bewegungstherapie ist ein überwiegend nonverbales psychotherapeutisches Verfahren, das auf die „konzentrierten Entspannungsübungen“ in der Gymnastikschule Elsa GINDLERS zurückgeht und von verschiedenen anderen Therapeuten als Psychotherapieverfahren weiterentwickelt wurde. Die Bezeichnung „konzentrierte Bewegungstherapie“ wurde von STOLZE (1959) eingeführt. Die KBT, und das ist die besondere Komponente in ihr, berücksichtigt Körperebene und Beziehungsebene gleichzeitig und dies in verbalen und nonverbalen Kommunikationsprozessen, die einander unmittelbar folgen.

Der übliche Aufbau einer KBT-Einheit sieht so aus, dass dem nonverbalen Hauptteil der Behandlung ein Anfangsgespräch vorausgeht, in dem die Patientinnen ihre aktuelle Befindlichkeiten und Beschäftigungen mitteilen. Im nonverbalen Hauptteil werden individuell Raum und Gegenstände (Matten, Bälle verschiedener Größe und Festigkeit, Stäbe, Reifen, Seile, Keulen, Softbälle, Federn,

Sandsäckchen, Naturmaterialien) zu einem vorgegebenen Thema nach dem jeweiligen spontanen Bedürfnis heraus genutzt. An diesen Teil schließt sich ein Abschlussgespräch an, in dem die Erfahrung mit dem eigenen Körper und die Beziehung zur Gruppe, zum Raum und den Gegenständen ausgetauscht werden. Über das Abschlussgespräch hinaus kann die körperorientierte Selbsterfahrung auch Gegenstand des Gesprächs in der Einzeltherapie werden.

Typische Themen, die in der KBT bearbeitet werden sind: Nähe und Distanz, Schutzraum und Grenzen, Harmoniebedürfnis und Durchsetzungswille und -vermögen. Es ist beabsichtigt, dass auch regressive Tendenzen Raum erhalten, so etwa in Spielen, die man als Kind gern gespielt hat, wie Seilspringen, Schaukeln, Höhlenbauen, Purzelbaumschlagen und ähnliches.

Die Anwendung der KBT erfordert eine gewisse Vorsicht bei Betroffenen, die unter starken Berührungsängsten leiden. Dies schließt eine Teilnahme nicht aus, muss aber bei der Durchführung beachtet werden.

Die besondere Chance der KBT liegt darin, dass sie den therapeutischen Zugang zu vorsprachlichen, intrapsychischen Konflikten eröffnen kann. Die KBT bietet darüber hinaus einen Schutzraum, in dem bereits neue Verhaltensweisen ausprobiert und somit neue Erfahrungen gewonnen werden können.

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 x 90 Minuten pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Gruppengröße: max. 8 Patientinnen   |

#### **4.7.4.3.5. Die Tanztherapie**

Die Tanztherapie ist eine relativ junge Form körperbezogener psychotherapeutischer Behandlung und wurde aus dem Ausdruckstanz heraus entwickelt. Dem Tanz werden seit alters her heilende Kräfte zugesprochen. In der Tanztherapie geht es um den freien Ausdruck von Bewegungselementen und darum, dass bei den frei assoziierten Bewegungsabläufen Leibhaftes und Seelisches zueinander finden; es geht darum, Gefühle und Körpererleben in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren. Ausgangs- und Ansatzpunkt ist das aktuelle individuelle Bewegungsmuster. Die Bewegungen der Patientinnen werden von der Therapeutin oder dem Therapeuten aufgegriffen und übernommen. Das Ziel liegt hier in der Kommunikation über die authentische, selbstbestimmte Bewegung. Die Tanztherapie ist geeignet, verzerrte Körperwahrnehmungen und unnatürliche Körpergefühle zu korrigieren. Damit findet sie insbesondere auch bei Patientinnen, die von einer Essstörung betroffen sind, Anwendung.

Die Tanztherapie setzt an bei der „Kopflastigkeit“ vieler Erwachsener, sie möchte wieder zu größerer Lebendigkeit hinführen, für Körperwahrnehmung sensibilisieren und Verspannungen im Körper lösen. Die Tanztherapeutin oder der Tanztherapeut vermittelt am kreativen ausdrucks-therapeutischen Tanz, sich selbst bezüglich der Bewegungen alleine und auch gemeinsam mit anderen neu zu erforschen und sich und anderen näher zu kommen. Die Wahrnehmung von Beweglichkeit und Lebendigkeit im körperlichen und im seelisch-geistigen Bereich steht im Mittelpunkt; sie ermöglicht den freien, lebendigen Ausdruck authentischer Gefühle, ohne sich von der Zensur durch andere abhängig zu machen. In der intendierten Ursprünglichkeit kann eine kindliche Erfahrung unreflektierteren, spontaneren Verhaltens wiederholt werden. In der Kindheit durften Gefühle noch frei fließen und

musste Lebendigkeit noch nicht unterdrückt werden. Die Tanztherapie kann helfen, zum ganzen Gefühlsspektrum zurückzufinden und Emotionalität körperlich auszudrücken.

Um zu diesem Gefühlsreichtum zurückzufinden, werden in der Tanztherapie Rhythmen genutzt. Mitwirkende werden dazu aufgefordert, darauf zu achten, in welchen Rhythmen sie sich wiederfinden; sie werden ermutigt, zu verschiedenen Teilen in sich zu stehen. Dies gelingt leichter, wenn Teilnehmende sich visueller Vorstellungen bedienen; so mag eine Patientin den „starken Löwen“ in sich entdecken, eine andere den „zarten Schmetterling“.

In diesem Sinne ist die Tanztherapie auch eine Methode, bisher scheinbar unversöhnliche oder völlig abgewehrte Teile des eigenen Identitätserlebens in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren.

Die Tanztherapeutin oder der Tanztherapeut integriert in ihrer oder seiner therapeutischen Arbeit Methoden aus der FELDENKRAIS-Arbeit, Atemübungen, Massage, Körperwahrnehmungsübungen und sog. „Phantasiereisen“. Über all diese Übungen wird Körperwahrnehmung geschult und so angebahnt, dass die Betroffenen wieder Vertrauen in ihr eigenes Körpererleben gewinnen.

Tanztherapie

1x 90 Minuten pro Woche

Gruppengröße: bis zu 12 Patientinnen

#### **4.7.4.3.6. Tiergestützte Therapie**

Über Jahre hinweg haben wir die Erfahrung gemacht, dass für unsere Patientinnen der Bezug zum Lebendigen besonders heilungsfördernd ist. Hier können durch den Umgang mit den Tieren beziehungsfördernde Verhaltensweisen auf ganz natürliche Weise gelernt werden. Die Tiere geben unseren Patientinnen durch ihr Verhalten unmissverständliche Rückmeldungen. In der Indikationsgruppe „Tiergestützte Therapie“ wird dieses reziproke Verhalten der Tiere reflektiert und auf den eigenen therapeutischen Prozess bezogen. Dabei wird insbesondere auch darüber nachgedacht, was durch die eigene Körperhaltung ausgedrückt wird und wie die Patientin ihr Selbsterleben auch durch ihren Körper kommuniziert. Diese Gruppe eignet sich besonders zur Förderung des Selbstvertrauens und für Frauen mit erheblichen Beziehungsstörungen.

1x 180 Minuten pro Woche

Gruppengröße: bis zu 8 Patientinnen

#### **4.7.4.3.7. 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. Angeboten werden geschlossene Gruppen in den Bereichen Kunst und Trommeln.

Von der Kreativtherapie können zahlreiche heilsame Wirkungen ausgehen, einige seien exemplarisch genannt.

- ✚ verbesserter Ausdruck von Gefühlen, Phantasien und sonstigen Vorstellungen
- ✚ Ich-Stärkung
- ✚ 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.

#### **4.7.4.3.8. Kreativgruppe Kunsttherapie**

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

##### ***Therapeutische Wirksamkeit von Malen und Tönen***

Die meisten therapeutischen Effekte, die vom Malen und Tönen ausgehen können, gelten für beide schöpferischen Tätigkeiten. Unter Umständen berührt der Umgang mit Ton noch tiefere Schichten des Menschen „*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 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 Tönen 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 Tönen für Betroffene hervorgehoben, die durch Rationalisierungs- und Fluchtendenzen 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 Patientinnen 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 getöpften 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	2 x 90 Minuten pro Woche
-------------------------------------	--------------------------

#### **4.7.4.3.9. Kreativgruppe Trommeln**

Ziel der Kreativgruppe Trommeln ist, das emotionale Erleben und Verhalten der Patientinnen zu verbessern. Im Einzelnen bedeutet dies individuelle Stressbewältigung, Reduzierung von innerer Unruhe, Aggressionsabbau, Stärkung der Wahrnehmungs- und Resonanzfähigkeit, Verbesserung des eigenen Zutrauens und nicht zuletzt Freude am gemeinsamen Gestalten (Gruppengefühl).

<input checked="" type="checkbox"/>	2 x 60 Minuten pro Woche
<input type="checkbox"/>	Gruppengröße: bis zu 12 Patientinnen

#### **4.7.4.3.10. Spirituelles Angebot**

Auf freiwilliger Basis kann das Angebot der evangelischen und katholischen Klinikseelsorge genutzt werden. Die jeweiligen KlinikseelsorgerInnen bieten im Wechsel dreimal hintereinander jeweils wöchentlich ein Meditatives Gruppenangebot von 60 Minuten an. Anschließend stehen sie zu seelsorgerischen Gesprächen bereit.

Zusätzlich werden 14-tägig überkonfessionell gestaltete Gottesdienste angeboten, die von den Mitarbeitenden vorbereitet und gestaltet werden. Einmal im Monat wird ein spezieller Musikgottesdienst von dem Seelsorger der Zieglerschen gestaltet.

#### 4.7.4.3.11. Die Reaktionstherapie

Infolge der Abhängigkeitserkrankung haben viele Betroffene die bewusste Gestaltung ihrer Freizeit vernachlässigt. Die Rekreationstherapie hat als übergeordnete Zielsetzung, Möglichkeiten der hilfreichen Freizeitgestaltung aufzuzeigen, die zugleich der Erholung dienen und damit einen Ausgleich zu den Anforderungen des Arbeitslebens schaffen.

Es seien hier einige markante Teilzielsetzungen genannt:

1. Antriebssteigerung, sich Freizeitaktivitäten bewusst auszuwählen und diesen verbindlich nachzukommen
2. Förderung der sozialen Interaktion
3. Erweiterung der Selbstwahrnehmung
4. Stärkung des Selbstwertgefühls
5. Neugier auf Neues wecken

Das Angebot im Rahmen der Rekreationstherapie umfasst folgende Bereiche:

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

### 4.7.5. Arbeitsbezogene Intervention

#### 4.7.5.1. Ergotherapie und arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation

Ergotherapie wird in dieser Konzeption als Überbegriff sowohl für ausdrucks- als auch kompetenzorientierte Ergotherapie verwandt. Zur kompetenzorientierten Ergotherapie gehören die arbeitsbezogenen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

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 die 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 Basistherapie (5 Std. Ergo / Woche) wird mit der Patientin eine Arbeits- und Berufsanamnese erstellt und eine erste Einschätzung des Fähigkeitsprofils Nach MELBA vorgenommen. Auf dieser Grundlage wird unter Einbeziehung der Patientin ein ergotherapeutischer

Rehabilitationsplan mit indikativer Zuweisung in die Ergotherapie erstellt und in der Indikationskonferenz festgelegt.

In der Ergotherapie unterscheiden wir vier Bedarfsgruppen, die dann mit unterschiedlichen Konzepten und Stundenzahl Ergotherapie erhalten:

1. Rehabilitanden, die einen Arbeitsplatz haben, der aber problembelastet ist und Arbeitslose, die eine Wiedereingliederung ins Berufsleben anstreben sowie Rehabilitandinnen mit EU - Rente , erhalten 8 Stunden Arbeitstherapie mit dem Ziel, deren Leistungsmöglichkeiten auszutesten, die beruflichen Schlüsselqualifikationen zu verbessern und oder die soziale Kompetenz und Teamfähigkeit auszubauen.
2. Arbeitslose und Patientinnen, die zwar einen Arbeitsplatz haben, aber eine berufliche Neuorientierung suchen, erhalten insbesondere in der Phase der Außenorientierung 8 bis 16 Stunden Arbeitstherapie, zum Teil auch in Externen Praktika. Dieses Modul dient der Belastungserprobung und der realistischen Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit sowie des Kennenlernens neuer Berufsfelder.
3. Für leistungsreduzierte Patientinnen und nicht erwerbsfähige Patientinnen bieten wir eine gestalterische Ergotherapie mit 4 Stunden an, die darauf abzielt, Anregungen zur aktiven Freizeitgestaltung zu vermitteln.
4. Für Rehabilitanden, die keine Schwierigkeiten am Arbeitsplatz berichten (häufig Patientinnen aus der Kurzzeitgruppe) und Erwerbslose (Hausfrauen und Rentnerinnen in Altersrente) entfällt nach der Aufnahmephase die Ergotherapie.

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.

Zurzeit kann in folgenden Bereichen kompetenzzentrierte Ergotherapie angeboten werden:

1. Werkstatt für Beschäftigungstherapie (Ergo Aufnahme)
2. Aufnahmebetreuung in der Basistherapie
3. Arbeitstherapie Garten mit Hausgestaltung
4. Arbeitstherapie Tiere
5. Werkstatt für Buchbinderei und Batik
6. Wäschebereich
7. Bürotätigkeiten
8. Externe Praktikumsstellen

Zu 1) Die Angebote der Werkstätten für Ergotherapie umfassen: Seiden- und Acrylmalerei, Serviettentechnik, Speckstein, Marmorieren, Mosaik, Keramik bemalen und anderes mehr.

<p>○ Gruppengröße im Bereich kompetenzzentrierte Ergotherapie: maximal 10 Patienten</p>
---

Zu 2) Der Bereich Aufnahmebetreuung in der Basistherapie fordert besonders die sozialen Kompetenzen der Patientinnen heraus. Gemeint ist hier die Begleitung von Patientinnen, die sich in der Basistherapie befinden durch therapieerfahrenere Mitpatientinnen. Durch gemeinsame Aktivitäten soll den neuen Patientinnen das Einleben im Klinikalltag erleichtert werden.

Bis zu 5 Patientinnen können diese Aufgabe der Aufnahmebetreuung übernehmen.

Zu 3) Im Bereich Garten geht es um die Pflege der Außenanlagen, die Pflege und Weiterentwicklung unseres Sinneswandelprojekts, die Gestaltung des Hauses und die Anzucht und Vermehrung von Pflanzen. Patientinnen 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 Patientinnen ihre Kreativität entdecken und somit in ihrem Selbstvertrauen wachsen.

Gruppengröße  
20 Patientinnen

Zu 4) Der Arbeitstherapiebereich Tiere fordert unseren Patientinnen auf nachvollziehbare Weise Verlässlichkeit und Kontinuität ab. Die körperliche Belastbarkeit kann hier dosiert gesteigert überprüft werden. Außerdem wird hier Überwindung von Frustrationstoleranz geübt und Durchhaltefähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit gefördert. Es hat sich gezeigt, dass in diesem Bereich Menschen mit emotionalen Stimmungsschwankungen und Beziehungsstörungen gut aufgehoben sind, weil die Tiere sozusagen als Spiegel der menschlichen Emotionen eine direkte Rückmeldung geben, die von den Patientinnen oft leichter angenommen werden, als wenn dies verbal ausgesprochen würde. Der Tierbereich verfügt über Lamas, Pferde, Esel, Ziegen, Meerschweinchen, Hasen, und Schildkröten

Gruppengröße  
20 Patientinnen

Zu 5) In den Werkstätten für Buchbinderei und Batik können Tücher, Buchdeckel, Zettelkästen, Karten etc. in der Batiktechnik gestaltet werden.

Beim Buchbinden werden alle Arbeitsschritte des Buchbindens angefangen vom Papierschneiden bis zum eigentlichen Einbinden vermittelt. Es entstehen Alben und Bücher. Die Arbeitsgänge in diesem Bereich erfordern große Sorgfalt, Geduld und Ausdauer. Der Bereich Buchbinderei ist für Patientinnen indiziert, die einen klar strukturierten Rahmen benötigen. Hier steht die Vermittlung von Arbeitstechniken und die Leistungserprobung im Vordergrund.

Demgegenüber werden mit dem Bereich Batik eher die kreativen Fähigkeiten angesprochen.

Besonders sehr leistungsorientierte Patientinnen haben hier die Gelegenheit zur Ruhe zu kommen

und sich in Geduld zu üben. In diesem Bereich wird häufig die Auseinandersetzung mit sich selbst angeregt.

Gruppengröße  
20 Patientinnen

Zu 6) Der Wäschebereich wird von der Arbeitstherapeutin aus der Batik und Buchbinderei mit betreut. Er eignet sich besonders, um die Selbstversorgung zu fördern und praktische Tätigkeiten zur Lebensgestaltung einzuüben (ADL). Hier wird die Organisation und Durchführung des Bettwäschewechsels für Patientinnen und die Vorbereitung der Bettwäsche für die neuen Patientinnen gesteuert und die Pflege und Ausgabe der Arbeitskleidung und Hauswäsche geregelt. Außerdem gehört dazu die Organisation für die Bereitstellung der Wäsche für den Transport / Containerbestückung und das Sortieren und Einräumen der Frischwäsche.

Gruppengröße  
4 Patientinnen

Zu 7) Der **Bereich Bürotätigkeiten** gewinnt zunehmend an 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 Mitarbeit im Rezeptions- und Telefondienst in der Fachklinik Höchsten eine zentrale Rolle. Die Einarbeitung in spezifische Bürotätigkeiten ist auch für solche Patientinnen gedacht, die nach längerer Unterbrechung der Berufstätigkeit befürchten, den Anschluss an moderne Bürotechniken verloren zu haben.

Gruppengröße  
bis zu 15 Patientinnen

Zu 8) 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, sowie solchen, in denen die Bereiche Verkauf und Büro vertreten sind, eng zusammen. Zur Externen Belastungserprobung können auch die Arbeitstherapiebereiche Schreinerei und Landwirtschaft und die Produktionsküche der Fachklinik Ringgenhof genutzt werden.

Gruppengröße  
12 Patientinnen

### **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 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.

#### **4.7.5.2. Arbeitsbezogene Indikationsgruppen**

Darüber hinaus haben unsere Patientinnen die Möglichkeit, nach Rücksprache mit ihren Therapeuten, sich in einer unserer **arbeitsbezogenen Indikationsgruppen** anzumelden. Sie haben dabei die Wahl zwischen:

##### **4.7.5.2.1. ADL**

Zum *Lebenspraktischen Training (Haushaltstraining)* zählen alle Aufgaben, die in einem Haushalt üblicherweise anfallen. Der Bereich Wäschepflege z.B. dient auch dazu, die Bedienung von Maschinen und Schlüsselqualifikationen wie selbstständiges und zuverlässiges Arbeiten zu erlernen und zu üben. Das Angebot Lebenspraktisches Training geht jedoch über den Erwerb rein zweckorientierter Haushaltsführung hinaus. Zusätzlich werden gestalterische Elemente einbezogen, Sinn für Ästhetik und Raumgestaltung sollen mit effizienten Arbeitsweisen verbunden werden. Dies vermittelt Patientinnen die Fähigkeit und das Bewusstsein, dass sie für ihre Lebensgestaltung überhaupt verantwortlich sind und aktiv etwas dazu beitragen können, Lebensfreude für sich und im sozialen Umfeld zu steigern.

○ Gruppengröße  
geschlossene Gruppe mit max. 6 Patientinnen, teilweise auch in Einzelbetreuung

##### **4.7.5.2.2. Bewerbungstraining**

Allen arbeitslosen oder arbeitssuchenden Patientinnen bietet das Bewerbungstraining die Möglichkeit, die Chancen für die Teilnahme am Bewerbungsverfahren zu verbessern. Im Einzelnen wird zunächst mit jeder Teilnehmerin 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.

○ Gruppengröße  
Max. 6 Patientinnen, 2 x 2 Std. in 2 Wochen, 15 mal im Jahr

#### 4.7.5.2.3. PC-Training

Allen Patientinnen steht zusätzlich zur Ergotherapie die Möglichkeit offen, an PC-Kursen teilzunehmen. Diese Kurse sind auf die Patientinnen 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 in der Fachklinik Höchsten statt.

Das Angebot umfasst:

- ✚ Anfängerkurse
- ✚ Fortgeschrittenenkurse
- ✚ Einführung in das Internet

○ Gruppengröße

Max. 6 Patientinnen, jeweils 4 mal 2 Std. 1 mal pro Woche

#### 4.7.5.2.4. Umgang mit Arbeitslosigkeit

Patientinnen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind bieten wir eine themenzentrierte Gruppe zum Umgang mit Arbeitslosigkeit an. Neben dem Gesprächsaustausch und dem Reflektieren der mit der Arbeitslosigkeit verbunden Schwierigkeiten gehört auch einmal im Monat ein Besuch der Agentur für Arbeit zu dem Programm. Die Themenauswahl wird durch die teilnehmenden Patientinnen bestimmt. Dabei kann es z.B. um Selbstwertprobleme, finanzielle Nöte und Umgang mit Schulden gehen, wie auch um Motivationsprobleme oder aber Problem der Zeitstrukturierung gehen.

○ Gruppengröße

Max. 10 Patientinnen, jeweils 4 mal 90 Min., 1 mal pro Woche

### 4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

#### 4.7.6.1. Sport- und Bewegungstherapie

In der Sport- und Bewegungstherapie werden Angebote gemacht, die den Patientinnen die Möglichkeit physische und psychische Aufbau- und Regulationsmöglichkeiten aufzeigen. Das Ziel ist es, ein körper- und gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und Ressourcen aufzuzeigen. Das Erleben, ohne Leistungsdruck den Körper durch s Üben von Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft und Koordination zu erfahren ist abstinenzstabilisierend.

Die Bewegungs- und Sporttherapie ist in vier Kategorien eingeteilt:

- ✚ Bewegungstherapie in der Basistherapie
- ✚ Differenzierte Sport- und Bewegungstherapie
- ✚ Erlebnispädagogische Sporttherapie
- ✚ Training im medizinischen Trainingsgeräteraum

#### **4.7.6.1.1. Bewegungstherapie in der Eingangsphase der Therapie**

In dieser Phase werden die Patientinnen in den ersten drei Therapiewochen behandelt. Inhaltlich geht es um das sich Kennenlernen der Patientinnen untereinander sowie um das Kennenlernen bewegungstherapeutischer Inhalte.

Die Sport- und Bewegungstherapeutin gewinnt hier einen ersten Eindruck der Patientinnen hinsichtlich ihrer körperlichen Belastbarkeit, ihrer sportlichen Fähigkeiten und ihrer sozialen Kompetenzen. Die sind Kriterien dafür, welche der Sportgruppen in der Vertiefungsphase therapeutisch für die jeweilige Patientin sinnvoll erscheinen. Das Ergebnis vermerkt sie auf dem Indikationsbogen (PATFAK). Bewegungstherapie findet in den ersten drei Therapiewochen 2 x 60 Minuten wöchentlich statt.

#### **4.7.6.1.2. Differenzierte Sport- und Bewegungstherapie**

Folgende Angebote sind in der differenzierten Sport- und Bewegungstherapie vorgesehen:

##### **Bogenschießen:**

Dadurch sollen verschiedene Prozesse angeregt werden: die innere Auseinandersetzung mit eigenen Spannungen und Aggressionen, Aufrichtung des Körpers (Körperwahrnehmung), Achtsamkeit in Bezug auf die eigene Person, Schulung der Konzentrationsfähigkeit und Atmung. 1x wöchentlich 60 Minuten.

##### **Körperwahrnehmung und Entspannung:**

Dabei soll ein Prozess von Wahrnehmen und Bewusstmachen des eigenen Körpers in Bewegung und Ruhe durch Einzel-, Partner- und Gruppenübungen angeregt werden. Körperwahrnehmung kann darüber hinaus dabei unterstützen, eigene, physische, psychische und soziale Verhaltensweisen zu erkennen und zu verändern. Ebenso bildet Körperwahrnehmung die Grundlage für Entspannungsverfahren und ist die Voraussetzung für die effektive Durchführung von funktioneller Gymnastik und Sportspielen. Das Ziel besteht nicht nur im Ausführen von Bewegungsübungen, sondern auch im bewussten Wahrnehmen derer Wirkung. Entspannung findet 1x wöchentlich 45 Minuten statt, Körperwahrnehmung 1x wöchentlich 60 Minuten.

##### **Medizinisches Schwimmen:**

Hierbei werden besonders die physikalischen Eigenschaften des Wassers genutzt, so dass Bewegungen schmerzfreier erlebt und erfahren werden können (Entlastung des gesamten Stütz- und Bewegungsapparats, Kräftigung der Muskulatur). Geeignet ist es für Patientinnen mit Einschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat und zur Kräftigung der Muskulatur. 1x 30 Minuten wöchentlich.

##### **Nordic-Walking:**

Mit diesem moderaten Ausdauertraining werden positive Auswirkungen auf das Herz- und Kreislaufsystem und das Immunsystem erreicht. Es werden zwei Gruppen angeboten, die sich in Tempo, Streckenlänge und Technik unterscheiden. Die Einteilung in die Gruppe Nordic Walking Normal oder Nordic Walking light findet in Absprache mit der Sport- und Bewegungstherapeutin statt. Nordic Walking Normal 1x pro Woche, 60 Minuten, Nordic Walking light 1x Pro Woche, 60 Minuten.

**Spiele:**

Mit diesem Angebot wird angestrebt, die Patientinnen in einen interpersonellen Prozess zu führen, wofür Kooperationsspiele, Teile aus großen Sportspielen und Koordinationsübungen die Grundlage bilden. 1x wöchentlich 60 Minuten

**Wirbelsäulengymnastik:**

Angestrebt wird hier körperliche Fitness, gesundheitsbewusstes Bewegungsverhalten, Entwickeln eines positiven Körpergefühls, Einschätzung der individuellen Leistungsfähigkeit, Schmerzlinderung und Förderung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit.

Geeignet ist sie für Patientinnen mit Rückenproblemen. 1x wöchentlich 60 Minuten

**Erlebnispädagogische Sporttherapie:**

Alle 6 Wochen findet ein von der Sport- und Bewegungstherapeutin je nach Jahreszeit ausgewähltes und organisiertes erlebnispädagogisches Sportangebot statt. Angebote wie Skilaufen, Langlaufskiausfahrt, Schneeschuhwanderung, Kanufahren, Hochseilgarten und Tageswanderungen in der näheren Umgebung sollen dazu beitragen, die aktive Freizeitgestaltung der Patientinnen anzuregen.

**Training im medizinischen Trainingstherapieaum (MTT):**

Nach einer Einführung durch eine Physiotherapeutin können die Patientinnen im medizinischen Trainingsraum selbstständig an den Geräten arbeiten.

Je nach körperlicher Indikation erarbeitet die Patientin zusammen mit der Physiotherapeutin einen individuellen Trainingsplan. Einführung: 1x 45 Minuten, die Physiotherapeutin ist 3x 60 Minuten für die individuelle Planung erreichbar, Gruppengröße je nach Angebot und Raum zwischen 8 und 15 Patientinnen.

#### **4.7.6.2. Entspannungstraining: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson**

Störungen 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 zum Erlernen der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson und anderer Entspannungsverfahren angeboten. Diese Techniken werden so vermittelt, dass sie im Alltag später von den Patientinnen weiter geführt werden können.

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 Instruktionen- CD, allein oder in der Gruppe durchgeführt werden. Somit kann diese Methode sehr flexibel angewandt werden.

○ Gruppengröße: bis zu 15 Patientinnen  
2 mal 35 Minuten pro Woche, 8 Einheiten

#### 4.7.7. Freizeitangebote

Die Fachklinik Höchsten liegt in einer Landschaften mit hohem Freizeitwert. Der Bodensee, viel kleinere Badenseen und etliche Thermalbäder sind in erreichbarer Nähe. 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 Bad Saulgau, Sigmaringen, Ravensburg, Weingarten, Friedrichshafen, Meersburg, Überlingen, Konstanz, laden zum Bummeln, Einkauf und zu kulturellen Veranstaltungen ein.

Die Fachklinik verfügt über Liegewiesen und einen Grillplatz sowie Leihfahrräder für Radtouren. Der Neubau der Fachklinik Höchsten befindet sich in direkter Nachbarschaft zum Kurgelände Bad Saulgau mit seinen attraktiven Anlagen und der Therme. Für die Freizeitgestaltung im Hause stehen ansprechende Aufenthaltsräume zur Verfügung: eine Bibliothek, Fernseh- und Videoräume, Räume zum ungestörten Genuss und zur Ausübung von Musik sind vorhanden, ebenso eine Kapelle als Rückzugsraum. Die klinikeigenen Musikinstrumente wie Klaviere, Gitarren und Trommeln können in der Freizeit benutzt werden. Die Räume der Beschäftigungstherapie und die Batikwerkstatt mit ihren jeweiligen Materialien können auch in der Freizeit für kreatives Tun und geselliges Zusammensein benutzt werden. Für sportliche Betätigung stehen eine Gymnastikhalle, Räume mit Geräten für die Medizinische Trainingstherapie und ein Kicker zur Verfügung. Die Klinik verfügt über eine Cafeteria, die von den Patientinnen selbst organisiert wird.

An Sonntagen ist der Besuch katholischer und evangelischer Gottesdienste möglich.

#### 4.7.8. Sozialdienst

In der Basistherapie werden alle Patientinnen über das Angebot der Sozialberatung und der Rehaberatung informiert. Anschließend können Sprechstundentermine vereinbart werden.

Die Berufs- und Sozialberatung umfasst folgende Angebote:

-  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
-  Schuldnerberatung und Finanzberatung
-  Information und direkte Unterstützung im Kontakt mit Behörden
-  Vermittlung Rehabilitationsberatung durch Mitarbeitende der Rentenversicherungsträger.

Für diese Beratungstätigkeit steht 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.

Einmal im Monat kommt die RehaBeraterIn der Deutschen Rentenversicherung in die Klinik und informiert über Möglichkeiten der Wiedereingliederung und Umschulungsmöglichkeiten, sowie Fragen zur Beratung.

#### **4.7.9. Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung**

##### **4.7.9.1. Suchtinfo**

Im Rahmen der dreiwöchigen Basistherapie finden fünf Informationseinheiten zu Abhängigkeitserkrankung sowie Therapiesetting statt. In diesen offenen Gesprächsrunden wird neben der reinen Wissensvermittlung zur Suchterkrankung die innere Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild angeregt und auf die Akzeptanz der eigenen Erkrankung hingearbeitet. Darüber hinaus wird ein Verständnis für das vorgegebene Therapiesetting aufgebaut und auf die Wichtigkeit der persönlichen Zieldefinition für den eigenen Therapieverlauf hingewiesen.

○ Gruppengröße

alle Patientinnen aus den ersten 3 Wochen, 5 x 60 Minuten

##### **4.7.9.2. Gesundheitsinfo**

Die anschließende Gesundheitsinformation bietet ein 20 Einheiten umfassendes Curriculum mit den Schwerpunkten: Vertiefung der Suchtthemen, allgemeine Gesundheitsinformation, Persönlichkeitsentwicklung und -störung, 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 objektiverem Hintergrund. Das Bewusstsein kann wachsen, dass viele Komponenten des persönlichen Krankheitsgeschehens allgemeinemenschliche Belange betreffen. 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.

○ Gruppengröße:

alle Patientinnen nach der Basiszeit, 1 x 60 Minuten wöchentlich

#### 4.7.9.3. Tabakentwöhnung

Für abhängige Raucherinnen 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 Überprüfung der Eigenmotivation, angeleitete Selbstbeobachtung (Rauchverhalten) und 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 oder -kaugummi 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.

Tabakentwöhnung regelmäßig ein Unterricht pro Quartal <input checked="" type="checkbox"/> Kursprogramm insgesamt 5 x 90 Minuten <input type="checkbox"/> Gruppengröße: bis zu 15 Patientinnen
--

#### 4.7.9.4. Rückfallprophylaxe

Während der letzten 4 Behandlungswochen (Außenorientierungsphase) besuchen grundsätzlich alle Patientinnen die Rückfallprophylaxegruppe. 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 Selbsthilfegruppe vor.

Rückfallprophylaxegruppe <input type="checkbox"/> Gruppengröße: bis zu 20 Patientinnen, 1 x 60 Minuten pro Woche
--

## 4.7.10. Angehörigenarbeit

Die soziale Dimension der Abhängigkeitserkrankung wird in ihrer Wichtigkeit sowohl für die Krankheitsentwicklung als auch für ihre Auswirkungen und Folgen als ggfls. stabilisierender Umweltfaktor verstanden.

Das Therapiekonzept der Fachkliniken bietet für den direkten Kontakt mit Angehörigen sowie mit anderen für den Heilungsprozess wichtigen Personen als Kontextfaktor Umwelt mehrere Möglichkeiten an:

- ✚ das Aufnahmegespräch,
- ✚ Gespräche im Zusammenhang mit Besuchen (ohne Therapeuten oder Therapeutin, jedoch oft mit einer spezifischen Aufgabenstellung als Gesprächsinhalt verbunden)
- ✚ Paargespräche (innerhalb und außerhalb von sog. „Partnerseminaren“)
- ✚ 3 tägiges Partnerseminar
- ✚ 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 eine Patientin 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.

### 4.7.10.1. Partnerseminare

*Partnerseminare* werden in der Vertiefungsphase der Therapie angeboten. Sie haben für den weiteren Therapieverlauf und die Vorbereitung auf die nachstationäre Zeit eine zentrale Bedeutung. Sie werden mit maximal sechs Paaren durchgeführt und umfassen bis zu 10 Einheiten à 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.

Für Mütter gibt es die Möglichkeit, ihre Kinder für mehrere Tage (z.B. in Ferienzeiten) in die Fachklinik mitzunehmen. Diese gemeinsamen Tage werden gründlich vorbereitet, sowohl in Bezug auf die angestrebten therapeutischen Ziele als auch bezogen auf die Tagesgestaltung von Mutter und Kind.

In der therapeutischen Arbeit mit Angehörigen stehen coabhängige Verhaltensmuster, das Erkennen von rückfallgefährdenden interaktionellen Situationen und die Klärung einer weiteren Perspektive im Mittelpunkt. Die Einbeziehung der Angehörigen ist deshalb so wichtig, weil die

Veränderungspotentiale, die von den Patientinnen im therapeutischen Feld erarbeitet werden, im Alltag und im konkreten zwischenmenschlichen Umgang auch angewandt werden 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 der Patientinnen 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 werden Ressourcen ermittelt, die den Patientinnen helfen, sich zu stabilisieren und nicht wieder rückfällig zu werden.

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

#### **4.7.10.2. 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 abstinentenorientiert. 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, die Patientin die Vereinbarungen der Rückfallaufarbeitung nicht einhält oder wenn Substanzen in die Klinik eingebracht, dort konsumiert und evtl. sogar verkauft wurden.

#### **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**

Nachsorge ist integraler Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung und zur Sicherung der Abstinenz nach Entlassung unerlässlich. Somit ist die Überleitung in die Nachsorge fester Bestandteil der Entlassvorbereitung über strukturierte Korrespondenz bzw. im Verlauf curricularisierte Telefonate mit der Beratungsstelle bzw. wenn die Entfernung es zulässt, geplanten Gesprächen zwischen Bezugstherapeut, Suchtberater und Patientin. Die Patientin besucht regelmäßig z.B. bei Heimfahrten ihren Suchtberater sowie ihre Selbsthilfegruppe, sollte sie keine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle haben, wird ein Kontakt im Rahmen der Entlassvorbereitung hergestellt. Zur Entlassung erfolgt ein gemeinsames Gespräch zwischen Bezugstherapeut, Suchtberater und Patientin. Ein Antrag auf Nachsorge wird unsererseits bei regulären Entlassungen regelhaft gestellt. Vorteilhaft für alle Beteiligten hat sich der Casemangementbogen als Instrument der Verbundqualität diakonischer Einrichtungen erwiesen.

### **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 der Patientin 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 der Patientin 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 der Rehabilitandin 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 folgend bilanzierende Gespräche der Patientin mit seinem Bezugstherapeuten sowie dem Arbeitstherapeuten, die reflektierende Verabschiedung durch seine Gruppenmitglieder sowie die sozialmedizinische Fallvorstellung zur Sammlung sämtlicher Rehabilitationsergebnisse.

#### **4.7.14.2. Entlassungsuntersuchung und Entlassungsbericht**

Die sozialmedizinische Entlassungsuntersuchung erfolgt eine Woche vor der Entlassung. Hier wird mit der Patientin 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 die Patientin eine vorzeitige Arbeitsperspektive bei gut beurteilter Abstinenzprognose ergibt
- ✚ wenn familiäre Veränderungen die Anwesenheit der Patientin 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. Anschließende Behandlung**

##### **4.7.14.4.1. gantztägig ambulante Entlassform**

Neben der regulären stationären Therapie besteht für die Patientinnen, die im Einzugsgebiet einer Tagesrehabilitation und der stationären Einrichtungen wohnen, das Angebot einer ambulant gantztägigen Entlassform. Um in der Therapie begonnene Veränderungen dem Alltag anzupassen, Defizite zeitnah aufzuspüren und einer gezielten Nachreifung zuzuführen, betrachten wir die teilstationäre Entlassphase, sofern sie wohnortbezogen möglich ist, als integralen Bestandteil einer zeitgemäßen Entwöhnungsbehandlung.

Die gantztägig ambulante Entlassform ist für Patientinnen mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit geeignet, ebenso für Patientinnen, die besondere Entwicklungen im beruflichen Bereich gestalten müssen.

Als Voraussetzungen der gantztägig ambulanten Entlassform müssen die Abstinenzfähigkeit und die Einbindung in ein unterstützendes Bezugssystem (Familie, Partnerschaft, Freunde), das die Abstinenzbemühungen der Patientin 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 der Patientin 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.

#### 4.7.14.4.1.1.      *Voraussetzungen für die ganztägig ambulante 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 muss über festen Wohnsitz und Wohnung verfügen und von dort aus die Rehabilitationseinrichtung innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen.

#### 4.7.14.4.1.2.      *Ziele für die ganztägig ambulante Entlassform*

Schon während der stationären Phase findet ein obligatorisches Übergabegespräch statt, in dem die individuellen Ziele für die Patientin zwischen dem Bezugstherapeuten oder der Bezugstherapeutin der stationären und dem Bezugstherapeuten oder der Bezugstherapeutin der teilstationären Einrichtung gemeinsam mit der Patientin abgesprochen werden. Ziel ist es, Patientinnen 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.

#### 4.7.14.4.1.3.      *Behandlungsdauer der ganztägig ambulanten Entlassform*

Die Behandlungsdauer der ganztägig ambulanten Entlassform ist durch die bewilligte Gesamtbehandlungsdauer und den Zeitpunkt des Wechsels von der vollstationären in die ganztägig ambulante Phase der medizinischen Rehabilitation bestimmt. Beide Phasen zusammen ergeben die Gesamtbehandlungsdauer. In der Regel beträgt die teilstationäre Entlassphase höchstens ein Drittel der Gesamtbehandlungsdauer, sollte aber nie kürzer als vier Wochen sein.

#### **4.7.14.4.2. Adaption**

Die Adaptionsphase als zweiter Schritt der Medizinischen Rehabilitation dient der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der Patientinnen 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**

### **5.1. Leitungsstruktur**

Die Fachklinik Höchsten 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 Höchsten verfügt darüber hinaus über eine therapeutische Leitung und zwei Teamleiter, die der ärztlichen und therapeutischen Leitung direkt unterstellt und für unterschiedliche Behandlungsteams zuständig sind. Die ärztliche und therapeutische Leitung zusammen mit den Teamleitern und dem Oberarzt 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.

## 5.2. 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. Der Ärztliche Leiter hat fachliche Stellvertreter. Unterhalb der Therapeutischen Leitung sind Teamleiter für Patienten und Bezugstherapeuten zuständig. Es erfolgt eine regelmäßige interne Fallsupervision, gegliedert nach OPD2 (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik) 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.

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.

Examierte 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, 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

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.

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. 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.

Im kreativtherapeutischen Bereich und den Indikationsgruppen arbeiten Kunst- und Körpertherapeutinnen bzw. -therapeuten (Ausbildung in KBT, Tanztherapie, Musiktherapie, Tiergestützter Therapie). In den unterschiedlichen Bereichen der Ergotherapie sind Ergotherapeuten und -therapeutinnen sowie Arbeitserzieherinnen und -erzieher mit unterschiedlichen Grundberufen tätig.

Der Bereich der Sport- und Bewegungs- sowie Physiotherapie wird durch Sportlehrerinnen und -lehrer, teilweise auf Honorarbasis, sowie durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten abgedeckt.

### 5.3. Personalstandsplan Fachklinik Höchsten

Siehe Anhang

## 6. Räumliche Gegebenheiten

Im Kurgebiet von Bad Saulgau, in der Nähe des Thermalbads, steht unsere neue Rehabilitationsklinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen. Über drei Stufen ist der gesamte Gebäudekomplex harmonisch in das bestehende Gelände eingepasst worden. In den drei Erdgeschossen befinden sich die Funktionsräume, und in den drei Wohnbereichen stehen insgesamt 74 Einzel- und 6 Doppelzimmer zur Verfügung. Alle Patientinnenzimmer sind mit Dusche und WC sowie Notrufanlage ausgestattet. Die Einzelzimmer haben eine Größe von ca. 16,5 qm, die Doppelzimmer von ca. 25 qm. Zwei Einzelzimmer sind barrierefrei, insbesondere auch im Bad und haben dann ca. 21qm. In allen Kriterien erfüllen wir die baulichen Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung. Die barrierefreie Nutzung aller Räume ist sichergestellt. Insgesamt verfügen wir über 3 Aufzüge in der Klinik.

Das Gebäude besticht durch seine lichtdurchfluteten Räume und die gelungene Transparenz zwischen Innen und Außen. Über den Haupteingang gelangt man direkt an die Empfangstheke und die großzügige Patientinnencafeteria (ca. 100 qm). Immer in der Erdgeschossebene befinden sich die Therapieräume, die so angeordnet sind, dass die Fachräume der verschiedenen beruflichen Abteilungen direkt beieinander liegen, so dass nur kurze Wegstrecken notwendig sind.

In der Ebene 1 liegen die Ausgabeküche mit den notwendigen Lager- und Kühlräumen sowie die Spülküche, der helle Patientinnenspeisesaal mit 90 Plätzen (152 qm) und der Mitarbeiterspeisesaal mit 22 Plätzen (ca. 60 qm). Im nächsten Seitenflur auf dieser Ebene befindet sich ein großer Vortragsraum (bis zu 200 Plätze), der in zwei Gruppenräume mit jeweils 50 qm abgetrennt werden kann (Forum) und in den Seminarraum mit 68qm. Im 3. Seitenflur auf dieser Ebene liegen zwei Aufenthaltsräume für die Patientinnen mit jeweils 37,5 qm, die sowohl als Fernsehraum und Spielzimmer genutzt werden können als auch für Gruppen und die Abwicklung am Aufnahmetag. Im Anschluss an diese Räume liegen dann die notwendigen Nutzräume für Hauswirtschaft und Hausmeister. Hier stehen auch den Patientinnen ein Wasch- und Trockenraum zur Verfügung.

In der Ebene 2 liegen im Eingangsbereich noch die Räume der Medizinischen und Therapeutischen Leitung mit dem Aufnahmesekretariat und den Verwaltungsräumen für den Schreibdienst und das Kassenbüro sowie ein großer Teamraum mit Mitarbeiterbibliothek (73,5qm).

Vor dem Medizinflur gibt es einen kleinen Wartebereich. Im Anschluss daran schließt sich das Schwesternzimmer mit zwei Untersuchungsräumen und einem kleine Labor an. Außerdem befindet sich in diesem Flur das Nachtbereitschaftszimmer, das Krankenzimmer und ein Behandlungsraum für die Krankengymnastik sowie 3 weitere Arztzimmer und ein Besprechungsraum.

Im 3. Seitenflur auf dieser Ebene liegt ein Gruppenraum (31qm) und 5 Büros, die für die Bezugstherapie genutzt werden. Über diesen Flur gelangt man auch zu unserem Raum für die Medizinische Trainingstherapie. Auf 65 qm Fläche stehen den Patientinnen eine Vielzahl von Geräten zum Ausdauer- und Muskelaufbautraining zur Verfügung.

In der Ebene 3 liegen 10 weitere Büros für die Bezugstherapie und 2 Gruppenräume mit je 35 qm. Davor ist ein kleiner Wartebereich mit Postfächern für die Therapeuten und einer Informationswand angesiedelt.

Über den nächsten Seitenflur gelangt man zu unserer 155qm großen Gymnastikhalle, die mit ihrem Schwingboden zu vielfältigen Bewegungsangeboten einlädt. U. a. ist der Raum auch mit Zielscheiben für Bogenschiessen ausgerüstet. Außerdem gibt es hier noch einem Lagerraum für die Sportgeräte und den Dienstraum für die Bewegungstherapeuten sowie einen Umkleideraum mit Dusche. Dann liegt hier noch der großzügige Kunsttherapieraum mit 60qm incl. Extraraum für den Brennofen, unsere Lehrküche (30qm) mit 6 Arbeitsplätzen und dem Beratungsbüro der Diätassistentin und ein Arbeitstherapieraum mit 40qm, den wir überwiegend für den ADL-Bereich nutzen.

Im letzten Nebenflur befindet sich unser PC-Trainingsraum mit 41qm und 6 Patientinnenarbeitsplätzen, 2 Räume für die Ergotherapie Aufnahme mit 40qm und 41qm, so wie die 3 Arbeitsräume für den AT-Bereich Batik und Buchbinderei mit insgesamt 84qm. Dazu kommen die Dienstbüros für die jeweiligen Arbeitstherapeuten und ein kleiner Verkaufsraum für Produkte aus der Arbeitstherapie. Über diesen Flur gelangt man auch zu unserem Saunabereich incl. Pflegebad mit ca. 90qm.

Auf dem Außengelände noch unser Arbeitstherapiebereich Tiere. Neben dem Dienstraum für den Arbeitstherapeuten und den notwendigen Sozial- und Lagerräumen gehören dazu die Stallungen für 4 Pferde, 3 Esel, 5 Lamas, 10 Ziegen und verschieden Kleintiere, sowie das benötigte Weideland.

Seit diesem Jahr gehört zu unserer Klinik eine kleine Kapelle mit Stillegarten. Dieser Ort soll unseren Patientinnen als stiller Rückzugsraum dienen und wir können dort Gottesdienste für etwa 40 Personen abhalten.

## **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 gemeindenah 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 Höchsten 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 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. Kommunikations- und Gremienstruktur

Die Fachklinik Höchsten ist eine eigenständige Fachklinik der Suchthilfe der Zieglerschen mit jeweilig zuständiger ärztlicher und therapeutischer Leitung.

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

Gremium	Inhalte / Verantwortung	Teilnahme	Sitzungsfrequenz / Dauer
<b>Klinikübergreifend</b>			
Gesamtleitungsteam (GLT)	konzeptionelle Ausrichtung strategische und fachliche Weiterentwicklung Weiterentwickeln und Erstellen von Fortbildungscurricula für die therapeutischen Mitarbeitenden Bekanntgabe und Abstimmen von Außenterminen insbesondere Teilnahme an Gremien und Tagungen.	Fachliche Geschäftsführung Kaufmännische Geschäftsf. mit Stabsstellen Medizinische Leitungen Therapeutische Leitungen Qualitätsmanagementbeauftragte/r	6 x jährlich, mindestens 4 Stunden  2 x jährlich 2 Klausurtag
Leitung und Mitarbeitervertretung (MAV)	Austausch bzgl. strategischer Planungen, fachlicher Konzepte, allgemeine Stimmungslage in der Mitarbeiterschaft	Fachliche Geschäftsführung Kaufmännische Geschäftsf. Medizinische Leitungen Therapeutische Leitungen Gewählte Mitglieder der MAV	4 x jährlich mindestens 2 Stunden
<b>Gremien innerhalb des Fachkrankenhauses</b>			
Leitungsteam	Strategische, wirtschaftliche und aktuell besonders herausfordernde medizinische, therapeutische und	Medizinische Leitung Therapeutische Leitung	1 x wöchentlich 90 Minuten

Gremium	Inhalte / Verantwortung	Teilnahme	Sitzungsfrequenz / Dauer
	organisatorische Fragestellungen/ Wechselnde Moderation und Protokollführung	Oberärztin Teamleiter Bei Bedarf: Hauswirtschaftsleitung	
Großteam	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/ Medizinische und Therapeutische Leitung	alle im Fachkrankenhaus tätigen Mitarbeitenden	2 x wöchentlich (Montag und Freitag) 30 Minuten
Behandlungsteam	Patientenbezogene Informationsweitergabe, Vorbereiten und Treffen von therapeutischen Entscheidungen(z.B. Umgang mit Rückfällen, Therapiezeitveränderungen, Fallbezogene interdisziplinäre Rehabilitationsplanung und Prozessbegleitung, Sozialmedizinische Beurteilung/ Teamleitung	Teamleitung Zuständige Bezugsärzte BezugstherapeutInnen Arbeits-/ErgotherapeutInnen als Koop-Partner: Je 1 Krankenschwester, alternierend 14 tätig Bewegungstherapeutin monatlich Kunsttherapeutin	1 x wöchentlich 120 Minuten
Indikationskonferenz für Team A und B	Diagnostik und Behandlungsplanung / Teamleitung	Bezugstherapeuten, Ergotherapeutin Aufnahme. Teamleitung Bezugsarzt/-ärztin	1 x wöchentlich 45 Minuten
Therapeutenkonferenz (TK)	Austausch über aktuelle fachliche Entwicklungen / Therapeutische Leitung	alle ärztlichen und therapeutischen Mitglieder des Fachkrankenhauses Medizinische Leitung Therapeutische Leitung Teamleitung	1 x pro Monat am 1. Freitag im Monat 90 Minuten

Gremium	Inhalte / Verantwortung	Teilnahme	Sitzungsfrequenz / Dauer
Medizinisches Team	Organisatorische Planung der Abläufe in der medizinischen Versorgung, Informationsaustausch / Medizinische Leitung	alle Mitarbeitenden des Tagesdienstes in der Pflege, Ärzte Medizinische Leitung	1 x wöchentlich, 60 Minuten
Nachdienstteam	Fachliche und organisatorische Fragen, insbesondere Schnittstelle Medizin/Therapie / Betriebsklima pflegen Medizinische Leitung	Alle Mitarbeiter des Nachdienstes Medizinische Leitung	Alle 6 Wochen
Verwaltungsteam	Problemlösung für fachliche und personelle Angelegenheiten, Informationsweitergabe/ Therapeutische und Medizinische Leitung	Alle Verwaltungsteammitarbeiter, Therapeutische und Medizinische Leitung	Alle 6 Wochen
Küchenteam	Festlegen der Dienstpläne, Urlaubsplanung, Absprechen Termine und Veranstaltungen, fachlicher Austausch / Küchenleitung	Alle Küchenmitarbeiter Hauswirtschaftsleitung	Alle 6 Wochen und nach Bedarf
Besprechung MAV und Therapeutische Leitung	Informationsaustausch über geplante strategische und personelle Veränderungen, Betriebsklima / Wechselnd MAV und Therapeutische Leitung	MAV-Mitglieder aus der FK Höchsten, Medizinische und therapeutische Leitung	Alle 8 Wochen

In den aufgeführten Konferenzen wird weitgehend das jeweilig anstehende „Tagesgeschäft“ abgearbeitet. Die Weiterentwicklung der jeweiligen Konzeptionen erfolgt in jährlich eintägig durchzuführenden Konzeptionskonferenzen der einzelnen Behandlungsteams und des Leitungsteams. Bestandteil der Konzeptionskonferenzen ist der Abschluss einer Teamzielvereinbarung, die die wichtigen Entwicklungen und Veränderungen für das Folgejahr beschreibt und in der darauffolgenden Konferenz als Grundlage für die weitere Planung dient.

## 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

### Haus- und Therapieordnung der Fachklinik "Höchsten

## Fachklinik Höchsten



Sehr geehrte Patientin,

Sie finden hier neben allgemeinen Hinweisen für Sie auch notwendige Regeln für unsere Gemeinschaft. Die Größe der Klinik sowie die unterschiedlichen Therapieprogramme machen gewisse Regelungen erforderlich, um das Zusammenleben sowie ihre Entwicklung in der Therapie zu ermöglichen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an unser Behandlungsteam.

#### **A**

Angehörige: Es ist in der Suchttherapie wichtig, Angehörige einzubeziehen. Deshalb bieten wir monatlich Angehörigenseminare an; Ihre Teilnahme daran ist zweimal während Ihrer Therapie verbindlich.

Ärztliche Versorgung: Ihre medizinische Versorgung erfolgt während der Therapie durch Ärztinnen und Ärzte unserer Klinik. Vorstellungen bei niedergelassenen Fachärzten vor Ort werden bei Bedarf durch unsere medizinische Abteilung veranlasst. Bitte bringen Sie unbedingt Ihre Krankenversicherungskarte und ggf. eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht mit. Wenn Sie bereits im laufenden Quartal bei Ihrem Haus- oder Zahnarzt vorstellig geworden sind und die Praxisgebühr bereits bezahlt haben, lassen Sie sich einen Überweisungsschein für hausärztliche Weiterbetreuung ausstellen.

Ausgang: Zu Beginn der Therapie ist zu ihrem eigenen Schutz der Ausgang beschränkt. In der ersten Behandlungswoche ist der Ausgang auf das Klinikgelände beschränkt (incl. der beiden Straßen, die das Gelände eingrenzen). Ab der zweiten Behandlungswoche sind Spaziergänge zu dritt außerhalb der Bebauung der Stadt Bad Saulgau möglich.

Alkohol- und medikamentenabhängige Patientinnen dürfen ab der dritten Woche in Begleitung in die Stadt Bad Saulgau gehen, ab der 4. Woche auch allein.

Drogenabhängige dürfen in der 5. Woche in Begeleitung in die Stadt Bad Saulgau gehen, ab der 6. Woche ist freier Ausgang möglich.

Für Patientinnen, die freien Ausgang haben, ist außerhalb der therapeutischen Veranstaltungen und der Mahlzeiten unter der Woche Ausgang nachmittags ab 16.00 Uhr bis 21.30 Uhr möglich, am Wochenende ist Ausgang auch ganztags möglich. Wir möchten Sie ermutigen, Ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten, deshalb können Sie sich am Wochenende - nach Absprache mit Ihrer Einzeltherapeutin/ihrem Einzeltherapeuten - an einem Tag von den Mahlzeiten befreien lassen (s. Freier Tag).

Bitte tragen Sie sich beim Verlassen der Klinik immer im Ausgangsbuch am Empfang ein bzw. aus, damit wir wissen, wer im Haus ist und wer nicht.

Auto: Bitte lassen Sie Ihr Auto zu Hause, denn Bad Saulgau ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, und für Ihr KFZ können wir Ihnen keinen Parkplatz zur Verfügung stellen.

**B**

Besuch: Die Klinik ist ein suchtmittelfreier Raum: auch von Besuchern erwarten wir, dass sie nüchtern bzw. clean sind.

Alkohol- und medikamentenabhängige Patientinnen können ab dem 3. Wochenende, drogenabhängige Patientinnen ab dem 5. Wochenende nach Absprache mit ihrem/r Einzeltherapeuten/in Besuch erhalten. Es sind zwei Besuche im Monat sind möglich. Der Besuch muss bis Mittwochabend mit Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin besprochen werden und genehmigt sein.

Kinder bis 12 Jahre können im Zimmer ihrer Mutter in der Klinik übernachten. Falls Sie mit älteren Kindern oder mit Ihrem Partner/Mann übernachten wollen, geht dies nur außerhalb der Klinik; ebenfalls in Absprache mit Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten. Übernachtungsbesuche sind von Freitag 18.00 Uhr bis Sonntag 20.00 Uhr möglich. Sie müssen sich während des Übernachtungsbesuches täglich vormittags bis 10.30 und abends bis 21.30 Uhr beim Diensthabenden melden. Nach einem Tagesbesuch melden Sie sich bitte ebenfalls bis spätestens 21.30 Uhr nach zurück.

Tages- oder Wochenendbesuch kann gegen Selbstkosten im Hause mitverpflegt werden. Bitte klären Sie dies spätestens drei Werktage vor dem Besuch!

Brandschutz: Im Brandfall finden Sie sich bitte am Sammelplatz am Raucher-Pavillion ein, damit wir überprüfen können, ob sich niemand mehr im Haus befindet!

Bücherei: Die Fachklinik verfügt über eine eigene Bücherei für Fachbücher. Außerdem können Sie gerne die öffentliche Bücherei in Bad Saulgau nutzen.

Bus: Die Klinik ist per Linienbus erreichbar (Linie 23), die nächstgelegene Haltestelle heißt "Akutklinik", von da sind es nur noch 5 Minuten zu Fuß bis zur Klinik. Fahrpläne finden Sie am Empfang.

**C**

Cafeteria: Die Cafeteria befindet sich im Eingangsbereich der Klinik. Bitte nur dort einschließlich der Terrasse den Kaffee trinken (und natürlich beim Frühstück im Speisesaal)

Öffnungszeiten:

Montag bis Mittwoch 14.30 Uhr bis 16.30 Uhr

Donnerstag und Freitag 15.15 Uhr bis 17. 15 Uhr

Samstag und Sonntag 13.30 Uhr bis 16.30 Uhr

**E**

Elektrische Geräte: folgende Geräte können mitgebracht werden: Fön, Radio, CD-Player, MP3-Player.

Verboten sind Laptop/PC, Fernsehgeräte, DVD-Player, Spielkonsolen, Wasserkocher und Kaffeemaschinen! Das Hören von Musik mit Kopfhörern innerhalb der Klinik ist nicht erwünscht (ausgenommen im MTT-Raum und in ihrem Zimmer).

**F**

Fahrräder: In der veranstaltungsfreien Zeit können Sie hauseigene Fahrräder nach Verfügbarkeit kostenfrei am Empfang ausleihen. Gerne dürfen Sie aber auch Ihr eigenes Rad mitbringen!

Fernsehen: In Haus B Raum 1.120 steht ein TV-Gerät für Sie bereit. Fernsehen ist von 19.00 Uhr bis 22.00 Uhr gestattet.

Fitnessraum im Haus B Raum 2.232: Wenn aus ärztlicher Sicht keine Einschränkung vorliegt obliegt die Nutzung - nach erfolgter Einführung - Ihrer eigenen Initiative;

Öffnungszeiten

Montag bis Freitag 6.00 Uhr bis 12:00 Uhr und 14.00 Uhr bis 21.30 Uhr,  
am Wochenende durchgängig bis 21.30 Uhr.

Freier Tag: Jeweils an einem Tag des Wochenendes haben sie die Möglichkeit, sich von den Mahlzeiten durch ihre/n Bezugstherapeutin/en befreien zu lassen. Sie sollen so die Möglichkeit erhalten, ihre Freizeit aktiv zu gestalten und die Gelegenheit haben, auch mal einen längeren Ausflug zu unternehmen. Auch hier gilt: bitte nach Rückkehr beim diensthabenden Tages- oder Nachtdienst zurückmelden.

Freizeitmöglichkeiten: Die schöne Lage unseres Hauses zwischen Thermalbad und Wäldern mit einem Badensee ermöglicht Ihnen eine Vielzahl von Aktivitäten! Darüber hinaus bietet die Stadt Bad Saulgau ein reichhaltiges Kulturprogramm (s. Internetseite [www.bad-saulgau.de](http://www.bad-saulgau.de)).

Auch VHS-Kurse finden innerhalb unserer Klinik statt, die Sie zu vergünstigten Konditionen besuchen können.

Ausgang gilt bis 21.30 Uhr; Ausnahmen sind auf Antrag bei kulturellen Veranstaltungen möglich, müssen aber im Vorfeld durch die therapeutische Leitung genehmigt sein.

Im Thermalbad erhalten Sie bei Vorlage Ihres Chips 2 Euro Ermäßigung auf das Eintrittsgeld.

## **G**

Geld: Bitte bringen Sie einen ausreichenden Barbetrag für die Zeit mit, in der Sie durch die Ausgangsregelung an das Klinikgelände gebunden sind (→Ausgang). Sie können sich auch Geld in die Klinik überweisen lassen an

"Zieglersche Suchtrehabilitation" Konto-Nummer 101 060 114 (BLZ 650 501 10 KSK Ravensburg).

Wichtig bei "Verwendungszweck" bitte unbedingt Fachklinik Höchsten und Ihren Namen angeben.

Getränke: Die Zubereitung und der Besitz von Kaffee, schwarzem Tee und koffeinhaltigen Getränken auf dem Zimmer sind nicht erlaubt.

Gewalt: Die Androhung oder gar die Ausübung von körperlicher Gewalt zieht Ihre Entlassung nach sich.

## **H**

Haftung: Für abhanden gekommene oder bei der Entlassung zurück gelassene Gegenstände wird keine Haftung übernommen.

Handy: Nach Ihrer Aufnahme hier sollten Sie zunächst zur Ruhe kommen. Deshalb nehmen wir Ihr Handy in den ersten 3 Wochen Ihrer Therapie in Verwahrung. Anschließend dürfen Sie Ihr Handy in der Klinik nur in Ihrem Zimmer zu benutzen. Auch unser Klinikgelände ist handyfreie Zone.

Gegen Gebühr können Sie ein Telefon in Ihrem Zimmer freischalten lassen.

Haustiere dürfen nicht mitgebracht werden.

Heimfahrt: Mindestens einmal während Ihrer Therapie sollten Sie dorthin fahren, wo Sie nach der Therapie leben möchten. Von der Deutschen Rentenversicherung werden in der Regel Fahrtkosten übernommen bei einer Therapiedauer von mehr als 8 Wochen, allerdings nicht für die letzten zwei Wochen.

Aus therapeutischen Gründen werden Heimfahrten frühestens nach der Hälfte Ihrer Therapiezeit genehmigt, nach Aufarbeitung Ihrer Suchtentwicklung ("Bilanz").

Die Dauer der Heimfahrt ist im Regelfall auf 3 x 24 Stunden begrenzt. Bitte melden Sie sich nach Ihrer Rückkehr beim diensthabenden Tages- oder Nachtdienst. Späteste Rückkehr: 21.30 Uhr.

## I

Internet: Gegen Bezahlung einer Gebühr können Sie unser Internetterminal benutzen.

## K

Kerzen: dürfen aus Brandschutzgründen grundsätzlich nicht benutzt werden (ebenso Räucherstäbchen etc.).

Kirche: In unserer hauseigenen Kapelle finden Sie einen Ort der Stille und Sammlung, an dem auch regelmäßige Hausgottesdienste stattfinden. Außerdem können Sie im Rahmen der Ausgangsregelung die Angebote der Kirchen und Gemeinden am Ort nutzen.

## M

Mahlzeiten: Ihre Teilnahme an den Mahlzeiten ist Teil des Therapieprogramms und daher verpflichtend.

Die Zeiten sind:

Montag bis Freitag:	Frühstück	7.00 Uhr - 7.30 Uhr
	Mittagessen	12.10 Uhr - 12.45 Uhr
	Abendessen	18.30 Uhr - 19.00 Uhr
Samstag/Feiertage	Frühstück	8.00 Uhr - 8.30 Uhr
	Mittagessen	11.30 Uhr - 12.00 Uhr
	Abendessen	18.30 Uhr - 19.00 Uhr
Sonntag	Brunch	8.30 Uhr - 11.30 Uhr
	Abendessen	18.30 Uhr - 19.00 Uhr

Spätestens 15 Minuten vor dem Ende der Mahlzeit sollten Sie anwesend sein. Sollte Ihnen das nicht möglich sein, halten Sie bitte Rücksprache mit dem med. Personal.

Für Ihre Anregungen zum Essen sind wir dankbar: Bitte benutzen Sie dafür die ausgelegten Kärtchen!

Tages- oder Wochenendbesuch kann gegen Selbstkosten im Hause mitverpflegt werden. Bitte klären Sie dies spätestens drei Werktage vor dem Besuch!

**N**

Nachtruhe: von 22.00 Uhr bis 6.30 Uhr, am Wochenende bis 7.30h.

Notfall: im Notfall erreichen sie den Diensthabenden immer über den Notrufknopf in Ihrem Zimmer oder über die interne Telefonnummer 333.

**P**

Patenschaft: Am Aufnahmetag und in den ersten Tagen danach steht Ihnen eine der derzeitigen Patientinnen als Ihre ganz persönliche "Patin" zur Verfügung, um Ihnen den Einstieg bei uns zu erleichtern.

Post: finden Sie in Ihrem Hauspostfach. Pakete werden Ihnen ( ggf. nach stichprobenartigen Kontrollen in Ihrer Gegenwart) am Empfang überreicht. Wenn Sie Post nachsenden lassen möchten:

Unsere Postanschrift lautet

*Fachklinik Högsten, Sonnenhof 1, 88348 Bad Saulgau.*

Bitte schauen Sie nach den Mahlzeiten in Ihr Hauspostfach im Eingangsbereich der Klinik, dort finden Sie aktuelle Mitteilungen für Sie!

**R**

Rauchen ist in der gesamten Klinik verboten. Falls Sie dennoch in ihrem Zimmer rauchen, müssen wir Ihnen die Kosten für eine Grundreinigung in Höhe von 50,- € in Rechnung stellen.

Bitte benutzen Sie also dafür ausschließlich den Raucher-Pavillon im Außenbereich.

Von 22.00 Uhr bis 6.30 Uhr besteht für Sie die Möglichkeit des Rauchens ausschließlich im dafür ausgewiesenen Lichthof. Rauchen in ihrem Zimmer wie im gesamten Gebäude verursacht Feueralarm! Die Kosten dafür trägt die Verursacherin.

Regelverstoß: Jeder Regelverstoß zieht eine Aktennotiz nach sich; bei der 3. Aktennotiz ist außerdem ein Dienst für die Gemeinschaft fällig. Nach 5 Aktennotizen erfolgt eine Probebehandlung. Diese dient zur Klärung Ihrer Motivation und für das Behandlungsteam zur Überprüfung, ob die Behandlung in unserem Setting erfolgversprechend ist. Bei Regelverstößen in der Probebehandlung wird grundsätzlich ein Dienst an der Gemeinschaft fällig, nach 3 Regelverstößen in der Probebehandlung erfolgt die disziplinarische Entlassung. Nach erfolgreicher Probebehandlung werden bisherige Aktennotizen nicht mehr berücksichtigt und Sie starten neu.

Rückfall: Rückfall setzt die normale Behandlung aus. Abhängig von Ihrer Abstinenzmotivation ist im Rahmen unseres Rückfallkonzeptes zu prüfen, ob eine Weiterbehandlung sinnvoll und erfolgversprechend oder ob Ihre Entlassung angezeigt ist.

**S**

Sauna: Die Benutzung der hauseigene Sauna ist in deren Öffnungszeiten möglich. Zu Ihrem eigenen Schutz sollten sie dort zumindest zu dritt sein.

Öffnungszeiten

Montag bis Donnerstag 19.00 Uhr bis 21.30 Uhr

Samstag 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr, 19.00 Uhr bis 21.30 Uhr

Sonntag 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr, 14.00 Uhr bis 18.00 Uhr, 19.00 Uhr bis 21.30 Uhr

Schlüssel: Bitte denken Sie daran, den Zimmerschlüssel/Chip immer bei sich zu tragen, wenn Sie das Zimmer verlassen! Vor Ihrer Abreise vergessen Sie bitte nicht, den Chip und Ihren Hauspostfach-Schlüssel am zentralen Empfang abzugeben!

Seelsorge: Im Haus bieten die Klinikseelsorger beider christlicher Konfessionen regelmäßige Veranstaltungen an. Bei dieser Gelegenheit können Sie auch Einzeltermine vereinbaren.

Suchtmittel: Grundsätzlich ist jeder Suchtmittelkonsum und -besitz verboten. Wir behalten uns vor, unangekündigt Atemalkohol- und Urinkontrollen durchzuführen. Im Verdachtsfall sind auch Zimmerkontrollen jederzeit und ohne Vorankündigung im Beisein der betroffenen Patientinnen möglich.

Wenn Sie von Mitpatientinnen wissen, die Suchtmittel besitzen und/oder konsumieren, sollten Sie nicht zögern zu handeln, indem Sie diese sofort mit ihrem Verhalten konfrontieren mit dem Ziel, einen Rückfall mit Suchtmitteln selber offen zu machen; anderenfalls informieren Sie umgehend einen unserer Mitarbeiterinnen bzw. -mitarbeiter.

## T

Telefon: Auf Ihrem Zimmer steht für Sie ein Telefon zur Verfügung, dass Sie gegen Gebühr frei schalten lassen können. Bitte telefonieren Sie nicht nach 22.30 Uhr.

Therapiemaßnahmen: Im gemeinsamen Gespräch mit Ihnen wird zu Beginn der Therapie festgelegt, welche unserer Therapiemaßnahmen für Ihre Therapie notwendig sind. Die Teilnahme ist verpflichtend.

## W

Wäsche: Für Ihre Privatwäsche stehen Münzwaschautomaten und Trockner zur Verfügung.

## Z

Zimmer: Für Ordnung und Sauberkeit in Ihrem Zimmer sind Sie selber verantwortlich. Bitte benutzen Sie keine Nägel, Heftzwecken und Klebefilme an den Wänden!

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seiten
M. Damm	LT 5. 4.2012	4	5. 4.2012	6

## 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: borgmann 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 Höchst]

**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./ Paul, 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 addictive 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., Norcross, J.C.** (1997). *Jetzt fange ich neu an*. München: Knauer.
- 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 konzentrierte 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-interaktionelle 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](http://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,

**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: *Rehabilitation Suchtkranker- Mehr als Psychotherapie*. Geesthacht: Neuland, 2001.

**Heide, M.:** *Rehabilitation als Gesamtprozess*. In: *Suchttherapie unter Kostendruck*. Geesthacht: 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 Adaptionphase der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen**, März 1994. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 4. Mai 2001

# Anhang

## Personalstand

	Basissollstellenplan vom	Vollkräfte	
		Soll	Ist
1*	Chefarzt / -ärztin	1,00	1,15
2*	Ober- bzw. Funktionsarzt / -ärztin		1,12
3*	Assistenzarzt / ärztin	1,00	0,70
4*	AIP		
		2,00	2,97
5*	approb. psycholog. Psychotherapeut(in)	0,86	1,90
6*	psycholog. Psychotherapeut (in) in Ausbildung		
7*	Diplom-Psychologe(in)	3,00	3,20
8*	Diplom-Sozialarbeiter(in) - therapeutisch	2,80	4,31
9*	Diplom-Sozialpädagoge(in) – therapeutisch *1)	6,15	3,65
10*	Hilfskraft für Psychologen		
		12,81	13,06
11*	Oberschwester / Oberpfleger		
12*	exam. Schwester / Pfleger im Tagesdienst	1,55	2,13
13*	exam. Schwester / Pfleger im Nachtdienst	1,90	3,20
14*	Krankenpflegehelfer(in)	0,20	0,00
15*	Sonst. Nachtdienste		
		3,65	5,33
16*	Diätassistent(in) /Diplom-Ökotrophologe(in)		0,50
17*	Diplom-Sozialarbeiter(in)	0,20	0,40
18*	Diplom-Sportlehrer(in)		
19*	Gymnastiklehrer(in) / Sportlehrer(in)	0,50	0,65
20*	Physiotherapeut(in)	0,20	0,20
21*	Bewegungstherapeut(in) / Motopäde(in)	0,15	0,00
22*	Beschäftigungs- u. Arbeitstherapeut(in) (Ergotherapeut[in])	3,00	3,16
	Arbeitserzieher im Anerkennungsjahr	0,00	
23*	Berufstherapeut(in) (Arbeitserzieher[in])		
24*	Erzieher(in)		
25*	Kreativtherapeut(in)	0,40	0,40
26*	Musiktherapeut(in)		
27*	Logopäde(in) (Sprech- und Sprachtherapeut[in])		
28*	Stomatherapeut(in)		
29*	Masseur(in) / med. Bademeister(in)		
30*	Badehelfer(in)		
		4,45	5,31

---

31	med.-tech. Labor Ass. (MTLA) / med.-tech. Radiologie Ass. (MTRA)	0,20	
32	med. Laborant(in)		
33	Arzthelfer(in)		
		0,20	0,00
34	Arztsekretär(in)	0,45	0,00
35	Schreibkraft	1,00	1,19

**QM-Handbuch Teil B****B 1. Indikationsangebote FK Höchst****1. Pflichtprogramm****1.1. Suchtinformation**

In der Aufnahmezeit möchten wir mit Ihnen in das Gespräch über Ihre Suchterkrankung kommen. Dazu haben wir fünf Themen vorbereitet: 1. Sucht- und Therapieverständnis; 2. Einstieg in die Sucht – Auslösende Situation; 3. Beginn der Abhängigkeit – ICD Diagnostik; 4. Folgen der Sucht und 5. Rückfall und Suchtverlagerung.

Treffpunkt: montags 16:45 Uhr – 17:45 Uhr; Forum A 114

mittwochs: 15:30 Uhr - 16:30 Uhr; Forum A 114

Ansprechpartner: Ruth Seeger, Dietmar Hulan

**1.2. Bewegungstherapie in der Aufnahmezeit**

Inhaltlich geht es um das sich Kennenlernen der Patientinnen untereinander sowie um das Kennenlernen bewegungstherapeutischer Inhalte. Die Sport- und Bewegungstherapeutin gewinnt hier einen ersten Eindruck der Patientinnen hinsichtlich ihrer körperlichen Belastbarkeit, ihrer sportlichen Fähigkeiten und ihrer sozialen Kompetenzen. Dies

sind Kriterien dafür, welche der Sportgruppen in der Vertiefungsphase therapeutisch für die jeweilige Patientin sinnvoll erscheinen.

Treffpunkt: dienstags 11:00 Uhr – 12:00 Uhr; Gymnastikhalle C320

donnerstags 14:00 Uhr – 15:00 Uhr; Gymnastikhalle C320

Ansprechpartner: Brigitte Löffler, Rebekka Kieling

**1.3. Einführung in den MTT-Raum und das Muskelaufbau- und Ausdauertraining**

Alle Patientinnen erhalten in den ersten Tagen nach der Aufnahme eine Einführung an den medizinischen Trainingsgeräten, wonach Sie selbständig oder nach Anweisung (Trainingsplan) in Ihrer Freizeit oder zu den vorgegebenen Betreuungszeiten trainieren.

Treffpunkt: donnerstags 19:15 Uhr – 19:45 Uhr; MTT Raum C 232

donnerstags 19:45 Uhr – 21:15 Uhr (Belastungstests); MTT-Raum C232

Ansprechpartner: Rebekka Kieling, Brigitte Löffler

**1.4. MTT Belastungstest**

Zu Beginn und zum Ende der Therapie nehmen sie bitte an dem Ausdauerbelastungstest teil.

Wir möchten uns mit ihnen an den Entwicklungsfortschritten freuen, die sie durch ein kontinuierliches Training erreichen werden.

Treffpunkt: donnerstags 19:45 Uhr – 21:15 Uhr (Belastungstests); MTT-Raum C232

Ansprechpartner: Rebekka Kieling, Brigitte Löffler

## **1.5. Rückfallprophylaxe** in den letzten 4 Therapiewochen

Während der letzten 4 Behandlungswochen (Außenorientierungsphase) besuchen grundsätzlich alle Patientinnen die Rückfallprophylaxegruppe. 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 in einem individuellen „Notfallkoffer“ darstellt werden. Des Weiteren ist die Motivierung zu nachsorgenden Maßnahmen und zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wichtig. Einmal ist die Teilnahme an einem Abend mit Vertretern der Selbsthilfegruppe Pflicht (Mittwochabend).

Treffpunkt: montags 16:45 Uhr – 17:45 Uhr, Seminarraum A115

Ansprechpartner: Dieter Schübert, Ursula Pruski

## **2. Pflichtprogramm für ausgewählte Kerngruppen**

### **2.1. für Kerngruppen K1, K3 und K5 – Erlebnispädagogisches Angebot**

Dieses Angebot richtet sich an Patientinnen, die gerne in der Natur unterwegs sind. Es werden wechselnde Aktivitäten wie Klettern, Kanu, Niedrigseilaufbauten, Outdoorkochen und Wandern in Verbindung mit erlebnispädagogischen Elementen angeboten. Dadurch können sie prägende und nachhaltige Erfahrungen machen, die zum Erkennen von Handlungskonzepten für die eigene Alltagsbewältigung führen können. Durch das "sich selbst" Erleben in der Natur sowie in der Gruppe, werden Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, soziale Kompetenzen und Teamgeist gestärkt. Daneben steht auch Spaß und Freude im Vordergrund.

Dieses Angebot erfordert eine durchschnittliche körperliche Fitness.

Treffpunkt an jedem ersten Samstag im Monat um 9.00 Uhr am Parkplatz.

Ansprechpartner: Markus Minst

### **2.2. für Kerngruppe K2 – Kunsttherapie** (geschlossene Gruppe)

In der Kunsttherapie gestalten wir mit Farben und Tonerde. Nicht mit Worten, sondern mit den Händen, erleben wir in unseren Gestaltungen neue Sichtweisen auf uns selbst. Gefühle, Fantasien, Vorstellungen, Konflikte und Träume finden einen Ausdruck. Anfangsimpulse der Kunsttherapeutin führen zu Assoziationen. Unbewusste Inhalte werden sichtbar, Ressourcen werden gefördert. Durch gemeinsame Reflexion können diese Inhalte integriert werden und in vielen Fällen einen neuen Veränderungsweg weisen.

Treffpunkt: montags 14:00 Uhr - 15:25 Uhr, Kunsttherapieraum C 317

Ansprechpartner: Dr. Christiane Lehmann; Ulrike Sebastian Benz

### **2.3 für Kerngruppe K5 – Körperwahrnehmung** (geschlossene Gruppe)

In dieser Gruppe wird ein Prozess zur Wahrnehmung und Bewusstmachung des eigenen Körpers angeregt. Eine bewusste Körperwahrnehmung kann helfen, die eigenen physischen, psychischen und sozialen Verhaltensweisen besser zu verstehen und dann auch verändern zu können. So kann ein Zugang zu vorsprachlichen intrapsychischen Konflikten eröffnet werden, der die therapeutische Entwicklung fördern kann. Im Schutzraum der geschlossenen Gruppe können neue Verhaltensweisen ausprobiert werden und somit neue Erfahrungen gesammelt werden.

Treffpunkt: montags 14:00 Uhr - 15:30 Uhr Gymnastikhalle C320

Ansprechpartner: Brigitte Löffler

### **3. Bewegungstherapie**

Aus dem Angebot der Bewegungstherapie sollten jeweils in Absprache mit den Sporttherapeutinnen 2 Angebote ausgewählt werden:

#### **3.1. Muskelaufbautraining (MAT)**

Hier handelt es sich um ein Training an verschiedenen Kraftgeräten – Intensität und Dauer werden mit Ihrer Sporttherapeutin besprochen. Ziel dieses Training ist es, neben dem Muskelaufbau auch muskuläre Disbalancen auszugleichen und Beweglichkeit zu fördern.

Die Ärzte verordnen Ihnen dieses Aufbautraining.

Trainiert wird je nach Trainingplan selbständig oder unter Aufsicht der Sporttherapeutin zu ihren Anwesenheitszeiten. Donnerstags werden regelmäßig Ausdauerbelastungstests durchgeführt.

Treffpunkt: dienstags 19:15 Uhr – 20:15 Uhr, MTT Raum C 232

donnerstags 19:45 Uhr – 21:15 Uhr; MTT-Raum C232

Ansprechpartner: Rebekka Kieling, Brigitte Löffler

#### **3.2. Bogenschießen**

Hier handelt es sich um eine Körpererfahrung und nicht primär um Schiessen lernen!

Dadurch wird die innere Auseinandersetzung mit eigenen Spannungen und Aggressionen angeregt. Die Achtsamkeit auf die eigene Person wird gefördert und die Konzentrationsfähigkeit und bewusste Atmung geschult.

Treffpunkt: dienstags 16:00 Uhr – 17:00 Uhr, Gymnastikhalle C320

Ansprechpartner: Brigitte Löffler

#### **3.3. Funktionsgymnastik**

Hierbei handelt es sich um ein angeleitetes funktionelles Gruppenbewegungsangebot für Patientinnen ohne Einschränkungen des Bewegungsapparates. Schwerpunkt soll die Kräftigung der Rumpfmuskulatur sein, Verbesserung der Körperwahrnehmung sowie die Schulung der koordinativen Fähigkeiten.

Treffpunkt: Gymnastikhalle C320

Ansprechpartner: Brigitte Löffler, Rebekka Kieling, Cornelia Kieling

#### **3.4. Wirbelsäulengymnastik**

Hierbei handelt es sich um ein Angebot für Patientinnen mit Einschränkungen des Bewegungsapparates. In einer spielerischen Art wird die Körperwahrnehmung, die Beweglichkeit, die Koordinationsfähigkeit sowie die Kräftigung und Dehnung der Rumpfmuskulatur gefördert. Geübt wird mit verschiedenen Kleingeräten.

Besonders geeignet ist das Angebot für Patientinnen mit Rückenproblemen.

Treffpunkt: dienstags 14:00 Uhr – 14:50 Uhr, Gymnastikhalle C320

Ansprechpartner: Brigitte Löffler

#### **3.5. Medizinisches Schwimmen**

Hier handelt es sich um ein Bewegungsangebot im 33Grad warmen Wasser. Geeignet für Pat. mit schmerzhaften Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates (z.B. Arthrose, künstliche Gelenke, Knochenbrüchen)

Nicht geeignet für Pat. mit akutes Asthma, Epilepsie, Hauterkrankungen, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, offene Wunden.

Genutzt werden die physikalischen Eigenschaften des Wassers (Auftrieb, Druck und Widerstand) um die Gelenke zu entlasten, den Halte- und Stützapparat zu kräftigen, die Beweglichkeit zu fördern, die Ausdauer zu verbessern, den Stoffwechsel anzuregen, das Gleichgewicht zu schulen.

Treffpunkt: donnerstags Gr. 1: 16:30 Uhr; Gr. 2 17:00 Uhr Thermalbad, Übungsbecken

Ansprechpartner: Brigitte Löffler, Rebekka Kieling, Cornelia Kieling

### **3.6. Nordic-Walking light**

Im Vordergrund steht hier das Erlernen der Technik, d.h. das Einüben des Bewegungsablaufes mit den Stöcken (Koordination), dann erst kann auf die Ausdauerschulung eingegangen werden.

Nordic-Walking bewirkt eine Verbesserung der Ausdauer, wirkt durchblutungsfördernd & blutdruckregulierend, regt den Fettstoffwechsel an und kann zu Gewichtsreduktion eingesetzt werden, steigert das psychische Wohlbefinden. Sie können bei ausreichender körperlicher Belastungsfähigkeit in die Gruppe Nordic-Walking wechseln.

Treffpunkt: mittwochs 15:30 Uhr – 16:15 Uhr, Empfang

freitags 16:15 Uhr – 17:00 Uhr

Ansprechpartner: Cornelia Kieling, Rebekka Kieling, Brigitte Löffler

### **3.7. Nordic-Walking**

Hier müssen Sie die Stocktechnik beherrschen, so dass eine Erhöhung des Tempos möglich ist, dadurch können die o.g. Wirkungsweisen individuell besser genutzt werden. Es bleibt ein Gruppenangebot und wird durch ein gemeinsames Gymnastikangebot (Dehnung & Koordination) betont.

Angeregt wird ein selbständiges Üben – dafür stehen Ihnen Leihstöcke des Hauses zur Verfügung.

Treffpunkt: mittwochs 14:30 Uhr – 15:30 Uhr, Empfang

Ansprechpartner: Cornelia Kieling, Rebekka Kieling, Brigitte Löffler

### **3.8. Sport und Spiele**

Mit diesem Angebot wird angestrebt, die Patientinnen in einen interpersonellen Prozess zu führen, wofür Kooperationsspiele, Teile aus großen Sportspielen und Koordinationsübungen die Grundlage bilden. Es geht aber auch darum, miteinander Spaß an der Bewegung zu haben und spielerisch mit eigenen und fremden Leistungsansprüchen umgehen zu lernen.

Treffpunkt: mittwochs 20:15 Uhr – 21.15 Uhr, Gymnastikhalle C320

Ansprechpartner: Rebekka Kieling, Brigitte Löffler

### **3.9. Erlebnispädagogische Sportangebote**

Alle 6-8 Wochen bietet die Sporttherapeutin die Möglichkeit, an einem Sportangebot außerhalb des Hauses teilzunehmen. Mögliche Angebote sind Jahreszeiten abhängig (outdoor) – z.B. Tageswanderung, Klettergarten, Kanufahren, Skilaufen, Schneeschuh wandern, Langlaufski fahren. Die Erfahrungen, die Sie dabei machen (Mut entwickeln, Vertrauen zu sich und anderen zu spüren, Ängste überwinden, Durchhaltevermögen üben, Gruppenerfahrung....) können Sie in die psychotherapeutische Behandlung hinein nehmen.

Die dabei entstehenden Kosten gehen zu Ihren Lasten!

Ansprechpartner: Brigitte Löffler

## **4. Psychotherapeutische Indikationsgruppen**

Aus diesem Angebot soll eine Gruppe ausgewählt werden:

#### **4.1. Entspannungstraining**

Hier handelt es sich um das Kennenlernen und Üben der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen und dem Autogenen Training nach Schultz. Beide Methoden werden je 4 Wochen geübt und wechseln sich ab. Der Einstieg ist jeweils zu Beginn einer neuen Methode möglich.

Ziel dieses Angebots ist es, dass Sie durch die Körperwahrnehmung bereits bestehende psychosomatische Beschwerden (Spannungskopfschmerz, Herz- Kreislaufbeschwerden) verringern, dass sich das vegetative Nervensystem (Atmung, innere Organ) sowie das Zentrale Nervensystem (Gehirn und Rückenmark) beruhigt und es so durch regelmäßiges Üben zu einer Erhöhung der Belastbarkeit kommt.

Treffpunkt: dienstags und donnerstags 13:15 Uhr – 13:50 Uhr; Gymnastikhalle C 320

Ansprechpartner: Brigitte Löffler, Friedhold Steudel

#### **4.2. Tanztherapie**

Tanztherapie unterstützt uns

- durch Bewegung/freies Tanzen (hierbei gibt es kein „Richtig“ oder „Falsch“) und Rhythmus das Lebendige und Unlebendige in uns zu entdecken und annehmen zu lernen
- auf zwei Beinen zu stehen/sich zu erden
- Körperbewusstsein und Körperzufriedenheit zu verbessern und persönliche Ausdrucks- und Kontaktmöglichkeiten zu erweitern
- beim Entdecken, wie Gefühle durch Tanz geweckt werden, vertieft und verstanden werden können

Treffpunkt: dienstags 10:15 Uhr – 11:45 Uhr; Seminarraum A115

Ansprechpartner: Irmtrud Biesenbach

#### **4.3. Tiergestützte Therapie**

Hier können durch den Umgang mit den Tieren beziehungsfördernde Verhaltensweisen auf ganz natürliche Weise gelernt werden. Die Tiere geben Ihnen durch ihr Verhalten unmissverständliche Rückmeldungen. In der Indikationsgruppe „Tiergestützte

Therapie“ wird dieses reziproke Verhalten der Tiere reflektiert und auf den eigenen therapeutischen Prozess bezogen. Dabei wird insbesondere auch darüber nachgedacht, was durch die eigene Körperhaltung ausgedrückt wird und wie sie ihr Selbsterleben auch durch ihren Körper kommunizieren. Diese Gruppe eignet sich besonders zur Förderung des Selbstvertrauens und für Frauen mit Beziehungsstörungen.

Treffpunkt: donnerstags 10:00 Uhr – 12:00 Uhr; Tierbereich

Ansprechpartner: Elke Heymann-Szagun

#### **4.4. Training Sozialer Kompetenz**

Anhand eines Manuals für ein Gruppentraining soziale Kompetenz (TSK) werden bei entsprechender Indikationsstellung soziale Standardsituationen im Rollenspiel geübt

und anschließend reflektiert mit dem Ziel, soziale Kompetenzen in wichtigen Lebenssituationen zu trainieren.

Ein Baustein des Sozialen Kompetenztrainings ist z.B. 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.

Treffpunkt: dienstags 10:15 Uhr – 11:45 Uhr; Seminarraum A115

Ansprechpartner: Dorothea Riesinger

## **5. Psychotherapeutisches Zusatzangebot**

Diese Angebote können zusätzlich nach Bedarf und Absprache mit den Bezugstherapeuten gewählt werden:

### **5.1. Angehörigenseminar**

Da Sucht eine Krankheit ist, die sich immer auch auf die Beziehung zu den nächsten Angehörigen auswirkt, empfehlen wir allen Patientinnen, die in festen Beziehungen leben, mit ihren Partnern an unseren Angehörigenseminaren teilzunehmen.

Deshalb veranstalten wir an jedem 2. Freitag im Monat in der Zeit von 14:00 Uhr – 16:30 Uhr ein Angehörigenseminar. Bitte planen sie ihre Besuche doch so, dass sie im Laufe der Therapie ihrer Angehörigen zweimal an dieser Veranstaltung teilnehmen können. Die Seminare beginnen immer um 14:00 Uhr mit einer inhaltlichen Informationsrunde, entweder zum Thema Sucht und Rückfall oder aber zu dem Thema Beziehungsmuster und Coabhängigkeit. Nach einer kurzen Pause besteht dann die Gelegenheit mit erfahrenen Therapeuten und anderen Angehörigen und Betroffenen eigen Fragen zum Thema anzusprechen. Sie werden feststellen, dass der Austausch mit Menschen in einer ähnlichen Situation wie sie sich selbst befinden, auch für sie entlastend sein kann.

Treffpunkt: an jedem zweiten Freitag im Monat von 14:00 Uhr – 16:30 Uhr, Teamraum B218

Ansprechpartner: Sheela Raff, Dieter Schübert

### **5.2. Stabilisierungsgruppe**

In der Stabilisierungsgruppe lernen sie Achtsamkeitsübungen und Imaginationen kennen, die Ihnen helfen sollen mehr im Hier und Jetzt zu sein. Sie werden üben, mehr Distanz zu inneren belastenden Vorgängen zu bekommen, damit diese sie im Alltag nicht mehr überwältigen.

Treffpunkt: dienstags und donnerstags: 13:15 Uhr – 13:45 Uhr, Forum A114

Ansprechpartner: Ruth Seeger, Jürgen Bossert

### **5.3. Tabakentwöhnung**

Für abhängige Raucherinnen 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 Überprüfung der Eigenmotivation, angeleitete Selbstbeobachtung (Rauchverhalten) und 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.

Treffpunkt: dienstags 14:00 Uhr – 15:30 Uhr; Seminarraum A115

Ansprechpartner: Jürgen Bossert

### **5.4. Salsa- und Tangotanztherapie**

Durch Bewegungserfahrungen mit dem eigenen Körper und dem Tanzpartner, bieten beide Tänze vielfältige Möglichkeiten der Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Beim Tanz im Paar wechseln die Partnerinnen die Rollen, so dass sie sich sowohl im Frausein erfahren, als auch Verständnis für die Rolle des Gegenübers entwickeln.

Somit ist sowohl eine effektive Emotions- als auch Beziehungsarbeit möglich.

Die Teilnehmerinnen können sich erfahren

- in der Achtsamkeit und Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit und der des Anderen
- in der Kommunikation auf verbaler und nonverbaler Ebene
- im Ausdruck und Spüren von Lebensfreude
- im Wechsel von Kontrolle und Vertrauen (Führen und Führen lassen)
- im Umgang mit Nähe und Distanz

Treffpunkt: montags 16:00 Uhr – 17:30 Uhr; Gymnastikhalle C320

Ansprechpartner: Daniela Meyer, Peter Thiel

## **6. Arbeitstherapeutische Indikationsgruppen**

Aus diesem Angebot kann in Rücksprache mit dem zuständigen Arbeitstherapeuten nach Bedarf eine Gruppe gewählt werden:

### **6.1. ADL – Förderung der Selbständigkeit**

Zum Lebenspraktischen Training (Haushaltstraining) zählen alle Aufgaben, die in einem Haushalt üblicherweise anfallen. Der Bereich Wäschepflege z.B. dient auch dazu, die Bedienung von Maschinen und Schlüsselqualifikationen wie selbstständiges und zuverlässiges Arbeiten zu erlernen und zu üben.

Das Angebot Lebenspraktisches Training geht jedoch über den Erwerb rein zweckorientierter Haushaltsführung hinaus. Zusätzlich werden gestalterische Elemente einbezogen, Sinn für Ästhetik und Raumgestaltung sollen mit effizienten Arbeitsweisen verbunden werden. Dies vermittelt Patientinnen die Fähigkeit und das Bewusstsein, dass sie für ihre Lebensgestaltung überhaupt verantwortlich sind und aktiv etwas dazu beitragen können, Lebensfreude für sich und im sozialen Umfeld zu steigern.

Treffpunkt: donnerstags 9:15 Uhr – 11:45 Uhr, ADL Raum C325

Ansprechpartner: Marion Oppold

### **6.2. Bewerbungstraining**

Arbeitslosen oder arbeitssuchenden Patientinnen bietet das Bewerbungstraining die Möglichkeit, die Chancen für die Teilnahme an Bewerbungsverfahren zu verbessern. In der Kleingruppe (höchstens 5 Personen) kann jede Teilnehmerin in einer ersten Vorstellungsrunde beginnen an der Eigenpräsentation der beruflichen Bilanz zu arbeiten. Form und Inhalt und Wirkung werden in der Gruppe reflektiert. Es kann eine Bewerbungsmappe erstellt werden und auch auf konkrete Stellenausschreibungen ein Anschreiben formuliert werden. Zur Vorbereitung auf Bewerbungssituationen und Vorstellungsgespräche können Internetrecherchen zu Arbeitsstellen und Arbeitgebern erfolgen, eigene Vorüberlegungen zur Stellensuche präzisiert werden und als wichtiger Bestandteil im Rahmen von Rollenspielen das Verhalten im Gespräch und eventuelle auftretende Schwierigkeiten bearbeitet werden.

Das Bewerbungstraining wird (in der Regel) an 2 Vormittagen (à 3 Stunden) mit 1 Woche Abstand angeboten, um den Patientinnen die Möglichkeit zu geben, aktuelle Stellenangebote für das Rollenspiel zu eruieren und heranzuziehen. Im Bedarfsfall (bei geringen PC-Kenntnissen) kann zur Fertigstellung einer Bewerbungsmappe ein weiterer Termin vereinbart werden.

Treffpunkt: donnerstags 9:00 Uhr – 12:00 Uhr; PC-Raum C341

Ansprechpartner: Jutta Tade

### **6.3. PC Training für Anfänger**

### **6.4. PC Training Fortgeschrittene I**

### **6.5. PC Training Fortgeschrittene II**

### **6.6. Umgang mit Arbeitslosigkeit**

Patientinnen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind bieten wir eine themenzentrierte Gruppe zum Umgang mit Arbeitslosigkeit an. In dieser Indikationsgruppe geht es vorrangig darum, sich in der Gruppe mit eigenen Bedürfnissen nach sinnvoller Tätigkeit auseinanderzusetzen und gemeinsam Lösungsstrategien zu entwickeln.

1. Bilanz, wo stehe ich im Moment, welche Problem treten bei mir auf, was macht das mit mir?

2. Gestaltung sozialer Kontakte, was sollte ich verändern.

3. Orientierung zur aktiven Freizeitgestaltung, was ist möglich und realistisch

4. Entwickeln einer soliden zufriedenstellenden Tagesstruktur.

5. Berufsorientierung, Besuch der Agentur für Arbeit in Sigmaringen.

Treffpunkt: donnerstags 10:00 Uhr – 12:00 Uhr

Ansprechpartner: Markus Minst

## **7. Ergotherapeutische Indikationsgruppe**

Diese Gruppen sind vorrangig von den Patientinnen zu belegen, die keine Arbeitstherapie erhalten:

### **7.1. Batik als Freizeitangebot**

Die Batik -Freizeitgestaltung beinhaltet die Ermunterung und Aufforderung zum Tun und Handeln, zum Gestalten und Kreativ sein.

Ziel der Batik-Freizeitgestaltung ist, die Patientinnen anzuregen, sich auf Neues einzulassen, die eigene Kreativität zu entdecken und letztendlich ihre Freizeit mit Freude zu gestalten

Treffpunkt: donnerstags 15:15 Uhr – 16:45 Uhr, Batik AT C.338

Ansprechpartner: Marion Oppold

### **7.2. Theatergruppe**

Ausprobieren wie es sich anfühlt, anders zu sein als sonst, in eine andere Rolle zu schlüpfen und Abstand vom Alltag zu finden. Szenen und Situationen kreativ und verändernd gestalten - all das macht beim Theaterspielen den Reiz aus.

Theaterspielen bietet jedem die Möglichkeit, persönliche Grenzen zu erfahren und nach Möglichkeit zu erweitern und das Theater lebt davon, dass man aufeinander eingeht, Rücksicht nimmt, einander hilft und unterstützt, sowie im ständigen Austausch miteinander steht.

Die Teilnehmerinnen an der Theatergruppe sollen ihr Potenzial für Handlungsmöglichkeiten erweitern, Rollenflexibilität ausprobieren und üben, sowie -als weiterer wichtiger Aspekt - in Gemeinschaft den Spaß am spielen (wieder-) finden. Damit wird neben sozialer Kompetenz auch Freizeitkompetenz erworben.

In einer offenen Gruppe (bis zu 15 Personen) wird 1 Mal wöchentlich an kleinen selbst ausgedachten Szenen "gearbeitet" oder an gemeinsam ausgewählten und bearbeiteten Stücken. Nach 6 Treffen ist ein Auftritt im eigenen Haus, mit Vorbereitung von Bühne, Requisiten und Technik geplant, so dass ein richtiges "Theaterfeeling" entsteht.  
Treffpunkt: mittwochs 19:15 Uhr – 21.15 Uhr; Forum A114  
Ansprechpartner: Jutta Tade

## 8. Kreativgruppen

Hier wählen sie bitte alternativ entweder Kunsttherapie oder Trommeln

### 8.1. Kunsttherapie

In der Kunsttherapie gestalten wir mit Farben und Tonerde. Nicht mit Worten, sondern mit den Händen, erleben wir in unseren Gestaltungen neue Sichtweisen auf uns selbst. Gefühle, Fantasien, Vorstellungen, Konflikte und Träume finden einen Ausdruck. Anfangsimpulse der Kunsttherapeutin führen zu Assoziationen. Unbewusste Inhalte werden sichtbar, Ressourcen werden gefördert. Durch gemeinsame Reflexion können diese Inhalte integriert werden und in vielen Fällen einen neuen Veränderungsweg weisen.

Treffpunkt: montags und mittwochs für K3, K4, K7 und K8 8:00 Uhr – 9:30 Uhr Raum C 317

montags und mittwochs für K1, K5 und K6 10:15 Uhr – 11:45 Uhr Raum C 317

Ansprechpartner: Dr. Christiane Lehmann; Ulrike Sebastian Benz

### 8.2. Trommeln

Ziel der Kreativgruppe Trommeln ist, das emotionale Erleben und Verhalten zu verbessern.

Im Einzelnen bedeutet dies individuelle Stressbewältigung, Reduzierung von innerer Unruhe, Aggressionsabbau, Stärkung der Wahrnehmungs- und Resonanzfähigkeit, Verbesserung des eigenen Zutrauens und nicht zuletzt Freude am gemeinsamen Gestalten (Gruppengefühl). In der Trommelgruppe werden sie ihre eigenen Lebensenergien spüren und in dem aufeinander hören lernen, innere Strukturen neu zu bilden.

Treffpunkt: dienstags und donnerstags 8:00 Uhr – 9:00 Uhr; Kapelle

Ansprechpartner: Gisela Krebs

## 9. Spirituelles Angebot

Auf freiwilliger Basis kann das Angebot der evangelischen und katholischen Klinikseelsorge genutzt werden. Die jeweiligen Klinikseelsorger/innen bieten im Wechsel dreimal hintereinander jeweils wöchentlich ein Meditatives Gruppenangebot von 60 Minuten an. Anschließend stehen sie zur Vereinbarung von seelsorgerischen Gesprächen bereit.

Einmal im Monat wird ein spezieller Musikgottesdienst von dem Seelsorger der Zieglerschen gestaltet, der ihnen auch für seelsorgerliche Gespräche zur Verfügung steht.

Gottesdienst: dienstags 16:00 Uhr bis 17:00 Uhr, Forum A114 (bitte Aushang beachten)

**Sobald ein Platz in der für Sie ausgewählten Gruppe frei wird, erhalten sie eine Einladung in Ihr Postfach**

Bearbeiter / in	Freigabe	Version	Datum	Seiten
Dietmar Huland		1.	30.12..2011	10