



Fachklinik Schönauf

*Konzept der medizinischen Rehabilitationseinrichtung
für die stationäre Entwöhnungsbehandlung von
alkoholabhängigen Männern*

In der Schneit 1
88167 Grünenbach
Telefon: 08383/922 17-0

www.fachklinik-schoenau.de

Verfasser:
Thomas Richter (therapeutischer Leiter)
Judith Jung (stellvertretende Therapeutische Leitung)
Robert Pape (ärztlicher Leiter)

Stand: Dezember 2019

Inhalt

Einleitung	3
1. Allgemeine Beschreibung der Einrichtung	4
2. Rehabilitationskonzept	5
2.1. Theoretische Grundlagen	5
2.2. Indikationen und Kontraindikationen	12
2.3. Rehabilitationsziele	13
2.4. Rehabilitationsangebote und -dauer	14
2.5. Individuelle Rehabilitationsplanung	17
2.6. Rehabilitationsprogramm	18
2.7. Rehabilitationselemente	23
2.7.1 Aufnahmeplanung	23
2.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	23
2.7.3 Medizinische Behandlung	24
2.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	25
2.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen nach BORA	27
2.7.6 Sport- und Bewegungstherapie und Entspannungstraining	31
2.7.7 Freizeitangebote	32
2.7.8 Sozialdienst	33
2.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung	34
2.7.10 Angehörigenarbeit	35
2.7.11 Rückfallkonzept	35
2.7.12 Pflege	36
2.7.13 Weitere Leistungen	36
2.7.14 Entlass Management	37
3. Personelle Ausstattung	38
4. Räumliche Gegebenheiten	39
5. Kooperation und Vernetzung	39
6. Maßnahmen der Qualitätssicherung	40
7. Dokumentation	40
8. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	41
9. Notfallmanagement	41
10. Fortbildung	42
11. Supervision	42
12. Hausordnung/Therapievertrag	43
Literatur	44
Anlage I: Allgemeine Regeln und Hinweise	
Anlage II: Allgemeiner Therapieplan	

Einleitung

Das vorliegende Therapiekonzept der Fachklinik Schönaue wurde in Zusammenarbeit mit der Fachklinik Legau, dem therapeutischen Team der Fachklinik Schönaue sowie in Abstimmung mit dem federführenden Leistungsträger DRV Schwaben erstellt. Es orientiert sich am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO, wie es in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurde. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung (DIMDI, 2006). Das Rehabilitationskonzept ist so ausgerichtet, dass eine – ggf. auch nur drohende – Behinderung, Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit positiv beeinflusst wird.

Wichtige **Grundlagen** für die ständige Weiterentwicklung des Rehabilitationskonzeptes und die Durchführung der Leistungen bilden:

- die DRV-Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (04.05.2001)
- die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (2006)
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (01.04.2009)
- der ärztliche Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (2015)
- die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtungen
- die BORA-Empfehlungen der DRV (2015)
- die DRV-Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen (04.2010)
- DRV-Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (03.2016)
- der gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (08.2011)
- die Anforderungen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung nach § 20 Abs.2 a SGB IX, die Zertifizierung ist von der BAR anerkannt

Im vorliegenden Rehabilitationskonzept der Fachklinik Schönaue spiegeln sich die langjährigen Erfahrungen und das hohe Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behandlung alkoholabhängiger Männer wieder.

Den individuellen Charakter der männerspezifischen Einrichtung bildet die wertschätzende familiäre Atmosphäre einer therapeutischen Gemeinschaft in naturnaher und tierfreundlicher Lage. Das Klinikkonzept ist in besonderer Weise auf Patienten mit depressiven Störungen, Burn-Out und Erschöpfungssyndromen ausgelegt. Die therapeutische Haltung ist lösungsorientiert und versucht auf allen Ebenen, die Resilienzfähigkeiten der Rehabilitanden im beruflichen und sozialen Kontext zu stärken.

Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen innerhalb und außerhalb der Klinik, Fachautoren, Leistungsträgern und nicht zuletzt den Patienten, die uns immer wieder neue Impulse für diese Konzeption geliefert haben.

Anmerkung: Wir verwenden im Folgenden aus Gründen der Lesbarkeit ausschließlich die männliche Sprachform, zudem sind unsere Patienten sowieso ausschließlich Männer.

1. Allgemeine Beschreibung der Einrichtung

Die Fachklinik Schönauf ist eine männerspezifische **Therapie- und Rehabilitationseinrichtung** zur stationären Behandlung von **Alkoholabhängigkeit**. Die **Behandlungsangebote** orientieren sich an den spezifischen Themen, Ressourcen und Bedürfnissen von alkoholkranken Männern. **Träger der Einrichtung** ist die **Arbeiterwohlfahrt**, Bezirksverband Schwaben e. V. mit Sitz in Stadtbergen bei Augsburg. Die Einrichtung ist politisch und konfessionell ungebunden.

Fachklinik Schönauf
In der Schneit 1
88167 Grünenbach
Telefon: 08383/9-22-17-0
Fax: 08383/9-22-17-31
kontakt@fachklinik-schoenau.de
www.fachklinik-schoenau.de

Gesamtleitung der Fachkliniken Legau und Schönauf:
Ärztliche Leitung: Robert Pape, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Verwaltungsleitung: Andrea Roth, Dipl.-Sozialwirtin (FH)
Therapeutische Leitung: Thomas Richter, Dipl.-Sozialpädagoge (FH), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Mit ihren **32 Therapieplätzen** gehört die Fachklinik Schönauf zu den kleinen Einrichtungen, mit einer therapeutischen Gemeinschaft, die von vielen Patienten wegen ihrer guten Überschaubarkeit, der familiären Atmosphäre, des persönlichen Kontakts zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Bewohnern und der Naturlage im schönen Westallgäu besonders geschätzt wird. Aufgenommen werden Männer aus ganz Deutschland. Die meisten Patienten kommen jedoch vorwiegend aus dem süddeutschen Raum.

In der Fachklinik Legau sind die folgenden **Behandlungsformen der medizinischen Rehabilitation nach den Richtlinien der zuständigen Leistungsträger** möglich:

- **Langzeitbehandlung:** 15 Wochen
- **Wiederholungs-/Auffangbehandlung:** 8 bis 10 Wochen
- **Kombinationsbehandlung:** 8 bis 10 Wochen

Die Behandlungsdauer orientiert sich an den Richtwerten der Leistungsträger und den individuellen Erfordernissen, wie Rehabilitationsfähigkeit, Prognose und Bedürfnissen der Patienten. Eine Verlängerung, Umwandlung in ambulante Therapie, oder Verkürzung der Reha im Rahmen des Behandlungstagebudgets ist grundsätzlich möglich.

Eine **enge Zusammenarbeit** besteht mit der 35 km entfernten **AWO-Fachklinik Legau für sucht-mittelabhängige Frauen**. Bei entsprechender Planung und Vorbereitung können Paare im gleichen Zeitraum aufgenommen und die Behandlungsmaßnahmen, insbesondere die Teilnahme an angehörigenorientierten Interventionen, in geeignetem Maße abgestimmt werden.

Der medizinische Bereich ermöglicht in enger **Kooperation** mit niedergelassenen Fachärzten, einem Laborinstitut und umliegenden Kliniken die differenzierte Behandlung aller körperlichen Begleit- und Folgekrankheiten.

Erreichbarkeit: Die Fachklinik Schönauf liegt im landschaftlich reizvollen Westallgäu zwischen Lindau/Bodensee und Kempten. Die nächste Bahnstation befindet sich 3 km entfernt in Röthenbach/Allgäu. Rehabilitanden werden bei Bedarf von dort durch unseren Fahrdienst abgeholt. Die nächstgelegene Bushaltestelle ist 800 m von der Klinik entfernt.

Kosten: Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Schwaben. Belegt wird die Fachklinik Schönauf von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV), weiteren regionalen Rentenversicherungsträgern, den gesetzlichen Krankenkassen und von Selbstzahlern.

2. Rehabilitationskonzept

2.1. Theoretische Grundlagen

Suchtverständnis

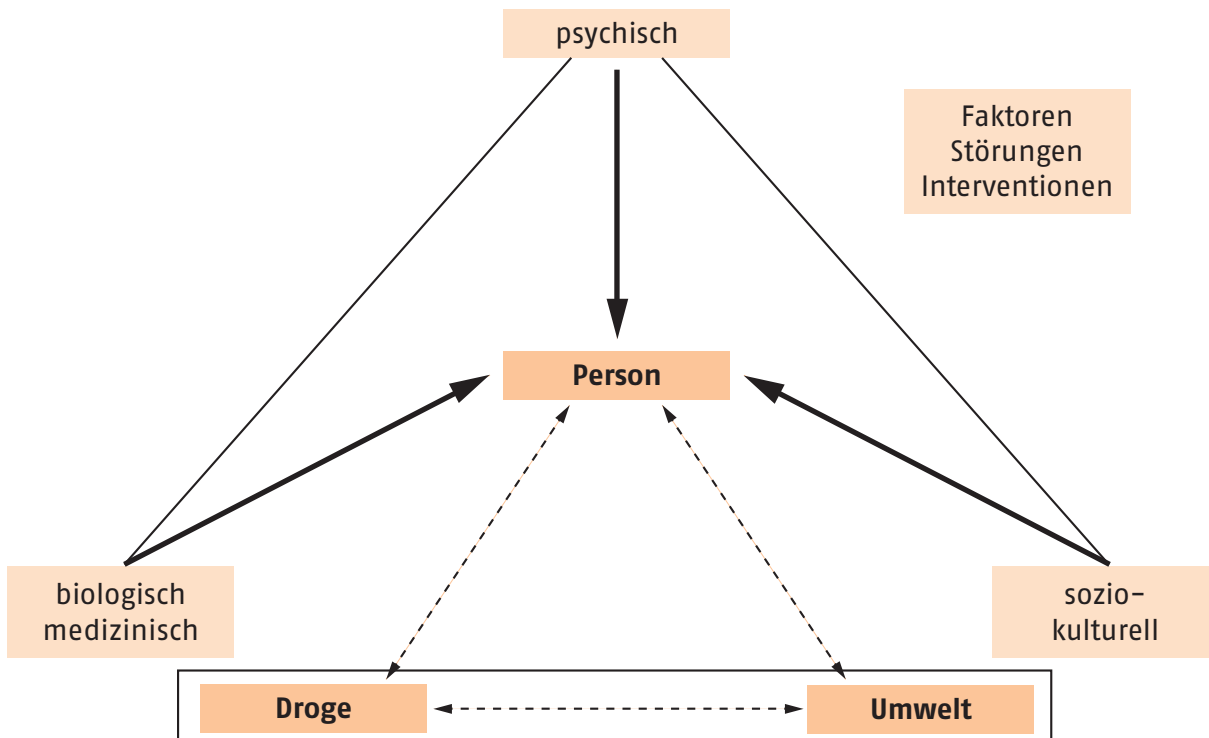
Suchterkrankungen betreffen den ganzen Menschen und beeinträchtigen ihn körperlich, seelisch und geistig. Im Zusammenhang mit der Sucht steht häufig auch eine Beeinträchtigung der Beziehung zu sich selbst und zur Umwelt. Die Wirkung des Suchtmittels soll die vorhandenen Probleme erträglicher machen, beispielsweise schmerzliche Gefühle betäuben, den Ausdruck von Emotionen (z. B. Wut, Enttäuschung, Trauer) erleichtern sowie über innere Leere und Beziehungsschwierigkeiten hinwegtäuschen.

Die Suchterkrankung geht einher mit starken Abhängigkeitsgefühlen gegenüber nahestehenden Personen wie auch der gesamten Lebenssituation; der Alkoholabhängige erlebt sich als nicht in der Lage, durch eigene Aktivität verändernd zu wirken. Oft erfährt er im Gebrauch von Suchtmitteln die einzige Möglichkeit, seine Umgebung indirekt zu beeinflussen und sich weiterhin als selbstwirksam und autonom zu erleben.

Auf diese Weise wird häufig der Versuch einer Problembewältigung mit inadäquaten Mitteln unternommen.

Langfristig verstärkt der Gebrauch von Suchtmitteln jedoch vorhandene Probleme und verschärft diese. Mit der steigenden Toleranzentwicklung wird ein Weg der Selbstzerstörung beschritten.

Bei der Frage nach den Faktoren, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchtmittelabhängigkeit beteiligt sind, beziehen wir uns auf das **bio-psycho-soziale Krankheitsmodell**.

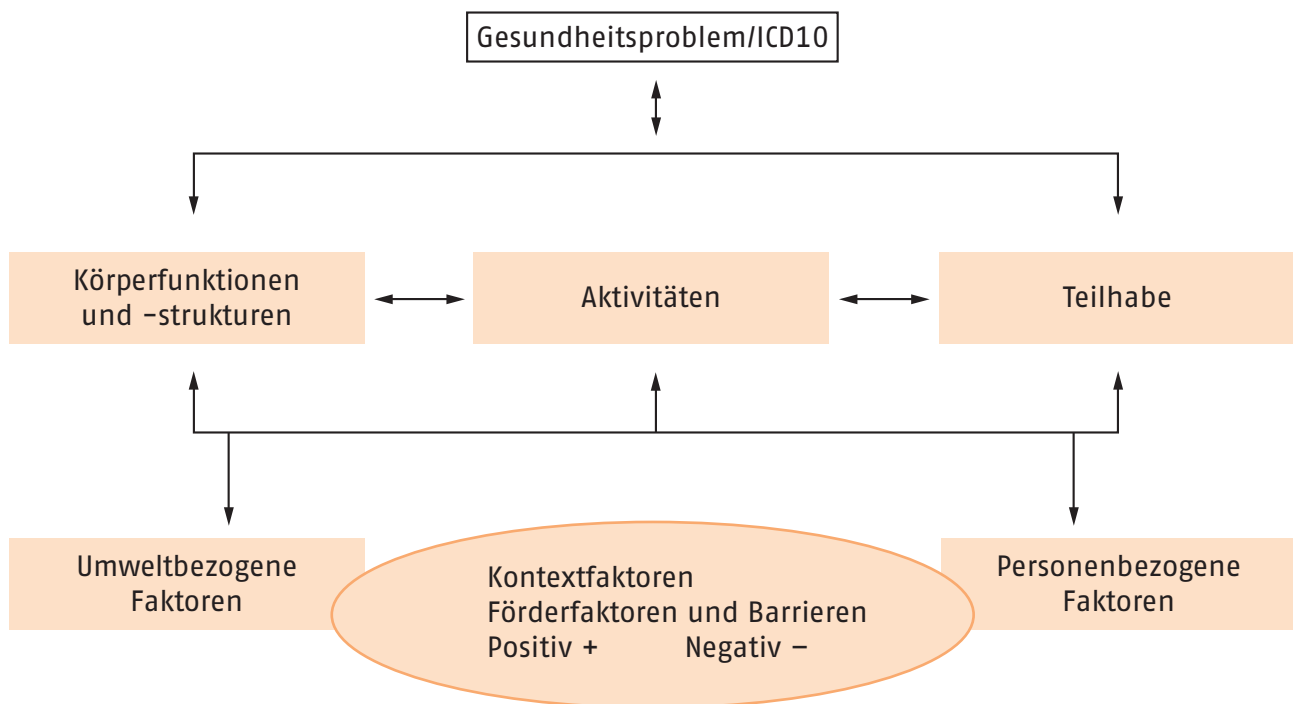


Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

Wir gehen grundsätzlich davon aus, dass jeder Mensch gefährdet ist, in irgendeiner Form suchtkrank zu werden. Ob und in welchem Maße dies geschieht, ist beeinflusst von einem **multifaktoriellen Bedingungsgefüge**, in dem genetische und biologische, psychische und soziale Faktoren eine wichtige, im Einzelfall jedoch unterschiedliche Rolle spielen (Soyka M.; Küfner, 2008).

Die Folgeschäden zunehmender Suchtmittelabhängigkeit haben individuell unterschiedliche Auswirkungen auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene (Lindenmeyer, 1999) und werden teilweise selbst zu aufrechterhaltenden Faktoren der Sucht (Tretter, 2012).

Den Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person betrachten wir nach dem differenzierteren bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, welches sich an der ICF orientiert. Es beschreibt das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren, ihren Körperfunktionen und -strukturen, ihrer Aktivität und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen (DIMDI, 2006).



Wir orientieren uns im theoretischen Verständnis und in der praktischen Durchführung der Behandlung vorwiegend an den anerkannten verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Modellen und Behandlungsmethoden (Vollmer, 2000; Rist, 2002).

Verhaltenstherapeutische Sichtweise

Die Suchtmittelabhängigkeit wird hier als ein komplexes, erlerntes Verhalten gesehen, das zur kurzfristigen Reduktion von aversiven emotionalen Zuständen eingesetzt wird. Im Verlauf der Rehabilitation werden auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen von suchtbefragten Kognitions-, Emotions- und Verhaltensmustern betrachtet und Verhaltensänderungen wie z. B. soziale Kompetenzen, Beschäftigung mit resilienten Haltungen, Rückfallvorbeugungstraining oder alternative Möglichkeiten zur Spannungs- und Stressreduktion erlernt.

Tiefenpsychologische Sichtweise

In jedem Menschen existiert ein ihm unbekannter Seelenbereich (Unterbewusstsein), der ihm nicht unmittelbar zugänglich ist, jedoch viele wesentlichen Gefühle und Handlungen steuert. So können z. B. schwere seelische Verletzungen (Traumata) u. a. die Ursache für eine spätere psychische Störung sein. Daher wird im Verlauf der Rehabilitation die Lebensgeschichte in Verbindung mit der Suchtentwicklung im Sinne von Erinnern, Verstehen und akzeptieren reflektiert. Abgespaltene Anteile werden als Teile der Persönlichkeit zurückgeführt, die Selbstheilungskräfte und damit der Ausstieg aus der Opferrolle gefördert.

Eine zentrale Rolle für unsere **therapeutische Haltung** spielt auch das Konzept der auf den Menschen orientierten Psychotherapie (*Person centered Approach*, C. G. Rogers). Unser Ansatz einer positiven, akzeptierenden Einstellung, der Anteilnahme und nicht vorurteilenden Wertschätzung kann wesentlich zur Selbstannahme des Patienten beitragen.

„Keiner weiß besser, was ihm guttut und für ihn notwendig ist, als der Betroffene selbst. Wir können einander also nicht beibringen, was für uns gut ist ... aber wir können einander dabei unterstützen, es selbst herauszufinden.“ (C. Rogers)

Unser therapeutisches Fachteam ergänzt die Richtlinienverfahren mit Ansätzen aus der Gesprächspsychotherapie, der Psychodramatherapie und weiteren systemischen Verfahren. Eine bedeutende Rolle spielt neben dem Erkennen der funktionalen Bedeutung des Suchtmittelkonsums – die Entwicklung und Stärkung der Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation. Vor allem aufgrund der genetischen und sich im Suchtverlauf verändernden biologischen Faktoren ist eine Rückkehr zu kontrolliertem Konsum für Menschen mit einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10. F10 nicht mehr möglich, sodass unserer Meinung nach die **Abstinenz eine wesentliche Voraussetzung** für einen nachhaltigen Therapieerfolg darstellt (AWMF, 2015). Der Therapieerfolg ist jedoch vielschichtig zu betrachten und hängt nicht allein von der dauerhaften Abstinenz ab. So ist unserer Ansicht nach die Frage nach Rückfallhäufigkeit, Rückfallschwere, Rückfalldauer, subjektiv empfundener Lebensqualität, sozialer, gesellschaftlicher, beruflicher Teilhabe, Selbstwirksamkeitssteigerung etc. ebenfalls relevant für die Einschätzung des Therapieergebnisses und dessen Wertschätzung.

Subjektivität des persönlichen Erlebens

Für den Therapeuten ist es ein wichtiges Anliegen, die subjektiv erlebte Wirklichkeit des Anderen nachzuvollziehen und zu verstehen. Wenn der Patient in diesem Prozess lernt, sich selbst besser zu verstehen und neue Sichtweisen entwickelt, werden entsprechende Verhaltensänderungen vor allem auch deswegen leichter möglich sein, weil diese Veränderungen intrinsisch motiviert sind und als zugehörig zur eigenen Person erlebt werden.

Ein weiteres wesentliches Merkmal unserer therapeutischen Haltung ist die Unterstützung des Patienten zur Führung eines selbstbestimmten Lebens. Innerhalb eines bestimmten Rahmens hat jeder Mensch einen Entscheidungsspielraum. Die persönliche Freiheit besteht darin, innerhalb dieses Spielraums zwischen mehreren Alternativen zu wählen und sich für ganz bestimmte Verhaltens- und Lebensweisen, Objekte, Personen und Handlungen zu entscheiden. Die Selbstverantwortung jeglicher Wahl respektieren wir gegenüber den Patienten.

Dem Aspekt der **Beziehung** messen wir nicht nur in der therapeutischen Beziehung, sondern generell eine ganz zentrale Rolle bei. Der Mensch lebt nicht isoliert von seiner Umwelt. Er ist immer auf irgendeine Art mit dieser verbunden. Von frühester Kindheit an wird er in seinem Erleben und Verhalten von seinen Mitmenschen beeinflusst und übt selbst Einfluss auf diese aus. Aufgrund dieser Wechselwirkungen vollzieht sich die individuelle Entwicklung des Menschen als „Koevolution“ (Willi, 1985), als gemeinsame Entwicklung der einzelnen Person und der Gruppen, denen diese Person angehört. Die therapeutische Beziehung ist der wesentliche psychotherapeutische Wirkfaktor der Veränderung (Grawe, 2000).

Bindung/Therapeutische Gemeinschaft

Bindung ist eines der wichtigsten Grundbedürfnisse jedes Menschen. Die emotionale sichere Bindung sichert das Überleben des menschlichen Säuglings (J. Bowlby, 2008). Das Erkundungsbedürfnis, also die Bereitschaft zu lernen und Neues auszuprobieren, wird beim Säugling und Kleinkind erst bei beruhigtem Bindungsbedürfnis geweckt, beispielsweise wenn die Bezugsperson in der Nähe ist und Blickkontakte, Berührung und physische und psychische Präsenz zeigt.

In der Bindungstheorie unterscheidet man verschiedene Bindungsqualitäten:

Stabile, sichere Bindungen gelten aus Sicht der bindungstheoretischen Forschungsergebnisse als wichtigster Schutzfaktor vor psychischen Störungen (*Gahleitner, 2005*).

Erwachsene mit unsicherer bzw. gestörter Bindungserfahrung fühlen sich häufig weniger sozial akzeptiert, sind erheblich depressiver und entwickeln öfters Abhängigkeitserkrankungen. Das Suchtmittel stellt häufig ein Surrogat für die Bindungsperson dar – schnell verfügbar und kurzzeitig hochwirksam (*Brisch, 2010*). Das Vertrauen, ihr Bindungsbedürfnis in menschlichen Beziehungen befriedigen zu können, wurde von vielen Süchtigen weitgehend aufgegeben.

Zur Entwöhnungsbehandlung nach Entzug des Suchtmittels kommen daher häufig Menschen mit einem aktivierten Bindungsbedürfnis. Das heißt Ängste, Misstrauen und Handlungshemmung stehen der Sehnsucht nach Nähe und menschlichen Bindungen entgegen.

Unser Therapieansatz betont deshalb den Aufbau einer „sicheren emotionalen Bindung“ zum Bezugstherapeuten und zur Bezugsgruppe. Durch dieses konstant empathische Beziehungsangebot kann der Patient wieder Mut fassen, sein instabiles auf das Suchtmittel fixiertes Bindungsmisstrauen zu überwinden. In weiteren Schritten können Klärungsprozess und Konfliktbewältigung in Gang gesetzt und neue menschliche Bindungen entfaltet werden.

Die überschaubare therapeutische Gemeinschaft der Fachklinik Schönau bietet dabei in besonderem Maß eine Atmosphäre der Sicherheit und des gegenseitigen Vertrauens für einen gemeinsamen Weg aus der Sucht.

BORA

Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden ist das übergeordnete Ziel der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Viele Männer neigen dazu, ihre Identität ausschließlich aus beruflicher Leistungsfähigkeit zu schöpfen. Hieraus entsteht in einigen Biographien ein Teufelskreis aus Versagens- und Minderwertigkeitserlebnissen und Abwertungen. Aus diesen Erfahrungen resultiert neben anderen schwierigen biographischen Aspekten auch häufig der Einstieg in den Suchtmittelmissbrauch. Mit der Berufsorientierung in der Behandlung alkoholkranker Männer kann eine nachhaltige Stärkung der Persönlichkeit erreicht und die Motivation für ein Leben ohne Suchtmittel gestärkt werden. Die Fähigkeit, selbst für seinen Lebensunterhalt zu sorgen, ist ein wichtiger Schritt zur Selbstachtung.

Soweit möglich leiten wir die Rehabilitanden dazu an, für sich selbst ein Lebens- und Berufskonzept zu entwickeln, das an ihren persönlichen Werten und Kompetenzen anknüpft.

Resilienzfähigkeiten

Eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und Entdeckung schädlicher Einstellungen und Verhaltensweisen sowie dem Erlernen konstruktiver Problemlösungsmethoden – d. h. wichtiger Fähigkeiten im Sinne der ICF – spielt unser **Resilienzkonzept**. Unter Resilienz verstehen wir die seelische Widerstandskraft des Menschen (*Welter-Endelin; Hildenbrand, 2012*). Probleme, Konflikte, Krankheiten – also auch die Alkoholkrankheit – und Schicksalsschläge werden nicht nur als negativ erlebte Belastungen gesehen, sondern vor allem als Herausforderung für die Stärkung und Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit. Die verschiedenen Resilienzfähigkeiten, die erst in ihrem Zusammenwirken ihre volle Kraft und Wirksamkeit entfalten können, sind erlernbar und anwendbar auf die unterschiedlichsten Lebenssituationen.

Das Resilienzkonzept orientiert sich an den persönlichen und sozialen Ressourcen des Menschen (*American Psychological Association 2007; Hermann, 2005; Rampe, 2005; Reddemann, 2005*) und ist eng verbunden mit Konzepten der erfolgreichen Bewältigung von Stress (*Tausch, 1996*) und kritischen Lebensereignissen („coping“), der kognitiven Verhaltenstherapie (*Rist, 2002*), der Lösungs- und Ressourcenorientierung und der Salutogenese (*Antonovsky, 1979*).

Männerspezifische Suchttherapie

Im Rahmen unseres gleichgeschlechtlichen Behandlungsangebotes ist es möglich, männerspezifische Aspekte in einer solidarischen Atmosphäre einer therapeutischen Gemeinschaft möglichst angst- und störungsfrei zu bearbeiten. Das langfristige Veränderungsziel der Identitätsentwicklung und Stärkung beinhaltet ein befriedigendes Erleben der eigenen Rolle als Mann. Dazu gehört die Versöhnung vom idealen und realem Selbstbild, das Finden individueller Antworten auf Sinn- und Lebensfragen, Zugang zum Erleben eigener Gefühle, Aufbau eines tragenden Beziehungsnetzes, das Finden einer zufriedenstellenden Arbeitssituation und ein erfülltes Erleben der eigenen Rolle als Mann in sozialen und partnerschaftlichen Beziehungen. Männer trinken früher, häufiger und regelmäßiger als Frauen. Mit 2/3 zu 1/3 dominieren sie bei der Zahl der Alkoholabhängigen (*Jahrbuch Sucht DHS, 2019; S. 17ff.*). Das Streben nach einem selbstschädigenden Männlichkeitsideal hat seinen ersten Höhepunkt bei vielen Männern in der Pubertät. Suchtmittel werden von Männern einerseits eingesetzt, um durch ihre Wirkung Männlichkeitsklischees überzeichneter Dominanz zu nähren, andererseits wiederum sollen emotionale Defizite ausgeglichen werden, die durch das Streben nach gängigen Männlichkeitsstereotypen auftreten. Die Fachklinik Schönau berücksichtigt in besonderem Maße diese Genderaspekte, um die individuellen Erfahrungen in der Suchtentwicklung des einzelnen Patienten bezogen auf seine Entwicklung als Mann zu betrachten. Ziel ist ein resilientes „Mann sein“, dass nicht Genderstereotypen folgt, sondern situationsbedingte Rollenflexibilität erlaubt und fördert.

Depression/Burn-Out

Zu den häufigsten komorbiden Störungen bei einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit gehören in der Fachklinik Schönau die depressiven Erkrankungsbilder. Entscheidend ist, dass eine gesicherte Diagnosestellung nicht zu früh erfolgt, um Entgiftungssymptome auszuschließen. Unklar ist oft, ob zuerst die Depression oder die Sucht da war, möglich ist beides.

Viele Erkrankte versuchen auftretende Symptome (wie zum Beispiel Energielosigkeit, Angst oder Unruhe) mit Alkohol, Tabletten oder anderen psychotropen Substanzen zu behandeln. Meist funktioniert das am Anfang auch relativ gut. Bei kontinuierlichem Gebrauch werden jedoch immer größere Mengen dieser Stoffe nötig, um den gewünschten Effekt zu erreichen. Die Dosis wird kontinuierlich gesteigert und geht schließlich in eine Suchterkrankung und damit zusätzlichen bio-psycho-sozialen Folgen über. In jedem Fall verstärkt Alkohol langfristig die Symptome einer depressiven Störung.

Auch ein anderer Verlauf ist möglich: Aus einer bestehenden Suchterkrankung entwickelt sich eine depressive Erkrankung. Um eine depressive Störung zu behandeln, ist es nötig, das Suchtmittel komplett abzusetzen. Erst danach ist es möglich, die übrig gebliebenen Symptome zu identifizieren und zu behandeln. Biologische, soziale und psychologische Faktoren spielen dabei eine gleichwertige Rolle. Viele Therapieelemente der Fachklinik Schönau wirken antidepressiv, depressionsvorbeugend und aufklärend. Dazu gehören körperorientierte Angebote wie: Sport, Achtsamkeitstraining, Bogenschießen und psychoedukative Angebote wie die „Resilienz-Gruppe“, die indikative Gruppe „Depression und Sucht“ sowie eine begleitende medizinisch-psychiatrische Therapie.

Häufig stärkt allein die ressourcenorientierte, therapeutische Haltung in der Gruppen- und Einzeltherapie die Zuversicht, aus der Depressionsspirale aussteigen zu können.

Mensch und Tier – gemeinsam gesund

Haustiere erfreuen sich wachsender Beliebtheit – etwa 34 Millionen finden sich aktuellen Schätzungen zufolge in deutschen Haushalten, darunter vor allem Hunde und Katzen (*Statista*, 2019). Für ihre Besitzer haben sie häufig einen hohen Stellenwert. Sie werden als emotionales Gegenüber wahrgenommen, als „Freund“ oder sogar „Partner“ angesehen. Das Tier gehört in vielen Fällen zum Leben dazu, und eine intakte Beziehung zwischen Mensch und Vierbeiner hat erwiesenermaßen zahlreiche positive Effekte auf die Gesundheit des Tierhalters. Gleichwohl kann es jedoch auch Situationen geben, in denen diese Beziehung leidet.

Abhängigkeitserkrankungen haben weitreichende Auswirkungen auf den Betroffenen selbst und seine Lebensführung. Das eigene Leben gerät aus den Fugen und in der entstehenden Unsicherheit und häufigen Überforderung fehlt die Kraft, sich angemessen um das Wohl seines Schützlings zu kümmern. Ebenso kann es sein, dass eine dringend benötigte stationäre Behandlung nicht angetreten wird, da die Versorgung des Tieres während der Abwesenheit des Besitzers nicht gewährleistet werden oder sich der Betroffene eine Trennung von seinem Tier nicht vorstellen kann.

In der AWO Fachklinik Schönau bieten wir drei Therapieplätze für Männer mit Haustieren an. Zusätzlich besteht die Möglichkeit durch die Pflege der klinikeigenen Schafe und Hasen in Beziehung zu Tieren zu treten, die Mensch-Tier-Beziehung zu reflektieren und die verfügbaren und verbindenden Ressourcen, die aus der entwicklungs- und beziehungsorientierten Therapie entstehen, zu nutzen.

Denn gerade in der Interaktion beispielsweise mit dem Hund kann der Besitzer sehr viel über sich selbst erfahren – Informationen, die in der Therapie von großem Nutzen sein können. Tiere signalisieren durch ihr Verhalten, wie es ihnen mit ihrem „Herrchen“ geht, ob sie Stress erleben, sich geführt oder vernachlässigt fühlen. Diese sogenannte „Spiegelung“ kann im Rahmen der Therapie aufgegriffen und zur Verbesserung der Beziehung zwischen Tier und Tierhalter genutzt werden.

2.2. Indikationen und Kontraindikationen

Hauptindikation

Alkoholabhängige erwachsene Männer – ICD F10.2

Hauptindikation ist die Alkoholabhängigkeit. Andere Suchtformen werden mitbehandelt, wenn Alkoholabhängigkeit die dominierende Suchtform ist.

Das verbindende Element der Alkoholabhängigkeit fördert die Bildung einer therapeutischen Gemeinschaft, in der ein hohes Maß an Offenheit, Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung möglich ist.

Nebenindikationen

Mit der Alkoholabhängigkeit sind häufig komorbide Störungen und Erkrankungen verbunden. Das Therapiekonzept der Fachklinik Schönau macht es möglich, Patienten mit depressiven Störungen (F32/F33), Angststörungen (F41/F60.6), Erschöpfungssyndrom (Z73.0), Persönlichkeitsstörungen (F60), Nikotinabhängigkeit (F17.2) oder auch mit anderen psychischen Begleiterkrankungen mit zu behandeln. Im Zweifelsfall wird ein Vorstellungsgespräch mit dem betreffenden Patienten durchgeführt.

Darüber hinaus bietet die Fachklinik Schönau aufgrund ihrer Größe und ihres familiären Charakters für Patienten mit Bindungsstörungen ein besonders günstiges Behandlungssetting.

Kontraindikation

Nicht aufgenommen werden Patienten, die

- an einer akuten Psychose erkrankt sind,
- schwerwiegende hirnorganische Beeinträchtigungen aufweisen oder akut suizidgefährdet sind,
- ständig pflegebedürftig sind.

Beim Vorhandensein einer wesentlichen körperlichen oder kognitiven Behinderung, bei Sprachproblemen, Straffälligkeit oder mehrfach vorausgegangenen Entwöhnungsbehandlungen wird im Einzelfall abgeklärt, ob eine Aufnahme möglich ist. Hierzu sind entsprechende Vorgespräche erforderlich.

Aufnahmekriterien

Aufgenommen werden in die FK Schönau **alkoholabhängige Männer im Alter von 18 bis 65 Jahren** (in Einzelfällen auch darüber).

Bedingung ist eine freiwillige Entscheidung zur Therapie sowie die Bereitschaft des Patienten, sich mit seiner Abhängigkeit auseinanderzusetzen und abstinenz zu leben.

Wir erwarten eine ambulante Vorbereitung durch die psychosoziale Beratungsstelle oder den Sozialdienst einer Klinik. Wir empfehlen die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bzw. einer Motivationsgruppe der entsendenden Einrichtung, da sich entsprechende Vorerfahrungen günstig auf den Behandlungsverlauf auswirken.

Formale Voraussetzungen

- unmittelbar vorausgehende körperliche Entgiftung in einer Klinik
- Freiwilligkeitserklärung
- schriftliche Kostenzusage
- Arztbericht
- Sozialbericht und ggf. Schlussbericht einer vorausgegangenen Therapie
- Zahnsanierungsbestätigung

Nach Voranmeldung sind Vorgespräche und eine Besichtigung des Hauses möglich.

2.3. Rehabilitationsziele

Hier werden die allgemeinen Rehabilitationsziele für die Indikation Sucht aufgeführt, die in der Fachklinik Schönau behandelt werden. Die individuelle Entwicklung der Rehabilitationsziele mit dem Rehabilitanden sowie die Umsetzung der Ziele in den Reha-Maßnahmen wird in den Kapiteln 2.5 ff. ausführlich beschrieben.

Suchtspezifische Behandlungsziele

- Erarbeitung, Vertiefung und Festigung von Krankheitseinsicht, Abstinenzmotivation und Behandlungsmotivation
- Verstehen der Suchterkrankung und Suchtentwicklung
- Erkennen möglicher Suchtverlagerungen auf andere Verhaltensbereiche (z. B. Rauchen, Medikamentenmissbrauch, illegale Drogen, Essen, Arbeiten, PC/Internet, Spielen, Sport, Fernsehen)
- Erkennen von Umweltfaktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit beigetragen haben
- Erkennen der funktionalen Bedeutung des Alkoholkonsums
- Erlernen von Alternativen zum Suchtmittelkonsum
- Erkennung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Entwickeln von Rückfallvorbeugungsstrategien
- Stärkung der Bereitschaft, auch nach der Entwöhnungsbehandlung Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen
- Verstehen systemischer Suchtstrukturen in Familien und weiteren Beziehungen

Behandlungsziele zur körperlichen und psychischen Gesundheit

- Verbesserung oder Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit
- Entwicklung und Stärkung der Resilienzfähigkeiten
- Erlernen eines konstruktiven, lösungsorientierten Umgangs mit psychischen, zwischenmenschlichen und sozialen Problemen/Konflikten/Belastungen
- Förderung einer befriedigenden Freizeitgestaltung
- Förderung einer selbstbestimmten Lebensführung (Selbstmanagement)
- Nutzung und Weiterentwicklung der bestehenden persönlichen und sozialen Ressourcen
- Berücksichtigung von Genderaspekten bei der Entwicklung eines realistischen resilienten Selbstbildes
- Informationsvermittlung zu komorbiden Begleiterkrankungen

Teilhabeorientierte Behandlungsziele

- Klärung der sozialen Beziehungen in Bezug auf Abstinenz fördernde oder Abstinenz erschwerende Einflüsse, Distanzierung von schädlichen und Aufbau von hilfreichen sozialen Kontakten
- Bearbeitung bestehender Beziehungsprobleme (z. B. in Partnerschaft und Familie)
- Klärung und Bearbeitung sozialer Probleme (z. B. Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme, Führerscheinentzug und andere rechtliche Probleme)

- Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (nach BORA):
 - Die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern,
 - eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs der Rehabilitanden zu erhalten,
 - eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen,
 - erwerbsbezogene – das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische – Förderfaktoren zu stärken,
 - Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychomentale Teilhabehindernisse zu berücksichtigen,
 - eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln.

Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

Hierzu gehören die folgenden Maßnahmen:

- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe
- Ambulante Weiterbehandlung im Sinne der Nachsorge
- Weiterbehandlung in einer Adaptionseinrichtung
- Verlegung in eine andere Einrichtung (z. B. Soziotherapie)
- Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Vermittlung in eine Tagesklinik
- Ambulante Psychotherapie

2.4. Rehabilitationsangebote und -dauer

Langzeithherapie: 15 Wochen

In der Regel gehen wir von einer 15-wöchigen Therapiedauer aus. Die Rehabilitation kann grundsätzlich verkürzt oder verlängert werden.

Einerseits ist für Patienten mit frühen oder posttraumatischen Störungen, Mehrfachabhängigkeiten, frühem Trinkbeginn und/oder langfristigem Suchtmittelkonsum eine stationäre Behandlung von 15 Wochen nach unserer Erfahrung oft nicht ausreichend. Patienten mit relativ stabilen Lebensbedingungen (Wohnung, Familie, Arbeitsplatz) und einer gesicherten Weiterbetreuung in Nachsorge- und Selbsthilfegruppen können hingegen auch früher entlassen werden, sofern die wesentlichen Behandlungsziele erreicht sind oder wenn kein weiterer Fortschritt in der Therapie mehr zu erwarten ist.

Die Initiative zur Verkürzung, Umwandlung in ambulante Weiterbehandlung oder Verlängerung der Rehabilitationsdauer kann im Einzelfall sowohl vom Patienten als auch vom Bezugstherapeuten und/oder Arzt ergriffen werden. Der Patient wird grundsätzlich in die Entscheidungsfindung miteingeschlossen.

Wiederholungs-/Auffangbehandlung: 8 bis 10 Wochen

Eine gezielte Rückfallanalyse bildet die Grundlage um angemessene Rückfallpräventionsmaßnahmen zu erarbeiten und durchzuführen. Bevor eine Patientin zur Wiederholungs- oder Auffangbehandlung aufgenommen werden kann, muss sie einen schriftlichen Bericht über die Entwicklung nach der letzten Behandlung und den Verlauf ihres/ihrer Rückfälle schreiben. Im Einzelfall sind auch bei der Wiederholungs- und Auffangbehandlung Verlängerungen möglich.

Kombitherapie: 8 Wochen

In der Regel beginnt die Kombitherapie mit einer 8-wöchigen stationären Behandlung und wird anschließend ambulant in einer Suchtberatungs- und behandlungsstelle fortgesetzt. Die ambulante Phase umfasst in der Regel 40 + 4 Therapieeinheiten in sechs Monaten.

Nach Möglichkeit wird bereits vor dem Beginn der stationären Behandlung mit dem Patienten geklärt, worin die therapeutischen Schwerpunkte während der stationären Phase liegen sollen.

Am Aufnahmetag wird der Patient in eine bestehende Bezugsgruppe integriert. Die Behandlung orientiert sich schwerpunktmäßig an den Rehazielen, die im Zeitraum der vorhergesehenen acht Wochen realisiert werden können.

Vor der Entlassung des Patienten wird zwischen dem Bezugstherapeuten und dem zuständigen therapeutischen Mitarbeiter der ambulanten Behandlungsstelle unter Einbeziehung des Patienten ein telefonisches Übergabe-Gespräch geführt.

Für ein Kombi-Behandlungsmodell ist in jedem Fall eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Fachklinik, Beratungsstelle und Patient von großer Bedeutung.

Krisenintervention

Für krisenhafte Situationen im ambulanten Setting, z. B. bei einer akuten Rückfallgefahr oder auch bei einem therapeutisch noch beherrschbaren Rückfall, besteht die Möglichkeit, die Behandlung stationär in der Fachklinik Schönau fortzusetzen. Diese Rückverlegung muss dem Leistungsträger spätestens am Wiederaufnahmetag in die Fachklinik per Fax mitgeteilt werden. Eine weitere ambulante Fortsetzung ist möglich, sofern dies therapeutisch sinnvoll und begründbar ist. Der Leistungsträger muss hiervon ebenfalls unmittelbar unterrichtet werden.

Die Indikationsstellung

Für die Kombibehandlung gelten zunächst die gleichen Primär-, Sekundärindikationen und Ausschlusskriterien wie für eine stationäre Behandlung. Darüber hinaus benötigt der Patient:

- die Fähigkeit zur Abstinenz in der ambulanten Phase (insbesondere bei einem vorausgehenden ambulanten Teil)
- eine ausreichend stabile äußere soziale Situation, wobei mindestens einer der folgenden Faktoren vorhanden sein sollte: familiäre oder partnerschaftliche Bindungen, Teilhabe am sozialen Leben, berufliche Integration/Perspektiven
- eine ausreichende Bindungs- bzw. Gruppenfähigkeit um von der stationären in die ambulante Gruppenarbeit wechseln zu können.
- eine ausreichende körperliche Gesundheit (geringe Mobilitätseinschränkungen)

Insbesondere ist die Kombibehandlung geeignet für

- für Patienten mit eigenem Wohnsitz in Reichweite einer ambulanten Behandlungsstätte
- für Patienten, die zwar vorübergehend ein stationäres Setting benötigen, aber für eine reine Langzeitbehandlung (noch) nicht motivierbar sind
- für Behandlungswiederholer (Erstbehandlung in der Klinik),
- für Patienten mit geringer Fähigkeit zur Selbstorganisation und
- für Patienten mit längeren Entwicklungszeiten

Die formalen Bedingungen

Voraussetzung für eine Kombibehandlung ist die Prüfung der im Folgenden genannten Voraussetzungen

- eine verbindliche schriftliche Absprache der Beteiligten (Patient, Beratungsstelle, Klinik) über die Durchführung einer Kombibehandlung, wobei die jeweiligen Ziele und die Dauer der Teile der Kombibehandlung festgelegt werden (Behandlungsplan)
- eine Beantragung und Genehmigung des gesamten Behandlungspaketes beim/durch den zuständigen Leistungsträger
- die durchgängige Dokumentation des gesamten Behandlungsverlaufes. Zum Zeitpunkt des Wechsels der Behandlungsform müssen die relevanten Unterlagen an den Weiterbehandler als Zwischenbericht abgegeben werden. Hierbei können die entsprechenden Teile des in diesem Fall „vorläufigen“ Abschlussberichtes nach Vorgabe der DRV verwendet und prozessual weitergeführt werden, wobei der Letztbehandler den endgültigen Abschlussbericht für den Leistungsträger fertigt.
- Zum Zeitpunkt des Wechsels der Behandlungsform ist ein telefonisches Übergabegespräch zwischen den jeweiligen Bezugstherapeuten unter Einbezug des Patienten obligatorisch. Darüber hinaus muss ein intensiver fallbezogener Austausch zwischen den beteiligten Einrichtungen erfolgen.

2.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Die aktive Einbeziehung des Patienten in die Planung, Durchführung und Auswertung der Therapie während der gesamten Rehabilitationsdauer ist für uns ein wichtiges Anliegen. Während der Aufnahme- und Anamnesegespräche werden zusammen mit dem Patienten erste Therapieziele besprochen.

In der darauffolgenden Therapieplanungskonferenz des gesamten Behandlungsteams werden Therapieziele festgelegt, die während der stationären Entwöhnungsbehandlung erreicht werden sollen. Die Behandlungsziele betrachten wir prozessorientiert und können im Verlauf der Rehabilitation erweitert, ergänzt oder modifiziert werden.

Aufgrund der großen Bedeutung der Planung von arbeitsbezogenen Leistungen bzw. Angeboten für die berufliche Reintegration werden je nach Bedarf und Möglichkeit auch weitere Leistungsanbieter (z. B. Rehafachberater, Agentur für Arbeit) mit einbezogen.

Behandlungsverlauf

Aufnahmeplanung

Bereits in der Aufnahmeplanung werden auf der Grundlage von Vorbefunden fehlende Berichte soweit möglich eingeholt.

Im Einzelfall insbesondere bei unklarer Vordiagnostik, unsicherer Behandlungsmotivation oder längerer Wartezeit werden in der Einrichtung Vorgespräche geführt, um erste Überlegungen zu Rehazielen und Rehadauer zu treffen.

Aufnahme und Eingangsdiagnostik

Unsere Diagnostik betrachten wir grundsätzlich als adaptive Diagnostik, in der diagnostische und therapeutische Elemente unmittelbar aufeinander bezogen sind und untrennbar miteinander zusammenhängen. Im Verlauf der Behandlung ist immer damit zu rechnen, dass sich neue Problembereiche herauskristallisieren und sich aufgrund neuer Gewichtungen die Priorität der Therapieziele und möglicherweise auch die Behandlungsdauer verändert.

Eine genauere Beschreibung der verwendeten Diagnoseverfahren erfolgt unter 2.7.2 „Rehabilitationsdiagnostik“.

Therapieplanungskonferenz

Die Ergebnisse aus den ersten Gesprächen, Untersuchungen und Beobachtungen werden spätestens zu Beginn der 4. Behandlungswoche (3. Woche bei Kurzzeittherapie) in der Therapieplanungskonferenz des Behandlungsteams nach den folgenden Aspekten besprochen:

- Zusammenschau der verschiedenen Informationen und diagnostischen Ergebnisse
- Aufstellen eines Therapieplanes
- Zuweisung zu geeigneten Therapiemodulen
- Einteilung in BORA spezifische Maßnahmen (vgl. Flussdiagramm)

Die Vorstellungen des Patienten sowie die Ergebnisse der Therapieplanungskonferenz bilden die Grundlage für die nächsten Behandlungsschritte und das therapeutische Bündnis.

Verlaufskontrolle

Nach 8 Wochen (bei regulärer Behandlungszeit) wird auf der Grundlage der Veränderungen beim Patienten im interdisziplinären Team eine Verlaufsbesprechung durchgeführt.

Daraus werden gegebenenfalls:

- ergänzende diagnostische Verfahren durchgeführt
- die Prioritäten von Therapiezielen verändert
- entsprechende therapeutische, medizinische und berufsorientierte Maßnahmen durchgeführt (einschließlich der Zuweisung in halboffene und geschlossene indikative Gruppen)

Bei Bedarf wird der Patient in der externen Supervision vorgestellt.

Schlussdiagnostik

Am Behandlungsende besprechen jeweils der Arzt, der Bezugstherapeut und der Arbeitstherapeut mit dem Patienten zusammen die Behandlungsergebnisse (Abschlusstestdiagnostik, Befund, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Selbsteinschätzung, Therapiezielüberprüfung) sowie die empfohlenen Nachsorgemaßnahmen (vgl. Entlassmanagement).

2.6. Rehabilitationsprogramm

Alle Patienten nehmen an den therapeutischen Maßnahmen teil, die Bestandteil der **Standardtherapie** sind, sofern sie aus therapeutischen Gründen nicht davon befreit sind.

Ergänzt wird das Pflichtprogramm der Standardtherapie durch eine **indikative Therapie**, die vorwiegend in Form von Gruppen stattfindet. Grundlage für die Zuweisung in die verschiedenen indikativen Gruppen ist die individuelle Diagnostik und Therapieplanung, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach Absprache mit dem Patienten erfolgt (siehe 2.5 Individuelle Rehabilitationsplanung). Der Ablauf der Therapie ist dem Gesamt-Flussdiagramm im Anschluss an dieses Kapitel und dem individuell erstellten Wochenplan zu entnehmen (vgl. beigefügter Wochenplan).

In den ersten Wochen ermöglichen wir den Patienten ein Ankommen in der therapeutischen Arbeit mit strukturierten Therapiemodulen, wie die Gruppe „Resilienz und Achtsamkeitstraining“. Zusätzlich ermöglichen die Gruppen „kreatives Gestalten“ und „Kegeln“ das Hineinwachsen in die therapeutische Gemeinschaft.

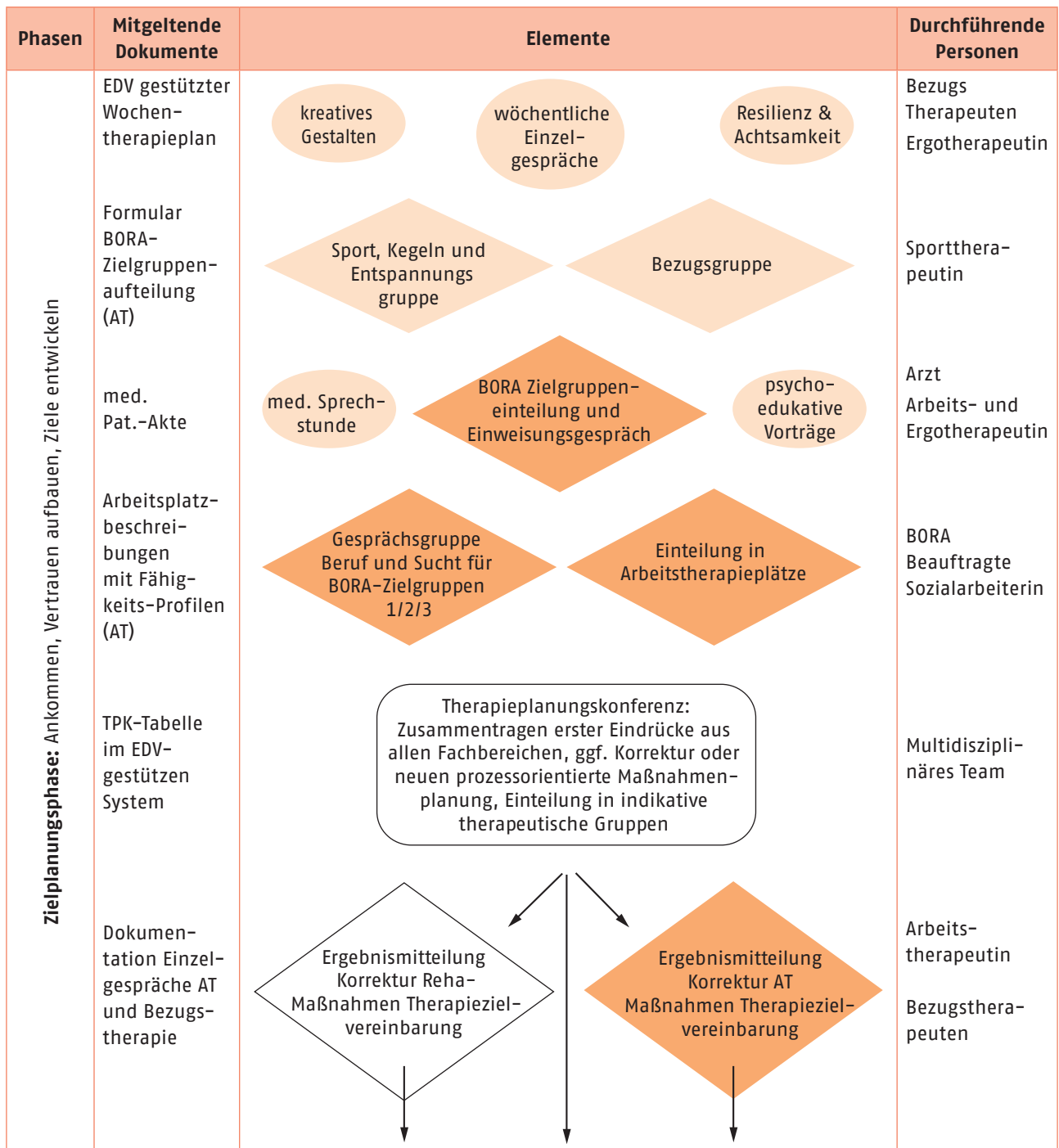
Im Anschluss an diesen Zeitraum stehen indikative Angebote zur Erreichung der individuell vereinbarten Therapieziele im Vordergrund.

Den roten Faden der Rehabilitation stellen die Bezugsgruppen mit einer begrenzten Teilnehmerzahl von ca. acht Patienten dar. Diese finden jede Woche in geschlossener Form mit drei Einheiten statt. Eine weitere Säule besteht in der täglichen Arbeitstherapie, die in vorwiegend hauseigenen Arbeitsplätzen stattfindet. Die Kombination aus den therapeutischen Angeboten und den regelmäßigen Essenszeiten hilft dem Patienten bei der Wiedererlangung beziehungsweise dem Aufbau einer gesunden Tagesstruktur.

Um die notwendige Kompetenz im therapeutischen Setting bezüglich Indikation und Therapieziel zu gewährleisten, werden entsprechend der Vorgaben in der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) therapeutische Maßnahmen nur von Mitarbeitern geleitet und durchgeführt, die über die entsprechende Ausbildung und Zusatzqualifikation verfügen. Hierzu gehören in der Fachklinik Schönau ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, examinierte Krankenpfleger und Krankenschwestern, approbierte Psychologische Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, Ergo- und Arbeitstherapeuten, ein Kunsttherapeut, ein Sporttherapeut und ein Diätassistent.)

Da im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung die Patienten von verschiedenen Berufsgruppen und Personen behandelt werden, müssen alle wichtigen Informationen regelmäßig und im erforderlichen Umfang ausgetauscht werden. Nur so kann die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit durch das Rehabilitationsteam gewahrt werden. Diesem Austausch dienen insbesondere die täglichen Teambesprechungen und die mindestens einmal wöchentlich stattfindenden Fallbesprechungen. Darüber hinaus gibt es regelmäßige Besprechungen in den berufsbezogenen Fachteams und im Lenkungsreis des Qualitätsmanagements (siehe Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation).

Phasen	Mitgeltende Dokumente	Elemente	Durchführende Personen
Anamnese-Phase: Daten erheben, individuelles multidisziplinäres Aufnahmeverfahren	Formulare der Medizinischen Anamnese	medizinische Untersuchung/Anamnese der Suchtentwicklung und Funktionsstörungen	Facharzt und Pflegepersonal
	Anamnese-formulare Patient	Aushändigung der Anamnese-Formulare und Therapievereinbarungen an den Patienten	Pflegepersonal
	Doku-Pro-tokolle/Test-Fragebögen	therapeutisches Anamnese-Gespräch (Krankheitseinsicht, Motivation, Komorbiditäten, Vertrauensaufbau, therapeutisches Bündnis, Psychologische Testverfahren)	Psycho- und Suchttherapeuten
	Doku-Protokolle/Checklisten MELBA Bögen	Anamnese-Gespräch anhand der Berufsanamnese/ Erfassung der beruflichen Ressourcen, Teilhabestörungen, Kontextfaktoren, Durchführung von MELBA	Ergotherapeuten/Arbeits-therapeuten BORA-Sozialar-beiter
	Zusammen-geführte EDV gestützte Doku	Zusammentragen/Dokumentieren und Auswerten in den Fachbereichen Pflege/Medizin, Arbeitstherapie, Sucht- und Psychotherapie	Mitarbeiter der jeweiligen Fachbereiche



Phasen	Mitgeltende Dokumente	Elemente															Durchführende Personen																															
Therapiemaßnahmen: Therapieangebote im Einzel- und Gruppensetting, indikativ nach gemeinsamer Zielplanung von Patient und Behandlungsteam	individuelle Dokumentation über EDV-gestützten Therapiekalender	↓ <table><tr><th colspan="6">BORA Therapiemaßnahmen</th><th colspan="6">Reha-Maßnahmen Psychotherapie</th><th colspan="3">Sport/ Körperwahrnehmung</th></tr><tr><td>Kennenlernen weiterer Arbeitstherapieplätze</td><td>Sozialberatung</td><td>externes Praktikum</td><td>Bewerbungstraining</td><td>Berufsbezogene Therapiegruppe</td><td>Einzelfallbegleitung zu Arbeitsagenturen/Jobcenter</td><td>Einzelgespräch berufsbezogen/psychotherapeutisch</td><td>Indikationsgruppe Tabakentwöhnung</td><td>Indikationsgruppe Depression und Sucht</td><td>Indikationsgruppe Stressbewältigung und Genusstraining</td><td>Indikationsgruppe Stressbewältigung und Bogenschießen</td><td>Rückfallprävention in der Bezugsgruppe</td><td>Bilanzierung der Suchtentwicklung in der Bezugsgruppe</td><td>Einzelgespräche</td><td>sporttherapeutische Angebote</td><td>Rückenschule, Wirbelsäulengymnastik, interne und externe medizinische indizierte Therapie, Entspannungstraining</td></tr></table>															BORA Therapiemaßnahmen						Reha-Maßnahmen Psychotherapie						Sport/ Körperwahrnehmung			Kennenlernen weiterer Arbeitstherapieplätze	Sozialberatung	externes Praktikum	Bewerbungstraining	Berufsbezogene Therapiegruppe	Einzelfallbegleitung zu Arbeitsagenturen/Jobcenter	Einzelgespräch berufsbezogen/psychotherapeutisch	Indikationsgruppe Tabakentwöhnung	Indikationsgruppe Depression und Sucht	Indikationsgruppe Stressbewältigung und Genusstraining	Indikationsgruppe Stressbewältigung und Bogenschießen	Rückfallprävention in der Bezugsgruppe	Bilanzierung der Suchtentwicklung in der Bezugsgruppe	Einzelgespräche	sporttherapeutische Angebote	Rückenschule, Wirbelsäulengymnastik, interne und externe medizinische indizierte Therapie, Entspannungstraining	Mitarbeiter aus allen Fachbereichen
	BORA Therapiemaßnahmen																Reha-Maßnahmen Psychotherapie						Sport/ Körperwahrnehmung																									
	Kennenlernen weiterer Arbeitstherapieplätze	Sozialberatung	externes Praktikum	Bewerbungstraining	Berufsbezogene Therapiegruppe	Einzelfallbegleitung zu Arbeitsagenturen/Jobcenter	Einzelgespräch berufsbezogen/psychotherapeutisch	Indikationsgruppe Tabakentwöhnung	Indikationsgruppe Depression und Sucht	Indikationsgruppe Stressbewältigung und Genusstraining	Indikationsgruppe Stressbewältigung und Bogenschießen	Rückfallprävention in der Bezugsgruppe	Bilanzierung der Suchtentwicklung in der Bezugsgruppe	Einzelgespräche	sporttherapeutische Angebote	Rückenschule, Wirbelsäulengymnastik, interne und externe medizinische indizierte Therapie, Entspannungstraining																																
Einzelgesprächs-Protokolle Patientenakte																																																
		Garten-therapie Besuch von Selbsthilfe-gruppen Freizeitangebote: Sauna Schwimmbad ... Tier-versorgung																																														

Phasen	Mitgeltende Dokumente	Elemente	Durchführende Personen
Zielüberprüfungs- und Abschluss-Phase: das letzte Drittel der medizinischen Rehabilitation dient der Integration der gesammelten Erfahrungen und Planung einer individuellen angemessenen Nachsorge, sowie einer ggf. notwendigen Korrektur der Maßnahmen für das letzte Drittel der Rehabilitation.	Protokolle der Verlaufsbesprechung Patientenakte Reha-Entlass Bericht Nachsorgeanträge ggf. Anträge auf stufenweise Wiedereingliederung	Verlaufsbesprechung: ggf. Korrektur von Therapiezielen; Entscheidung über Verlängerungs- und Verkürzungsanliegen Sammeln von Erfahrungen mit dem Patienten aus den verschiedenen Bereichen. BORA-Dreiergespräch AT Patient Bezugstherapeut Abschlussgespräch Bezugstherapeut sozialmedizinische Leistungsbeurteilung Arzt Einleitung weiterer Maßnahmen wie: ambulante Weiterbehandlung ambulante Suchtnachsorge ambulante Psychotherapie Adaption/TWG/Sozialth. Einrichtung/Betreutes Wohnen.... Selbsthilfegruppen medizinische Nachsorge/Weiterbehandlung Gespräch mit Arbeitgeber Gespräch mit Betriebsrat/suchtbefauftr stufenweise Wiedereingliederung weitere Leistungen zur Teilhabe Vermittlung zu Jobcentern und Arbeitsagenturen Übergabe mit weiterbehandelnden Stelle	
Legende	 Standardtherapie Einführung  BORA  indikative Angebote		

2.7. Rehabilitationselemente

2.7.1 Aufnahmeplanung

Am Aufnahmetag wird der Patient vom leitenden Arzt körperlich und psychiatrisch untersucht. Die Laboruntersuchungen werden am Tag nach der Aufnahme durchgeführt. Der Bezugstherapeut führt ebenfalls am Aufnahmetag ein erstes Gespräch mit dem Patienten und dessen Begleitperson(en).

2.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Auf dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells und der ICF umfasst unsere Diagnostik die folgenden Ebenen:

1. Somatische Diagnostik
2. Psychische Diagnostik
3. Soziale Diagnostik
4. Arbeitsbezogene Diagnostik (BORA-Diagnostik)
5. Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren
6. Entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik
7. Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

Grundlage dieser Diagnostik ist eine ausführliche Anamnese mit Befunderhebung. Mithilfe eines Anamnesefragebogens führen sowohl der Arzt als auch der Bezugstherapeut ein Anamnese-gespräch durch, in dem alle für die Diagnostik relevanten Informationen erhoben und mit dem Patienten zusammen besprochen werden.

Ergänzt wird diese Befragung durch die Anwendung verschiedener Tests und Fragebögen, von denen die folgenden regelmäßig angewendet werden:

- Der Münchner Alkoholismus-Test (**Malt**) soll dabei helfen, die Diagnose Alkoholabhängigkeit zu verifizieren.
- Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (**FTNA**) ermöglicht die Diagnosestellung und Graduierung der Nikotinabhängigkeit.
- Das „Brief Symptom Inventory“ (**BSI**) ist eine Kurzform der SCL-90-R und dient der Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.
- Die Allgemeine Depressionsskala (**ADS**) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster erfragt.
- Screening Verfahren (**Melba**) Einschätzung der Arbeitsfähigkeiten
- Bei Bedarf: kognitive Testung
- **ICF Corse Set** Basis und Med. Reha

Die Rehabilitationsdiagnostik bietet die Grundlage für die anschließende Entwicklung eines Rehabilitations- und Behandlungsplanes, der individuell in Absprache mit jedem Patienten erstellt und je nach Behandlungsverlauf angepasst und verändert wird. Da wir unsere Diagnostik als adaptive Diagnostik sehen, können zu jedem Zeitpunkt der Behandlung neue diagnostische Aspekte relevant werden und entsprechend Einfluss haben auf die Planung und Durchführung bestimmter therapeutischer Maßnahmen (siehe 2.5 Individuelle Rehabilitationsplanung).

BSI und ADS werden auch zur Verlaufskontrolle und Schlussdiagnostik eingesetzt, sodass mit diesen Verfahren auch eine Erfolgskontrolle möglich ist.

Zur Einleitung weiterer berufsorientierter Maßnahmen werden die Patienten anhand der medizinischen, psychotherapeutischen und berufsspezifischen Anamnese den folgenden **BORA-Zielgruppen** zugeordnet:

- **BORA-Zielgruppe 1:** Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.
- **BORA-Zielgruppe 2:** Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.
- **BORA-Zielgruppe 3:** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I). Auch Erwerbstätige, die während einer Krankschreibung arbeitslos werden (zum Beispiel befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag), werden in der Regel der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet. Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I oder ALG II. Diese Rehabilitanden werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.
- **BORA-Zielgruppe 4:** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von ALG II).
- **BORA-Zielgruppe 5:** Hierzu zählen in unserer Klinik Hausmänner, Zeitrentner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben. Weitere Differenzierungen innerhalb dieser vorgeschlagenen kategorialen Zuordnungen zu Zielgruppen können sich aus der Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen auch jenseits der hier vorgeschlagenen Kategorien für Zielgruppen ergeben.

Anhand der vorliegenden Informationen werden die Patienten in der zweiten Therapiewoche entsprechend der Zuordnung von BORA-Zielgruppen zunächst in hauseigene Therapiearbeitsplätze eingeteilt.

2.7.3 Medizinische Behandlung

Die ärztliche Gesamtverantwortung obliegt einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser verantwortet und leitet den Rehaprozess für alle Patienten der Klinik. Er entscheidet über die Aufnahme und Entlassung des Patienten und ist verantwortlich für die Ausarbeitung der allgemeinen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungspläne, die je nach Indikation von ihm auch durchgeführt werden. Schwerpunktmäßig orientieren sich die Aufgaben der ärztlichen Leitung an den folgenden Stellenzielen:

- Aufnahmeplanung: Klärung der Indikation und Kontraindikation für jeden Patienten
- Durchführung ärztlicher Tätigkeiten, insbesondere Behandlung, Erstellung der Diagnostik und Durchführung des Behandlungsplanes im medizinischen Bereich, Durchführung von Beratungsgesprächen, Leitung von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sowie zur Gesundheitsbildung
- Spezifische Behandlung seelischer Zusatzdiagnosen
- Koordination und Supervision der somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen im Behandlungsteam
- Kooperation mit externen Ärzten und relevanten Institutionen
- Gewährleistung einer geeigneten Dokumentation

Neben ärztlichen Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen für alle Patienten finden tägliche ärztliche Sprechstunden für alle Bedürfnisse des medizinischen Spektrums statt. Sämtliche Begleit- und Folgeerkrankungen werden in enger Koordination mit niedergelassenen Fachärzten, Physiotherapeuten und umliegenden Kliniken behandelt.

Die Notfallversorgung ist gewährleistet durch die ständige Präsenz des medizinisch-therapeutischen Personals und die gute Anbindung an das externe medizinische Versorgungssystem.

Im Falle des Auftretens einer ernsthaften akuten Erkrankung erfolgt eine sofortige Überweisung zum Hausarzt, zu einem Facharzt oder die Einweisung in ein Krankenhaus oder Bezirkskrankenhaus.

2.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Wir orientieren uns an den Vorgaben der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit zur formalen Ausgestaltung der evidenzbasierten Therapiemodule sowie an den Vorgaben der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL). Die Gruppengröße liegt in der Fachklinik Schönau zwischen 8 und 10 Patienten.

Das Verfahren der Zuweisung in die indikativen Gruppen ist unter 2.6 Rehabilitationsprogramm beschrieben.

Psychotherapie einzeln

Jeder Bezugstherapeut führt mit seinen Patienten die Einzelgespräche durch. Feste Bestandteile sind das Anamnesegespräch, die Therapieplanung, die Zwischenbilanz und das Abschlussgespräch. Treten Krisen auf, werden im Sinne der Krisenintervention zusätzliche Einzelgespräche angeboten. Bei Bedarf kann der Patient jederzeit ein Einzelgespräch beantragen. Zum Standardtherapieprogramm werden wöchentlich Einzeltherapiegespräche zwischen 25 und 60 Minuten angeboten.

Psychotherapie in der Gruppe

Die Gruppentherapie in der Bezugsgruppe findet 3× pro Woche mit einer Gesamtdauer von 240 Minuten statt. Es gibt insgesamt vier Gruppen, wobei je zwei Bezugstherapeuten sich wechselseitig vertreten um eine kontinuierliche Betreuung zu ermöglichen.

Die Gruppentherapie ist ein fundamentaler Behandlungsbaustein der psychosozialen Suchtbehandlung. Durch die Pflege einer vertrauensvollen Atmosphäre in der Bezugsgruppe wird den Patienten der Austausch über ähnliche Erfahrungen, die der Entwicklung ihrer Alkoholabhängigkeit zugrunde liegen, möglich gemacht. Das Teilen der erlebten Folgen einer Suchterkrankung öffnet den Blick für die dem Suchtmittel innewohnende Eigendynamik der Suchtentwicklung und relativiert damit die Erfahrung von Schuld und Scham.

In der Gruppe werden die Lebensbedingungen, unter denen sich die Alkoholabhängigkeit entwickelt hat, reflektiert (Alkoholkurve), grundlegende Konflikte, welche die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung zur Folge hatten, benannt und aus diesen diagnostische Informationen und konkrete Veränderungsziele entwickelt. Persönliche Ressourcen werden zugänglich gemacht, indem der Blick auf erfolgreiche Problembewältigungen und suchtmittelfreie oder suchtmittelarme Lebensphasen gerichtet wird. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Erarbeitung von Rückfallbewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Rückfallvorbeugung (vgl. 2.7.11).

Neben diesen am Symptom orientierten Inhalten bildet die lösungsorientierte Konfliktbearbeitung aktueller Beziehungskonflikte mit Mitpatienten, Mitarbeitern oder wichtigen Bezugspersonen ein wesentliches Element der Gruppentherapie.

Außer dem Gespräch werden in der Gruppentherapie verschiedene Erlebnis aktivierende Methoden eingesetzt (u.a. Psychodrama, gruppendynamische Übungen, gestaltungstherapeutische Elemente, Ablehnungstraining).

Resilienz und Achtsamkeit

Hier werden die Patienten in 7 Einheiten (1 × pro Woche) mit dem Konzept der Resilienz vertraut gemacht. Bei der **Resilienz** handelt es sich um die seelische Widerstandskraft des Menschen und die Fähigkeit, sich von schwierigen Lebenssituationen nicht unterkriegen zu lassen und an Belastungen nicht zu zerbrechen.

- Probleme, Konflikte, Krankheiten und Schicksalsschläge werden nicht nur als negativ erlebte Belastungen gesehen, sondern vor allem als Herausforderung für die Stärkung und Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit.
- Resilienz besteht aus mehreren Fähigkeiten, die erst in ihrem Zusammenwirken ihre volle Kraft und Wirksamkeit entfalten können.
- Die Resilienzfähigkeiten sind keine erblich festgelegten Eigenschaften, sondern sie sind grundsätzlich erlernbar und anwendbar auf die unterschiedlichsten Lebenssituationen.
- Das Konzept der Resilienz orientiert sich an den persönlichen und sozialen Ressourcen des Menschen und ist eng verbunden mit Konzepten der erfolgreichen Bewältigung von Stress und kritischen Lebensereignissen („coping“), der kognitiven Verhaltenstherapie, der Lösungs- und Ressourcenorientierung und der Salutogenese.

Mithilfe von Vortragselementen, Geschichten, Diskussion, Erfahrungsaustausch und einfachen Übungen wird den Patienten die Gefährdung der eigenen Person durch die suchtypischen Verhaltensweisen bewusstgemacht und sie erfahren gleichzeitig, wie sie mithilfe der verschiedenen Resilienzfähigkeiten wieder zu sich selbst finden und konstruktiv mit ihren Problemen, Konflikten und Belastungen umgehen können.

Ergänzt wird das Konzept durch achtsamkeitsbasierte Techniken zur Rückfallvorbeugung.

Achtsamkeit bedeutet „auf eine bestimmte Weise aufmerksam zu sein: Bewusst im gegenwärtigen Augenblick und ohne zu urteilen“ (*Jon Kabat-Zinn, 1994*). Das bedeutet: die eigene momentane Lage so anzunehmen wie sie ist, anstatt mithilfe der Droge sich auf eine veränderte Befindlichkeit zu konzentrieren. „Zwischen Reiz und Reaktion liegt ein Raum. In diesem Raum liegt die Freiheit und die Möglichkeit, unsere Antwort zu wählen...“ (*Victor Frankl, 1974*). Achtsamkeitspraktiken sollen für diesen Raum sensibilisieren um z. B. automatisiertes Rückfallverhalten zu unterbrechen. So kann der Patient lernen, angesichts eines Auslösers (Triggers) für Substanzkonsum sich achtsam für ein Verhalten zu entscheiden, das die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls verhindern kann.

Die Gruppe ist insbesondere indiziert für Patienten mit Defiziten in der Selbstfürsorge und fehlenden Strategien mit Krisen umzugehen.

Umgang mit Depressionen

Der überwiegende Teil der Rehabilitanden leidet unter depressiven Symptomen. In der Diagnostik ist häufig unklar, ob zuerst die depressive Symptomatik oder die Suchterkrankung und in der Folge depressive Phasen auftraten. In der indikativen Gruppe „Umgang mit Depressionen“ werden zunächst psychoedukativ Informationen zu verschiedenen Formen einer depressiven Erkrankung vermittelt. Im weiteren Verlauf wird ein individuelles praktisches Verhaltenstraining angeboten, um depressive Abwärtsspiralen, negatives Denken und selbstschädigendes Verhalten zu stoppen. Zusammenhänge zwischen Sucht und Depressionen werden ebenso vermittelt wie mehr Sensibilität für die Früherkennung depressiver Symptome.

Therapeutisches Bogenschießen

Das therapeutische Bogenschießen (ohne Zieleinrichtung am Bogen) soll die ganzheitliche Erfahrung vermitteln, dass die Annäherung an ein Ziel und der Erfolg im Vertrauen auf die eigenen intuitiven Fähigkeiten möglich sind. Gefördert werden soll das Lösen aus der oft krampfhaften Zielorientierung und die Orientierung auf ein genussvolles Erleben des Wechsels von Spannung und Entspannung im Bewegungsablauf des Schießens.

Genusstraining

Genusstraining findet Anwendung bei verschiedenen Krankheitsbildern wie Suchterkrankungen, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Zwangserkrankungen. Mit dieser erfahrungsorientierten Vertiefungsgruppe kann dem Patienten „die Übernahme von Verantwortung für seinen persönlichen Therapieprozess verdeutlicht und erleichtert werden“ (Koppenhöfer, 2016, 8). Neben dem Aufbau von Eigenverantwortung geht es uns um die Stärkung von Autonomie und die Aktualisierung von Vorerfahrungen, wodurch den Teilnehmern eigene Ressourcen bewusstwerden sollen. Durch die Genussübungen erfahren unsere Patienten, dass sie Einfluss auf ihre Gefühle und Stimmungen nehmen können. Damit kann die Selbstwirksamkeit und Selbstwahrnehmung gestärkt werden. Die Teilnehmer können entdecken, dass in ihrem Alltag Gestaltungsspielräume gegeben sind. Wir verstehen das Genusstraining als einen wesentlichen Baustein unseres Resilienzkonzeptes. An dieser Stelle werden Menschen zur Selbstfürsorge, zum Entdecken höherer Lebenswerte und zum Setzen von Zielen angeregt und angeleitet.

Umgang mit Gefühlen

Im geschützten Rahmen einer geschlossenen therapeutischen Männergruppe wird die Fähigkeit Gefühle differenziert wahrzunehmen und zu verbalisieren gefördert. Viele Patienten haben ihre Gefühle bislang über den Konsum von Alkohol reguliert. In der indikativen Gruppe können Sie lernen, unterschiedliche Gefühle achtsam zuzulassen und mehr Sicherheit im Umgang mit Ihnen zu erreichen. Psychoedukativ wird der Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Alkoholkonsum erarbeitet. Die Teilnehmer erfahren in 5 Sitzungen die grundlegenden Gefühlsqualitäten (Freude, Trauer, Angst und Wut) in erlebnisaktivierenden Übungen. So besteht die Möglichkeit, die bisherigen Erfahrungen im Umgang mit diesen Gefühlen zu reflektieren und bei Bedarf Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

2.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen nach BORA

Ein zentrales Rehabilitationsziel ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit auch die Förderung der Teilhabe des Patienten am gesellschaftlichen Leben. Die Fachklinik Schönauf berücksichtigt daher bei der Vereinbarung individueller Rehabilitationsziele insbesondere berufsorientierte Aspekte, um dem gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung, Erwerbsminderung zu vermeiden, im besonderen Maß Rechnung zu tragen. Die entsprechenden arbeitsbezogenen Interventionen kommen hierbei mit unterschiedlichen Schwerpunkten zur Anwendung.

Ein wesentlicher Schwerpunkt ist die Überprüfung und Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten des Patienten, des allgemeinen Selbstwertgefühls und wichtiger sozialer Fähigkeiten, um ihn hiermit auch in der Entwicklung seiner Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu unterstützen. Hier ist eine besonders gute Zusammenarbeit und Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen zwischen den Fachbereichen der Ergo-/Arbeitstherapie, der Psychotherapie und der medizinischen Abteilung erforderlich.

Bei Patienten, die sich noch in einem Arbeitsverhältnis befinden, besteht ein bedeutsames Ziel darin, sich mithilfe berufsintegrierender Maßnahmen den Erhalt des Arbeitsplatzes zu sichern und die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erleichtern.

Bei arbeitslosen Patienten geht es darum, erste Schritte zu einer Wiedereingliederung ins Erwerbsleben einzuleiten. Hierzu gehören nicht nur Maßnahmen zur sozialrechtlichen Beratung und Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern auch die Unterstützung des Patienten, bereits während der stationären Entwöhnungsbehandlung nach möglichen Arbeitsstellen Ausschau zu halten und – soweit möglich – sich um ein Vorstellungsgespräch zu bemühen. Insbesondere wird auch geprüft und mit dem Patienten zusammen besprochen, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der weiterführenden Maßnahmen nach der stationären Entwöhnungsbehandlung indiziert sind.

Gesprächsgruppe „Beruf und Sucht“

Zur intensiven Auseinandersetzung mit den Zusammenhängen zwischen den beruflichen und den suchtbedingten Problemen halten wir die Teilnahme an der Gesprächsgruppe für alle Rehabilitanden, die an den verschiedenen BORA-Maßnahmen teilnehmen, für einen wichtigen Baustein, um die Wahrnehmung auf die beruflichen Ziele zu lenken und die Therapiezielplanung mit dem Rehabilitanden zu konkretisieren:

(Leitung: Sozialarbeiter/in BORA)

8 bis 10 Rehabilitanden, 1 × wöchentlich, ca. 3 Termine in den Wochen 1 bis 4; BORA-Zielgruppen 2 bis 4. (ggf. auch 1 und 5).

Gruppe zur Analyse der individuellen Zusammenhänge von Sucht und Arbeit. Fragestellungen:

- In wie weit wurde Alkohol benutzt, um die Arbeitssituation ertragen zu können?
- Wie hoch war der eigene Anspruch oder der eigene Druck, leistungsfähig zu sein?
- Welche Entlastungen in diesen Fragen braucht es, um dauerhaft „trocken“ bleiben zu können (neue/andere Arbeit, reduzierte Arbeit, neuer Sinn)?
- Wie weit sind beim jeweiligen Rehabilitanden schädliche suchtspezifische Bewältigungsstrategien für die Probleme am Arbeitsplatz schon entwickelt?
- Wie sieht das Arbeitsumfeld aus in Bezug auf den Umgang mit Alkohol (Sucht-Kultur/Verfügbarkeit von Alkohol usw.)?
- Kann eine Therapievereinbarung für eine berufliche Orientierung in der Therapie in Schönau getroffen werden?

Individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung und Entwicklung von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen

Für alle Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1 bis 5 sind eine individuelle Therapieplanung und die Entwicklung von BORA-spezifischen individuellen Therapiezielen erforderlich. Die Therapieplanung und die Zuordnung zu den einzelnen Maßnahmen erfolgt in der **Therapieplanungskonferenz (TPK)** zu den suchttherapeutischen Zielen, ggf. auch eine Korrektur der bisherigen Maßnahmenplanung. Im weiteren Verlauf erfolgt eine Überwachung und ggf. Korrektur der Maßnahmen in den Verlaufs-Fall-Besprechungen, den Tageteams und in Fallsupervisionen. Folgende Therapiemaßnahmen werden mit den Patienten individuell vereinbart und dann zugewiesen:

1. Zuweisung auf klinikeigenen Arbeitsplatz ist gemäß der TPK-Ergebnisse ggf. zu verändern (Leitung: Arbeitstherapeutin)

2. Bewerbungstraining

(Leitung: Sozialarbeiter BORA)

Inhalte: Selbstanalyse, Arbeitsmarktanalyse, Stellensuche, Bewerbungsunterlagen, Vorbereitung zum Vorstellungsgespräch, Einstellungstests, Erstattung der Bewerbungskosten, Arbeitsrecht, Kündigungsschutz.

3. Berufsbezogene Therapiegruppe:

ab 5. Woche. 8 bis 10 TN, wöchentliche Termine, BORA-Zielgruppen 2 und 3.

(Leitung: Suchttherapeut/Psychologischer Psychotherapeut)

Inhalte:

- Motivierungsarbeit zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- Psychoedukation für die Bewältigung von arbeitsplatzbezogenen Ängsten,
- Erarbeitung einer suchtmittelfreien Emotionsbewältigung,
- Bewältigung bisheriger Erfahrungen im Beruf,
- Erarbeiten von Sozialkompetenz im Beruf,
- Erarbeiten von konstruktiven Stressbewältigungsstrategien für den Beruf,
- Arbeit an neuen inneren Einstellungen und Fähigkeiten zu Kommunikation und Konfliktbewältigung,
- Erarbeiten einer neuen Lebensperspektive, die es wert ist, dafür abstinenz zu bleiben.

4. Einzelbegleitung/Case Management:

Inhalte: (Leitung: Sozialarbeiter BORA)

- berufsbezogenes Einzelcoaching zur Perspektivenklärung,
- Erarbeiten von beruflichen Stärken, Begabungen, Fähigkeiten, Wecken von Lebensmut und Zuversicht für zukünftige berufliche Tätigkeit
- konkrete Schritte für den zukünftigen beruflichen Weg planen und vorbereiten.
- einen beruflichen Neuanfang vorbereiten
- Hilfen beim Umgang mit (Sozial-)Ämtern und sozialen Diensten,
- Unterstützung bei der Bewerbung und Stellensuche,
- Begleitung zu Arbeitgebern und Ausbildungsstellen,
- fallbezogene Kooperation mit der Arbeitsverwaltung, mit Sozialämtern, Suchtberatungsstellen, Firmen, Rentenversicherung.
- Fragen zu Arbeitsvertragsauflösungen und Formen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

5. Berufsspezifische Vorträge:

(Leitung: Sozialarbeiter BORA/Arzt)

Vorträge zu Fragen eines erfolgreichen Berufslebens: Zusammenhänge von Sucht und Beruf, Persönlichkeitsmerkmale im Kontext von Sucht und Beruf, Sozialkompetenz im Beruf, konstruktiver Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen; Selbstmanagement, Leistung und Entspannung; Burn-Out; Alkoholsucht vs. Arbeitssucht

6. Arbeitsbezogene individuelle Sozialberatung

(Leitung: Sozialarbeiter BORA) Sozialrechtliche Beratung zu den beruflichen Perspektiven bzw. eine Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Empfehlung beruflsfördernder Maßnahmen nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung. Bei entsprechender Indikation wird diese klinikinterne Beratung ergänzt durch eine Reha-Beratung, die von dem Reha-Berater der DRV Schwaben durchgeführt wird.

(Standard BORA-Zielgruppe 3 bis 4; ggf. auch 2 und 5):

Inhalte: wirtschaftliche Sicherung, Termine mit Arbeitsberatern und Firmen, allgemeine Berufsberatung.

7. Interne Belastungserprobung

(BORA-Zielgruppe 1 bis 5 bei individueller Notwendigkeit und Motivation)

(Leitung: Arbeits-/Ergotherapeutin)

Inhalte: AT-Projekte im Haus: Renovierungsarbeiten, Gartenprojekte, Innenraumgestaltung, Verkaufsprojekte bei Bazaren, u. a.

8. Externe Belastungserprobung

(Standard BORA-Zielgruppe 3 bis 4, bei ausreichender Motivation; ggf. auch 2 und 5):

(Leitung: Sozialarbeiter BORA)

Arbeitspraktika in Betrieben der Umgebung: z. B. Firma Liebherr; Erfahrungsmöglichkeit unter realistischen Arbeitsbedingungen in einer externen Firma, Einblick in neue oder bekannte Berufsfelder, Erweiterung von Berufsperspektiven, Belastungserprobung von Grundarbeitsfähigkeiten, variable Zeiten vom Schnuppertag bis zum 2-wöchigen Berufspraktikum parallel zum sonstigen Therapieprogramm

9. Kunsttherapie

(BORA-Zielgruppe 1 bis 5):

(Leitung: Kunsttherapeutin)

Die Kunsttherapie fördert eine bewusste Wahrnehmung und Wertschätzung der eigenen Ausdrucksfähigkeit und dient der Entwicklung des zwar vorhandenen, oft jedoch nicht mehr zugänglichen kreativen Potenzials. Ein bewusst nicht leistungsbezogener Umgang sowie ein in erster Linie zweckfreies Arbeiten mit unterschiedlichen Materialien und Techniken vermitteln neue Erfahrungen und helfen, Widerstände vor gestalterischer Arbeit abzubauen. Nicht Perfektion steht im Vordergrund, sondern das Kennenlernen und Vertrautwerden mit unterschiedlichen, vom Medium Sprache unabhängigen, Ausdrucks- und Gestaltungsmöglichkeiten.

Die kreative Gruppenarbeit gibt daneben zahlreiche Anregungen für eine individuelle, aktive Freizeitgestaltung und fördert die soziale Kompetenz und Integration.

10. Psychotherapeutisches Gespräch mit Betriebsangehörigen und Rehabilitanden

(BORA-Zielgruppe 2 bei individuellem Bedarf)

(Verantwortlich: Psycho- oder Suchttherapeut)

Im Einzelfall werden Vorgesetzte oder Kollegen in die Klinik eingeladen, um hier zusammen mit dem Bezugstherapeuten und Patienten ein gemeinsames Gespräch zu führen und eine Klärung der bestehenden Probleme am Arbeitsplatz zu erreichen.

Individuelle Beratung für Patienten und Betriebsangehörige/ bzw. betriebliche Suchtberater über co-abhängige Strukturen, durch die Sucht entstandene Arbeitskonflikte, den Umgang mit Rückfällen und möglichen Arbeits-Vereinbarungen, Probleme der Krankheitsbewältigung, Klärung des beruflichen Wiedereinstiegs oder einer möglichen stufenweisen Wiedereingliederung, Erarbeitung von Problemlösungsstrategien.

11. Beratung zur Kraftfahreignung („Führerscheinberatung“)

Für Chancen auf dem heutigen Arbeitsmarkt ist Mobilität wichtig. Entsprechend ist die fehlende Fahrerlaubnis ein Handicap für die Erhaltung des Arbeitsplatzes und bei der Stellensuche.

Die Führerscheinberatung ist daher eine wichtige Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und Realisierung wichtiger sozialer Kontakte. Das Angebot (im Rahmen der Sozialberatung) vermittelt die erforderlichen Informationen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung, erklärt die Abläufe der Fahrerlaubniserteilung und erörtert die Überbrückungsmöglichkeiten.

Die Beratung wird in der Regel in einer Kleingruppe durchgeführt, bei Bedarf ist auch eine Beratung in Form eines Einzelgesprächs möglich.

12. Ergotherapie

Auf der Grundlage der ICF orientieren wir uns bei den Rehabilitationszielen an den individuellen Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und –strukturen, der Aktivitäten im alltäglichen Leben und der Teilhabe des einzelnen Patienten.

Eingeschränkte Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art sollen durch entsprechende Behandlungsmodule verbessert werden, sodass der Patient die größtmögliche Selbständigkeit im Alltags- und Berufsleben erreichen kann. Hierzu werden vorwiegend die **Projektgruppen** Holzarbeiten, Speckstein, Peddigrohr und Seidenmalen als indikative Gruppen angeboten.

2.7.6 Sport- und Bewegungstherapie und Entspannungstraining

Die Sport- und Bewegungstherapie ist ein bewegungstherapeutisches Angebot während des Aufenthaltes in der Fachklinik.

Die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und das Erleben einer positiven Bewegungserfahrung soll im Rahmen des Standardtherapieprogrammes erreicht werden. Der Patient ist daher verpflichtet, an einer der folgenden Behandlungsmodulen teilzunehmen.

- Zirkeltraining
- Entspannungsgymnastik
- Freizeitsport

Zusätzlich zum Standardtherapieprogramm können die Patienten indikativ an weiteren Maßnahmen teilnehmen bei denen der Schwerpunkt auf den Aufbau eines körperlichen aktiven Lebensstils, Freude an der Bewegung in der Gemeinschaft und eine positive, nachhaltig umsetzbare Bewegungserfahrung liegt.

- Wirbelsäulengymnastik verbunden mit einem Rückenschulprogramm und einem Vortrag
- Wassergymnastik
- im Sommer:
- Nordic-walking
- Fahrradtouren
- Wanderungen
- im Winter:
- Schneeschuhwanderung
- Langlaufkurse

Als Ergänzung finden, nach Absprache mit den Patienten, folgende unterschiedliche Workshops statt in denen Stärkung des Selbstvertrauens, der achtsame Umgang mit dem eigenen Körper und die Verbesserung der Konzentration und Aufnahmefähigkeit im Vordergrund steht:

- Moving-stick
- Massagekurs
- Gehirnjogging mit Bewegung

Je nach Indikation und kann der Patient im Behandlungsverlauf auch andere Angebote wahrnehmen.

Die Einteilung in die für den Patienten geeignete Gruppe erfolgt durch die Sporttherapeutin innerhalb der ersten Behandlungswoche nach dem Einzelgespräch mit dem neu aufgenommenen Patienten.

Je nach Indikation oder an den individuellen Bedürfnissen angepasst, kann der Patient im Behandlungsverlauf auch ein anderes Angebot wahrnehmen. Die Entscheidung trifft jeweils die Sporttherapeutin zusammen mit dem Patienten.

Eine Befreiung von der Sport- und Bewegungstherapie aus medizinischen Gründen erfolgt durch den leitenden Arzt.

Entspannungstraining

Entspannungstraining betrachten wir im Zusammenhang mit gesteigerter Selbstwahrnehmung als wesentlichen Baustein von Rückfallvorbeugung. Es erfolgt in der Fachklinik Schönau.

- 1. **Achtsamkeitsbasierte Entspannungstherapie** zielt nicht auf Symptomreduktion, sondern auf die Veränderung des Verhältnisses des Patienten zu seinen Symptomen. Es geht darum, innere Abläufe (z. B. Craving) nicht zu bezwingen, sondern zu erleben (auch ihre spontane Veränderlichkeit). Dem Drang nicht nachgeben führt zu einer Schwächung der Suchtkonditionierung und zur Stärkung von Akzeptanz und Selbstwirksamkeitserwartung. Der langfristige Nutzen von Achtsamkeit ist es, automatisierte Abläufe (die zu Lapse/Relapse führen) möglichst frühzeitig bewusst wahrzunehmen und aus ihnen aussteigen zu können. Der begleitende Effekt ist die körperliche und geistige Entspannung durch die Reizreduktion und die wertfreie Fokussierung auf die momentanen Sinneswahrnehmungen. Die Patienten werden zwei Mal pro Woche mit Achtsamkeitsübungen angeleitet.
- 2. Die **progressive Muskelentspannung** (oder progressive Muskelrelaxation, PMR) ist ein Verfahren, bei dem die wichtigsten Muskelgruppen der Skelettmuskulatur nacheinander angespannt und wieder entspannt werden. Das Verfahren zielt darauf ab, Spannungsgefühle abzubauen, den wahrgenommenen Stress zu reduzieren und ein Gefühl der Entspannung herbeizuführen. PMR soll die Erregung des autonomen und des zentralen Nervensystems verringern und die Aktivität des Parasympathikus steigern.
- 3. Das **Autogene Training (AT)** ist ein auf Autosuggestion basierendes Entspannungsverfahren. Für den Suchtbereich ist AT besonders interessant, weil es den Patienten helfen kann, aus sich selbst heraus und ohne Fremdhilfe Kräfte zu entwickeln, die sie selbstsicherer machen und die ihre Selbstwirksamkeit deutlich erhöhen.

Die Entspannungsverfahren PMR und autogenes Training werden während der Rehabilitation durchgehend im Wechsel angeboten, damit die Rehabilitanden beide Verfahren kennenlernen können.

2.7.7 Freizeitangebote

Für viele Patienten sind im Laufe der Entwicklung ihrer Alkoholabhängigkeit die persönlichen Interessen, Hobbys und alkoholfreien Freizeitaktivitäten immer mehr in den Hintergrund gerückt oder sogar völlig verloren gegangen. Die Suche nach einer befriedigenden Freizeitgestaltung halten wir daher für einen ganz wesentlichen Baustein der Gesamtbehandlung, da durch die Zunahme einer größeren Lebenszufriedenheit auch die Gefahr eines Rückfalls vermindert wird. Im Rahmen von verpflichtenden therapeutischen Maßnahmen erhält der Patient Anregungen für eine geeignete Freizeitgestaltung. Er wird aber auch angeregt und ermuntert, in seiner Freizeit eigenständig und selbstverantwortlich tätig zu werden.

Therapeutische Maßnahmen

Möglichkeiten einer sinnvollen Freizeitgestaltung können im Rahmen verschiedener therapeutischer Maßnahmen erlebt und neu ausprobiert werden, z. B.

- sportliche Aktivitäten im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie
- kreative Aktivitäten im Rahmen der Ergotherapie
- Thematisierung der Freizeitgestaltung in der Einzel- und Gruppentherapie
- Entspannungs- und Regenerationsmöglichkeiten im Rahmen des Entspannungstrainings

Kegeln

In den ersten 6 Behandlungswochen nehmen die Patienten am Kegeln teil. Auch hier sollen sie in ihrer sozialen Kommunikation und Interaktion gefördert und zu Freizeitaktivitäten angeregt werden.

Gruppenausflug mit Bezugstherapeut

In unregelmäßigen Abständen unternimmt der Bezugstherapeut mit den Patienten seiner Gruppe einen Ausflug in die nähere Umgebung. Ziel ist hier die Förderung der sozialen Kommunikation und Interaktion sowie die Anregung zu Freizeitaktivitäten.

Eigenständige Freizeitgestaltung

Vor allem abends und am Wochenende hat der Patient genügend Freiraum, eigenverantwortlich und eigenständig seine freie Zeit entsprechend der eigenen Bedürfnisse und Möglichkeiten zu gestalten, ob alleine, mit einem Mitpatienten zusammen oder in der Gruppe. Hierzu werden unseren Patienten vielfältige Freizeitangebote zur Verfügung gestellt wie z. B. die Kegelbahn, Schwimmbad und Sauna, Sporthalle, Internetcafe, Bocciabahn, Fahrradverleih, Raum für kreatives Gestalten, Buchverleih, TV-Raum, Cafeteria.

Weitere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung ergeben sich je nach Interesse und Eigeninitiative der Patienten, wie z. B. Veranstaltung von Spiel-Festen, Tischtennis- oder Kegeltournieren, der Besuch kultureller Veranstaltungen, Ausflüge in die Umgebung mit dem Klinikbus (über Fahrdienst organisiert), usw.

2.7.8 Sozialdienst

Integraler Bestandteil der Gesamtbehandlung sind begleitende Hilfen für den Patienten in seinem sozialen Umfeld sowie die Erarbeitung von Perspektiven, die den Patienten in seiner Selbständigkeit fördern und ihm Teilhabemöglichkeiten erschließen. Hierzu gehören die sozialrechtliche Beratung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Beratung zur wirtschaftlichen Sicherung, Vorbereitung auf die Nachsorge und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen sowie die Vermittlung in eine Adaptionseinrichtung oder ein betreutes Wohnen (siehe auch 2.3 Rehabilitationsziele und 2.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation).

Die erforderlichen Maßnahmen des Sozialdienstes werden für den Patienten durch eine Sozialpädagogin im Haus im Rahmen einer Sprechstunde angeboten (vgl. arbeitsbezogene Maßnahmen).

2.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung

Gesundheitsbewusste Lebensgestaltung zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte Entwöhnungsbehandlung und wird deswegen bei den verschiedenen therapeutischen Maßnahmen, vor allem aber im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Vorträge und der Maßnahmen zur Nichtraucher motivation regelmäßig zum Thema gemacht.

Darüber hinaus ist sich die Fachklinik Schöna u ihrer Verantwortung für Umwelt und Natur bewusst. Dies bedeutet einen schonungsvollen Umgang mit natürlichen Ressourcen und einen pfleglichen Umgang mit der unmittelbaren Umwelt der Klinik. Das ökologisch bewusste Verhalten der Patienten wird durch geeignete Maßnahmen, z. B. Information der Patienten zur richtigen Abfalltrennung und über richtiges Heizen und Lüften gefördert.

Vortrag

Die Vorträge mit Diskussion beziehen sich auf alle Fragen der Alkoholismus-Behandlung. Mithilfe von Fallbeispielen soll der Patient nicht nur ein Grundwissen über Sucht und Alkoholabhängigkeit erwerben, sondern vor allem auch Hinweise und Denkanstöße für das Erkennen der eigenen Problematik und die Planung für eine neue Lebensgestaltung bekommen.

Kurz und verständlich werden durch den leitenden Arzt auch medizinisches Wissen und Zusammenhänge mit Suchterkrankungen vermittelt. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für verschiedene Möglichkeiten gesundheitsfördernder Maßnahmen und die Vermeidung krankmachenden Verhaltens werden gemeinsam erarbeitet.

Patientenvortrag

Patienten halten in wohlwollender Atmosphäre für die Gemeinschaft suchtbezogene Kurzreferate zur Vertiefung eigenen Wissens und zur Wissensvermittlung an die Gemeinschaft. Daneben wird eine Stärkung der Ich-Funktionen und eine Förderung von sozialen Kompetenzen erzielt. Die Patientenvorträge werden vom leitenden Arzt im Wechsel mit Bezugstherapeuten moderiert und durch eigene Beiträge ergänzt.

Nichtrauchermotivation

Dieses Programm basiert auf der Grundlage verhaltenstherapeutischer Methoden. Es ist von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München entwickelt und überarbeitet worden. Die Qualität wurde durch wissenschaftliche Evaluation abgesichert.

Im Kurs werden drei Phasen durchlaufen:

Verhaltens-/Selbstbeobachtung – Verändern – Stabilisieren.

Eine Kombination mit der Anwendung von Präparaten zum Ersatz von Nikotin kann bei entsprechender medizinischer Indikation zu einer weiteren Verbesserung des Behandlungserfolges führen. Daher bieten wir hierzu eine ärztliche Beratung und Begleitung für die Anwendung von Nikotinersatzpräparaten.

Ernährungsberatung

Im Rahmen eines monatlich stattfindenden Vortrags zum Thema „Gesunde Ernährung“ werden die folgenden Themen besprochen und diskutiert:

- Was versteht man unter gesunder Ernährung?
- Welche Bedeutung hat das Körpergewicht (Über-/Untergewicht) für die Gesundheit?
- Welchen Stellenwert hat eine geeignete Esskultur?
- Was sind alkoholfreie Getränke und in welchen Lebensmitteln, Getränken und Medikamenten ist möglicherweise (versteckt) Alkohol enthalten?

Im Anschluss an den Vortrag, der von einer Diätassistentin gehalten wird, gibt es die Möglichkeit für jeden Patienten zur individuellen Ernährungsberatung.

Auch im Rahmen des Arztvortrages werden Themen zur gesunden Ernährung besprochen. In der medizinischen Abteilung erhält der Patient bei Bedarf eine persönliche und individuelle Ernährungsberatung.

2.7.10 Angehörigenarbeit

Angehörigenseminar

Zum vierteljährlich angebotenen Angehörigenseminar werden insbesondere die Ehefrau oder Lebenspartner/in, aber auch andere relevante Bezugspersonen des Patienten aus allen 4 Bezugsgruppen eingeladen. Das 1-tägige Seminar bietet den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit,

- sich mit den Belastungen auseinanderzusetzen, die für die Beziehung infolge der Alkoholabhängigkeit entstanden sind.
- gemeinsame Erfahrungen auszutauschen.
- wichtige Fragen des zukünftigen Umgangs miteinander und in Bezug auf eine abstinente Lebensweise zu klären.

Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch

Unabhängig vom Angehörigenseminar finden bei Bedarf Gespräche mit der Partnerin des Patienten oder anderen relevanten Bezugspersonen statt. Diese werden individuell zwischen dem einzelnen Patienten und dessen Bezugstherapeuten vereinbart. Hierzu gehört auch das Gespräch des Bezugstherapeuten mit dem Angehörigen, der den Patienten am Aufnahmetag in die Fachklinik Schönau begleitet.

2.7.11 Rückfallkonzept

Der Rückfall eines Patienten während der Behandlung stellt für alle Beteiligten – den Patienten, dessen Angehörige und die behandelnden Mitarbeiter – eine Krise dar. Um Patienten und Mitarbeitern in dieser Situation eine Orientierung zu bieten, haben wir in Anlehnung an das Rückfallkonzept von Lindenmeyer (1999) ein klinikinternes **Rückfallprogramm** entwickelt, das sich in der Praxis gut bewährt hat. In unserem Vorgehen setzen wir die folgenden Schwerpunkte:

- Falls eine akute Alkoholintoxikation besteht, wird der Patient dem Arzt vorgestellt. Dieser entscheidet über die erforderlichen medizinischen Maßnahmen und die Notwendigkeit einer Verlegung in ein Akutkrankenhaus.
- Nach der Ausnüchterung findet ein Gespräch mit dem Bezugstherapeuten statt, das in erster Linie dazu dient, den Patienten zu stabilisieren, ihn mit dem weiteren Vorgehen vertraut zu machen und ihn an die von ihm erwartete Rückfallanalyse heranzuführen. Außerdem wird vereinbart, in welcher Form die Mitpatienten über den Rückfall informiert werden sollen.
- Nachdem die stabilisierenden Maßnahmen wirksam geworden sind, wird mit dem Patienten eine ausführliche Rückfallanalyse durchgeführt, um Erkenntnisse über die Entwicklung und Ursachen des Rückfalls gewinnen zu können.

Wenn es gelingt, auf dem Hintergrund der neuen Einsichten gemeinsam mit dem Patienten eine Anpassung der bisherigen Therapieziele vorzunehmen, sind die Voraussetzungen für eine sinnvolle Fortsetzung der Behandlung gegeben.

Um einem Rückfall vorzubeugen und einen möglichen Rückfall früh aufzudecken, werden **Suchtmittelkontrollen** (Alcomattest, Etg-Bestimmung im Urin) stichprobenartig zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einzelnen Patienten (oder ggf. auch bei allen) durchgeführt, nach Heimfahrten, Einkaufsfahrten, auswärtigen Arztbesuchen oder Ausflügen immer und unmittelbar bei Rückkehr. Weiterer Bestandteil ist die Zimmerkontrolle, die in Verbindung mit einem Alcomattest ebenfalls stichprobenartig in unregelmäßigen zeitlichen Abständen oder im Verdachtsfall durchgeführt wird. Indikativ werden bei Aufnahme und im Verlauf mehrfache Screenings nach Drogen oder Medikamenten durchgeführt.

Die Rückfallgefährdung und der konstruktive Umgang mit einem erfolgten Rückfall werden als ein zentrales Thema in der Bezugsgruppe, in den Einzelgesprächen und im Vortrag mit den Patienten besprochen.

Therapieziele sind die Einsicht in die Funktionalität des Problemverhaltens, die bewusste Entscheidung zur Abstinenz, der Erwerb von kurz- und mittelfristigen Bewältigungsstrategien für das Erreichen und die Erhaltung der Abstinenz und die Vermittlung eines enttabuisierenden Rückfallmodells.

Themen sind u. a. die Identifikation von Risikofaktoren bei der Abstinenzbeendigung, ein möglicherweise immer noch vorhandener Wunsch nach kontrolliertem Trinken, mangelnde Kompetenzen bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz, Störungen des seelischen Gleichgewichts, soziale Verführung und Verhaltensstrategien bei einem Rückfall.

2.7.12 Pflege

Stellenziele des Krankenpflegepersonals sind die Durchführung des Pflegedienstes, die Betreuung der Patienten entsprechend dem Therapiekonzept, enge Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam und die Übernahme von Wochenend-, Feiertags- und Nachtdiensten.

Konkrete **Aufgaben** sind u. a. die Durchführung der üblichen pflegerischen Tätigkeiten einschließlich der Erstellung der Dokumentation, die Medikamentenverwaltung, die Organisation externer Arzttermine, die Auswertung von Fragebögen und Führung von Listen, die den Pflegedienst betreffen, sowie die Teilnahme an Fachbereichsbesprechungen und an der Supervision, den täglichen Teamsitzungen einschließlich der Therapieplanungsbesprechung und an der wöchentlich stattfindenden Hausversammlung.

2.7.13 Weitere Leistungen

Hausversammlung

Die von einem Therapeuten und Patienten gemeinsam moderierte Hausversammlung beinhaltet alle Fragen der allgemeinen Therapieorganisation, insbesondere

- die Vorstellung der neu aufgenommenen Patienten
- die Verabschiedung der Entlassungspatienten
- Informationen des Behandlungsteams
- Fragen, Kritik, Wünsche und Anregungen der Patienten
- Positive Rückmeldungen: Was läuft gut zurzeit, was hat sich seit der letzten Hausversammlung positiv verändert, was konnte geklärt werden?

In dieser gemeinsamen Veranstaltung, die 1 × pro Woche durchgeführt wird, sehen wir eine gute Möglichkeit, wesentliche Behandlungsprinzipien für alle Patienten zu vermitteln und erlebbar zu machen.

Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Wir legen großen Wert darauf, unseren Patienten immer wieder zu vermitteln, dass die psychische Entwöhnung vom Alkohol und die Neugestaltung des Lebens ohne Alkohol mit der stationären Entwöhnungsbehandlung nicht zu Ende ist. Wer weiter an sich arbeiten möchte, braucht Verständnis und Unterstützung, aber auch wohlwollende kritische Rückmeldung durch seine Mitmenschen. Diese Art der Hilfe findet er vor allem in den verschiedenen Sucht-Selbsthilfegruppen.

Es gehört daher zum Pflichtprogramm des Patienten, während der stationären Behandlung mindestens 4 x an einer Selbsthilfegruppe in den umliegenden Städten teilzunehmen.

Falls der Patient zu Hause noch keiner Selbsthilfegruppe angehört, wird ihm dringend geraten, bereits im Rahmen einer Heimfahrt Kontakt zu einer örtlichen Selbsthilfegruppe aufzunehmen.

2.7.14 Entlass-Management

Beendigungskriterien

Wie bereits beschrieben (2.4 Rehabilitationsdauer) kann die geplante und vom Leistungsträger genehmigte Behandlungsdauer individuell verkürzt oder verlängert werden. Entscheidendes Kriterium ist die Frage, inwieweit die zentralen Therapieziele erreicht werden konnten. Dabei ist auch die Einhaltung des Behandlungstagebudgets des Leistungsträgers zu berücksichtigen.

Die Initiative für eine Verkürzung oder Verlängerung der geplanten Behandlungsdauer kann sowohl vom Patienten als auch vom Bezugstherapeuten des Patienten und vom leitenden Arzt ergriffen werden. Im gemeinsamen Gespräch wird versucht, einen Konsens zu finden. Die letzte Entscheidung über die Behandlungsbeendigung trifft der Arzt.

Bei wiederholten oder schwerwiegenden Regelverstößen (z. B. Androhung oder Anwendung von Gewalt, Konsum von Alkohol, Drogen oder nicht genehmigten Medikamenten) wird der Patient disziplinarisch entlassen, falls bei dem Patienten keine ernsthafte Veränderungsbereitschaft erkennbar ist.

Vorbereitung auf die Entlassung und Entlassungsuntersuchung

In der Regel finden in der Woche vor der Entlassung des Patienten die Entlassungsuntersuchung und das Abschlussgespräch statt. Hier besprechen der Arzt, der Bezugstherapeut und der Arbeitstherapeut jeweils mit dem Patienten zusammen die folgenden Inhalte:

- Therapieerfolge und positive Veränderungen
- noch bestehende, behandlungsbedürftige Probleme, Störungen, Defizite und Krankheiten
- bestehende Ressourcen

Nachsorgeleistungen und weitere Maßnahmen

Auf der Grundlage der Schlussdiagnostik und der Ergebnisse des Abschlussgesprächs werden mit dem Patienten zusammen die erforderlichen Nachsorgemaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Hierzu gehören solche Maßnahmen wie:

- die Einleitung einer Adaptionsbehandlung in einer externen Adaptionseinrichtung
- die Beantragung einer ambulanten Rehabilitation im Sinne der Nachsorge
- die Einleitung anderer Reha- und Nachsorgemaßnahmen (z. B. Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
- die Organisation des Anschlusses an eine örtliche Selbsthilfegruppe
- die Weiterführung einer begonnenen klinischen Sozialarbeit (z. B. Schuldner-Beratungsstelle am Heimatort)
- Durchführung einer ambulanten Psychotherapie

Zeitnahe Erstellung und Versendung des Entlassungsberichts

Die Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts unter der Verantwortung des leitenden Arztes und die Versendung durch die Verwaltung sind so organisiert, dass dieser innerhalb von maximal 14 Tagen nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung dem Rentenversicherungsträger vorliegt.

3. Personelle Ausstattung

Die Fachklinik Schönau verfügt über ein qualifiziertes interdisziplinäres Team, der Personalschlüssel und die Qualifikation der Mitarbeiter entsprechen den Anforderungen der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“.

Zum Behandlungsteam gehören alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter: der leitende Arzt und der therapeutische Klinikleiter, bzw. Stellvertreter, fünf Bezugstherapeuten (davon eine approbierter Psychologischer Psychotherapeut sowie stellvertretender Therapieleiter und drei Sozialpädagogen (Dipl., BA.) mit suchtttherapeutischer Zusatzausbildung und eine BORA-beauftragte Sozialarbeiterin), ein Arbeits-Ergotherapeut, eine Kunsttherapeutin, vier Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger sowie eine Sporttherapeutin.

Die Vertretungsregelung erfolgt durchgängig im Tandem-System, d. h. je zwei Mitarbeiter aus demselben Arbeitsbereich vertreten sich wechselseitig.

Zum Gesamtteam gehören zusätzlich noch die Mitarbeiterinnen in der Verwaltung, in der Hauswirtschaft, ein Hausmeister, Fahrdienste und Reinigungskräfte.

4. Räumliche Gegebenheiten

Die Unterbringung erfolgt in Doppelzimmern und 3 Einzelzimmern für Patienten mit Hund.

Jede Therapiegruppe findet in ihrem eigenen Gruppenraum statt. Die Fachklinik Schönauf hat darüber hinaus einen Vortragsraum für alle Patienten, Behandlungsräume des medizinischen und therapeutischen Bereiches, einen Teambesprechungsraum und eine Verwaltungsabteilung.

Die Einrichtung verfügt über eine eigene Sauna mit Ruheraum, ein Schwimmbad, eine Kegelbahn, Turnhalle mit Fitnessgeräten und eine Kreativwerkstatt, PC-Raum, Wintergarten, Fernsehräume, kostenfreien PC-Zugang/WLAN und Telefon.

Die Außenanlagen bieten mit Bocciabahn, Grillplatz, Pflanzgarten und Tiergehege viele Möglichkeiten der Freizeitgestaltung.

An der Klinik vorbei führen attraktive Radwege, Wanderwege und Loipen. Geeignete Fahrräder, Walking-, Langlaufausrüstungen und Schneeschuhe hierfür sind vorhanden.

5. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Schönauf ist Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe („Buss“) sowie Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (deQus).

Ferner ist die Fachklinik Mitglied im Arbeitskreis bayerischer Fachkliniken (AKB), in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Lindau, im AK Sucht Kempten sowie im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Memmingen / Unterallgäu.

Die enge Zusammenarbeit und Kooperation mit Beratungsstellen, Krankenhäusern, Ärzten, Reha-Beratern und anderen relevanten Personen und Institutionen dient dem Ziel, eine möglichst optimale Behandlung des Patienten und reibungslose Übergänge an den Schnittstellen zu ermöglichen.

Der medizinische Bereich ermöglicht in enger Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten, einem Laborinstitut und umliegenden Kliniken die differenzierte Behandlung aller körperlichen Begleit- und Folgekrankheiten.

Bei Bedarf werden Patienten in entsprechende Nachsorge- und Adaptionseinrichtungen vermittelt.

Wichtig ist uns auch der ständige Kontakt mit Freundeskreisen und anderen Selbsthilfegruppen, um dem Patienten zu verdeutlichen, dass die Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Alkoholabhängigkeit auch nach der Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung weitergehen muss.

6. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Da wir großes Interesse daran haben, die Qualität der von uns erbrachten Leistungen zu sichern und weiter zu entwickeln, beteiligen wir uns an den folgenden **Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung**:

- Rehabilitandenbefragung
- Peer Review
- KTL Dokumentation
- ETM Auswertung
- Auswertung zu Reha-Therapiestandards
- Erhebung der Rehabilitandenstruktur
- Katamneseerhebung
- Visitation
- Strukturhebung

Im Zusammenspiel mit diesen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung bildet das interne Qualitätsmanagement der Fachklinik Schönau nach § 20 Abs. 2 a SGB IX die Voraussetzung und Grundlage für eine effektive Qualitätssicherung und -verbesserung. Wir sehen es als eine zentrale Aufgabe und Herausforderung an, durch einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess die Entwicklung der Klinik als Ganzes und die Behandlung unserer Patienten auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse, klinischer Erfahrungen, gesetzlicher Bestimmungen und struktureller Anforderungen der Leistungsträger zu halten.

Bereits im Jahr 2001 hat die Fachklinik Schönau begonnen, gemäß dem Konzept der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus) vom 01. September 2000 ein anerkanntes einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Seit dem 22. Juli 2018 ist die Fachklinik Schönau nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert, wobei auch der Nachweis erbracht wurde, dass die Anforderungen der BAR und DeQus erfüllt sind.

7. Dokumentation

Alle Mitarbeiter der AWO Fachklinik Schönau sind verpflichtet, mit allen erfassten verarbeiteten und gespeicherten Daten nach den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) umzugehen.

Der Reha-Entlass-Bericht orientiert sich am Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Darüber hinaus werden nur dem Rehabilitationsprozess dienende Daten erhoben, datenschutzsicher gespeichert und geregelt vernichtet.

Dazu gehören Anamnesebögen, Team- und Einzeltherapieprotokolle, Untersuchungsergebnisse, Therapieplanungs- und Verlaufsprotokolle, Vor- und Abschlussbefunde, etc.

8. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Klinikleitung trägt die Gesamtverantwortung für die Einrichtung gegenüber dem Einrichtungs- und Leistungsträger. Sie ist zuständig für die Budgetplanung der Klinik, für alle Verwaltungstätigkeiten und für die Dienstaufsicht über alle Mitarbeiter. Die Klinikleitung setzt sich zusammen aus einer ärztlichen, einer therapeutischen und einer Verwaltungsleitung.

Der ärztliche Leiter trägt die Gesamtverantwortung für alle medizinischen und therapeutischen Teilprozesse der Klinik. Er ist verantwortlich für die Ausarbeitung der allgemeinen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungspläne.

Die Teamsitzungen des Behandlungsteams finden täglich von 08.00 – 08.25 Uhr statt.

Zu den wesentlichen Inhalten der Teamsitzungen gehören

- die Besprechung und Klärung von Alltagsfragen und –problemen (organisatorische Probleme, Fragen zur Behandlung des Patienten, Ausnahmeregelungen, u.ä.),
- Verbesserungsvorschläge,
- Diskussion grundsätzlicher Probleme und anstehender Veränderungen.

In der Therapieplanungskonferenz, die je nach Bedarf 1 bis 2-mal pro Woche stattfindet, werden die folgenden Themen besprochen:

- Zusammenschau der verschiedenen Informationen und diagnostischen Ergebnisse
- Abstimmung der Therapieplanung
- Zuweisung bzw. Planung der Zuweisung des Patienten in halboffene und geschlossene indikative Gruppen

Ergänzt wird die Therapieplanungskonferenz durch eine Therapieverlaufsbesprechung, die 1 × pro Woche stattfindet.

In den monatlichen Fachbereichsbesprechungen werden in erster Linie solche Fragen und Probleme besprochen, die unmittelbar den jeweiligen Fachbereich betreffen. Aber auch Schnittstellenprobleme sollen thematisiert und bei Bedarf über die Klinikleitung in die anderen Arbeitsgruppen weitergegeben werden.

9. Notfallmanagement

Die Notfallversorgung ist gewährleistet durch die ständige Präsenz des medizinisch-therapeutischen Personals und die gute Anbindung an das externe medizinische Versorgungssystem.

Im Falle des Auftretens einer ernsthaften akuten Erkrankung erfolgt eine sofortige Überweisung zum Hausarzt oder die Einweisung in das Lindenberger Krankenhaus.

Im Tagdienst sind überwiegend examinierte Pflegekräfte und der Arzt anwesend, teilweise auch nur therapeutisches Personal. Der Nachtdienst wird ausschließlich durch Pflegepersonal durchgeführt.

Die Übergabe zwischen den Schichten erfolgt sowohl am Abend als auch am Morgen im persönlichen Gespräch mit einer Dauer von mindestens 15 Minuten.

Auf die Durchführung präventiver Maßnahmen wird großer Wert gelegt. Hierzu zählen:

- mindestens 1 × pro Jahr Schulung zur Ersten Hilfe und Reanimation
- die regelmäßige Kontrolle der Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften und Regeln zum vorbeugenden Brandschutz
- die Kontrolle der Einhaltung von Hygieneplänen
- alle Maßnahmen des Sicherheits- und Risikomanagements inkl. Vorhalten von Ersthelfern für medizinische Notfälle und Brandschutz

Das für das Notfallmanagement erforderliche Material (z. B. das Notfall-Handbuch, das Formular „Verhalten im Notfall“, Fluchtpläne, Notfallkoffer, Erste-Hilfe-Kästen, Feuerlöschgeräte, usw.) ist in allen relevanten Bereichen vorhanden und jederzeit einsetzbar. Die im Notfallkoffer enthaltene Notfallausrüstung wird alle 6 Monate auf seine Einsatzfähigkeit hin überprüft.

Um das Risiko eines Notfalls zu minimieren, werden Patienten mit schweren Erkrankungen von vorneherein nicht aufgenommen. Unmittelbar nach der Anmeldung eines Patienten erfolgt auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen Unterlagen durch den ärztlichen Leiter eine Risikoabschätzung und Prüfung, ob eine Behandlung des betreffenden Patienten in der Fachklinik Schönau indiziert ist. Bei entsprechender Kontraindikation bzw. einem nicht vertretbaren Notfallrisiko wird der Patient nicht aufgenommen.

10. Fortbildung

Der Fortbildungsbedarf gemäß den Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ wird unter Einbeziehung der Mitarbeiter auf allen Betriebsebenen festgestellt. Interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten werden allen Mitarbeitern rechtzeitig bekannt gemacht. Der Fort- und Weiterbildungsplan wird jährlich überprüft und fortgeschrieben.

11. Supervision

Die interne therapeutische Fallsupervision erfolgt regelmäßig und kontinuierlich im Rahmen der Therapieplanungskonferenz und der Verlaufskontrolle (siehe 2.5 Individuelle Rehabilitationsplanung und 7. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation), geleitet wird sie durch den leitenden Arzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

Die monatlich stattfindende externe therapeutische Supervision wird durch einen entsprechend qualifizierten Supervisor geleitet. Sie teilt sich auf in eine 90-minütige Fallsupervision und in eine 90-minütige Teamsupervision.

Für das Behandlungsteam besteht eine Teilnahmeverpflichtung an der internen und externen therapeutischen Fallsupervision. An der Teamsupervision nimmt in der Regel das gesamte Team teil, je nach Erfordernis wird die Teamsupervision auch auf einzelne Gruppen beschränkt.

12. Hausordnung/Therapievertrag

Die allgemeinen Regeln und Hinweise (Anlage I) sind auf ein Minimum beschränkt. Sie müssen unter verschiedenen Gesichtspunkten beachtet werden:

- 1. Therapeutisch begründete Regeln
- 2. Regeln für das funktionierende Zusammenleben in einer Gemeinschaft
- 3. Regeln, Bestimmungen und Auflagen der Leistungsträger
- 4. Sicherheitsbestimmungen

Da wir der individuellen Situation jedes einzelnen Patienten gerecht werden wollen, ist es manchmal notwendig, individuelle Vereinbarungen zu treffen. So besteht für jeden Patienten die Möglichkeit, begründete Ausnahme- bzw. Sonderregelungen zu beantragen. Auch von Seiten der Klinik können im Einzelfall aus therapeutischen Gründen Sondervereinbarungen (Einschränkungen des Ausgangs, Verschieben einer Heimfahrt u. ä.) getroffen werden.

In unregelmäßigen Abständen werden stichprobenartig Zimmer- und Schrankkontrollen sowie Alkoholkontrollen durchgeführt. In Einzelfällen wird auch ein Drogenscreening erstellt.

Jede Form der Androhung oder Anwendung von Gewalt stellt eine schwerwiegende Form der Missachtung unseres Leitbildes dar und hat entsprechende Konsequenzen zur Folge.

Die Reaktionen auf Regelverstöße und mangelnde Mitwirkung in der Therapie reichen von Gesprächen über Ermahnungen, konkreten Sanktionen bis hin zur disziplinarischen Entlassung.

Literatur

American Psychological Association (APA): The road to resilience: 10 ways to build resilience 2007

AWMF, A.d.W.M.F. (2015). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Register Nr. 076-001

BAR: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen, Heft 12, 2006.

Bowlby, John (2008): Bindung als sichere Basis. Grundlagen der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag

Brisch KH. Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 11. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage Stuttgart: Klett-Cotta; 2010

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag MMI Medizinische Medien Information GmbH, 63263 Neu-Isenburg, 2006

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). HS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst, 2019

Deutsche Rentenversicherung Bund: Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Pilotversion März 2007.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung 2007.

Deutsche Rentenversicherung: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung vom 01.04.2009.

Deutsche Rentenversicherung: Der ärztliche Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009.

Deutsche Rentenversicherung: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtungen vom Mai 2010.

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeits-erkrankungen vom April 2010.

Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit vom 01.01.2010

Enderlin-Welter Rosmarie: Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände, Bruno Hildenbrand (Herausgeber) (Juni 2012) Broschiert

Finke, J. und Teusch, L.: Die störungsspezifische Perspektive in der Gesprächspsychotherapie der Alkoholabhängigkeit. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 32. Jahrgang, November 2001, 140 – 144.

Gahleitner, Silke Birgitta Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung (Reihe: Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt. (2005).

Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Stand 23. September 2011.

Günthner, A.: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Gibt es integrative Ansätze, die praktikabel sind? Sucht 43 (2002) 158 – 170.

Hermann, Corinna A.: Veranstaltungsbericht „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“. Internationaler Kongress vom 09.02. bis am 12.02.05 in Zürich, Schweiz (16.4.2005), in „systemmagazin – Online-Journal für systemische Entwicklungen“

Grawe, K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag (2000).

Jellinek Elvin M.: „The Disease Concept of Alcoholism“ 1960

Koppenhöfer, Eva: Kleine Schule des Geniebens, 11. Auflage, Lengerich 2016

Lindenmeyer, J.: Alkoholabhängigkeit. Hogrefe Verlag für Psychologie 1999.

Mann, K., Günthner, A.: Suchterkrankungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg 1999.

Moreno, J.L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme 2. Aufl. 1973.

Ploeger, Andreas: Tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie. Kohlhammer 1983.

Quitmann, H.: Humanistische Psychologie. Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1985.

Rampe, M.: Der R-Faktor – Das Geheimnis unserer inneren Stärke. Knaur Taschenbuch 2005.

Reddemann, L.: Stichwortmanuskript eines Vortrags ‚Trauma und Resilienz‘, gehalten in Tübingen am 16. November 2005.

Rist, F.: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv – verhaltenstherapeutischer Verfahren. Sucht 43 (2002) 171 – 181.

Reymann, G.: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. Sucht 43 (2002) 182 – 190.

Rogers, C.R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Klett 1976.

Rogers, C. R. (1979/1984). Die Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes. In: APG (Hg.), Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung (S.10 – 26). Wien: Deuticke

Soyka, M.: Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Chapman und Hall, Weinheim 2007 /6. Auflage

Sporn, H.: Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörung. Zeitschrift für Individualpsychologie, 27. Jg., S. 26 – 40 (2002).

S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Register Nr. 076-001 (Stand: 28.02.2016)

Tausch, R.: Hilfen bei Stress und Belastung. Rowohlt 1996.

Tretter, Felix.: Suchtmedizin kompakt. Schattauer 2012

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.

Vollmer H.C. Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In: Thomasius Rainer (Hrsg.): Psychotherapie der Suchterkrankungen 2000.

Wanke, K., Bühnring G. (Hrsg.): Grundstörungen der Sucht. Springer-Verlag 1991.

Jürg Willi: Koevolution – Die Kunst gemeinsamen Wachsens, Rowohlt 1985