

Rehabilitationskonzept der Fachklinik siebenzwerge

im Indikationsbereich
Abhängigkeitserkrankungen



Erstellt von: Anna-Maria Kielwein (Suchttherapeutin, Sozialtherapeutin), Dipl. Psych. Alexander Lauterwasser (Leiter Fachklinik siebenzwerge), FA für psychotherapeutische Medizin, PT, VT, FK Suchtmedizin, NHV Friedel U. Lehmann (Leitender Arzt), Claudia Klostermann (Verwaltungsleitung), Haci Bayram M. Sc. (Geschäftsführer)

Erstellt: März bis Dezember 2020

Aktualisiert: November 2025 von Hainer Bott (Verwaltungsleitung), Anja Dahlen (QM), Christof Krauß (Geschäftsführer)

Inhaltsverzeichnis	
1. Einleitung	3
2. Allgemeines	3
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	5
4. Rehabilitationskonzept	8
4.1 Theoretische Grundlagen	8
4.2 Rehabilitationsindikationen und –Kontraindikationen	15
4.3 Rehabilitationsziele	18
4.4 Rehabilitationsdauer	20
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung.....	21
4.6 Rehabilitationsprogramm	26
4.7 Rehabilitationselemente.....	28
4.7.1 Aufnahmeverfahren	28
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik.....	28
4.7.3 Medizinische Therapie	30
4.7.4 Psychotherap. orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	34
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	41
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken.....	47
4.7.7 Freizeitangebote.....	49
4.7.8 Sozialdienst	50
4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	52
4.7.10 Angehörigenarbeit	53
4.7.11 Rückfallmanagement.....	54
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege.....	57
4.7.13 Weitere Leistungen	58
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	59
5. Personelle Ausstattung.....	61
6. Räumliche Gegebenheiten.....	64
7. Kooperation und Vernetzung.....	66
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	67
9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation.....	68
10. Notfallmanagement	70
11. Fortbildung	71
12. Supervision.....	72
13. Hausordnung/Therapievertrag	72

1. Einleitung

Die Konzeption der Fachklinik *siebenzwerge* beruht auf den Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Diese sind:

- Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.
- Das gemeinsame Rahmenkonzept der DRV und der gesetzlichen KV zur stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.
- Die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Dem Konzept liegen die AWMF-Leitlinien zu substanzbezogenen Störungen zu Grunde. Grundsätzlich präferiert die Fachklinik *siebenzwerge* bei der Erklärung einer Suchterkrankung einen multifaktoriellen Ansatz (bio-psycho-sozio-ökologisches Gesundheitsmodell) und die Behandlung ist dementsprechend mehrdimensional und multidisziplinär aufgebaut. Die Zielsetzungen der Rehabilitation orientieren sich an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) und werden mit jeder Rehabilitandin¹ individuell erstellt. Zentral sind dabei, neben der Förderung der Teilhabe an Beruf und Gesellschaft, der Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Zur Optimierung der individuellen Angebote kooperiert die Fachklinik *siebenzwerge* mit einer Reihe von medizinischen, berufsbezogenen und sozialen Institutionen. Aufgrund der gemeinsamen Trägerschaft entsteht eine weitere Kooperation mit dem Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe - Klinik für Anthroposophische Medizin - in Berlin. Das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe ist ein Akutkrankenhaus mit integrativem Ansatz und akademisches Lehrkrankenhaus der Charité.

2. Allgemeines

Die Einrichtung *siebenzwerge* ist eine Fachklinik für die medizinische Rehabilitation von volljährigen Frauen und Männer unter besonderer Berücksichtigung anthroposophischer Ansätze mit Adaptionsphase und optionalem Nachsorgeangebot. Rechtsträger ist die gemeinnützige Kultur-Therapeutische Gemeinschaft gGmbH, AG Freiburg, HRB 580240. IK- Nummer: 260840609.

Geschäftsführer ist Christof Krauß. Die Einrichtung ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband und Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. (fdr)

Eine Mitgliedschaft im Bundesverband anthroposophischer Kliniken ist beantragt. Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Baden-

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die weibliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

Württemberg. Bei Rehabilitandinnen ohne Leistungsberechtigung bei einer Rentenversicherung treten die Krankenkassen oder Sozialhilfeträger ein. Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Fachklinik *siebenzwerge*

Fachklinik für Drogenkrankheiten - Sozialtherapeutische Entwicklungsgemeinschaft

Geschäftsführende Leitung: Christof Krauß

Therapeutische Leitung: Leitungskreis

Ärztliche Leitung: Luiza Meyer (Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie)

Anschrift

Fachklinik *siebenzwerge*

Grünwanger Str. 4

88682 Salem-Oberstenweiler

Tel.: 07544 507 -0

Fax.: 07544 507 51

E-Mail: mail@siebenzwerge.info

Aufnahme: 07544 507-33

Leitung: 07544 507-0

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Historie und Behandlungsplätze

Die Einrichtung *siebenzwerg* für drogenabhängige Frauen und Männer begann aus einer anthroposophischen Initiative heraus ihre Arbeit ab 1972 in Salem am Bodensee auf einem Demeter-Bauernhof. 1974 war der Beginn der medizinischen Rehabilitation und die Einrichtung entwickelte sich bis heute zu einer Fachklinik mit zurzeit 54 für die intensivtherapeutische Phase und 16 Plätze für die Adaptionsphase, an die bis zu 24 Nachsorgeplätze angegliedert sind.

Zielgruppe

Zielgruppe sind volljährige Frauen und Männer, mit mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der Abhängigkeitsdiagnosen F11-F16 sowie F18 und F19 (ICD-10, Abhängigkeit von illegalen Drogen), die zumeist in desolaten Lebenslagen eine spezifische suchtttherapeutische Behandlung benötigen.

Menschen mit Mehrfachdiagnosen werden gleichfalls aufgenommen (siehe Kapitel 4.6). Insbesondere für Rehabilitandinnen mit den Zusatzdiagnosen affektive Störung, Psychose, emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, werden differenzierte Zusatzangebote vorgehalten.

Die Fachklinik *siebenzwerg* wird von allen Leistungsträgern belegt.

Die Einrichtung richtet sich in der Rehabilitationsplanung nach der Zuteilung in BORA-Zielgruppen (Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker). Im Jahr 2019 wurden 92 Rehabilitandinnen im stationären Rahmen behandelt. Die nachfolgend aufgeführten Daten verdeutlichen die prozentualen Anteile an den BORA-Gruppen 1 bis 5 (keine Angabe ca. 5,4%):

BORA 1 und 2: ca. 37 % (36,96%)

BORA 3: ca. 17,4 % (17,39%)

BORA 4: ca. 38 % (38,04%)

BORA 5: ca. 2,2 % (2,17%)

Keine Angabe: ca. 5,4% (5,43%)

Therapieangebote/ Behandlungszeiten

Die Behandlungszeiten richten sich nach dem jeweiligen Bedarf der Rehabilitandin und nach Indikation:

- Die Regeltherapiedauer beträgt 22-24 Wochen.

- Die Mittelzeittherapie ist auf 16-22 Wochen ausgelegt.
- Es gibt die Möglichkeit zur Kurzzeittherapie (12-16 Wochen).

Bei weiterem Bedarf und entsprechender Indikation gibt es im Anschluss die Option, eine Adaptionleistung (16 Wochen) wahrzunehmen. Die Räumlichkeiten der Adaptionphase befinden sich auf dem Gelände der Fachklinik. Es gibt die Möglichkeit, anschließend an die stationäre Behandlung ein einrichtungs- angegliedertes Nachsorgeangebot wahrzunehmen.

Der Aufbau einer ambulanten Rehabilitation im näheren Umfeld in städtischer Lage ist zur Realisierung einer Kombinationstherapie sowie zur Unterstützung ehemaliger Rehabilitandinnen mit ambulanten Behandlungsbedarf (auch präventiv) in Planung.

Besonderheiten der Einrichtung

Das vor dem Hintergrund der anthroposophisch erweiterten Medizin entwickelte Konzept steht in Verbindung mit der Integrativen Psycho- und Soziotherapie nach Prof. Dr. Hilarion Petzold.

Kunsttherapeutische, dramatherapeutische und bewegungstherapeutische Methoden aus der anthroposophisch medizinischen Therapie sind fester Teil des Behandlungskonzepts.

In der Fachklinik wird Wert daraufgelegt, Frauen und Männer zu behandeln, da der Umgang mit „Genderdynamics“, Fragen der Geschlechterrollenidentität und Partnerschaft ein zentrales Thema jeder komplex ansetzenden Therapie ist.

Der Mensch, in seiner Gesamtheit bestehend aus Körper, Seele, Geist und die Gestaltung einer heilenden Beziehung mit ihm, steht im Mittelpunkt des Handelns der Mitarbeiterinnen der Fachklinik *siebenzwerge*.

Unser Bestreben ist es, ein zugewandtes, vertrauensvolles, soziales und kulturelles Milieu zu schaffen.

Der von uns praktizierte Ansatz der gelebten Ganzheitlichkeit nutzt insbesondere die vorhandenen Ressourcen und Potenziale der Rehabilitandinnen und der Gruppe als tragende und lernende Gemeinschaft, um Entwicklung und inneres Wachstum für den Einzelnen zu ermöglichen.

In unserer psycho-, sozio-, kunst- und bewegungstherapeutischen Arbeit streben wir insbesondere an:

- die Vermittlung von Sinn und Sinnhaftigkeit,
- die Vermittlung der Bedeutung des Mitmenschen und von sozialen Beziehungen,
- die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit im konkreten Handeln.

Das Behandlungsangebot der Fachklinik *siebenzwerke* ist gekennzeichnet durch spezifische Inhalte der Erkenntnisse der anthroposophischen Medizin und durch die jahrzehntelange Erfahrung in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten. Hinzu kommt die intensive und konstruktive Auseinandersetzung und Korrespondenz mit modernen klinisch-psychologischen, sozialwissenschaftlichen und neurowissenschaftlichen Erkenntnissen.

In einem fortlaufenden Prozess werden diese verschiedenen Ansätze und Konzepte von den Mitarbeiterinnen in Beziehung zueinander gesetzt und in optimaler Weise verbunden. Konvergenzen, funktionale Äquivalente, aber auch Divergenzen werden durchdacht, bearbeitet und diskutiert. Die Ergebnisse werden reflektiert und führen zu einer Modifizierung von therapeutischen Handlungskonzepten in der Praxis. Der so entstehende unverwechselbare, eigenständige Behandlungsansatz der Fachklinik *siebenzwerke* ermöglicht eine optimale und individuell ausgerichtete Behandlung der Rehabilitandinnen.

Die zuweisenden Einrichtungen (Entzugsstationen, ambulante Dienste, Beratungsstellen, JVA, etc.) sowie die Anfragen von Interessentinnen, die von dieser Einrichtung gehört haben, lassen erkennen, dass hier ein besonderes „Profil“ der Fachklinik *siebenzwerke* wahrgenommen wird, welches für eine relativ unterschiedliche Zielgruppe ein dennoch spezifisches Angebot darstellt.

Lage und Räumlichkeiten

Die Fachklinik ist in naturnaher und ruhiger Lage mit Blick auf den Bodensee und die Alpenkette ca. 20 km von Friedrichshafen gelegen. Die Gemeinde Salem mit ca. 12.350 Einwohnern befindet sich in landschaftlich reizvoller Lage. Die Städte Konstanz, Lindau, Meersburg (12 km entfernt), Überlingen, Friedrichshafen, Ravensburg (27 km entfernt) sind gut zu erreichen. Der nächstgelegene Bahnhof ist in Salem-Mimmenhausen. Bei Bedarf und nach Notwendigkeit steht ein Fahrdienst zur Verfügung. Parkplätze sind ausreichend vorhanden.

Die Fachklinik *siebenzwerke* befindet sich auf einem ca. 4 ha großen Gelände. Auf dem Gelände stehen unterschiedliche Gebäude. In diesen Objekten sind die Unterkünfte der Rehabilitandinnen, die Gemeinschaftsräume der Bezugsgruppe, die Therapieräume (Gruppentherapie, Kunsttherapie, Einzeltherapie, Bewegungs- therapie, Physiotherapie), die Arztpraxis sowie die Verwaltungsräume untergebracht. Hinzu kommen die Großküche sowie ein Speiseraum. Im Hauptgebäude befinden sich der große Theatersaal, ein Musikraum, die Hausmeisterei/Holzwerkstatt sowie Lagerräume. Angrenzend befindet sich eine Gärtnerei mit großem Gewächshaus und Gemüsebeeten, sowie der Standort der Bienenzucht. Für die Unterbringung der Rehabilitandinnen stehen vorwiegend Einzelzimmer sowie einige Doppelzimmer zur Verfügung. Rehabilitandinnen haben Nutzungszugang zu einer Sauna.

Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern

Die Fachklinik *siebenzwerg* steht in engem fachlichem Verbund mit verschiedenen psychiatrischen Kliniken, die Entgiftungen anbieten und mit den Allgemeinkrankenhäusern in der Region. Enge Zusammenarbeit besteht mit regionalen und überregionalen Suchtberatungsstellen. Zur weiterführenden Behandlung (über die Möglichkeit der eigenen Adaptionsbehandlung hinaus) wird auch die Zusammenarbeit mit anderen Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen gepflegt, so dass ein kontinuierlicher Therapieprozess für die Rehabilitandinnen auf dem Weg in eine möglichst dauerhafte Abstinenz gewährleistet ist.

Der federführende Rehabilitationsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. Die Fachklinik *siebenzwerg* wird bundesweit durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und andere regionale Rentenversicherungsträger der DRV sowie durch die DRV Knappschaft-Bahn-See belegt.

Mit den gesetzlichen Krankenkassen besteht ein Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V, so dass Rehabilitandinnen, die nicht in den Zuständigkeitskreis der DRVgehören, in der Fachklinik *siebenzwerg* regelmäßig behandelt werden.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Der theoretische Hintergrund der Fachklinik *siebenzwerg* orientiert sich an den Erkenntnissen der anthroposophisch erweiterten Medizin sowie an dem integrativen, Therapieschulen übergreifenden Ansatz der Behandlung von Drogenabhängigen, der von Hilarion G. Petzold im Wesentlichen entwickelt wurde (https://de.wikipedia.org/wiki/Hilarion_Petzold).

Der Ansatz der Integrativen Therapie schafft eine Verbindung zwischen den Hauptströmungen der Psychotherapie wie dem tiefenpsychologischen Ansatz, dem humanistisch psychologischen Ansatz und dem behavioralen Ansatz. In der Historie der Psychotherapieforschung zeigt sich, dass es bei langfristig wirksamen Therapieerfolgen auf die Handhabung integraler Therapieelemente unterschiedlicher Schulen ankommt.

In den letzten zehn Jahren zeigen die Entwicklungen im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie wie z.B. bei der Schematherapie, dass die ursprünglichen Festlegungen auf eine einzige Ausrichtung zugunsten einer Problemlöseorientierung an individuellen Rehabilitandinnen weniger effektiv waren, als ein Therapieschulen übergreifender Ansatz. Aus diesem Grund ist der spezifische Therapieansatz der Fachklinik *siebenzwerg* zum einen bemüht, ein durch viele Blickrichtungen generiertes Verständnis der individuellen Problematik jeder Rehabilitandin zu entwickeln,

zum anderen ist die Behandlung entsprechend geleitet von den probaten Behandlungsansätzen verschiedener Therapieschulen.

Selbstverständlich bildet die Tiefenpsychologie eine wichtige Grundlage in der Behandlung durch die Aspekte der Psychodynamik hinsichtlich der Entwicklungspsychologie und der Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung, sowie projektiver Vorgänge und grundlegenden psychischen Konflikten.

In der Erfahrung unserer psychotherapeutischen Arbeit zeigt sich unterdessen, dass hinsichtlich der alltagsproblemlösungsorientierten und notwendigen verhaltensmodifizierenden Lernprozesse der verhaltenstherapeutische Ansatz (kognitiv-behaviorale Therapie) mit ihrer zukunftsweisenden Ausrichtung über die Schematherapie am wirkungsvollsten ist. Dies zeigt sich auch als unbedingt kompatibel mit unserer psychotherapeutischen Haltung hinsichtlich des zugrunde gelegten Menschenbildes.

Beim Zusammenwirken der anthroposophischen, Empirie gestützten und an der klinischen Psychologie und der Tiefenpsychologie orientierten Psychotherapie, werden in der Fachklinik *siebenzwerge* sowohl die Psyche, der Körper, der Geist als auch der soziale und ökologische Kontext im zeitlichen Kontinuum bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit ressourcenorientiert berücksichtigt.

Wiederum kann es u.a. relevant sein, frühkindliche Grunderfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit der Rehabilitandin zu thematisieren. Die Aspekte der familiären Dynamik können dann im Rahmen der therapeutischen Biographiearbeit bewusst und damit bearbeitbar gemacht werden (nach u.a. Reddemann, Watkins, TA/Berne).

Neben den 6 Therapiefaktoren von Orlinsky u. Howard (1986), und den 5 Wirkfaktoren von Grawe, sowie den Heil- und Wirkfaktoren von Petzold ist eines der wesentlichen Elemente der Psychotherapie und Suchttherapie in unserer Arbeit der Schulen übergreifend relevante Wirkfaktor des Aufbaus von und der Arbeit an und mit einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, die Vertrauensbildung, Würdigung, Wertschätzung, Angstminderung und Achtung mit und durch Begegnung auf Augenhöhe beinhaltet.

Insgesamt ist unabhängig von der schwerpunktmäßigen Methode die Ressourcenorientierung der psychotherapeutischen Arbeit, die sinnstiftende Orientierung, die Arbeit an Bewusstwerdung, an Veränderungspotenzial und Willens- wie auch Ich-Stärkung bedeutsam.

Dies lässt sich im Bereich der psychotherapeutischen Arbeit in der Sozialtherapie und Suchttherapie sehr gut mit den differenzierten und gut elaborierten Methoden der Integrativen Therapie (Petzold et al) erarbeiten.

Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)-Leitlinien werden hier im Bereich Suchttherapie/Suchtmedizin und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie berücksichtigt.

Menschenbild

In der Fachklinik *siebenzwerge* wird der Mensch in seinen Dimensionen gesehen:

- Der Mensch wird in seinen körperlichen Grundlagen gesehen.
- Ebenso wird der Mensch als seelisches Wesen gesehen. Seele wird hier als „Gesamtheit aller emotionalen, motivationalen und volitiven Funktionen verstanden, einschließlich der im Sozialisationsprozess entwickelten Inhalte emotiven und volitiven Lernens“. Die Seele kann sowohl durch den Körper als auch durch den Geist impulsiert werden.
- Darüber hinaus wird der Mensch ebenso als geistiges Wesen betrachtet. Das Ich des Menschen verleiht ihm sein Selbstbewusstsein mit den Fähigkeiten der Reflexion und der Besinnung. Das ermöglicht ihm Einsicht, individuellen Urteilkraft, persönlichen Wertsetzung und den freien Willen (Treichler, Reiner 2019).
- Der Mensch ist in seiner Individualität zugleich ein soziales Wesen und nimmt daher an der Entwicklung der ganzen Menschheit teil.

Die Anthroposophie betrachtet den Menschen als eingebunden in seine Umwelt und Mitwelt. Er entfaltet und entwickelt seine seelische, geistige und materielle Realität über seine gesamte Lebensspanne hinweg in seinem persönlichen Schicksal unter Bedingungen der Belastung, der Herausforderung und der Förderung.

Persönlichkeitstheorie

Die Persönlichkeitsentwicklung vollzieht sich lebenslang und wird durch vielfältige Faktoren geprägt und beeinflusst: Die soziale Umwelt, die Geschlechteridentität, die Erziehung, Angehörige, Lehrer und andere bedeutsame Bezugspersonen, das soziale Netzwerk, ökologische Faktoren, dingliche Umwelt und sachliche Gegebenheiten. In einem komplexen Entwicklungs- und Sozialisationsprozess entwickelt sich die Persönlichkeit mit den verschiedenen Dimensionen des Selbst, des Ichs und der Identität aus (Petzold 1992).

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist es relevant, dass ein wichtiger Aspekt der Suchtentwicklung im neuronalen Zusammenhang des sog. Suchtgedächtnisses zu sehen ist.

Dies führt sowohl zur Persönlichkeitsveränderung als auch zur Verhaltenseinengung hinsichtlich der Wirkung des Suchtmittels, was in der Folge die Etablierung

dysfunktionaler, selbstschädigender und auch sozial reduzierter oder auch sozial desintegrierter Verhaltensweisen mit sich bringt.

Im Sinne der dysfunktionalen, lerntheoretisch allerdings gut nachvollziehbaren, sogenannten Selbstmedikation ist die zur Gewohnheit gewordene Einnahme von Suchtmitteln vor dem Hintergrund verhaltensanalytischer Bedingungen gut verständlich zu erklären. Operante Verfahren zur Verhaltensmodifikation lassen sich daher sehr gut in den therapeutischen Alltag etablieren. Insbesondere der Erwerb von zur funktionalen Alltagsbewältigung notwendigen Selbstmanagementstrategien ist therapeutisch zu erarbeiten. Die kognitive Therapie und die emotionsfokussierte Schematherapie als Methoden der sich weiter entwickelnden Verhaltenstherapie bieten bezogen auf die verändernde Arbeit an den habituierten und fixierten dysfunktionalen Einstellungen, Grundhaltungen, Bewertungen und Schemata einen sehr guten Zugangsweg.

Krankheits- und Gesundheitsverständnis

Das dem Konzept der Fachklinik *siebenzwerge* zugrundeliegende Krankheits- und Gesundheitsverständnis bezieht sich auf die in der Integrativen Therapie dargelegten Konzepte der „klinischen und anthropologischen Krankheitslehre“ (vgl. Schmieder 1992, Petzold, Schuch 1991) sowie auf Erkenntnisse der anthroposophischen Heilkunde (Girke M. Innere Medizin. Grundlagen und therapeutische Konzepte der Anthroposophischen Medizin. 2. Aufl. Berlin: Salumed Verlag; 2012).

Die „klinische Krankheitslehre“ der Integrativen Therapie bezieht sich auf die „multiplen pathogenen Stimulierungen“ wie Überstimulierung (Trauma), Unterstimulierung (Defizit), inkonstante Stimulierung (Störung), widerstreitende Stimulierung (Konflikt), die Gesundheitslehre auf „salutogene Stimulierung“ und „protektive Faktoren“ (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993). Grundsätzlich können alle Bereiche der Persönlichkeit (Ich, Selbst, Identität) davon betroffen sein. Krankheit und Gesundheit werden somit nicht isoliert voneinander betrachtet, da die Persönlichkeit eines Menschen das Resultat aller positiven, negativen und Defiziterfahrungen ist. Sie wird bestimmt durch die Wechselbeziehung von Schutz- und Risikofaktoren, Resilienzen und Potentialen, Ketten widriger belastender Ereignisse und Ketten positiver, stützender und schützender Ereignisse.

Die anthroposophische Heilkunde sieht Krankheit als Verlust des eigenen inneren Gleichgewichts als ein Überhandnehmen einer Einseitigkeit in Leib, Seele oder Geist und damit verbunden als Beschädigung der individuellen Ganzheit an. In der therapeutischen „heilenden“ Arbeit geht es nun darum, diese nicht vorhandene Balance wieder auszugleichen bzw. die Fähigkeit des Ausgleichens wiederherzustellen.

In der anthroposophisch ausgerichteten Psychotherapie wird unter Heilung mehr verstanden, als den vorherigen, alten Zustand wiederherzustellen. Krankheiten und Krisen schaffen die Möglichkeit, einen Neuanfang zu wagen.

Heilung und Gesundung führen aus dieser Perspektive, durch Selbsterkenntnis und Selbsterziehung zum Bewusstsein und zur Bewusstwerdung, indem sie den ganzen Menschen in seinem leiblichen, seelischen und geistigen Leben ergreifen. „Den Menschen vom Leben zur Bewusstwerdung und zur freien Handlung hinzuführen, ist Heilung aus dem Bewusstsein des Menschentums, ist anthroposophische Therapie.“ (Treichler, 1993).

Suchtverständnis

Grundsätzlich präferiert die Fachklinik *siebenzwerge* bei der Erklärung einer Suchterkrankung einen multifaktoriellen Ansatz. Sucht- und Abhängigkeitserkrankung werden u.a. als sozial verursachtes Phänomen, als psychische Störung und als somatische Dysregulation mit vielfältig möglichen körperlichen, psychischen und sozialen Sekundärerkrankungen und Begleitsymptomen betrachtet. Eine Suchterkrankung gefährdet die Persönlichkeit des Suchtkranken, beschädigt sein soziales Netzwerk bzw. zerstört jenes, wenn sie lange genug anhält.

Laut dem Bundesgesundheitsministerium gilt: „Sucht ist kein Randproblem in der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen in Deutschland. Mit dem Begriff Sucht sind nicht nur die Abhängigkeitserkrankungen gemeint, sondern die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch). Sucht ist häufig mit dramatischen persönlichen Schicksalen verbunden. Sie betrifft beteiligte Familienangehörige ebenso wie Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen.

Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Krankheiten, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können.“ (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de>).

Sucht wird dann behandlungsbedürftig, wenn die freie Entfaltung einer Persönlichkeit beeinträchtigt ist und die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen eines Individuums zerstört oder bedroht werden. Sucht führt ebenfalls zur Behandlungsbedürftigkeit, wenn durch das süchtige Verhalten körperliche Schäden auftreten. Als Folge der Sucht und der Abhängigkeit entwickelt sich ein mangelndes Selbsterleben und eine beschädigte, sich selbst entfremdete Identität mit schwach ausgeprägten, ungenügenden oder fehlenden Ich-Funktionen.

Da Sucht multifaktoriell bedingt ist, bedarf es einer auf die Person und ihr Netzwerk bezogenen Langzeitstrategie, die neben medizinischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Interventionen auch ein unterstützendes Klima bereithält, das die positiven Ressourcen aktiviert.

Behandlungsansatz

Die Fachklinik *siebenzwerge* arbeitet nach den Prinzipien der „therapeutischen Gemeinschaft“, des „therapeutischen Milieus“ und des „therapeutischen Teams“. Vor diesem Hintergrund wird medizinisches, soziotherapeutisches, psychotherapeutisches, arbeitstherapeutisches, bewegungstherapeutisches und kunsttherapeutisches Wissen und Handeln aufeinander abgestimmt und miteinander verschränkt. Handlungsweisend sind die Vorgaben der Rentenversicherungsträger und die jeweils gültigen medizinischen Leitlinien. Besondere Berücksichtigung finden die Anforderungen und Notwendigkeiten der Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA).

Psychotherapie

In der Fachklinik *siebenzwerge* wird Psychotherapie von drei Berufsgruppen angeboten: Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen mit DRV-anerkannten suchtherapeutischen Weiterbildungen. Unter Psychotherapie wird im Anschluss an die weithin akzeptierte Definition von Strotzka (1984) eine Behandlung seelischer Störung und Leidenszustände durch eine psychotherapeutisch qualifizierte Fachperson im Rahmen einer therapeutischen Beziehung verstanden, in der mit der Rehabilitandin gemeinschaftlich Probleme bearbeitet, Symptome behandelt und Verhalten in einer theoriegeleiteten und methodisch konsistenten Art und Weise verändert werden sollen (vgl. Dilling, Reimer 1997).

Die Psychotherapie hat im Konzept der Fachklinik *siebenzwerge* zusammen mit der Soziotherapie eine koordinierende und integrierende Funktion. Die Soziotherapie ist hier gleichrangig genannt, weil eine Suchterkrankung auch eine soziale Erkrankung ist, bei der die sozialen Bezüge, die sozialen Netzwerke der Rehabilitandinnen gravierend gestört und zum Teil zerstört sind.

Die Psychotherapie in der Fachklinik *siebenzwerge* richtet sich spezifisch auf das seelische Erleben und Leben der Rehabilitandinnen, auf die Reflexion ihrer Motive, auf ihr Gefühlsleben, auf die Verarbeitung ihrer Geschichte, die Bewältigung ihrer Gegenwart und die Planung ihrer Zukunft. Neben den „biographischen“ Themen werden ebenso aktuelle, soziale Konflikte der „therapeutischen Gemeinschaft“ thematisiert im Sinne der Etablierung eines hilfreichen und konstruktiven Selbstmanagements und der Erarbeitung tragfähiger Zukunftsperspektiven.

Einen wichtigen Schwerpunkt der psychotherapeutischen Arbeit bilden Fragen nach Sinn, Zielen und Werten, da es sich bei Drogenabhängigen häufig um Menschen handelt, deren Wertesysteme erschüttert und/oder defizitär sind.

Einen wesentlichen Anteil der anthroposophisch ausgerichteten Suchttherapie/Psychotherapie bildet die „narrativ“ gestaltete Biographiearbeit. Sie erfolgt in einem offenen, emotional berührenden, differenzierten und differenzierenden

Gesprächsklima als Einzel- oder Gruppentherapie und will einen „Möglichkeitsraum“ (Winnicott) bereitstellen, in dem ein Mensch seine Verletzungen und Kränkungen aussprechen und ausdrücken kann (Treichler 2019). Die Biographiearbeit entfaltet eine Lebensüberschau, ein „Lebenspanorama“. Die Betrachtung der eigenen Geschichte aus einer gewissen „Exzentrizität“ hat in sich eine therapeutische Wirkung. Das Erinnern pathogener Konflikte, Traumata und Defizite „aus der Distanz“, das Durchsprechen mit dem Therapeuten im Sinne einer kognitiven Einordnung, das Durchleben unaufgelöster emotionaler Qualität und eine emotionale Neuorientierung haben eine heilende Wirkung. Die Bearbeitung der Biographie als Lebenspanorama führt zum Auffinden festlegender Skripts, fixierter Schemata von Wiederholungszwängen und eingegengter Lebensstile. In der therapeutischen Arbeit kann die lebensbestimmende Kraft solcher biografischer Narrative relativiert und negative Selbstbilder, dysfunktionale Selbstattributionen und nachteilige Kontrollüberzeugungen können erkannt und verändert werden.

Soziotherapie

Ziel der soziotherapeutischen Interventionen ist das Wachstum und die Reife des ganzen Menschen. Im gesamttherapeutischen Konzept der Fachklinik *siebenzwerge* hat die Soziotherapie eine Mittelstellung zwischen den spezifischen therapeutischen Bereichen. Sie verbindet und vermittelt zwischen der medizinischen Therapie, der Psychotherapie, der Kunsttherapie und der Arbeitstherapie.

Unter soziotherapeutischer Arbeit wird eine theoretisch orientierte und planvolle Arbeit mit Menschen verstanden. Sie hat das Ziel, die sozialen und personalen Fähigkeiten und Fertigkeiten Einzelner und Gruppen im Hinblick auf eine persönliche und gemeinschaftliche Gestaltung der Lebenswirklichkeit, bzw. durch Selbstwirksamkeit motivierte Selbstfindung zu entwickeln, zu fördern und zu unterstützen. Dazu gehören einerseits im zwischenmenschlichen Bereich die Überwindung von Störungen, Konflikten, Behinderungen. Andererseits sollen solidarisches Handeln, kommunikative Kompetenz, soziale Integration, Konfliktlösekompetenzen, verantwortliches Handeln gefördert werden, ebenso die Fähigkeit, tragfähige soziale Netzwerke aufzubauen und zu erhalten.

Im menschlichen, heilenden, sozialen und kulturellen Milieu der sozial-therapeutischen Gemeinschaft können Nähe und Solidaritätserfahrungen gemacht, die Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit gestärkt sowie die Frustrationstoleranz gesteigert werden.

Diese Erfahrungen helfen, die Einzelgänger-Mentalität der Drogenszene zu überwinden. Die Gemeinschaft ist Spiegel und Lernhilfe für den Einzelnen.

Ziele:

- Entwicklung einer positiven Einstellung zu sich selbst.
- Gewährleistung und Umgang mit den eigenen Gefühlen, um dadurch Selbstverwirklichung, neue Lebensfreude, Kreativität und Spontaneität entwickeln zu können.
- Bessere Affekt- und Impulskontrolle. Erlernen und Einüben neuer, individueller Möglichkeiten der Stress- und Krisenbewältigung.
- Etablierung eines neuen Lebenssinnes und neuer konstruktiver Lebensentwürfe.
- Neuordnung alter Beziehungen bzw. konstruktive Entwicklung neuer und tragfähiger sozialer Kontakte.
- Wohnortsuche und Findung eines neuen Zuhauses.
- Entwicklung und Verwirklichung einer befriedigenden Berufs- und Arbeitsperspektive.

ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Das Instrument des ICFs (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) wird in der Fachklinik *siebenzwerge* innerhalb der prozessualen Diagnostik, bei der Behandlungsplanung, bei den Therapiemaßnahmen (insbesondere in Bereichen der Arbeitstherapie) sowie bei der Darstellung des Therapieergebnisses (Entlassungsbericht) genutzt. Der ICF liefert einen mehrperspektivischen Zugang zur Funktionsfähigkeit und zur Behinderung im Sinne eines interaktiven sich entwickelnden Prozesses; dazu zählen die Gesichtspunkte wie Körperstrukturen und Funktionen, Aktivitätskompetenzen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Kontextfaktoren.

4.2 Rehabilitationsindikationen und Kontraindikationen

Aufnahmekriterien

Eine stationäre Aufnahme in die Fachklinik *siebenzwerge* kann im Rahmen der Leistungszusage des Leistungsträgers für eine Zeit des Bewilligungszeitraums erfolgen, wenn eine suchtttherapeutische Behandlung aussichtsreich und notwendig erscheint, um die (Wieder-) Eingliederung in das berufliche, familiäre und allgemein gesellschaftliche Leben zu erreichen. Voraussetzung dafür ist der Wunsch nach Veränderung des bisherigen Lebensstils, mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz und die Motivation zur aktiven Mitarbeit, um die gesamte Lebenssituation neu zu überdenken. Die Kommunikation in deutscher Sprache sollte möglich sein. Die Motivation der einzelnen Rehabilitandin wird im Aufnahmeprozess abgeklärt und bedarf

während der Therapiezeit einer weiteren Festigung.

Die Aufnahme in die medizinische Rehabilitation Sucht erfolgt nach dem Vorliegen einer Leistungsbewilligung durch Leistungsübernahmezusage des Rentenversicherungsträgers, der Krankenkassen und der überörtlichen Sozialhilfeträger. Vor der Aufnahme erfolgen eine umfassende medizinische und psychiatrische Diagnostik sowie in der Regel die Akutentzugsbehandlung.

Die Einrichtung ist seit 1983 staatlich anerkannt. Deshalb können Rehabilitandinnen mit einer Auflage nach §§ 35 ff BtmG aufgenommen werden.

Indikation

In der medizinischen Rehabilitation der Fachklinik *siebenzwerge* werden Rehabilitandinnen mit Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen in substanzspezifischer und polytoxikomaner Ausprägung (ICD 10: F11.0 – F19.2) mit Begleitsymptomen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich behandelt. Die Behandlungsangebote beziehen sich auch auf Menschen mit langjährigem chronischem Konsum, die weitgehende psychische und soziale Desintegration und Perspektivlosigkeit aufweisen. Zusätzliche psychiatrische Diagnosen, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen (ICD 10: F60.0 – F60.9) sind – falls sie nicht im Vordergrund des klinischen Bildes stehen – kein Ausschlussgrund. Hierzu gehört auch die Behandlung von Rehabilitandinnen mit einer Borderline-Persönlichkeit, sofern diese dazu in der Lage sind, sich an die Rahmenbedingungen des Gemeinschaftslebens zu halten.

Bei einer Leit-/Erstdiagnose F10 ist die Behandlung dann indiziert, wenn mit dem Alkoholkonsum auch der Konsum illegaler Drogen einhergeht.

Im Weiteren ist das Spektrum F11-F19 relevant. Der überwiegende Anteil der Rehabilitandinnen zeigt ein Störungsbild im Rahmen F19.

Begleitende Süchte wie Nikotin, Alkohol, Mediensucht und Esssucht werden als Zweit- oder Dritt diagnose mitbehandelt.

Im Rahmen der Etablierung einer Abhängigkeitserkrankung sind im multifaktoriellen Genesekontext zumeist noch weitere Störungen im Rahmen der F- Kodierung der ICD 10 generierend, assoziiert oder auch induziert vorhanden und behandlungsbedürftig; dies nicht nur im Sinne einer Zweitdiagnose. Nicht selten zeigt sich die Komplexität eines Störungsbildes mit Anteilen aus dem affektiven Spektrum, dem Bereich der Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung, der Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in Kindheit und Jugend und weiteren Verhaltensauffälligkeiten. Relativ häufig sehen wir mitbedingende oder begleitende Angststörungen, seltener Zwangsstörungen. Posttraumatische Störungen werden zunehmend häufiger als weitere Diagnose behandlungsrelevant.

Im Sinne der psychiatrisch relevanten Zweitdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis sind zunehmend häufig neben den drogenassoziierten oder passageren

drogeninduzierten psychotischen Störungen, scheinbar weniger spektakuläre aber oft unvorhersehbar langanhaltende Symptomatik im Sinne der HPPD. Hier scheint ein Bezug zum Mischkonsum insbesondere im Zusammenhang mit amphetaminhaltigen Substanzen aber auch den NPS vorzuliegen.

Der Therapieansatz erlaubt die Behandlung komorbider Störungen wie:

- Angststörung ICD 10 F40, F41
- Zwangsstörungen ICD 10 F42
- Posttraumatische Belastungsstörungen ICD 10 F 43.1
- Belastungs- und Anpassungsstörungen ICD 10 F43.2
- Depressive Störungen ICD 10 F32
- Persönlichkeitsstörungen ICD 10 F60
- Somatoforme Störungen ICD 10 F45

Das tägliche psychiatrische Behandlungsangebot erlaubt es auch, Rehabilitandinnen mit psychotischen Störungen in der Remissionsphase zu behandeln. Hier ist vor der Aufnahme ein ärztliches Informationsgespräch notwendig. Die Behandlung der Rehabilitandinnen mit leichten körperlichen Behinderungen (z.B. Bewegungseinschränkungen) ist in der Regel möglich.

Kontraindikationen

Allgemein können Menschen mit schweren und/oder akuten Erkrankungen aller Fachrichtungen nicht aufgenommen werden. Suchtkranke mit einer manifesten schizophrenen (ICD 10: F20.0 – F20.9) oder schweren depressiven Symptomatik (ICD 10: F32.2 und F32.3), schweren hirnorganischen Störungen (ICD 10: F07.0 – F07.9 sowie F10.6) sowie mit starken Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit (ICD 10: F71 – F73) können wegen der für diese Rehabilitandinnen notwendigen besonderen Behandlungsbedingungen nicht aufgenommen werden.

Rehabilitandinnen mit einer schizophrenen Zusatzerkrankung, die aktuell keine akute Positivsymptomatik zeigen, können behandelt werden.

Für Menschen mit habituiertem und persönlichkeitsstruktural relevantem dissozialem Verhalten F60.2 bieten wir nicht den geeigneten Behandlungsrahmen.

Rehabilitandinnen mit Anfallsleiden, die nicht sicher medikamentös eingestellt sind, resp. bei denen anamnestisch eine Status epilepticus - Situation nicht ausgeschlossen ist, können ebenfalls nicht behandelt werden.

Die Behandlung von Rehabilitandinnen mit dekompenzierten oder ansteckenden körperlichen Erkrankungen, die eine hochspezifische Behandlung benötigen, ist nicht möglich.

Menschen mit einer wenig zugänglichen Essstörung und internistisch bedenklichem

Zustandsbild finden in der Einrichtung nicht den adäquaten Behandlungsrahmen. Menschen mit ausgeprägter pulmokardialer Einschränkung (Herzinsuffizienz) sind dem Anforderungsprofil nicht gewachsen, ebenso Menschen mit nicht mehr kompensierter Leber- oder Nierenfunktion.

Akute Suizidalität schließt ebenso die Behandlung aus.

4.3 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Behandlungsziel ist es, die Rehabilitandinnen auf ein dauerhaft abstinentes Leben vorzubereiten. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation Sucht beinhalten, dass sich die Rehabilitandinnen mit den durch die Abhängigkeit entwickelten medizinischen, psychischen und sozialen Problemen auseinandersetzen. Entsprechend der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen 2001“ zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern sind die Ziele der stationären medizinischen Rehabilitation:

- Abstinenz erreichen und erhalten,
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
- (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen und möglichst dauerhaft zu erhalten.

Konkret bedeutet das, die Rehabilitandinnen soweit zu stabilisieren, dass ihre Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wiederhergestellt werden kann und die Bearbeitung, die der Suchterkrankung zu Grunde liegenden psychischen Probleme erfolgt – auch im Sinne einer „Nachreifung“.

Im Mittelpunkt des therapeutischen Handelns steht das Erlernen und Trainieren von für die Alltagsbewältigung notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch gerade im Hinblick auf die Selbstfürsorge. Dies geschieht im Zuge einer Identitätsarbeit:

- Arbeit an den „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold 1984): - Leiblichkeit - soziales Netzwerk - materielle Sicherheit - Arbeit und Leistung - Werte und Normen
- Entwicklung einer beruflichen Identität, insbesondere die Erarbeitung eigener Werte und Normen sowie eigener Regeln

Die Vermittlung von personenbezogenen und gruppenbezogenen Zielen stellt sich jedem Behandlungsmodell, das mit Konzepten der Therapeutischen Gemeinschaft arbeitet, als wesentliche Aufgabe. Diese Vermittlung wiederum ist Abbild der Prozesse der sozialen Interaktion und des sozialen Ausgleichs, die sich jedem Menschen, der sich in seinem Alltagsleben in sozialen Netzwerken bewegen muss, tagtäglich stellen.

Die Kombination psychodynamischer und soziodynamischer Zielsetzungen und

Zielumsetzungen wird damit zu einer zentralen Größe der Behandlungspraxis in der Fachklinik *siebenzwerge*. Der gesamte Findungsprozess der Rehabilitationsziele erfolgt unter der aktiven Einbeziehung der Rehabilitandin in einer individuellen Zielplanungsbesprechung (Abkürzung IZP). Dies geschieht unter besonderer Berücksichtigung der 5 BORA-Zielgruppen mit entsprechenden Zuweisungen. Dies wird über den gesamten Therapieverlauf, beginnend mit dem Aufnahmeprozess, durch das Case Management gewährleistet. Vor dem Hintergrund eines anthroposophisch orientierten ganzheitlichen Menschenbildes zielt die stationäre medizinische Rehabilitation auf die Entwicklung einer positiven, sinngeladenen und lebensrealistischen Zukunftsperspektive.

Konkrete Rehabilitationsziele leiten sich für die Rehabilitandin aus seinen speziellen Beeinträchtigungen ab. Dabei berücksichtigen wir die verschiedenen Dimensionen des Krankheitsursachen- und Folge Modells entsprechend dem ICF.

Rehabilitationsziele in Bezug auf körperliche und psychische Funktionen

- Wiederherstellung der psychophysischen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, sowie die Entwicklung einer verbesserten Körperwahrnehmung.
- Hinführung zu einer gesunden Lebensführung.
- Verbesserung der Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeit, Entwicklung sozial resonanzfähiger Ich-Stärke, realitätsgerechte Ausbalancierung von Selbst- und Fremdwahrnehmung.
- Aufbau und Stabilisierung eines belastbaren Selbstwertgefühls mit wachsender Bereitschaft zur Ergreifung von Selbstverantwortung.

Rehabilitationsziele in Bezug auf Krankheitsbewältigung / Bewusstseinsprozesse

- Auseinandersetzung mit dem persönlichen Verlauf der Suchtmittelabhängigkeit zur Gewinnung und Vertiefung von Krankheitseinsicht und Förderung der Änderungsmotivation.
- Festigung der von der Rehabilitandin getroffenen Entscheidung zur Abstinenz und weiteren suchtmittelfreien Lebensführung.
- Rückfallbearbeitung und Rückfallprävention: Erkennen von persönlichen und sozialen Risikosituationen, Entwickeln und Einüben von vorbeugenden und gegenregulierenden Maßnahmen, Erarbeitung von Problemlösungsstrategien, um den Alltag ohne Suchtmittel zu bewältigen.

Rehabilitationsziele in Bezug auf soziale- und Beziehungsfähigkeiten

- Aufbau vertrauensvoller interpersoneller und therapeutischer Beziehungen.
- Erkennen und Bearbeiten schädigender Lebenshaltungen des Einzelnen sowie bestehender Rollenstrukturen im Familien- und Beziehungssystem, Erlernen und Erproben neuer Rollen und Aufbau von tragfähigen sozialen Kontakten.

- Konflikt- und Krisenbewältigung: therapeutische Aufarbeitung der störungsauslösenden bzw. störungsimmanenten Defizite im Erleben und Verhalten der Rehabilitandin und Erlernen alternativer funktionaler Handlungs- und Bewältigungsstrategien im Umgang mit konfliktauslösenden und krisenhaften Situationen.
- Thematisierung und Lösungsentwicklung von genderbezogenen Fragestellungen und Problemen.

Rehabilitationsziele in Bezug auf Alltagsaktivitäten

- Aufbau einer Tagesstrukturierung sowie die eigenverantwortliche Übernahme und Durchführung von Aufgaben und Pflichten im Sinne eines hilfreichen und funktionalen Selbstmanagements.
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung und zu sportlichen Aktivitäten.
- Verbesserung/ Erhalt der Selbstständigkeit und Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung und -aufnahme).

Rehabilitationsziele in Bezug auf berufliche Wiedereingliederung (BORA) und Kontextfaktoren

- Vorbereitung auf die Integration bzw. die Erarbeitung einer realistischen beruflichen oder schulischen Perspektive unter Berücksichtigung der individuellen Interessen.
- Unterstützung bei der Sicherung des sozioökonomischen Status.
- Erarbeitung einer sinnhaften Lebensperspektive.
- Einbeziehung von Hilfen im sozialen Umfeld.
- Aufbau bzw. die Wiederaufnahme von tragfähigen Kontakten und Beziehungen (Familie, Freundes- und Bekanntenkreis).
- Förderung und Motivation zur Teilnahme an nachstationären suchttherapeutischen Angeboten, Schaffung von Zugangs- und Nutzungsmöglichkeit sozialer Einrichtungen.
- Teilnahme an einer Schuldnerberatung und soweit erforderlich Erstellung eines Schuldenregulierungsplanes.

Zielsetzungen und Zielumsetzungen werden damit zu einer zentralen Größe der Behandlungspraxis in der Fachklinik *siebenzwerge*.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer orientiert sich an den für das jeweilige Modul vereinbarten Zeiten in Abhängigkeit von Indikation, Kostenträgerevorgabe und Ziele der Rehabilitandinnen (siehe 3.3). Die Regeltherapiedauer der stationären Entwöhnungstherapie beträgt 24 Wochen.

Mittelzeittherapien umfassen 22-24 Wochen und das Kurzzeitangebot 12-16 Wochen. In begründeten Fällen kann eine Verlängerung der Therapiedauer beim Kostenträger

beantragt werden.

Die individuelle Therapiedauer ist regelhaft Gegenstand der ersten individuellen Therapiezielplankonferenz (IZP). Sofern keine erheblichen Einwände seitens der Rehabilitandin oder der Therapeutinnen bestehen, wird hier die Rahmenplanung (in der Regel durch den Leistungsträger vorgegebenes Modul) geprüft und als Orientierung übernommen.

Zu späteren Zeiten sind zu prüfen:

- Verkürzung oder Verlängerung der Therapiezeit oder einzelner Therapiephasen, da die Zielerreichung bereits abgeschlossen ist oder aber durch Zeitmangel gefährdet scheint.
- Beantragung einer Adaptionphase.
- Bei andauerndem Stillstand oder mangelnder Mitwirkung der Rehabilitandin u. U. vorzeitige Beendigung oder gemeinsame Perspektiverarbeitung einer Alternativbehandlung.

Die Rehabilitandin wird in diese Überlegungen stets einbezogen.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Gesundung und Heilung von suchtkranken Menschen dauert erfahrungsgemäß mehrere Jahre und beinhaltet die unterschiedlichsten Behandlungssettings, Behandlungsschritte und Erfahrungsräume. Das vorliegende Konzept bezieht sich auf das von der Deutschen Rentenversicherung finanzierte stationäre Behandlungsangebot. Eine zielgerichtete und gezielte Bearbeitung der bestehenden Probleme der Rehabilitandinnen unter Berücksichtigung evtl. Vorbehandlung(en) erfordert das Erstellen eines individuellen Behandlungsplanes auf der Grundlage einer differenzierten Diagnostik.

Therapiephasen

Der Behandlungsverlauf ist als dynamisches, variables Phasenmodell konzipiert. Die einzelnen Phasen sind an therapeutischen Fortschritten der Rehabilitandinnen orientiert.

Kontakt- und Aufnahmephase

Im Vorfeld der Behandlung ist uns der persönliche Kontakt zu zukünftigen Rehabilitandinnen wichtig, um eine Initiierung der Therapieplanung zu gewährleisten. Hierfür orientieren wir uns an der Zuweisungsindikation, jeweiliger Kostenträger und Kostenübernahme, Empfehlungen von vorbehandelnden oder beratenden Stellen, dem Sozialbericht und den Wünschen/ Zielen der Rehabilitandin.

Unsere Einrichtung nimmt am sogenannten Nahtlosverfahren teil. Vorbehandelnde Entgiftungseinrichtungen kooperieren mit uns, sodass ein nahtloser Übergang und eine rasche Kostenbewilligung erfolgen können.

Erfahrungen anderer Rehabilitationseinrichtungen haben gezeigt, dass bereits vor der Aufnahme Fragebögen von Rehabilitandinnen ausgefüllt werden können und somit die Eingliederung in eine spezifische BORA-Zielgruppe leichter fällt und schneller vollzogen werden kann. Die Therapieplanung wird hierdurch optimiert.

Die Rehabilitandinnen der Fachklinik *siebenzwerge* sollen daher schon mit der Einbestellung das Screening Instrument „Würzburger Screening“ (Löffler et al., 2009) zugeschickt bekommen und es ausgefüllt zur Aufnahme mitbringen. Nach der Auswertung der Angaben, die im „Würzburger Screening“ von den Rehabilitandinnen schon vor der Aufnahme gemacht worden sind, mitgebrachter Lebensläufe oder Dokumente bezüglich der berufsbezogenen Anamnese sowie einer ausführlichen Anamnese, werden die Rehabilitandinnen der Fachklinik *siebenzwerge* in verschiedene BORA-Zielgruppen eingeteilt (siehe unten).

Auf der Grundlage der Einteilung in die verschiedenen BORA-Zielgruppen, lassen sich zielgruppenspezifisch Therapieangebote (Modulzuweisungen) formulieren. Die Grundlage für die individualisierten Behandlungspläne und Zielsetzungen bilden die verschiedenen BORA- Zielgruppen, die wie folgt definiert werden:

BORA-Zielgruppe 1: Rehabilitandinnen in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 2: Rehabilitandinnen in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 3: Arbeitslose Rehabilitandinnen nach Sozialgesetzbuch III (Bezug von Arbeitslosengeld); auch Erwerbstätige, die während der Krankschreibung arbeitslos waren (z.B. 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 Arbeitslosengeld oder Bürgergeld. Diese Rehabilitandinnen werden ebenfalls der BORA- Gruppe 3 zugeordnet.

BORA-Zielgruppe 4: Arbeitslose Rehabilitandinnen nach Sozialgesetzbuch II (Bezug von Bürgergeld).

BORA-Zielgruppe 5 (Nichterwerbstätige): Hierzu zählen z.B. Schülerinnen, Studierende, Hausfrauen, Zeitrentnerinnen und Nichterwerbsrehabilitandinnen bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine Reintegration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Keine BORA-Zielgruppe (z.B. Rentnerinnen): Hierzu zählen Rehabilitandinnen, deren berufliche (Re-)Integration ins Erwerbsleben nicht absehbar bzw. realistisch erscheint. Die Stärkung des Erwerbsbezugs stellt in der Behandlung dieser Rehabilitandinnen keine vordergründig relevante Zieldefinition dar.

Eingangs- und Orientierungsphase

Die Eingangs- und Orientierungsphase dauert bis zu vier Wochen.

In dieser Zeit geht es um die Eingewöhnung der Rehabilitandin in die Einrichtung und die neue soziale Umgebung sowie um das Kennenlernen der therapeutischen Angebote und Abläufe.

Mit der ärztlichen Eingangsuntersuchung am Tag bzw. Folgetag der Aufnahme beginnt die prozessuale Diagnostik, die ergänzt wird um eine ausführliche Anamnese unter Berücksichtigung berufsbezogener Gegebenheiten. Hierzu werden von den Rehabilitandinnen zur Verfügung gestellte Unterlagen einbezogen und eine Zuweisung gemäß den BORA-Zielgruppen vorgenommen.

An die ausführlich erhobene Anamnese schließt sich die Testdiagnostik an, die einen Persönlichkeitstest und spezifische klinische Erhebungsinstrumente umfasst.

Bearbeitungsphase/ Tiefungsphase

Die eigentliche Behandlungs- und Aufarbeitungsphase für die individuelle Suchtproblematik und die mit ihren verbundenen Problemen und Persönlichkeitsbelastungen ist abhängig von Indikation und Bedarf entsprechend der vereinbarten Therapiezeit (Zeitmodul). Das breitgefächerte Therapieangebot (z.B. suchttherapeutisch, psychotherapeutisch, medizinisch, künstlerisch, arbeits-therapeutisch), in Gruppen und in Einzelarbeit, soll den Rehabilitandinnen zum einen eine vertiefte Selbsterfahrung und eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie, Lebenssituation und ihrem Suchtproblem ermöglichen. Zum anderen vorbereitende Schritte für eine (Wieder)-Eingliederung in das Arbeitsleben einleiten.

Diese Therapiephase verfolgt das Ziel der Bearbeitung der Lebensgeschichte in ihren wesentlichen Aspekten (Funktion der Drogen, kritische Lebensereignisse, protektive Faktoren) sowie der aktuellen Lebenssituation. Körperliche und seelische Gesundheit, die Überwindung des Suchtverhaltens und eine neu erworbene Lebens- und Arbeitsmotivation sollen angestrebt, in Teilzielen verwirklicht und wenn möglich erreicht werden.

Die in den Therapiebereichen schrittweise gewonnene Selbsterkenntnis und Selbstregulation soll zu einer konkreten Umsetzung im sozialen Leben führen. Durch das Erwachen des Interesses für den anderen Menschen und an der Welt, durch Einüben

von Selbstverantwortlichkeit in der Übernahme von konkreten Verantwortlichkeiten im Alltag wird schrittweise die durch die Drogenabhängigkeit eingeschränkte und verhinderte Persönlichkeitsreife, das Erwachsenwerden schrittweise nachgeholt und eine neue konstruktive Entwicklungsdynamik in Gang gesetzt.

Das in der anfänglichen Therapiezeit noch eher unbestimmte Vorhaben, die Zukunft drogenfrei zu gestalten, sollte am Ende der intensiv-therapeutischen Phase zur festen Willensentscheidung geworden sein. Den volitiven Aspekten kommt in der Psychotherapie deshalb in dieser Phase besondere Bedeutung zu.

Ist eine Weiterbehandlung in der anschließenden Adaptionsphase indiziert, sollte diese von der Rehabilitandin angestrebt, und von den Mitarbeiterinnen positiv beurteilt werden.

Einige der Therapiebausteine sollen im Folgenden anhand der jeweiligen BORA-Zielgruppe beispielhaft dargestellt werden:

BORA-Zielgruppe 1

Für Rehabilitandinnen mit Arbeit ohne besondere berufliche Problemlagen kommen spezifische berufsbezogene Therapieangebote, insbesondere prophylaktische Leistungen, in Frage, z.B. Rückkehrgespräche mit der Arbeitgeberin, ggf. die Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements oder ggf. die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung. Im Rahmen der Therapie kann ein Training der sozialen Kompetenz erfolgen, dabei kann im Fokus stehen, wie die Rehabilitandin mit ihrer Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann. Sozialberatung, Arbeitstherapie und Ergotherapie stabilisieren die Rehabilitandin und bereiten sie auf den beruflichen Wiedereinstieg vor.

BORA-Zielgruppe 2

Für Rehabilitandinnen mit Arbeit, bei denen besondere berufliche Problemlagen vorliegen, kann sich auf diese Problemlagen im Rahmen der Therapie fokussiert werden. Gespräche mit Vertreterinnen der Arbeitgeberin, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Arbeits- und Ergotherapie können zudem unterstützend wirken.

BORA-Zielgruppe 3

In dieser Gruppe finden sich arbeitslose Rehabilitandinnen nach Sozialgesetzbuch III (Bezug von Arbeitslosengeld I). Auch Erwerbstätige, die während der Krankschreibung arbeitslos werden (z. B. 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 Arbeitslosengeld oder Bürgergeld. Diese Rehabilitanden werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

Für arbeitslose Rehabilitandinnen mit kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit bieten sich Leistungen aus den Bereichen PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes und gegebenenfalls Gespräche mit der Rehabilitations-Fachberaterin an.

BORA-Zielgruppe 4

Arbeitslose Rehabilitandinnen nach Sozialgesetzbuch II (Bezug von Bürgergeld). Für langzeitarbeitslose Rehabilitandinnen kommen über die Leistungen der Zielgruppe BORA 3 hinaus noch Therapieangebote wie Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation und eine Einleitung weitergehender Maßnahmen (zum Beispiel Adaption) in Frage.

BORA-Zielgruppe 5

Hierzu zählen z. B. Schülerinnen, Studierende, Hausfrauen, Zeitrentnerinnen und sonstige Nichterwerbsrehabilitandinnen bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine Reintegration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Nicht-Erwerbspersonen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, sollten je nach Unterstützungsbedarf die therapeutischen Leistungen bekommen, die auch für Rehabilitandinnen der Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 vorgehalten werden.

Rehabilitandinnen, die keiner BORA-Zielgruppe zugeordnet werden können

Diese Rehabilitandinnen erhalten ebenfalls entsprechend ihren Einschränkungen therapeutische und arbeitstherapeutische Interventionen, die das Selbstwirksamkeitserleben der Rehabilitanden stärken sollen.

Für alle Rehabilitandinnen der BORA-Zielgruppen 1-5 wird geprüft, ob die Indikation zu einem externen Arbeitsversuch gegeben ist. Gegebenenfalls wird dieser dann in die Wege geleitet. Die Teilnahme an einer internen Arbeitserprobung ist für alle Rehabilitandinnen vorgesehen.

Vorbereitung auf berufliche (Wieder-)Eingliederung/ weiterführende Maßnahmen

Diese Phase dient der Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung und enthält vor allem bei Rehabilitandinnen ohne Arbeitsplatz einen klaren arbeitstherapeutischen Anteil (Bewerbertraining, Belastungserprobung, Praktikum). Bei Rehabilitandinnen mit Arbeitsplatz wird spätestens in dieser Phase der Kontakt zum Betrieb aufgenommen, um den Wiedereintritt in die Arbeit festzulegen bzw. ausreichend Zeit für evtl. Vorklärunen zu haben.

Die Phasendauer richtet sich u.a. nach der geplanten Behandlungszeit. Übergänge in die nächste Phase sind sowohl an die Aufenthaltsdauer gebunden als auch Ergebnis bestimmter inhaltlicher Entwicklungen und Fortschritte. In Krisen oder nach Rückfällen kann die jeweilige Phase ggf. verlängert werden und mit entsprechender

Sonderbesprechung mit Rehabilitandin und Therapeuten die Zielsetzung modifiziert und/oder neu gesetzt werden.

Unabhängig davon sind Sonderabsprachen bzgl. Programm oder Aktivitäten möglich (bsp. Wahrnehmung eines persönlich wichtigen Termins).

Bei Quer- oder Wiederaufnahmen wird der bisherige Verlauf berücksichtigt. Im Falle von Querverlegungen gilt das Prinzip der Nahtlosigkeit. Bei Wiederaufnahmen/ Auffrischungstherapie wird bzgl. der Phasenabläufe entsprechend des geplanten Moduls vorgegangen. Evtl. wird aber der Anteil Kerntherapie zur Stabilisierung etwas kürzer gehalten, um einen schnelleren Wechsel in die Adaptionsphase zu ermöglichen, wenn dies als die kritische und wichtigere Phase verstanden wird.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Programm der Fachklinik *siebenzwerge* besteht aus medizinischen, psychotherapeutischen, arbeitstherapeutischen, kunsttherapeutischen, bewegungstherapeutischen, edukativen, alltagspädagogischen, erlebnispädagogischen, gesundheits- und freizeitbezogenen Maßnahmen. Es stellt vielfältige Ansprache und Aktivitäten der Rehabilitandinnen sicher. Das Grundprogramm steht jeder Rehabilitandin zur Verfügung, je nach Indikation, Bedarf und Wunsch wird es entsprechend individualisiert:

- Einzelgespräche (Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen mit therapeutischer Weiterbildung),
- Bezugs-Gruppentherapie (Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen d.h. Bezugstherapeutenteam),
- Indikative Gruppen (Motivationsgruppe, Gendergruppe, Rückfallprophylaxe, Raucherentwöhnung),
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Landschaftsgestaltung und Pflege, Landwirtschaft, Gärtnerei, Küche, Hauswirtschaft, Renovierung, PC-Schulung, Bewerbungstraining),
- Biographiearbeit (siehe Punkt 4.1),
- Intensivtage,
- Angehörigen- u. Bezugspersonengespräche, Angehörigeninformationstag,
- Kriseninterventionsgespräche
- Ärztlich angeordnete medizinische Anwendungen z.B. Ohrakupunktur, Physiotherapie, Balneo-Therapie (therapeutische Bäder)
- Sporttherapie, Lauftherapie,
- Entspannungs- und Achtsamkeitstherapie,
- Einzelphysiotherapie,
- pflegerische medizinische Versorgung (Gesundheits-u. Krankenpflegerin),
- Heileurythmie (Einzel und in der Gruppe),

- Kunst-Therapie (Malen und Plastizieren),
- Arztvorträge (Gesundheit und Ernährung, Psychoedukation, Menschenkunde),
- Chor,
- Kunstprojekte: Schauspiel, Tanz, Eurythmie (Theaterpäd., Tanzpäd.),
- Erlebnispädagogik,
- kulturbildende Vorträge (Naturkunde, Geschichte, Literatur, Mythologie, Mag. Philosoph),
- Alltagsorganisation (Einkauf für den alltäglichen Bedarf, Kleidereinkauf, Haushalt, Putzen, bürokratische Erledigungen etc.),
- Jahresfeste-Gestaltung,
- externe Kultur-Veranstaltung hier im Saal,
- Rehabilitandinnenforum,
- Freizeit-Angebote: Schwimmen, Veranstaltungsbesuche, Freizeit-AGs (Laufgruppe, Zirkeltraining), Filme anschauen, hausinterne Bibliotheksnutzung, Ball spielen (Volleyballfeld und Multifunktionsanlage, Fußball, Volleyball vor Ort), freie Kreativität, Outdoor-Calisthenics.
- Bogenschießen

Die aufgeführten Rehabilitationsprogramme werden durch verschiedene Berufsgruppen in interdisziplinärer Zusammenarbeit betreut und gestaltet:

Psychotherapie:

Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen mit DRV-anerkannter suchttherapeutischer Weiterbildung, Ärztinnen, Psychologinnen

Medizinisch-therapeutisch, künstlerische Anwendungen:

Ärztinnen (Fachärztinnen), Psychologinnen, Sport- u. Bewegungstherapeutin, Physiotherapeutin, Heileurythmistinnen, Kunst-Therapeutin, Gesundheits- u. Krankenpflegerinnen

Arbeits- u. Beschäftigungstherapie:

Arbeitstherapeutinnen, Köchinnen

sonstige Angebote:

Eurythmistin, Musik-Pädagogin, Theater-Pädagogin, Tanz-Pädagogin, Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen, Philosophin (Mag.) u. Dipl.-Psychologin, Seelsorgerin

Freizeitangebote:

Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen mit DRV-anerkannter suchttherapeutischer Weiterbildung, Sport-Therapeutin.

Es gibt die Möglichkeit des Angebotes einer Adaption-Weiterbehandlung sowohl in der

unserer Einrichtung angeschlossene Adaptionphase als auch eine externe.

Der Standard-Therapie-Wochenplan ist in den Anlagen beigelegt.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Durch das Aufnahmeverfahren sind wesentliche Passungskriterien zur Eignung der Maßnahme im Vorfeld abgeklärt (Sozialbericht, ärztl. Gutachten, Kostenübernahme, Motivationslage, Bedarf der beruflichen Orientierung, voraussichtliche Art und Dauer der Behandlung). Regelmäßig werden in Vorgesprächen im Vorfeld der Aufnahme weitere behandlungsrelevante Informationen erhoben und den zukünftigen Rehabilitanden die Möglichkeit der Wahrnehmung des künftigen Behandlungsortes gegeben.

Am Aufnahmetag findet die medizinische Erstuntersuchung und Erstdiagnostik statt mit einer ersten ärztlichen Aussage über die Rehabilitationsfähigkeit durch Ausschluss von somatischen und psychiatrischen Kontraindikationen. Durch Sichtung von Zuweisungsdiagnosen, Arztbriefen und Laborbefunden findet eine Entscheidung über ggf. mögliche Fortführung oder Absetzung von Medikation. Entscheidung über Aufnahme und erste Maßnahmen wird hier getroffen. Die fachärztliche Untersuchung als körperliche Untersuchung erfolgt spätestens am Folgetag nach der Anreise. Hier wird der körperliche Status von Kopf, Thorax, Bauchraum und Extremitäten erhoben. Die Beweglichkeit der Gelenke und der Wirbelsäule wird untersucht, wie auch die Funktion der Hirnnerven und der orientierende neurologische Status erhoben wird. Neben dem körperlichen Befund wird auch der psychische Befund erhoben. Kann die Rehabilitandin am Ankunftstag noch nicht untersucht werden, wird sie von einem der beiden Fachärzte begrüßt, zu seinem Befinden befragt und hinsichtlich etwaiger klinischer Auffälligkeiten eingeschätzt. Wenn dann hinsichtlich des Befindens und des klinischen Eindrucks entsprechend nichts dagegenspricht, kann die Untersuchung auch am Folgetag erfolgen.

Die Rehabilitandin wird zusätzlich von einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes bei der Aufnahme betreut, alle relevanten sozialrechtlichen Informationen werden erhoben, alle wesentlichen Informationen zur Klinik werden der Rehabilitandin zur Verfügung gestellt damit diese sich in geeigneter Weise orientieren kann. Die Rehabilitandin kennt dann den Programmablauf, Örtlichkeiten, Ansprechpartner, Hausordnung, Datenschutz, eigene Obliegenheiten.

Im Anschluss an die Aufnahme erfolgen ein Begrüßungsgespräch mit dem zuständigen Bezugstherapeuten und eine Einführung in die Bezugsgruppe.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Neben der obligatorischen ärztlichen Routineuntersuchung (körperlich, Basislabor, Serologie) erfolgt bei Bedarf eine Überweisung zu weiteren zielgerichteten fachärztlichen Untersuchungen.

Zur testpsychologischen Diagnostik werden standardisierte und validierte Verfahren genutzt. Hierbei werden suchtspezifische, leistungsspezifische, motivationsspezifische Bereiche ebenso abgedeckt wie persönlichkeitspezifische Bereiche und Erhebungen zur psychischen Befindlichkeit.

Die Zuweisungsdiagnose und ärztliche Erstdiagnose wird in den ersten Wochen im Sinne einer fortlaufenden prozessualen mehrdimensionalen Diagnostik angepasst und ergänzt. Mit der Rehabilitandin wird eine gemeinsame Ziel- und Behandlungsplanung erarbeitet.

Die mehrdimensionale Diagnostik, an der alle relevanten Akteure einschließlich der Rehabilitandin beteiligt sind, differenziert sich in nachfolgenden Bereichen:

- Individuelle Problemlage, vor allem:
 - Betroffene Lebensbereiche
 - Intensität der Symptomatik
- Frühere Therapieversuche/Abstinenzversuche/ Rückfälle
- Kompetenz und Bereitschaft zur aktiven Lebensbewältigung
- Persönliche Zielsetzung und Veränderungsbereitschaft
- Ressourcen und Unterstützung im Umfeld der Rehabilitandin

Die Erst- oder Eingangsdiagnostik einschließlich der Dokumentation erfolgt in den ersten Tagen der Aufnahmewoche. In der Eingangsdiagnostik erfolgt eine ausführliche Suchtanamnese unter Einbezug positiver und negativer Folgen der Sucht, Familien- und Sozialanamnese unter Einbezug gegebener Prädispositionen. Es werden auslösende Faktoren des Konsums (intern/extern) erhoben und ein Bedingungsmodell/ Funktionalität des Konsums analysiert.

Während des Verlaufes wird die Rehabilitandin im Rahmen der Individuellen Zielplanungskonferenz (IZP) von einem der beiden Ärzte gesehen und hinsichtlich des Verlaufes eingeschätzt und beurteilt. Darüber hinaus wird sie regelmäßig beim gemeinsamen Essen wahrgenommen, bei Praxiskontakten gesehen oder in Gruppen- und/oder Einzeltherapien erlebt.

Die somatische Diagnostik im Rahmen der körperlichen Untersuchung kann, wenn indiziert, erweitert werden durch die Prüfung der Lungenfunktion mit dem Spirometer, durch die Messung der Herzströme mittels EKG, durch einen Uristix/Urinkontrolltest grob orientierend die Nierenfunktion oder etwaige Entzündungsparameter betreffend. Ein Test zur Messung des Alkohols über die Atemluft, sowie ein Drogenkontrolltest über den Urin sind vorhanden.

Pulsfrequenz, Pulsrhythmik und Blutdruck werden bei Aufnahme durch die Pflegefachfrau gemessen.

Orientierende Laborparameter werden via Venenpunktion als rotes Blutbild und klinische Chemie eingangs standardmäßig erhoben.

Es erfolgen regelmäßige Gewichtskontrollen und wenn indiziert auch kontrollierend Puls und Blutdruckkontrolle.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die medizinische Rehabilitation Sucht gliedert sich in der Fachklinik *siebenzwerge* in die medizinische, die psychotherapeutische und die soziotherapeutische Versorgung.

Die Behandlung umfasst ebenfalls arbeitstherapeutische und berufsorientierende Maßnahmen, ergotherapeutische und kunsttherapeutische Maßnahmen, bewegungstherapeutischen Maßnahmen, allgemeinbildenden und psychoedukative Kurse, Maßnahmen der sozialen und beruflichen Reintegration. Die Bewältigung konkreter Alltagsprobleme, die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung steht ebenfalls im Fokus.

Entscheidung über Aufnahme und Entlassung sowie der gesamte Behandlungsrahmen wird von den ärztlichen Kolleginnen vorgegeben und verantwortet. Die jeweiligen Fachbereiche übernehmen entsprechen ihrer Fachlichkeit die Ausgestaltung.

Über Teilnahme am Programm sowie Prioritätensetzung entscheiden die Ärzte im Dialog mit der zuständigen Mitarbeiterin und der Rehabilitandin. Für nichtärztliche Bereiche werden Fallverantwortung und Federführung an die jeweiligen Bezugstherapeuten delegiert. Regelmäßige Konsultationen mit Rehabilitandin und Bezugsbetreuerin werden ärztlich wahrgenommen.

Die Ärzte nehmen im Rahmen der multiprofessionalen Rehabilitationsbehandlung in unserer Einrichtung folgende Aufgaben wahr:

- Allgemeinmedizinische Basisversorgung,
- Diagnostik (inkl. Veranlassung der Labordiagnostik) und Therapie leichter Allgemeinerkrankungen,
- Umgehende Überweisung an einen Facharzt, falls die Behandlung der Erkrankung die Möglichkeiten der Einrichtung übersteigt,
- Bei Notfällen sofortige Vorstellung bei der Notfallambulanz Klinikum Friedrichshafen oder Helios Spital Überlingen.

Die ärztliche Leitung hat ihre Leitungsfunktion zum einen wahrzunehmen im medizinisch – therapeutisch/psychotherapeutisch-künstlerischen Team, bestehend aus: dem stellvertretenden ärztlichen Kollegen, den Psychotherapeutinnen und Psychologinnen,

der Pflegefachfrau und ihrer Vertretung, der Physiotherapeutin, der Sport- und Bewegungstherapeutin, der Heileurythmistin und der Kunsttherapeutin. Hier hat sie die relevanten Informations- und Kommunikationsflüsse aufrechtzuerhalten, zu lenken und transparent im Team zur Verfügung zu stellen. So hat sie ebenso dafür Sorge zu tragen, dass notwendige für die Rehabilitandinnen und deren Therapie relevante Informationen an das Team der Sozialtherapie zur zeitnahen Weitergabe gelangen und hier zum interdisziplinären Austausch kommen. Dafür stehen die Treffen in der MTK (medizinisch-therapeutische Konferenz) 1x wöchentlich und die Treffen der KMPAG (künstlerisch-medizinisch-psychotherapeutische Arbeitsgruppe) 1x alle 2 Wochen, sowie der 1x wöchentlich stattfindende Austausch zwischen Arzt und den Anwendungstherapeuten und die Rehabilitandinnenbesprechung im Team der Sozialtherapie 1x in der Woche zur Verfügung. Bei etwaigen personalbezogenen Problemstellungen gilt es, zumeist gemeinsam mit der therapeutischen Leitung, möglichst zeitnah und angemessen zu intervenieren.

Bei außerplanmäßigen Entlassungen obliegt dem Leitenden Arzt auch als Ärztlichen Leiter die letztendliche Entscheidung des notwendigen und angemessenen Procederes.

Der leitende Arzt hat gemeinsam mit der ärztlichen Kollegin die medizinisch notwendige Versorgung der Rehabilitandinnen sicher zu stellen. Notwendige Behandlungsschritte, wie z.B. eine medikamentöse Neueinstellung, Umstellung der Medikation oder Reduzierung und/oder Absetzen derselben sind in aller Regel intern mit den Kolleginnen abzustimmen, gegebenenfalls zu übertragen oder auch extramural durchzuführen. Dies gilt es dann ebenfalls zu veranlassen.

Die Einhaltung von Hygienebestimmungen und die Entsprechung nach dem Infektionsschutzgesetz ist von dem leitenden Arzt zu überprüfen und für die Einhaltung zu sorgen.

Über regelmäßige Mitarbeiterinnenkontakte und Mitarbeiterinnengespräche ist deren Arbeitszufriedenheit und deren berufsbezogene Entwicklung im Auge zu behalten und zu unterstützen. Weiterbildungen sind anzuregen und zu ermöglichen, unbedingt auch intern.

Intervision und Supervision im med.-therap.-künstlerischen Team ist vom leitenden Arzt anzuleiten und resp. zu ermöglichen.

Bei während der Rehabilitation akut auftretenden Erkrankungen ist vom Leitenden Arzt zu entscheiden, ob diese intern lege artis behandelbar sind oder (wie z.B. bei einer unklaren Enteritis) diese einer extramuralen interkurrenten stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.

Die ärztliche Mitwirkung bei gesundheitsfördernden Maßnahmen ist u.a. durch der Arzt-Vortrag (siehe 4.7.9).

Arztsprechstunden finden um 07:30 Uhr am Morgen in Absprache mit der Pflegefachfrau

und dem Bezugstherapeutinnenteam statt. Ein weiterer möglicher Termin ist um 12:15 Uhr.

Es bestehen eine kollegial unkomplizierte Kooperation mit den nächstgelegenen Fachärztinnen für Chirurgie (zugleich Durchgangsarzt), Orthopädie, Dermatologie, Gynäkologie, Urologie, Neurologie, Innere Medizin und ein Kooperationsvertrag mit einer internistisch-allgemeinmedizinischen Praxis, die hinsichtlich der anthroposophisch erweiterten Medizin fachkundig und erfahren ist.

Zahnärztlich stehen ortsnah drei Praxen für Not- resp. Behandlungsfälle zur Verfügung.

Der ärztliche Bereitschafts- bzw. Hintergrunddienst wird primär durch den Leitenden Arzt gewährleistet. Bei Nichterreichbarkeit ist sein Stellvertreter Ansprechpartner.

Individuelle Zielplanung (IZP)

Visiten werden realisiert über die wöchentliche stattfindenden IZPs (individuelle Therapiezielplanungen) gemeinsam mit der jeweiligen Rehabilitandin.

Innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen findet eine erste individuelle Zielplanung (IZP) gemeinsam mit der Rehabilitandin, der jeweiligen Bezugstherapeutin, der Case Managerin, der therapeutischen Leitung und den Ärzten statt. Dieser Rahmen soll als eine kollegiale Beratungsgruppe mit und für die Rehabilitandin sein; letztendlich Vorgaben und Verantwortung hat jedoch der leitende Arzt. Dabei werden die Aufnahmeanamnese (BORA-Zuteilung), (ärztliche Untersuchungen und Anamnesen, von den Bezugstherapeuten erhobene Sozialanamnese, Suchtanamnese, biographische Anamnese und Beobachtungen aus ersten Einzelgesprächen und Kontakten mit der Rehabilitandin als Grundlage der Planung dienen. Die Ziele werden in hierarchische Themenbereiche zusammengefasst (beispielsweise Ziele im sozialen Bereich, im arbeitsbezogenen Bereich etc.), indikative Anwendungen bestimmt und therapeutische Maßnahmen formuliert zur konkreten Umsetzung im therapeutischen Alltag.

Je nach Behandlungszeit findet nach drei bis vier Monaten eine zweite Zielplanungskonferenz statt (IZP +). Hier wird der bisherige Therapieverlauf dahingehend reflektiert, welche Ziele teilweise oder ganz erreicht wurden und an welcher Stelle die Rehabilitandin noch Unterstützung braucht und Ziele modifiziert werden müssen. Die Rehabilitandin wird zudem zur Zufriedenheit ihrer Behandlungsangebote befragt. Insbesondere geht es in der zweiten großen Konferenz um die Planung und konkrete Schritte der Umsetzung der zukünftigen beruflichen wie privaten Perspektive.

Sollte eine Adaptionsbehandlung indiziert sein, wird ein Bezugstherapeut aus der uns angegliederten Adaptionsphase eingeladen, so dass ein nahtloser Übergang (weitere Zielvereinbarungen) gewährleistet ist.

Die anthroposophisch erweiterte Medizin

Die anthroposophisch erweiterte Medizin ist charakterisiert durch eine anschauend-vergleichende und eine phänomenologisch-beschreibende Methode vervollständigt (s.a. Fintelmann 2016).

Die anthroposophisch erweiterte Medizin geht davon aus, dass der Mensch in seiner Beschaffenheit durch Leib, Seele schicksalhaft Krisen und Erkrankungen durchmacht. Hier bedarf es eines ärztlichen Zuganges zum Menschen und seinem Schicksal, der in seinen komplexen und ganzheitlichen Herangehensweisen den Menschen in seiner individuellen Entwicklung hin auf eine sinnstiftende und zukunfts offene Lebensgestaltung führt (s.a. Fintelmann, Treichler 2019).

Hierbei ist die Integration und Balance von Leib-Seele-Geist für das kurative Vorgehen des Arztes/Therapeuten im bewussten und aktiven Zusammenwirken mit der Rehabilitandin von großer Bedeutung.

Neben resp. mit den unmittelbaren Bereichen des medizinisch-therapeutischen Vorgehens (vor allem ärztlich, pflegerisch, physiotherapeutisch) ist die anthroposophisch erweiterte Medizin charakterisiert durch künstlerisch-therapeutisch wirksame Anwendungsbereiche.

Die therapeutisch angewandte Kunst (plastischen Gestalten und Maltherapie) und Heileurythmie als Bewegungstherapie sind seit nunmehr 100 Jahren integrale Bestandteile der anthroposophischen Therapie und Medizin.

Medizinische Verordnung von Heileurythmie und Kunsttherapie

„Künstlerische Therapien in die Medizin des 20. Jahrhunderts eingeführt zu haben, ist eine Pionierleistung der anthroposophischen Medizin. Krankheit ist das wirksam werden der Vergangenheit, die in der Gegenwart ihre Zukunft fordert. Heilung ist der Ausgleich der Vergangenheit durch die Zukunft im gegenwärtigen Tun. Kunst ist das Hereinholen von Zukunft in die Gegenwart“ (Treichler 1996).

Aus der besonderen Ausrichtung mit Bezug auf ein anthroposophisches Menschenbild und dem damit in Verbindung stehenden Krankheitsverständnis ist der medizinischen Therapie die Anwendung und Verordnung von Heileurythmie und Kunsttherapie zugeordnet.

In dem Zusammenhang ist die Kunsttherapie hier nicht als Versuch expressiver Freisetzung innerpsychischer Konflikte mit malerischen Mitteln zu sehen. Hier wird nach einer explorativen Eingangsphase im therapeutischen Dialog zwischen Rehabilitandin und Kunsttherapeutin herausgearbeitet und entwickelt, welche hilfreiche und stärkend-stabilisierende Qualität hinsichtlich gestalterischen Ausdrucks angeregt, gefördert und gefunden werden kann; insbesondere zur besseren Entwicklung der emotionalen Erfahrung und Ausdrucksfähigkeit im Sinne der förderlichen Seelenbewegungen, sowie zur Verbesserung des rhythmischen Flusses der Lebens- und Bildekräfte. So ist ein

wesentlicher Ansatz der anthroposophischen Kunsttherapie das integrierende Moment in der interagierenden Komplexität von Körper, Seele und Geist. Kunst in der Therapie ist durch ihre besondere, die eigene Entwicklung anregende Geste des Gestaltens und Werdens gekennzeichnet, und damit wirksam auf die Zukunft bezogen.

Bei der Heileurythmie handelt es sich um eine durch die Ärztin verordnete spezifisch anthroposophische Bewegungstherapie, insbesondere zur Stärkung der inneren Aufrichte-Kraft und zur Herausarbeitung eines alltagsrelevant wirksamen Icherlebnisses als stärkend erlebten und unterstützenden geistigen Impuls. So arbeitet die Heileurythmie noch stärker als die Kunsttherapie mit den Willenskräften und die Konzentrationskräfte stärkenden Anregungen. In der Heileurythmie findet eine Bewegungsgestaltung aus der Laut-, Wort-, und Sprachbildung heraus statt.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die psychotherapeutische Behandlung in unserem Haus orientiert sich an einer Therapieschulen übergreifenden Psychotherapie. Die ärztlichen Kolleginnen verfügen über psychotherapeutische Qualifikationen in tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren. Die Psychologinnen und Sozialarbeiterinnen, die therapeutisch arbeiten, verfügen über anerkannte therapeutische Weiterbildungen. Durch die besondere Historie der Einrichtung und durch die anthroposophische Orientierung ist die Praxis um Methoden und Ansätze aus der anthroposophischen Medizin / Psychotherapie erweitert. Durch eine langjährige Kooperation mit Prof. Dr. Hilarion Petzold und der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit verfügen viele Kolleginnen über eine EAG-Weiterbildung für „Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“, dieser Ansatz ist dem methodenübergreifenden Ansatz moderner Psychotherapie verpflichtet. Der Ansatz ist entwicklungsorientiert und an den Ergebnissen der klinischen Psychologie, der empirischen Psychotherapieforschung, der longitudinalen entwicklungspsychobiologischen Forschung und der Neurowissenschaften ausgerichtet. Der Ansatz bezieht empirisch als wirksam erwiesene Methoden und Elemente behavioraler Therapie ein, nicht zuletzt Leib-, Bewegungs- und Sporttherapie. Wichtig und spezifisch für die EAG-Weiterbildung ist zudem die Arbeit mit kreativen Medien, um Rehabilitandinnen auf der emotionalen Ebene anzusprechen und ein flexibles Vorgehen gemäß den Erkenntnissen der neurobiologisch fundierten Forschung zu ermöglichen.

Bezugstherapeuten-Einzelgespräche

Alle Rehabilitandinnen haben regelmäßig, mindestens wöchentlich, strukturierte Einzelgespräche mit ihrer Bezugstherapeutin. Im Rahmen der Einzelgespräche wird die

Anamnese erhoben bzw. vervollständigt, Unterstützung bei der Zieldefinition geleistet, die verschiedenen Erfahrungen und Ergebnisse aus anderen Bereichen zusammengetragen, reflektiert und bewertet, Verlauf und Zufriedenheit erhoben. Zentrale Ereignisse im Laufe der Therapie werden vor- und nachbereitet. Die Bezugstherapeutin informiert sich regelmäßig über die Sicht der Rehabilitandin zum Verlauf der Maßnahme und zum subjektiven Entwicklungserleben. Zudem werden Ergebnisse aus Übergaben und Fallbesprechungen angesprochen. Der Rehabilitandin soll die Möglichkeit gegeben werden, Fragen oder Kritik in Bezug auf die Behandlung oder einzelne Angebote zu formulieren. Die Dauer der Einzelgespräche kann nach Bedarf variieren. Zu Beginn der Maßnahme sind mehrere Termine in der Woche üblich, es bleibt aber bei mindestens wöchentlichen Terminen über die gesamte Behandlungszeit, die Dauer liegt in der Regel bei 30-50 Minuten. In krisenhaften Phasen kann es auch tägliche Termine und vielfache Kurzkontakte geben. Ziel ist es, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen und aufrecht zu halten, um insbesondere auch in krisenhaften Phasen der Rehabilitandin Sicherheit und Bezogenheit zu ermöglichen.

Psychotherapie (Einzelgespräche)

Bei entsprechender Indikation kann psychotherapeutische Einzeltherapie vereinbart werden, um fokalthérapeutisch oder längerfristig spezifische Belastungen und Störungen zu bearbeiten. Wenn zeitliche oder thematische Vorgaben eine Bearbeitung in der Gruppe nicht zulassen, können Aufträge aus der gruppentherapeutischen Arbeit heraus in ein einzeltherapeutisches Setting delegiert werden. Psychotherapeutische Einzelgespräche sind indiziert, wenn die Rehabilitandin sich in der Gruppe nicht exponieren kann oder will, wenn Methodik und Setting der Einzelsitzung besser geeignet sind. Selbstverständlich steht jeder Rehabilitandin das Recht zu, selbst zu entscheiden, wann und wo sie besonders belastende und/oder schambesetzte Themenbereiche ansprechen möchte. Daher sind alle Psychotherapeuten berufsrechtlich verpflichtet, diesbezüglichen Wünschen der Rehabilitandinnen zu entsprechen.

Der Transfer von einzeltherapeutischen Inhalten in ein Gruppensetting kann sinnvoll sein. Dies ist jedoch abhängig von der Bereitschaft der Rehabilitandin und der therapeutischen Indikation. Schambesetzte Themen und Traumata werden nur in einem Vertrauensraum exploriert und behandelt, um Retraumatisierungen oder zunehmende Dissoziation zu vermeiden. Einzeltherapeutischen Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten und sind wöchentlich. Sofern sinnvoll, ersetzt diese für den betreffenden Zeitraum die o.g. Einzelgespräche, hierfür aufgeführten Inhalte werden integriert. Bei Bedarf können die Einzelgespräche bzw. Kurzkontakte zusätzlich beibehalten werden.

Bezugsgruppentherapie

Ein zentraler Bestandteil der stationären Therapie sind die Bezugsgruppen. Ziel ist es, über die gesamte Therapiezeit einen kontinuierlichen Personenbezug zu halten. Der

anthroposophische Ansatz setzt ebenso wie Entwicklungs- und tiefenpsychologische Ansätze methodisch auf die förderliche Potenz von Beziehungskontinuität. Metastudien zum Therapieerfolg betonen die Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung als zentrale unspezifische Variable (Rössler, 2004). Konstante Bezüge können zu Bezugstherapeutinnen und/oder zu MitRehabilitandinnen realisiert werden

Die Bezugsgruppe ist von besonderer Bedeutung für die Integration in die therapeutischen Abläufe, sie wird mindestens einmal aber phasenweise auch zweimal wöchentlich angeboten und dauert 90 Minuten. Dort werden regelmäßig die Reflektion von Zielerreichung, Sozialkompetenz und Sozialkompatibilität vorgenommen, Beziehungsdynamiken, Konflikte etc. besprochen sowie psychoedukative Inhalte bearbeitet.

Aufgrund von festen Gruppenangeboten mit störungsspezifischem Hintergrund und weiteren indikativen Gruppen findet die Bezugsgruppe phasenweise in dieser Form nur einmal wöchentlich statt. Sie wird ergänzt durch tägliche abendliche Besprechungen (Wohngruppe mit Therapeutinnen), in denen Reflektionen vorgenommen sowie Fragen der Organisation und des Zusammenlebens behandelt werden.

Die Bezugsgruppen werden von einer jeweils fest zugeordneten Bezugstherapeutinnen durchgeführt, es sind mindestens zwei qualifizierte Therapeutinnen anwesend, in der Regel sind weitere Teammitglieder in der Gruppe anwesend. Sie übernehmen zum einen die Funktion des informierten Ansprechpartners für die betreffenden Rehabilitandinnen (etwa, wenn die Bezugstherapeutin außer Haus ist), zum anderen unterstützen sie dadurch die Verzahnung von Psychotherapie zu anderen Fachbereichen. Es gibt ein Vertretungssystem für die Bezugstherapeuten durch entsprechend qualifizierte Therapeutinnen.

Die Gruppengröße liegt bei 6-8 Rehabilitandinnen.

Rehabilitandinnen mit zusätzlicher psychiatrischer

Diagnose

Im Rahmen der Entwicklung und Etablierung einer psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen sind im multifaktoriellen Genesekontext zumeist noch weitere Störungen der ICD-10 F-Kodierung als psychiatrisch relevante Störungsbilder mitbehandlungsbedürftig.

Nicht selten kommt es im Verlauf der substanzbezogenen Störung drogenassoziiert oder auch drogeninduziert zu einer psychotischen Symptomatik oder auch zu einer Manifestation einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis; dies auch als eher wenig auffällige mögliche Negativsymptomatik. Daneben finden sich zunehmend Symptomatiken, die nicht unbedingt einer spezifischen Störung aus dem schizophrenen Formenkreis zugerechnet werden können und als sogenannte HPPD (Halluzinogen Persisting Perception Disorder), als fortbestehende Wahrnehmungsstörung nach halluzinogem Gebrauch, auffällig werden.

Weitere Störungen aus den F-Kodierungen sind nicht selten affektive Störungen, zumeist mit depressiver Ausprägung, Angst-, Panikstörungen, sowie weitere Störungen

aus dem Bereich F4, wie insbesondere posttraumatische Belastungsstörungen, und allerdings seltener Zwangsstörungen. Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen mit häufig Borderline-Ausprägung, aber auch selbstunsichere Störung und narzisstische Persönlichkeitsproblematik.

Auch assoziiert finden sich Essstörungen und Auffälligkeiten, die einer AD(H)S-Symptomatik zugeordnet werden können.

Wir betrachten diese Störungen nicht nur als Doppeldiagnose, sondern durchaus als komplexe Störungsausprägung mit mehreren psychiatrisch relevanten Diagnosen.

Die Behandlung in diesem Zusammenhang ist mit Mehraufwand verbunden, der zu leisten ist. So kann es in den genannten Fällen, insbesondere bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, und auch bei schwereren Verläufen einer depressiven Episode mit evtl. einhergehender Suizidalität zu notwendigen interkurrenten Verlegungen in mit uns kooperierendes Fachkrankenhaus kommen. Dies wird zumeist schon im Vorfeld mit der Rehabilitandin besprochen und ist dann bei gegebener Notwendigkeit in aller Regel gut in Kooperation mit den Rehabilitandinnen zu realisieren. Die Therapie der Rehabilitandinnen mit einer Psychose gestaltet sich besonders. Unter anderem auch durch häufigere Kontakte, wie durch die Ansprache bei der Ausgabe der Medikamente, durch die Ansprache zu den Essenszeiten und der aufmerksamen Beobachtung/Wahrnehmung im Alltagsverlauf, insbesondere auch durch die Frage nach dem Nachtverlauf/Schlaf.

So kann man einige Stichworte, die hier relevant werden wie folgt benennen: Notwendigkeit der Medikation, hilfreiches Procedere hinsichtlich der Anpassung derselben, wachsame Vorgehen bei etwaigem Absetzen, Umgang mit etwaigen Nebenwirkungen, guter Kontakt zum Erreichen von Compliance.

Stabilisierungsschritte und Rückfallmanagement einer psychotischen Symptomatik, Selbst- und Fremdgefährdung. Krankheits-Counseling und Psychoedukation mit stabilisierender Psychotherapie/Verhaltenstherapie, Aufbau und Festigung von Selbstmanagement, Einbeziehung der Angehörigen/Angehörigenarbeit (Klingberg und Hesse, 2014) Nicht selten werden besondere Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion erlebt, sodass die Entwicklung von Verständnis und Toleranz bei den MitRehabilitandinnen zu fördern ist. Beobachtet wird nicht selten ein vermehrter Bedarf nach Rückzug, als Versuch der Reduzierung von erlebtem Stress. Zumeist kann der energetische Spannungsbogen in Gruppen und insbesondere in der Arbeitstherapie nicht so gut gehalten werden, wie MitRehabilitandinnen dies zeigen. Die spezifischen Inhalte und Aufgaben verteilen sich auf die behandelnden Ärzte, die Bezugstherapeuten und die indem speziell ausgearbeiteten Therapieprogramm geschulten Mitarbeiterinnen. Hier erweist sich u.a. das Instrument der IZP-E als hilfreich.

Zugleich, mit den Anteilen einer hier in besonderer Weise individuell angepassten

Therapie, gilt es im Sinne der inklusiven Arbeit (Inklusion) der Rehabilitandin einen guten und förderlichen Bezug zur Gruppe zu ermöglichen. Es gilt, gut mit der Rehabilitandin herauszufinden, welche der möglichen Maßnahmen und Angebote am besten für ihre Bedürfnisse geeignet sind, um dadurch auch die Motivation zu stärken. Dies wird in besonderer Weise zur Realisierung der Therapie berücksichtigt. So ist hier evident, dass das multiprofessionelle Team die kollegiale Zusammenarbeit durch funktionalen Informationsfluss einerseits und für die Vertrauensbildung einer hier besonders wichtigen Beziehungsgestaltung hinsichtlich notwendiger Setting-Fragen andererseits pragmatisch gestaltet. Wichtig zu beachten ist, dass Beziehungen zu im gelebten Alltag wichtigen Personen oft vertrauensvoller und tragfähiger sind als zum Arzt.

Mit dem oben Dargestellten ist auch für Rehabilitanden mit einer psychiatrisch relevanten Diagnose, wie z. B. einer Psychose ein guter Therapieverlauf umsetzbar.

Indikationsgruppen Strukturierte störungsspezifische Gruppen

Die Gruppen bilden sich nach Zuweisungsdiagnose bzw. Indikation:

- Psychosen,
- affektive Störungen,
- Persönlichkeitsstörungen.

Die Inhalte wurden gemeinsam mit den psychiatrischen Fachärzten erarbeitet und liegen in Form von modularen Curricula vor, ein Einstieg ist fortlaufend möglich. Zentrale Inhalte sind:

- Information über die jeweilige Störung / Erkrankung und die therapeutischen Möglichkeiten
- Persönliches Assessment der häufig vorkommenden Belastungen
- Soziale Auswirkungen und Ansatzpunkte
- Skills-Training
- Selbstmanagement

Die störungsspezifischen Gruppen bestehen aus acht Sitzungen à 90 Minuten und sind modular aufgebaut. Die Gruppe wird je nach Thema im Wechsel von Ärzten und geeigneten Fachkräften durchgeführt.

Strukturierte psychoedukative Gruppen (Sucht)

Das Curriculum wurde gemeinsam mit den psychiatrischen Fachärztinnen erstellt, dieses umfasst:

- Analyse der Vor- und Nachteile des Drogenkonsums bzw. der Abstinenz,
- Erarbeitung individueller Therapieziele,
- Erarbeitung eines Modells der Abhängigkeit,

- Erarbeitung der Bedeutung von Kognitionen und Affekten (emotionales Befinden) für das bisherige Suchtverhalten,
- Erarbeitung von kognitiven und verhaltensnahen Alternativen.

Die psychoedukativen Gruppen (PEG) finden regelmäßig bereits zu Beginn der Maßnahme statt. Die PEG bestehen aus vier Sitzungen à 90 Minuten und sind modular aufgebaut. Die Gruppe wird von geeigneten Fachkräften durchgeführt.

Folgende Ziele sollen mit den PEG erreicht werden:

- Wissensvermittlung und kognitive Neuorientierung bzgl. Wirkungen und gesundheitlichen Risiken beim Konsum von Drogen und psychoaktiven Substanzen,
- Vermittlung eines funktionalen Störungskonzeptes,
- Förderung und Stabilisierung suchtmittelbezogener Veränderungs- und Abstinenzmotivation,
- Rückfallprophylaxe und Krisenplanung,
- Entwickeln persönlicher Zielsetzungen,
- Information über die Möglichkeiten und Grenzen professioneller Hilfe.

Die individuellen Erfahrungen und Ergebnisse aus diesen Gruppen gehen in die weitere Behandlungsplanung mit ein. Die vermittelten Inhalte sind sehr umfassend und orientieren sich am aktuellen wissenschaftlichen Stand.

Spezifischere Themen der Psychoedukation sind im Weiteren in die entsprechenden Bezugsgruppen integriert.

Gendergruppen

Von Drogenabhängigkeit betroffene Frauen und Männer haben in der Regel mehr negative, übergriffige, gewalttätige Beziehungen erlebt und geführt, als die Normalpopulation. Es lassen sich eine Vielzahl frauen- bzw. männerspezifischer Anteile und Erlebnisse unterscheiden.

Oftmals sind für beide Geschlechter diesbezügliche Erlebnisse ein weiterer Grund für Drogenkonsum und für Zweifel und Angst, sich auf hoffentlich tragfähige und befriedigende Beziehungen einzulassen.

Ein generelles Lebensthema der Rehabilitandinnen ist die Suche nach einer gelingenden Gestaltung von Paarbeziehungen, sodass die Bereiche Sexualität und das eigene Rollenverständnis als Frau oder Mann sehr häufig eine therapeutische Thematisierung erfordern, dem auch in der Therapie entsprechend ein Rahmen gegeben wird. Da in der Regel Frauen in stationärer Therapie weniger zahlreich vertreten und oftmals belasteter durch Beziehungserfahrungen mit Männern sind, gestaltet es sich als problematisch, diesen genderspezifischen Themen in den Bezugsgruppen mit Männern einen angemessenen Rahmen geben zu können. Eine wöchentliche Frauengruppe über die

gesamte Therapiedauer wird von der Fachklinik obligatorisch angeboten. Sie wird von einer therapeutisch qualifizierten Mitarbeiterin geleitet. Zeitgleich findet eine wöchentliche Männergruppe statt, die von einem therapeutisch qualifizierten Mitarbeiter angeleitet wird und spezifische Themen (männliche Identitätsbilder, Macht, Aggressivität, Sexualität) bearbeitet.

Je nach Inhalten der Indikationsgruppen und Entwicklungsstand der einzelnen Rehabilitandinnen/ Rehabilitanden finden die Gruppen, geschlossen, halboffen oder offen statt.

Spezifische Angebote aus der anthroposophischen Medizin und Heilkunde

- Gruppeneurythmie

Der Fokus liegt bei der Gruppeneurythmie auf dem nonverbalen Austausch und Begegnung in der Gemeinschaft; als Erweiterung der verbalen Gesprächspsychotherapie.

- Kunst-Therapie in der Gruppe

Im Vordergrund dieser spezifisch kreativen Angebote steht die Möglichkeit für die Rehabilitandinnen, ihren jeweiligen Emotionen expressiven Ausdruck verleihen zu können (insbesondere in der Kunst-Therapie).

Weitere Gruppenangebote

Je nach Indikation soll jede Rehabilitandin im Laufe ihrer Behandlung an mindestens einem der folgenden Projekte teilnehmen. Hierbei stehen die expressiven Ausdrucksmöglichkeiten im Vordergrund, sowohl auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene. Die innerhalb von vier Wochen gestalteten Bühnenstücke werden hausintern und für Angehörige aufgeführt und beinhalten damit den Schwellenmoment, sich vor anderen Menschen zu zeigen und für andere und für sich selbst erlebbar zu werden.

Szenische Dramaarbeit (Schauspielprojekt)

Die Rehabilitandin nimmt im Spiel eine aktive Bühnenrolle ein. Die therapeutische Wirkung dieser Dramaarbeit ist sehr umfassend und in jedem Einzelfall sicherlich anders. Trotzdem lassen sich einige charakteristische Wirkungsweisen der Dramaarbeit beschreiben. Darstellende Mittel, heilend angewendet, richten sich gegen Vereinsamungs- und Isolierungstendenzen. Sie ermöglichen den Rehabilitandinnen das Erleben, dass sie in einen offenen, lebendigen Bezug zur Welt und zu den Menschen treten können. Mittels dramatischer Gesetzmäßigkeiten und Mittel im Schauspiel wird versucht, den Rückzugstendenzen entgegenzuwirken. Das Ausdrucksverhalten wird stimuliert und gefördert. Im Schauspiel ist es möglich, „aus der Haut“ in „die Haut eines anderen“ (sprich die Rolle) zu wechseln. Dies ermöglicht das Trainieren von

Rollenflexibilität und das Kennenlernen von Rollenambiguität. Rollensicherheit wird so aufgebaut und das Reflexionsvermögen gefördert. Im Schauspiel kann die Rehabilitandin in einem sicheren Rahmen unterschiedlicher Gefühle wie Wut, Trauer, Freude, Angst, Liebe expressiv ausleben.

Biographisches Tanzen

Während in der szenischen Dramaarbeit das Hauptgewicht im verbalen Ausdruck liegt, stellt die Musik verbunden mit tänzerischen Bewegungselementen ganz im Mittelpunkt. Es wird der Versuch unternommen, Elemente der eigenen Biographie der Rehabilitandinnen in eine szenisch getanzte Geschichte umzusetzen.

Eurythmie Projekt

Die Gruppeneurythmie stellt eine besondere Form der Bewegungstherapie dar. Im Vordergrund steht nicht zentral die rein körperliche Expressivität; sondern die körperlichen Gesten sind durch rhythmische, seelische und gedankliche Formgebung geführt. Eine große Herausforderung stellt dabei die Koordination der eigenen Bewegungsabläufe mit denen der anderen Teilnehmerinnen dar.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Aus dem Auftrag der Rentenversicherungsträger ergibt sich direkt die Bedeutung der Arbeitstherapie (AT). Die Arbeitstherapie beinhaltet medizinische und arbeitsfördernde Leistungen zur kurz- oder langfristigen Rehabilitation, die die Arbeitsfähigkeit der Rehabilitandinnen ermitteln, erhalten, bessern, herstellen oder wiederherstellen sollen. Arbeit ist das adäquate Mittel, die Existenz zu sichern, nimmt einen großen zeitlichen Anteil des Lebens in Anspruch und ist dementsprechend auch für das psychische Wohlergehen von zentraler Bedeutung. Menschen ohne Arbeit bekommen weniger Anerkennung und haben einen negativen Status auszuhalten, somit sind Selbstwirksamkeit und Wertschätzung wichtige Erfahrungsmomente.

Drogenabhängige sind häufig keiner regelmäßigen Arbeit nachgegangen und verfügen vielfach über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Sie haben in ihrem beruflichen Werdegang oft den Arbeitsplatz gewechselt oder auftretende Belastungen in ihrer Arbeitswelt durch den Konsum von Drogen „bewältigt“. Nicht zuletzt sind Arbeit und Beschäftigung wesentliche sinnstiftende Elemente der Lebensgestaltung.

Eingangs- und Orientierungsphase

- Eine geregelte Arbeits- und Tagesstruktur verhelfen zu mehr innerer Stabilität, Sicherheit und Abstand von Drogenthemen (Suchtdruck, Szenegespräche)
- gemeinsames Arbeiten fördert die Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau zu

MitRehabilitandinnen und Mitarbeiterinnen.

- In den verschiedenen Arbeitsbereichen kann jede neue Erfahrung bezüglich eigener Ressourcen als auch Defizite und Möglichkeiten sammeln. Für eine zielorientierte Behandlungsplanung nach BORA kommen Verhaltensbeobachtung, Leistungseinschätzung, Fremd- und Selbsteinschätzungsbögen (z.B. MELBA) zum Einsatz.

Aufbauphase (Hauptphase)

- Gemäß den eigenen Fähigkeiten und den Entwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitandinnen werden entsprechende Aufgaben ausgewählt, gemäß dem Grundsatz der Individualisierung der Therapie. Ziel ist es zudem, beeinträchtigende Defizite nach Möglichkeit abzubauen.
- Die Ergebnisse der Arbeit sollen hierbei unmittelbar sichtbar werden und von Sinnhaftigkeit geprägt sein. Nur so können Arbeitszufriedenheit, Selbstwert und Verantwortungsübernahme gefördert werden.
- Die arbeitstherapeutische Zielsetzung liegt allen am Therapieprozess beteiligten Mitarbeiterin klar erkennbar vor und wird in den Behandlungsplan eingefügt.
- Entwicklung einer neuen beruflichen Perspektive, in der die eigene Suchterkrankung als biographischer Lebensabschnitt integriert und produktiv verarbeitet wird.

Die Arbeitsbereiche im Haus eignen sich besonders gut, um abwechslungsreiche Arbeitsfelder mit unterschiedlichen Anforderungsprofilen anzubieten. Es gibt die Möglichkeit, eigenständige Aufgaben und Projekte zu entwickeln oder für bestehende Projekte Eigenverantwortung zu übernehmen und sie fortzuführen. Ziele und Maßnahmen sind, sich in abgestufter Vorgehensweise einer Arbeitshaltung anzunähern, wie sie auf dem Arbeitsmarkt gefordert wird. Schon bestehende Fähigkeiten sollen trainiert, gefestigt und erweitert werden.

Gefördert werden die Grundarbeitsfähigkeiten (Einhalten von Rahmenbedingungen, Kommunikations- und Gruppenarbeitsfähigkeiten, Ausdauer, Belastbarkeit, Flexibilität). Ziel ist es, dass die Rehabilitandinnen in die Lage kommen, sich in kleineren Arbeitseinheiten zu organisieren, Projekte mitzugestalten und auch phasenweise ohne direkte Anleitung die geforderten Aufgaben erfüllen zu können. In wöchentlichen Arbeitsbesprechungen werden das Arbeitsverhalten des Einzelnen und der gesamten Gruppe analysiert und Arbeitseinsätze für die Folgezeit geplant, organisiert und koordiniert.

Folgende Bereiche werden in der Arbeitstherapie vorgehalten

Garten- und Landschaftsgestaltung

Eine Arbeitsgruppe widmet sich unter Anleitung eines Fachmannes der Pflege und der

Gestaltung des Klinikgeländes (Landschaftsgestaltung, Landschaftskunst). Sie legt neue Pflanzungen, Brunnenanlagen oder Biotope u. ä. an, darüber hinaus ist sie für die Pflege der bestehenden Anlagen verantwortlich. Die Rehabilitandinnen, die hier arbeiten, werden intensiv in die Hintergründe dieser Tätigkeit eingeführt und arbeiten ihrem Entwicklungsstand entsprechend selbständig.

Landwirtschaft

Die Mitarbeiterinnen arbeiten eng mit dem Rimpertsweiler Hof zusammen, auf dem die Anfänge der Fachklinik *siebenzwerge* stattfanden. Dieser Hof verfügt über 110 ha Land, das biologisch-dynamisch bewirtschaftet wird und eine Demeter-Anerkennung hat.

Auf dem Hof wird Viehhaltung betrieben. Es sind insgesamt ca. 150 Tiere im Kuhstall. Davon sind ca. 50 Milchkühe, 50 Kälber und die Nachzucht zu versorgen.

Hinzu kommt die Arbeit mit den Lichtwurzeln (Yamswurzel aus China). Weitere Informationen hierzu und allgemein über das Hofgut sind auf der Website zu finden (<https://www.rimpertsweiler.de>).

Die Rehabilitandinnen helfen bei allen anfallenden Arbeiten mit, sie werden von Mitarbeiterinnen der ersten Therapiephase begleitet und übernehmen möglichst eigene Verantwortungsbereiche.

Zudem werden sie stets freitags im sogenannten „Bauernvortrag“ von Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen des Hofguts in die Hintergründe und Gesetzmäßigkeiten der Landwirtschaft eingeführt.

Instandhaltung/Renovierung

Die Renovierungsgruppe führt die Instandsetzungsarbeiten an den Gebäuden und die Umbauten durch. Unter Anleitung und Begleitung von Mitarbeiterinnen mit einem handwerklichen Grundberuf können die Rehabilitandinnen bei den zu bewältigenden Arbeiten mitwirken und diese auch mitgestalten. Ziel ist es, in sich abgeschlossene Projekte (Planungsphase, Durchführungsphase, Reflexionsphase) durchzuführen, für die eine Rehabilitandinnengruppe die Verantwortung übertragen bekommt.

Hausküche

Die Einrichtung verfügt über eine Zentralküche, die für die Fachklinik die Mahlzeiten zubereitet, wobei möglichst Produkte aus eigenem Anbau und eigener Produktion verwendet werden. Darüber hinaus versucht die Fachklinik vornehmlich biologisch-dynamisch oder kontrolliert biologisch angebaute Produkte zu verwerten und auf Halbfertig- und Fertigprodukte zu verzichten. Die Küche wird von einem Koch geführt, welcher eine Rehabilitandinnengruppe beim Kochen anleitet. Jede Rehabilitandin übernimmt im Laufe der Zeit der Reihe nach jeden einzelnen Verantwortungsbereich. Der Arbeitsbereich Hausküche stellt besonders hohe Anforderungen an die Rehabilitandin, da sie in einem genau vorgegebenen Zeitraum eine große Anzahl von Menschen (60 bis 80 Personen) verköstigen müssen. Neben dem Erlernen der Zubereitung von ausgewogenen Vollwertmahlzeiten bietet dieser Arbeitsbereich somit ein wichtiges Lernfeld für das Erlernen von Fähig- und Fertigkeiten wie: Planen, Organisieren,

Strukturieren und Delegieren.

Hauswirtschaft

Dieser Arbeitsbereich widmet sich allen Reinigungs- und Pflegearbeiten im Hause; hinzu kommen noch das dekorative Ausgestalten der Räume durch Gestecke, Blumensträuße etc. sowie das Waschen der Wäsche. Die Rehabilitandinnen begegnen dabei vor allem Aufgaben, die sich täglich wiederholen und denen nur schwer große Erfolgserlebnisse abzugewinnen sind, zumal die meisten Menschen diese „klassische“ Tätigkeit der Hausfrauen kaum beachten und würdigen. Das Erlernen grundlegender hauswirtschaftlicher Fähig- und Fertigkeiten steht im Mittelpunkt des Arbeitsbereiches Hauswirtschaft. Neben den täglichen Arbeitsbesprechungen findet am Freitag eine Rückschau auf die Arbeitswoche statt.

Die Arbeitstherapeuten nehmen an den regelmäßig stattfindenden Team Besprechungen, Fallbesprechungen und der Supervision teil. Dies gewährleistet die Einbindung der arbeitstherapeutischen Perspektive in die Behandlungsplanung-Begleitung und -Auswertung. Kennzeichen der Arbeitsbereiche in der Fachklinik *siebenzwerge* ist ihr Realitätsbezug. Alle Arbeitsbereiche erfüllen wichtige Aufgaben und haben direkte Bedeutung für die Fachklinik *siebenzwerge*. In allen Bereichen findet neben den täglichen Arbeitsbesprechungen freitags eine gemeinsame Reflexion der Arbeitswoche statt (Dauer: 90 Minuten)

Die Zuordnung der Rehabilitandinnen zu den verschiedenen Arbeitsbereichen erfolgt auf der Grundlage der BORA-Zielgruppenzuteilung, der Eingangs- und Rehabilitationsdiagnostik und der Präferenz der Rehabilitandin.

Vorbereitung der Wiedereingliederung

Sie soll möglichst realistisch die Bedingungen und Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes widerspiegeln. Sowohl die tägliche Arbeitszeit sollte sich an späteren Bedingungen orientieren sowie die generellen Anforderungen denen eines realen Arbeitsplatzes nahekomen. Selbstständiges und eigenverantwortliches Arbeiten sollen eingeübt werden.

Die Rehabilitandin sollte in die Lage versetzt werden, mit Zuversicht aufbauend auf den eigenen Kompetenzen in der realen Arbeitswelt ihren Weg finden zu können.

Neben den Anforderungen der Arbeitswelt sollte das Bewusstsein geweckt werden, dass der Aufbau sozialer Beziehungen ein wesentlicher Faktor für die Stabilisierung der eigenen Persönlichkeit darstellen. Viele Rehabilitandinnen neigen dazu, die berufliche Tätigkeit zu priorisieren und sich weniger um eine positive Gestaltung ihrer sozialen und häuslichen Lebenswelt zu kümmern. Wichtig für die Nachhaltigkeit einer sinn erfüllten Lebensführung ist die Bemühung, zwischen Beruf, sozialem Umfeld und Freizeitgestaltung ein gesundes Gleichgewicht herzustellen.

Betriebliche Wiedereingliederung

Der Wiedereingliederungsprozess wird unter Berücksichtigung der zuvor stattgefundenen arbeitsbezogenen Erhebungen gestaltet. Sollten bereits Arbeitsverhältnisse bestehen, fließen deren spezifische Bedingungen in die Vorbereitung mit ein. Besondere Beachtung sollte hierbei die Problematik der jeweiligen Suchterkrankung sowie individueller Einschränkungen und Risikofaktoren finden um zwischen den allgemeinen Anforderungen der Arbeitswelt und den persönlichen suchtbedingten Verhaltensmustern unterscheiden zu können. Um ein Gelingen des Wiedereingliederungsprozesses zu gewährleisten ist es sinnvoll, den Fortgang in realistischen Stufen zu gestalten und diese als konkrete Teilziele zu formulieren.

Für eine erfolgreiche betriebliche Wiedereingliederung sind dabei folgende Gesichtspunkte wesentlich:

- Klärungsbedarf: Bietet der Arbeitgeber ein BEM-Verfahren an (bei einer länger als 6 Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit ist der AG verpflichtet, das BEM anzubieten; § 167 Abs. 2 SGB IX), führt er jenes nach entsprechenden Vereinbarungen durch.
- Nach längerer Arbeitsunfähigkeit ist die Rückkehr an den Arbeitsplatz durch eine stufenweise nahtlose Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell angeraten.
- Die Notwendigkeit für diese Maßnahme sollte das Rehabilitationsteam mit der Rehabilitandin zusammen bereits während der Therapiezeit besprechen und planen.
- Die stufenweise Wiedereingliederung wird in Absprache mit dem Betrieb anberaumt; dieser erhält die Erstverordnung (Wiedereingliederungsplan) vom Einrichtungsarzt. Vorab sollte die Anschlussbetreuung durch einen Hausarzt geregelt sein.
- Abklärung mit dem zuständigen Rehabilitationsträger bzgl. der Leistungsvoraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung sowie ggf. erforderliche andere unterstützende Leistungen und Angebote.
- Liegt eine Schwerbehinderung vor: Kontaktaufnahme mit dem Integrationsfachdienst.

Sollte sich in der Vorbereitungsphase oder im Verlauf der ersten konkreten Schritte der Wiedereingliederung zeigen, dass - aufgrund der Suchtproblematik oder anderer Gegebenheiten - Schwierigkeiten im Verhältnis der Rehabilitandin zu Vorgesetzten oder Kolleginnen auftreten, oder das Arbeitsverhältnis insgesamt gefährdet ist, sind arbeitsrechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Um ihre Rechte als Arbeitnehmerin

wahren zu können, findet ggf. eine Beratung durch den Sozialdienst statt. Eventuell kann eine Personalvertretung oder eine Fachanwältin für Arbeitsrecht zur Beratung herangezogen werden. Sowohl die Bezugstherapeutinnen, wie der Sozialdienst der Einrichtung und eine arbeitstherapeutisch qualifizierte Mitarbeiterin erbringen die Leistungen zur betrieblichen Integration.

Die Möglichkeit externer Belastungserprobung ist grundsätzlich gegeben. Sparte und Zeitpunkt hängen vom individuellen Bedarf und der Dauer der Maßnahme ab (etwa ob eine Adaptionphase vorgesehen ist oder nicht).

BORA (Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker)

Seit 2014 ist BORA als verbindliche Grundlage für die medizinische Reha Sucht verankert. Das Ziel ist es, eine systematische, zielgruppenorientierte Unterstützung bzgl. der Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen zu erreichen. Bei Rehabilitandinnen mit Arbeitsplatz (Zielgruppen 1 und 2) steht vor allem eine gute betriebliche Wiedereingliederung im Vordergrund. Bei Zielgruppe 2 (mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen) zusätzlich um den gezielten Aufbau von Kompetenzen im Rahmen der Arbeitstherapie. Bei Rehabilitandinnen ohne feste Arbeit und ohne geeignete Ausbildung (Zielgruppen 4 und 5) liegt der Fokus während der Behandlung auf der Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive und der Findung eines geeigneten Berufswunsches. Ergotherapeutische Funktionseinschätzung, die Reflexion der die Berufsentscheidung beeinflussenden Faktoren ebenso wie die aktuelle individuelle Belastbarkeit und die momentane Arbeitsmarktsituation stellen hierbei wesentliche Komponenten dar. Des Weiteren findet die Erprobung hilfreicher Verhaltensweisen für Bewerbungen und Vorstellungsgespräche statt. Eine wesentliche Unterstützung für den Entscheidungsprozess der Rehabilitandinnen und die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt stellt die enge Zusammenarbeit mit den örtlichen Arbeitsämtern und regionalen Beschäftigungsstellen dar. Ein fester Bestandteil unserer Rehabilitationseinrichtung ist eine uns angegliederte Adaptionphase mit verschiedenen auch externen Belastungserprobungen. Bei Zielgruppe 3 (prekäres Arbeitsverhältnis) findet eine Prüfung aller genannten Maßnahmen statt.

PC-Schulung und Bewerbungstraining

Für die nach BORA-Zielgruppen 3-5 eingestuften Rehabilitandinnen bietet die Einrichtung ein Bewerbungstraining (in Form von Rollenspiel) an.

In den letzten Wochen der Behandlung wird jede Rehabilitandin die Möglichkeit angeboten, an einem EDV-Kurs mit PC-Schulung zur Erwerbung von Grundkenntnissen und Grundfähigkeiten teilzunehmen. Zudem wird der schriftliche Bewerbungsprozess gelehrt und geübt, die Nutzung sozialer Medien, und Office Anwendungen exploriert und erklärt.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Sporttherapie ist bei Menschen mit Abhängigkeits- und anderen psychischen Erkrankungen ein zentraler Baustein der Therapie. Deutliche Effekte von Bewegung und Entspannung beispielsweise auf Depressivität und Suchtdruck sowie auf Emotionsregulation können nachgewiesen werden. Der Bereich der Sporttherapie wird in unserer Einrichtung von Sporttherapeutinnen organisiert, innerhalb dessen sie nach ärztlicher Vorgabe die individuellen Therapieansätze erarbeiten und mit den Rehabilitandinnen durchführen. Sporttherapie vermittelt den Rehabilitandinnen verschiedene Erfolge auf mentaler, seelischer wie physiologischer Ebene. Einerseits ein Erfolgserleben oder das Akzeptieren von Misserfolgen, eine verbesserte Selbsteinschätzung (Grenzen wahr- und ernstnehmen) und eine Steigerung des Selbstwertgefühls. Weiter kann über Geduld und strukturiertes Training eine Leistungssteigerung, eine Gesundheitsverbesserung, sowie ein stimmigeres Gefühl für den eigenen Körper erfolgen. Diese Veränderungen aus eigener Kraft steigern die Selbstwirksamkeitserwartung der Rehabilitandin, welche auch Einfluss auf andere Bereiche der Therapie hat. Ein weiterer wichtiger Punkt der Sporttherapie ist die Regulation von Emotionen (Abbau von aufgestauten Energien, Entspannung) und die Überwindung von Ängsten. Im Gruppensetting kann zusätzlich die Zusammenarbeit mit anderen erfahren gelernt und werden, und ganz besonders, dass manche Ziele nur im Team erreicht werden können.

Kräftigung

Im Krafttraining sollen Rehabilitandinnen ihre Grenzen kennen- und einschätzen lernen. Ziel ist das Erlernen eines selbstverantwortungsbewussten, maßvollen Krafttrainings. Damit einhergehend ist eine Stärkung des Selbstvertrauens, welches über ein positives, gestärktes Körpergefühl hervorgerufen wird. Teil des Trainings ist somit auch immer die Schulung der Körperwahrnehmung und das bewusste Hineinspüren in Übungen und korrekte Technik. Weiterhin sollen Grundlagen einer sinnvollen, sukzessiven Leistungssteigerung vermittelt werden.

Auf physiologischer Ebene erfolgt eine Zunahme der Muskelkraft. Wichtiges Ziel ist auch das Herstellen eines Gleichgewichts aus Kraft und Dehnbarkeit unterschiedlicher Muskelgruppen, um Übertraining und muskuläre Dysbalancen zu verhindern. Durch gezielte Muskelkräftigung und Dehnung können Beschwerden gelindert und Gesundheit gestärkt werden.

Zusätzlich kann im individuellen Krafttraining auf orthopädische Beschwerden (chronisch und akut) im Einzelkontakt eingegangen und spezielle Trainingspläne erarbeitet werden zur regelmäßigen selbständigen Durchführung.

Rückengesundheit

Viele Rehabilitandinnen klagen über Rückenbeschwerden und weisen Haltungsschäden auf. Im Modul Rückengesundheit werden wichtige inhaltliche Grundlagen zu Haltung und rückerectem Verhalten vermittelt, bspw. Anatomie der Wirbelsäule, Bücken- Heben-Tragen. Diese Informationen sollen konkret am Beispiel der vorherigen Berufspraxis oder der Arbeitstherapie in der Langzeitentwöhnung hier vor Ort vermittelt werden.

Ziel des Moduls ist der Aufbau von Handlungskompetenz in Bezug auf den eigenen Rücken und eventuell auftretenden Schmerzen. Auch hier sind die Wahrnehmungsschulung und Selbstfürsorge von zentraler Wichtigkeit, um Rückenschmerzen zu erkennen, ernst zu nehmen und zu wissen, was Linderung verschafft.

Ausdauer

Der Wiederaufbau und die Stärkung kardiovaskulärer Fitness ist ein zentraler Baustein in der Therapie abhängiger Menschen. Die Ausdauerleistungsfähigkeit dieser Rehabilitandinnen ist häufig beeinträchtigt durch verschiedene Faktoren der bisherigen ungesunden Lebensweise (z.B. Rauchen). Durch behutsame Steigerung von Umfang und Intensität kann die Leistungsfähigkeit sukzessive zurückgewonnen und gesteigert werden. Hierfür eignen sich (Nordic) Walking, Jogging, Schwimmen und Radfahren (auch Radergometer). Es ist individuell auszuwählen, welche Belastungsform für die jeweiligen Rehabilitandinnen am besten geeignet ist.

Laufen

Ein Schwerpunkt der sporttherapeutischen Maßnahmen in der Fachklinik *siebenzwerge* liegt auf dem sporttherapeutischen Laufen. Nach einer individuellen „sporttherapeutischen Diagnose“ wird ein „sporttherapeutischer Behandlungsplan“ entwickelt mit dem Ziel des „sanften Konditionsaufbaus und der nachhaltigen Entwicklung eines „bewegungsaktiven Lebensstils“. Dabei werden individuelle Merkmale wie Alter, Kondition, Krankheitsbild, Motivation und die jeweilige „Sport-Biographie“ berücksichtigt. Die Arbeitsweise des Lauftherapieprogrammes basiert auf bestehenden Trainingsmodellen, die entsprechend der Spezifika der Rehabilitandinnen modifiziert werden.

Spisport und Koordination

Dieses Modul widmet sich der Spielfreude und Ausgelassenheit der Rehabilitandinnen. Hier sollen verschiedene Spisportarten sowie kleine Spiele durchgeführt und Koordinationseinheiten gelehrt werden.

Hierbei geht es um das freie Spiel, in welchem Rehabilitandinnen reaktiv und intuitiv agieren können. Zerstreuung, Freude an Bewegung und gemeinsames Erleben stehen

hier im Vordergrund. Auch ein gewisser Teamgeist kann hier erlernt und erlebt, und wie Aufgaben gemeinsam gemeistert werden können.

Entspannung

Im Zusammenwirken mit den unter den medizinischen Angeboten stattfindenden Achtsamkeits- und Entspannungstherapien soll die Teilnahme am Modul Entspannung zu einem weiteren Ausbau der eigenen Körperwahrnehmung führen, indem die Rehabilitandin übt, sich seiner Empfindungen bewusst zu werden.

Zum anderen ist Ziel der Entspannungstherapie die Regeneration und Rekreation. Hier wird entweder eine passende Entspannungsmethode für die jeweilige Rehabilitandin ausgewählt, oder er kann selbst entscheiden, welche Methode ihm eher zusagt.

Es wird die Wahrnehmung und anschließend bewusste und aktive Lösung von Anspannung erarbeitet. Hierbei ist das Erkennen und (wertfreie) Akzeptieren von Gefühlen, Gedanken und Empfindungen von zentraler Bedeutung. Über diesen Weg können Aggressionen abgebaut, Spannungszustände gelöst und individuelle Emotionsregulationsstrategien erarbeitet werden.

4.7.7 Freizeitangebote

Der sinnvoll erlebte Umgang mit der freien Zeit ist bei Abhängigkeitskranken ein häufig auftretendes Problem. Der Suchtmittelkonsum hat bei den meisten Suchtkranken dazu geführt, dass frühere Interessen und Hobbys vernachlässigt bzw. gar nicht erst erlernt und ausgeübt wurden. Beim Verzicht auf den Konsum von Suchtmitteln entstehen sehr häufig Gefühle von Einsamkeit und Leere, die eine erhöhte Rückfallgefahr in sich bergen. Die Rehabilitandinnen benötigen auch besonders in diesem Bereich Anregung und Motivation, um die Vorbehalte und Ängste gegenüber der Teilnahme an kulturellen Freizeitangeboten zu überwinden. Freizeitaktivitäten werden deshalb von den Mitarbeiterinnen immer wieder angeregt und mit den Rehabilitanden gemeinsam geplant und durchgeführt. Den Rehabilitandinnen stehen in der Fachklinik siebenzwerge vielfältige Möglichkeiten in der Einrichtung und in der Region zur Verfügung.

Folgende Freizeitangebote stehen den Rehabilitandinnen zur Verfügung und sind Teil des verbindlichen Programms:

- Freizeit AGs: Diese Angebote finden derzeit Montags von 16:30 bis ca. 18 Uhr statt. Qualifiziert angeleitet und begleitet werden:
 - Outdoor-Calisthenics
 - Bogenschießen
 - Zirkeltraining
 - Fußball, Volleyball, Basketball auf eigener Sportanlage

- Schwimmen (im nahegelegenen Hallenbad)
- Chorstunde

Folgende Angebote stehen den Rehabilitandinnen als freie Angebote zur Verfügung:

- Musikgruppe (z.B. Trommelworkshop),
- Kulturabend (selbstgestalteter Rahmen von Rehabilitandinnen zur Talentförderung),
- Kinoabende hausintern (Heimkinoanlage),
- Theatergruppe,
- Multifunktionsanlage (Fußball, Basketball, Volleyball),
- Musikinstrumente,
- Tischtennis, Tischfußball,
- Sauna,
- Beachvolleyballfeld,
- Arbeitsgruppe „Greenpeace“,
- Waldstrecken für Spaziergänge und Lauftraining.

4.7.8 Sozialdienst

Eine Schlüsselrolle kommt im Rahmen der Rehabilitation dem Sozialdienst zu. Die meisten Rehabilitandinnen kommen mit einer Fülle ungeklärter Sachverhalte in die Einrichtung. Häufig sind im Kontext der Suchterkrankung soziale Schieflagen juristischer oder finanzieller Art entstanden, die einer erfolgreichen Wiedereingliederung im Wege stehen. Daher werden sozialdienstliche Leistungen von Anfang an erbracht und als fester Bestandteil in den Behandlungsplan aufgenommen. Dabei arbeitet die Abteilung Sozialdienst fachübergreifend und vernetzt mit den Bezugstherapeuten und dem ärztlichen Personal zusammen.

Die Rehabilitandinnen werden vom Sozialdienst unterstützt bei:

- der Klärung der Therapienebenkosten (z.B. Grundsicherung SGB XII, Bürgergeld Übergangsgeld, Kindergeld),
- der Klärung versicherungsrechtlicher Angelegenheiten (Sicherung des Krankenversicherungsschutzes),
- der Klärung arbeitsrechtlicher Angelegenheiten (Arbeitsagentur, Jobcenter Ansprüche, bisherige Arbeitgeber),
- der Unterstützung bei juristischen Angelegenheiten und Abwicklung von Meldepflichten (offene Verfahren, Bewährungsaufgaben, Ausländerrecht, drohende Ausweisung),
- der Unterstützung im Kontakt mit Ämtern und Behörden,
- der Zusammenarbeit mit wichtigen Bezugspersonen, etwa gesetzlicher Betreuer und bei Bedarf mit Angehörigen, Unterstützung bei Wohnungsfragen

(Wohnungsaufösungen, Probleme mit Vermietern),

- der Schuldnerberatung: In der Fachklinik arbeitet ein qualifiziert ausgebildeter Schuldnerberater, der sich durch langjährige Berufspraxis und Erfahrungswerte auf die Beratung von stationären Rehabilitandinnen fokussiert, externe Klientinnen telefonisch berät oder vermittelt.
- Der Kooperationen mit Arbeitgebern bei externen Belastungserprobungen leistet ebenfalls der Sozialdienst. Hier ist die Fachklinik *siebenzwerge* mit diversen sozialen Einrichtungen, Institutionen und Betrieben in der Region vernetzt. In der Regel wird die Planung dieser Maßnahmen von der Rehabilitandin mit Unterstützung der Bezugstherapeuten und Ärzten eingeleitet, die administrative Organisation und Durchführung übernimmt der Sozialdienst.
- Administration bei der Vermittlung in eine externe Adaptions- und Nachsorgeeinrichtung.

Bei Maßnahmen zu Wiedereingliederung leisten die Ärztinnen in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Bezugstherapeutinnen sowohl die Einleitung als auch die Umsetzung in die Praxis.

Interventionen sind oft dringend und bedürfen gleichzeitig umfassender Einsicht in die Gesamtlage (Schuldenregulierung, Strafverfahren). Daher wird bereits am Aufnahmetag eine ausführliche sozialdienstliche Erhebung mit der Rehabilitandin durchgeführt. Dies geschieht anhand eines standardisierten Formblattes zur Erfassung von: Personenbezogenen Daten, Abklärung Therapienebenkosten, offene Verfahren, Schulden, ob alle wichtigen Dokumente vorliegen etc. Dieses Dokument wird im Patfak für alle Mitarbeiterinnen leicht zugänglich hinterlegt. Prognostisch ungünstig sind unregelmäßige Schulden, offene Verfahren, unklare Anspruchslage bzgl. Umschulungen am Ende einer Therapie, eine möglichst gute Regelung und hohe Transparenz der Gesamtlage werden bei jeder Rehabilitandin angestrebt.

Das vorrangige Ziel ist nicht, den Rehabilitandinnen Belastungen abzunehmen, sondern sie zu befähigen, ihre Angelegenheiten während der Behandlung (mit Unterstützung) und danach (selbständig) zu regeln.

Case Management

Um das Angebot der neu geschaffenen Therapiezeiten in der Umsetzung kontinuierlich für jede einzelne Rehabilitandin gewährleisten zu können, wurde ein Case Management-Stellenanteil (10 Arbeitsstunden) geschaffen.

Aufgaben dieser Stabstelle (Schnittstelle zwischen Aufnahmeabteilung, Bezugstherapeutenteams und der medizinischen Leitung) sind im Wesentlichen, die beim Aufnahmeprozess erhobenen Sozial- und Berufsanamnese, Problemlagen,

Rehabilitationsziele (arbeitsbezogen, sozialer Bereich, körperlicher Bereich etc.), Zukunftsvisionen und -vorstellungen der Rehabilitandin so präzise zu erfassen, dass eine möglichst genaue Maßnahmenerhebung mit anschließender Zuweisung in entsprechende Indikationsgruppen, Arbeitsbereiche etc. in der ersten Konferenz mit der Rehabilitandin möglich ist („ein grober Fahrplan“). Somit sichert sie die zeitlich adäquate Umsetzung der vereinbarten Therapiemaßnahmen. Sie überwacht, erfragt und koordiniert die zugewiesenen Maßnahmen in Rücksprache mit den Bezugstherapeutenteams.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Psychoedukative Gruppe – Gesundheitslehre/Aufklärung

Die ärztliche Mitwirkung bei gesundheitsfördernden Maßnahmen ist u.a. durch den Arztvortrag gegeben.

Das allgemeine Curriculum zur Gesundheitsbildung wird als psychoedukative Gruppe unter Leitung des ärztlichen Leiters unter Hinzuziehung von Sozialtherapeuten, Ernährungsberatung, und psychologischen Therapeuten in acht, sich vierteljährlich wiederholenden Terminen zu folgenden Themen angeboten:

1. Einführung
2. Schlaf und Traum
3. Ernährung, Verdauung und Leberstoffwechsel
4. Stressgeneratoren und Stressregulation
5. Vulnerabilitätsfaktoren und Resilienz
6. Selbstmanagement, Umstellungen hinsichtlich der Verbesserung von körperlicher und psychosozialer Belastbarkeit
7. Organbezogene, circadiane, jahreszeitliche und weitere Rhythmen in der Natur
8. biographische Abschnitte und deren seelische Entwicklungsabschnitte und in dem Zusammenhang relevante, dysfunktionale und entwicklungshemmende Interaktionen und Wirkungen durch den Drogenkonsum, auch substanzspezifisch betrachtet gesehen

Diätküche/ Ernährung

In der Fachklinik *siebenzwerge* arbeitet eine Diätassistentin und ein diätisch geschulter Koch. Der Koch bietet neben der täglichen Anleitung der internen Belastungserprobung in der Einrichtungsküche nachmittags Lehrkurse für alle Rehabilitandinnen an. Die Diätassistentin bietet sowohl individuelle Ernährungsberatung als auch Gruppenschulungen an.

Nikotinentwöhnung

Angeboten wird das evaluierte Raucherentwöhnungsprogramm „Das

Rauchfreiprogramm“, das neueste Konzepte der Motivationsforschung und Verhaltenstherapie vereint.

Das Behandlungsprogramm bedient sich der Elemente:

- Explorieren der eigenen Rauchergeschichte
- Verhaltensbeobachtung
- Bedingungsanalyse
- Selbstkontrollmethoden
- Aufbau von alternativen Verhaltensweisen
- Rückfallprävention
- Gesundheitsförderung durch Ernährungsmaßnahmen
- Ausführung gesundheitsförderliche körperliche Aktivitäten

4.7.10 Angehörigenarbeit

In unserer therapeutischen Arbeit legen wir ein besonderes Augenmerk auf das soziale Gefüge der jeweiligen Rehabilitandin und beziehen das soziale Netzwerk des jeweiligen Menschen mit ein.

Kontaktaufbau und individuelle Besuchszeiten

Üblicherweise kommt es in der ersten wichtigen Neuorientierungsphase überwiegend zu brieflichem und telefonischem Kontakt. Es geht darum, den Rehabilitanden im Aufbau seines Selbstmanagements zu unterstützen. Denn Angehörige tragen aufgrund der systemischen Dynamiken der Suchterkrankung in einigen Fällen dazu bei, dass erlernte dysfunktionale Interaktionsmuster aufrechterhalten werden.

Die erste persönliche Begegnung findet am Angehörigeninformationstag oder bei einem therapeutischen Angehörigengespräch statt. Dies findet in der Regel nach der biographischen Explorationsphase statt.

Von dem oben beschriebenen Ablauf abgesehen, kann bei indizierten individuellen Gegebenheiten (z.B. eine konfliktbehaftete Familiensituation, die das Einlassen auf die Behandlung teilweise behindern kann) und Problemlagen (z.B. Vorfälle in der Familie, Tod von Angehörigen) eine abweichende Vereinbarung getroffen werden.

Therapeutische Angehörigenarbeit

Paar-, Angehörigen- bzw. Familiengespräche werden als fester Bestandteil des Rehabilitationsprogrammes und je nach Indikation und Wunsch der Rehabilitandin zu unterschiedlichen Zeitpunkten angeboten. Therapeutisch begleitete Gespräche sollen bei der Bearbeitung von spezielleren Beziehungsproblemen und aktuellen Konflikten innerhalb der Familie der Betroffenen helfen. Wechselseitig gestörte Beziehungen in

Partnerschaft oder Familie sollen reflektiert und Alternativen in Interaktion und Kommunikation erarbeitet werden. Ziel der Paar- und Familiengespräche ist, die Dynamik der Beziehung hinsichtlich der Abhängigkeitserkrankung zu verstehen und ggf. einen ressourcenorientierten Wachstums- und Veränderungsprozess einzuleiten oder Trennungen und Ausstiege zu ermöglichen. Die Gespräche sollen immer im Co-Therapiesetting unter Berücksichtigung der Genderperspektive stattfinden. Die Gespräche werden von einem therapeutischen Teammitglied geleitet.

Angehörigeninformationstag

Wesentlicher Faktor einer erfolgreichen Entwöhnung, die nach Beendigung der Therapie von Nachhaltigkeit geprägt ist, ist die Beteiligung wichtiger Angehöriger (Eltern, Geschwister, Partner). Angehörige können während der Behandlung sowohl zum Durchhalten motivieren und Unterstützung anbieten, als auch störend eingreifen (drängeln, belastende Themen einbringen, im Extremfall die Hausordnung unterlaufen). Daher sollen sie gut über Dynamiken der Sucht und das Behandlungsprogramm informiert und in ihren Möglichkeiten geschult werden. Insbesondere nach Ende der stationären Behandlung sowie auf Heimfahrten können sie wertvolle Verbündete der Aufrechterhaltung von Abstinenz und Therapieerfolg sein. Informationen zum spezifischen therapeutischen Ansatz der Fachklinik *siebenzwerge* und Workshops zu einzelnen Behandlungselementen werden in regelmäßig stattfindenden Angehörigenseminartagen angeboten (vier Mal im Jahr, jeweils ein Tag). Zur Festigung einer positiven Zukunftsprognose ist es wichtig, bei den Angehörigen das Bewusstsein zu wecken, dass sie sich selbst als kompetente Ressource begreifen.

4.7.11 Rückfallmanagement

Entwicklungs- und Heilungsprozesse verlaufen nicht gradlinig, sondern sind unter anderem gekennzeichnet von Rückschlägen, Einbrüchen und Neuanfängen. Krisen und Rückschläge gehören zu den persönlichen Wachstumsprozessen und zum Krankheitsbild einer Suchterkrankung. Der Rückfall als ein Bestandteil des Ausstiegsprozesses muss aus diesem Grund konzeptionell innerhalb des komplexen Veränderungsprozesses aufgegriffen werden. Rückfälle und Krisen tragen die Möglichkeit in sich, notwendige Entwicklungsschritte einzuleiten und müssen nicht zwangsläufig zum totalen Abgleiten führen. Der Einzelne lernt seine Grenzen zu erkennen und macht mit dem Rückfall auf Problembereiche aufmerksam, die in seinem Leben noch ungelöst sind und der Bearbeitung bedürfen. In der Konsequenz bewirken sie oftmals eine stabilere Abstinenz.

Rückfälle werden unter multikausalen Aspekten betrachtet. Risikofaktoren bzw. auslösende Faktoren einer Krise bzw. eines Rückfalls können sein:

- unangenehme oder sehr starke emotionale Zustände,

- Wut, starke Trauer, Niedergeschlagenheit aber auch euphorische Glücksgefühle,
- sozialer Druck, Alltagsfrustrationen, Verführung durch andere,
- nachlassende geistige Wachsamkeit und Gleichgültigkeit,
- mangelndes Problembewusstsein oder nur oberflächliche Krankheitseinsicht.

Rückfallvorbeugung

Da sich Substanzrückfälle in aller Regel im Voraus ankündigen, wird die einzelne Rehabilitandin für das Thema in hohem Maße sensibilisiert, um eine sich entwickelnde Rückfalldynamik frühzeitig zu erfassen und in der Einzel- und Gruppentherapie zu bearbeiten. Hinsichtlich der Rückfallvorbeugung erweist sich eine geringere Verfügbarkeit an illegalen Drogen hilfreich, bedingt durch die ländliche Lage der Klinik und eine gewisse Abgeschlossenheit mit wenig Infrastruktur. Dennoch kommt es in seltenen Fällen zu Rückfällen mit Alkohol oder illegalen Substanzen.

Die am häufigsten auftretende Rückfälle gestalten sich jedoch als Rückfälle in alte destruktive Verhaltensweisen (sogenannte Verhaltensrückfälle) wie z.B. Geheimhaltung von Regelverstößen, Eingehen von exklusiven Beziehungen mit destruktiven Rollenmustern etc. Hier geht es für die Rehabilitandin im Rahmen der themenzentrierten Einzel- und Gruppentherapie im Wesentlichen darum, die eigenen Mechanismen zu verstehen, sich alternative Skills zur Selbstregulation zu erarbeiten und die Muster zu erkennen, die hinter dem Suchtdruck oder dem destruktiven Verhalten stehen, zu vergegenwärtigen. Richtungsweisend für die Fortführung der Behandlung ist für die Rehabilitandin und das therapeutische Team, wie gut sich der Rückfall in den Behandlungsprozess integrieren lässt.

Rückfallerkennung

Die Sensibilität der Mitarbeiterinnen wird dahingehend geschult, achtsam auf frühe Indikationen von rückfälligem Verhalten bei der Rehabilitandin zu reagieren. Ein fast noch wichtigeres Wahrnehmungsorgan stellen die anderen Mitglieder der Bezugsgruppe dar. Indikatoren für ein rückfälliges Verhalten sind unter anderem: Stimmungsänderungen, stark verändertes/auffälliges Schlafverhalten, Leistungsabfall, Drogengespräche.

Umgang mit Rückfall und Krise

Ein Rückfall setzt voraus, dass Abstinenzwunsch und Abstinenzkonzept vorhanden sind, von denen abgewichen wurde. Sollte die Therapie fortgesetzt werden, ist die Leitfrage für Rehabilitandin und Therapeutin, ob die vorher gültige Absicht durch den Rückfall verändert ist oder der Wunsch nach Abstinenz und diesbezüglichem Kompetenzaufbau weiterhin Bestand hat. Eine Fortsetzung der Therapie geschieht, wenn nach dem Rückfall ein klarer Abstinenzwunsch, ein klar formulierter Behandlungsauftrag und eine

positive Einschätzung der Möglichkeiten durch die Therapeuten bestehen. Fehlt einer dieser drei Faktoren nachhaltig, wird die Therapie beendet.

Zum konkreten Umgang mit Rückfall gehört zunächst eine sorgfältige Überprüfung der

oben erwähnten motivationalen Bedingungen und eine positive und differenzierte Begründung seitens der Rehabilitandin und der Mitarbeiterinnen, wie und mit welchen Zielen die Therapie fortgesetzt werden soll. Dazu werden i.d.R. (außer bei „Gefahr im Verzug“/ instabiler Gesamtlage im Haus) bis zu 14 Tage Zeit gegeben, in denen Gespräche mit der Rehabilitandin geführt werden, schriftliche Ausarbeitungen der Rehabilitandin und eine Fallkonferenz (Individuelle Zielplanungskonferenz „Entscheidung“ Abk. IZP-E) erfolgen.

Nach dieser Zeit folgt eine Entscheidung über Entlassung oder Fortsetzung der Therapie, letzteres in der Regel mit veränderten bzw. erweiterten Zielsetzungen. Im Zweifel kann eine Probezeit vereinbart werden. In jedem Falle kommt es zu einem „Time Out“, einer Unterbrechung des bisherigen Ablaufes, bis ein schlüssiges Handlungsmodell entworfen und eine spürbare Stabilisierung erfolgt ist. Durch gezielt gesetzte Interventionen werden eine Verarbeitung und Aufarbeitung der aufgetretenen Konflikte und Probleme ermöglicht.

Zur Beendigung der Therapie kommt es, wenn Rückfälle verschleiert werden oder ein „vorsätzlicher Konsum“ geschieht und/oder die Rehabilitandin ihren Alkohol- oder Drogenkonsum für sich selbst als nicht problematisch einschätzt. Ist der weitere Verbleib in der Einrichtung nicht möglich, so kann ggf. die Verlegung in eine andere Einrichtung geprüft werden, oder bei der Suche nach einer Anschlusslösung unterstützt werden.

Aus institutionellen Gründen endet die Therapie auch dann, wenn Rehabilitandinnen Alkohol oder Drogen in die Einrichtung bringen oder sie dort konsumieren. Eine der Hauptqualitäten stationärer Drogentherapie ist der geschützte Rahmen in der Klinik. Die Rehabilitandinnen sind angehalten, diesen Rahmen einzuhalten und zu pflegen. Die Mitarbeiterinnen der Fachklinik stehen in der professionellen und vertraglichen Pflicht, den abstinenter Rahmen zu gewährleisten und immer wieder eindeutig herzustellen.

Weitere Vorkommnisse, die zu einer Entlassung führen können sind: Anwendung und Androhung von Gewalt und Eingehen einer sexuellen Beziehung zu Mitrehabilitandinnen (siehe Hausordnung).

Abstinenzkontrolle

Stichprobenartige laborchemische Abstinenzkontrollen werden vom Personal durchgeführt.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Der Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ist ein wichtiger Bereich der Begegnung mit der Rehabilitandin im gelebten Alltag der Rehabilitation.

Hier wird die Rehabilitandin zu Beginn des Aufenthaltes hinsichtlich ihrer Vitalparameter und etwaiger gesundheitlicher Besonderheiten oder Gefährdungen, sowie hinsichtlich der Einnahme von Medikamenten aufgenommen. So bekommt sie auch eine Einführung in gesundheitsförderliches Verhalten und gesundheitliche Selbstfürsorge über die Pflegefachfrau. Mit den Rehabilitandinnen werden Termine zur Blutentnahme, Gewichtskontrolle, und zu etwaigen Puls- und Blutdruckkontrollen oder auch anderen medizinisch indizierten und ärztlich verordneten Kontrollen vereinbart und durchgeführt. Die Praxis, zentral situiert, ist Arbeitsplatz, resp. Standort der Pflegefachfrau. Sie ist auch der Ort der Medikamentenausgabe. Austausch und Rücksprache mit den Ärztinnen ist standortnah gewährleistet. Mit den Ärztinnen findet zu Dienstbeginn der Pflegefachfrau eine Übergabebesprechung hinsichtlich etwaiger Vorkommnisse aus der Nacht und geplanter anstehender Aufgaben für den Tag statt. Der Stand der medikamentösen Therapie ist im Kardex aktuell festgehalten und wird von der Pflegefachfrau den Ärzten wöchentlich aktualisiert über ein Dokumentationsblatt mitgeteilt. Die Pflegefachfrau ist befähigt und befugt kleinere/oberflächliche Wunden nach Rücksprache mit der Ärztin zu versorgen.

Medizinisch relevante Vorfälle, die durch die Ärztin beurteilt, befundet und behandelt werden müssen oder extern durch eine Fachärztin zu versorgen sind, gegebenenfalls auch einer Ambulanzvorstellung oder interkurrenten stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, werden durch ärztliches Procedere behandelt und geführt. Bei planbaren Terminierungen liegen die Organisation und Festlegung derselben im Aufgabenbereich der Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Bei saisonalen gesundheitlichen Auffälligkeiten oder Krankheitszeichen, wie z.B. Infektionsgeschehen in der kalten Jahreszeit oder Allergien in der pollenaktiven wärmeren Jahreszeit, ist der Erstkontakt über die Praxis / die Pflegefachfrau gewährleistet.

Hier wird dann, wenn indiziert, gemeinsam mit der Ärztin das betreffende Team der Sozialtherapie über den Gesundheitszustand und damit möglicherweise einhergehenden Einschränkungen für den Therapiealltag der Rehabilitandinnen informiert.

So ist es im Austausch, Kommunikationsfluss und der interkollegial-interdisziplinären Zusammenarbeit von großer Bedeutung, dass über die professionellen Grenzen hinaus das Wissen um die Rehabilitandinnen und ihre Befindlichkeiten hilfreich zur Mitteilung

und gegenseitigen Kenntnis kommt. In diesem Prozess nimmt die Praxis eine wichtige Stellung ein, auch im Austausch mit den Anwendungstherapeuten im medizinisch-therapeutisch-künstlerischen Team.

Besondere Anwendungen im naturheilkundlichen Zusammenhang der anthroposophisch erweiterten Medizin, Gesundheits- und Krankenpflege sind u.a.: therapeutische Wickel, wie z.B. der die Leber in ihren Funktionen unterstützende Leberwickel, Einreibungen zur Schmerzlinderung, Teezubereitungen mit unterschiedlichen Indikationen. Die Zusammensetzung der therapeutischen Tees wird durch den Facharzt an die Pflegefachfrau vermittelt und durch sie ausgeführt. Unter anderem werden Leber und die Digestion förderliche Lebertees, der Schlaf- und Beruhigungstee zur Verfügung gestellt. Ein weiteres therapeutisches Mittel zur äußeren Anwendung sind spezifische Fußbäder, wie z.B. das Senffußbad. Vorbereitung auf Schröpf- und Ohrakupunkturanwendungen. Verabreichung von s.c. Injektionen mit homöopathisch-anthroposophischen Flüssigmedikamenten.

Assistenz bei der Venenpunktion/Blutentnahme, EKG oder anderweitig medizinisch-technischen Maßnahmen.

4.7.13 Weitere Leistungen

Adaption

Um die Rehabilitationsziele und den Erfolg der Behandlung nachhaltig gewährleisten zu können, kann, je nach Indikation und Bedarf der Rehabilitandin, der Intensivphase eine Adaptionsphase angeschlossen werden (siehe Konzeption Adaptionsphase). Die Räumlichkeiten und Büros befinden sich auf dem Klinikgelände. Der Übergang von Intensiv- zu Adaptionsphase wird nahtlos gestaltet. Im Rahmen einer Konferenz (IZP Plus siehe Punkt 4.7.3) mit den vorbehandelnden Bezugstherapeuten und den künftigen Adaptionstherapeuten wird sowohl eine Rückschau auf den bisherigen Prozess als eine erneute Zielformulierung (Schwerpunktsetzung) bzgl. der Adaptionsphase vollzogen.

Nachsorge

Bedarf die Rehabilitandin nach der stationären Behandlung weiterer ambulanter Nachversorgung, so hat sie die Möglichkeit, sich in unserer angegliederten Nachsorge (22 Plätze, Ort: Salem-Mittelstenweiler) zu bewerben oder mit Unterstützung von Bezugstherapeuten und Sozialdienst eine andere für sie geeignete Nachsorgeeinrichtung zu finden. Kontakte zu anderen Anbietern sind über ein Kooperationsnetz mit verschiedenen Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen vorhanden bzw. werden zum gewünschten Ort hergestellt. Über den Sozialdienst werden ggf. weitere zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendige Schritte eingeleitet. In der Regel geschieht dies über die Zusammenarbeit mit den örtlichen Jobcentern. Falls kein eigener Wohnraum vorhanden ist oder eine Rückkehr in das alte Umfeld nicht gewünscht wird, kann diesbezüglich

Unterstützung angeboten werden.

Selbsthilfegruppenvermittlung

Informationen über örtlich und inhaltlich geeignete Selbsthilfegruppen werden der Rehabilitandin zugänglich gemacht. Den jeweiligen Gruppen wird im Rahmen des Rehabilitandinnenforums (siehe 8.) die Möglichkeit der Vorstellung gegeben.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Im Zusammenhang mit dem Prozess der Beendigung der Therapie und des Entlassprocedures bedarf es einer wertschätzenden und würdigenden Begegnung und Haltung gegenüber der Rehabilitandin.

In diesen Rahmen des Behandlungsabschlusses gehören eine Reihe wesentlicher Prozesse, um eine gute Prognose und den Erhalt der Verbesserungen sicher zu stellen. Dazu gehören:

- In allen Fachbereichen werden je nach Anschlussplanung während der letzten 4 bis 6 Behandlungswochen spezifische Entlassungsplanung und Entlassungsvorbereitungen getroffen, um Zukunftspläne zu klären, Übergänge zu schaffen und möglichst konkret anzubahnen.
- Gelegenheit zu abschließenden Gesprächen mit den Bezugs- und Anwendungstherapeuten, Besprechung des Entlassberichtes
- Medizinischer Abschluss mit dem behandelnden Arzt, Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, ggf. das Einleiten weiterer Maßnahmen, wie z.B. Stufenweise Wiedereingliederung. Aufklärung über die Risiken erneuten Substanzkonsums. Zu gegebenen Stand der Therapie, mit dann bald absehbarer regulärer Beendigung wird eine suchtspezifische Adaption oder Nachsorge (angegliedert oder externe) vorbereitet.
- Sicherstellen der ärztlichen und ggf. psychotherapeutischen Anbindung nach Entlassung.
- Die Themen Wohnen, Arbeit, soziale Unterstützung sollten positiv geklärt sein.
- Der Sozialdienst stellt sicher, dass alle notwendigen Abläufe mit Behörden (Jobcenter, Staatsanwaltschaft) und Gläubigern auf Stand sind.
- Der Entlassungsbericht wird zeitnah fertig gestellt und versendet.

Im Falle einer nicht regulären Beendigung sind die Abläufe und weiteren Schritte oftmals nicht so gut planbar. In diesem Zusammenhang erweist sich die tragfähige therapeutische Beziehung mit der Rehabilitandin als hilfreich, um diesen krisenhaften Vorgang angemessen mit der Rehabilitandin leisten zu können. Ein Leitfaden mit bestimmten Parametern zur dem irregulärem Entlassungsprocedere liegt sowohl spezifisch für die medizinische als auch für die therapeutische Abteilung vor. Bei Intoxikation ist die Frage nach der Gefahr für Leib und Leben zu stellen wie auch

hinsichtlich der Abklärung der Suizidalität einzuschätzen und in diesem Zusammenhang die Entlassungsfähigkeit zu überprüfen. In jedem Falle wird die Rehabilitandin über die Risiken des erneuten Substanzkonsums (insbesondere über die Gefahr einer Überdosierung) aufgeklärt.

Im Falle von kurzfristigen Entlassungen seitens der Klinik werden per Checkliste alle relevanten Aspekte zur Garantie der Rehabilitandinnensicherheit (Kontakt zu Angehörigen, Zugverbindung zur Heimatadresse, Not-Unterkünfte, Ausgabe wichtiger Medikamente und geringer Geldmenge, Planung der nächsten 24 Stunden, Kontakt zu Beratungsstelle, Hinweis auf Risiko einer Überdosis u.a.) mit den Bezugstherapeuten bearbeitet.

Eine reguläre Beendigung liegt vor, wenn eine reguläre Entlassungsplanung erfolgt ist und

- die vereinbarten Behandlungsziele vollständig erreicht sind.
- die vereinbarten Behandlungsziele überwiegend erreicht sind und das Fehlende bei Beendigung der Maßnahme keine Gefährdung des Erreichten darstellt bzw. ambulant erreicht werden kann.
- die Kostenzusage endet und nicht verlängert werden kann.
- zwingende Gründe im Sinne einer Schadensabwägung einer Weiterbehandlung im Wege stehen, auch wenn diese weiterhin indiziert wäre, z.B. etwa schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen (vorzeitige Beendigung mit ärztlichem Einverständnis).

Eine nicht reguläre Beendigung liegt vor, wenn:

- die Rehabilitandin entgegen der vereinbarten Planung die Behandlung beendet, ohne dass ein medizinisch/therapeutisch zwingender Grund vorliegt, der einer Weiterbehandlung im Wege steht (Abbruch),
- die Rehabilitandin verdeckt konsumiert und überführt wird bzw. andere gravierende oder wiederholte Verstöße gegen die Hausordnung begeht (disziplinarische Entlassung),
- die Rehabilitandin ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommt, nicht am Therapieprogramm teilnimmt, Absprachen nicht einhält (vorzeitige Beendigung auf ärztliche Veranlassung),
- erhebliche und nachhaltige Zweifel bestehen, ob die wichtigsten Behandlungsziele mit der Maßnahme erreicht werden können, die Rehabilitandin trotz geschützten Rahmens nicht abstinenzfähig ist, Rehabilitationsfähigkeit durch den gesundheitlichen Zustand (mittelfristig) nicht gegeben ist (vorzeitige Beendigung auf ärztliche Veranlassung).

Um eine ordentliche Verabschiedung und Würdigung des bisherigen gemeinsamen Prozesses zu gestalten, verabschiedet sich die Rehabilitandin bei einer regulären

Entlassung sowie nach Möglichkeit bei einer irregulären Entlassung im Rahmen eines Einzelgesprächs von dem Bezugstherapeuten und im Rahmen eines Gruppengesprächs von der Bezugsgruppe.

5. Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung der Fachklinik *siebenzwerge* orientiert sich in Bezug auf Qualifikation und Umfang an den Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung und der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001.

Personalstandspläne werden getrennt vom Reha-Konzept geführt und werden zusammen mit den Qualifikationsnachweise die einzelne Mitarbeiterin regelmäßig geprüft, aktualisiert und dem zuständigen federführenden Rentenversicherungsträger übermittelt.

Das Personalkonzept der Fachklinik *siebenzwerge* setzt von Anfang an auf die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams und integriert gezielt auch Menschen mit Erfahrungswissen (Experienced-Involvement) in das Personal. Dazu wird ehemaligen Rehabilitandinnen die Chance gegeben, durch gezielte Ausbildung und Qualifizierung, die fachlich erforderliche Qualifikation für die Suchttherapie zu erlangen und ihr Erfahrungswissen so in die Suchttherapie einzubringen.

Das Personalkonzept weist darüber hinaus einige Besonderheiten und Abweichungen aus, die bei den einzelnen Berufsgruppen kommentiert werden.

Das interdisziplinäre Team setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen:

- Leitender Arzt mit entsprechender Facharztanerkennung (FA für Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatik Zusatzbezeichnungen: Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Naturheilverfahren, Fachkunde Suchtmedizin, Sozialmedizin (im Bereich Sozialmedizin gilt es, die von der DRV gegebenen Grundkurse vorzuweisen)
- Therapeutische Leitung: Suchttherapeutin
- Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- appr. Psychologische Psychotherapeutinnen
- Dipl. Psychologinnen
- Suchttherapeutinnen
- Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen (Diplom, MA, BA)
- Kreativtherapeutinnen (Heileurythmie, Eurythmie, Kunsttherapie, Theaterpädagogik)
- examinierte Pflegefachfrau
- Physiotherapeutin
- Bewegungs- und Sporttherapeutin
- Arbeitstherapeuten/-erzieherinnen
- Diätassistentin

- Nachtbereitschaft: Gesundheits- und Krankenpflegerinnen,
- Altenpflegerin, Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagoginnen, angelernte Kräfte

- Verwaltungsangestellte (Sozialdienst, Suchtberatung, etc.)
- Praktikantinnen für die Bereiche Arbeitstherapie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie
- Bundesfreiwilligendienst
- Auszubildenden (Erzieher, Arbeitstherapeuten usw.)

Ärztlicher Bereich

Sein Aufgaben- und Verantwortungsbereich umfasst die fachärztliche, d.h. die psychosomatische, somatopsychische, ärztlich-psychotherapeutische, suchtmittelmedizinische und orientierend die neurologisch-psychiatrische, sowie basale allgemeinmedizinische Untersuchung und Befunderhebung nach Aufnahme und vor Entlassung der Rehabilitanden.

Die obligaten Untersuchungen kann er im gegebenen Einzelfall an die/den ärztlichen Kollegen in der Klinik übertragen. Ebenso obliegt ihm die medikamentöse (mittels Allopathika, Anthroposophika, Homöopathika, Phytotherapeutika), die naturheilkundliche, roborierend-physiotherapeutische, die bewegungstherapeutisch-heileurythmische, die kunst- und maltherapeutische und suchtttherapeutische / psychotherapeutische Therapieplanung für den Rehabilitandinnen und je nach Zuständigkeit und Indikation auch Durchführung im gegebenen Fachbereich, in kollegialem Austausch und Absprache mit den zuständigen Therapeuten. Der Aufgabenbereich umfasst also neben den ärztlich medizinischen auch ärztlich psychotherapeutische Verantwortungsbereiche. Den psychotherapeutischen Bereich gilt es mit der verantwortlichen psychologischen Psychotherapeutin abzustimmen.

Um einen positiven multimodal-synergistischen Therapieeffekt zu erreichen, gilt es Stand und prozessualen Verlauf der Therapie durch geeignete kommunikative Organe (regelmäßige und wenn nötig auch aktuelle therapeutische Besprechungen) zu gewährleisten. Hier trägt der leitende Arzt gestaltende Mitbestimmung und Mitverantwortung. Der eigenständige sozialtherapeutische und arbeitstherapeutische Bereich wird durch einen eigenen Leiter verantwortet. Er bedarf zum Wohle der Rehabilitandin und zur sozial-organischen Hygiene ebenso der regelmäßigen Pflege von Austausch, Begegnung und Therapieabstimmung. Dies ist hinsichtlich Form, Rhythmik und Inhalt vom leitenden Arzt mit zu gestalten und hinsichtlich der jeweiligen zur Verfügung stehenden Zeiträume, miteinander funktional und praktikabel zu handhaben.

Therapeutische Leitung

Die therapeutische Leitung lenkt und leitet aus dem Selbstverständnis der Fachklinik siebenzweige heraus zusammen mit der ärztlichen Leitung die therapeutischen Prozesse und gestaltet diese grundlegend mit.

Psychotherapie/Suchttherapie

Die Psychotherapie/Suchttherapie wird von Ärztinnen, Diplom-/Master Psychologinnen (mit suchtspezifischer Weiterbildung), appr. Psychologischen Psychotherapeutinnen (oder in Ausbildung befindlich) und von Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen mit suchtspezifischer Weiterbildung durchgeführt.

Neue Mitarbeiterinnen werden nach einer der DRV zur Anerkennung empfohlenen suchttherapeutischen Weiterbildung zur Sozialtherapeutin/Sucht, ausgebildet.

In der Soziotherapie/Suchttherapie sind in der Fachklinik *siebenzwerge* neben den genannten Berufsbildern auch Jugend- und Heimerzieherinnen und Erzieherinnen tätig. Dieses Berufsbild wird häufig von Menschen mit Erfahrungswissen (Experienced Involvement) ausgeübt und trägt in der Alltagsbegleitung und therapeutischen Begegnung zu einer Festigung und Stabilisierung der Rehabilitandinnen bei. Die Personalvorgaben werden in diesem Bereich dadurch überschritten.

Sozialdienst

Der Sozialdienst wird von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, sowie von erfahrenen Mitarbeiterinnen der Verwaltung übernommen.

Eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Bereiche bereits ab dem Aufnahmeprozess gewährleistet die notwendige Einleitung der Maßnahmen und Hilfestellung für den Rehabilitanden.

Kreativtherapeuten/innen (Heileurythmie, Eurythmie, Kunsttherapie, Tanztherapie)

Da im anthroposophischen Ansatz die therapeutische Wirksamkeit kreativer Prozesse von großer Bedeutung ist, stellt dieser Bereich ein wichtiges Element des Entwicklungsprozesses der Rehabilitandinnen dar. Aus diesem Grund wird auf die qualitative und quantitative Personalausstattung im Bereich der Kreativtherapeuten großen Wert gelegt.

Beschäftigt sind Personen mit den Berufsbildern Heileurythmie, Eurythmie, Mal- und Kunsttherapie, Tanz- und Bewegungstherapie, Theaterpädagogik oder ähnliche Berufsbilder.

Arbeitstherapie

Bereiche der Arbeitstherapie sind: Landwirtschaft (in Kooperation mit dem benachbarten Demeter-Bauernhof Hofgut Rimpertsweiler) und hausintern Landschaftsgestaltung, Hauswirtschaft, Renovierung/Hausmeisterei und Küche. Extern können Belastungserprobungen bei kooperierenden Höfen und Betrieben durchgeführt werden.

Es sind Arbeitserzieher und Fachkräfte aus den genannten Bereichen beschäftigt. Der Bereich der Arbeitstherapie bildet in der Fachklinik einen zentralen Bereich des therapeutischen Prozesses. Durch das Fehlen grundlegender Alltags- und Arbeitskompetenzen vieler Rehabilitandinnen kommt diesem Bereich eine besondere Bedeutung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu. Ein Arbeitsplatz ist in der Regel nicht vorhanden. Tagesstrukturierung, Integration BORA, Erprobung von Belastungssituationen, Bildung von Durchhaltevermögen etc. sind wichtige Bausteine der Arbeitstherapie. Die Einleitung von externen Arbeitserprobungen und Vorbereitung des Erwerbslebens binden erhebliche Personalressourcen. Die Anzahl der Beschäftigten im Bereich der Arbeitstherapie liegt aus diesen Gründen über den Personalvorgaben für den Suchtbereich.

Sport- und Freizeitpädagogik

Sporttherapie und Freizeitpädagogik wird von einer/m Sporttherapeuten und speziell geschulten Mitarbeiterinnen der Sozialtherapie (z.B. Erlebnispädagogik, Lauftherapie) durchgeführt.

Pflegedienst

Die Fachklinik beschäftigt Pflegefachfrauen für den Praxisdienst und für den Nachtbereitschaftsdienst. Bei geeigneter Qualifikation und Fachweiterbildung ist ein Einsatz innerhalb der Sozialtherapeutischen Teams möglich. Eine Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne liegt bei unseren Rehabilitandinnen nicht bzw. sehr selten vor.

Ernährungsberatung

Die Ernährungsschulung wird zum einen durch die Mitarbeiterinnen der sozialtherapeutischen Teams (bewusster Umgang mit Konsum von Nahrungsmitteln) als auch durch den Küchenchef innerhalb der Lehrküche und die Ärzte umgesetzt. Die Ernährungsberatung erfolgt durch eine Diätassistentin.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik siebenzwerge *liegt* auf einem ca. 4 ha großen Grundstück in landschaftlich reizvoller Lage mit Blick auf den Bodensee und die Alpenkette in der unmittelbaren Nähe von Salem. Es stehen in der Fachklinik *siebenzwerge* (Haupthaus, Wohnbereich „Fünfecke“, Neubauten, Häuser der Adaptionsphase) unterschiedliche Räumlichkeiten zur Verfügung. Der Neubau ist barrierearm ausgerichtet und es gibt ein Rollstuhlzimmer. Das Gelände und der Altbestand

(Bestandsschutz) sind nicht barrierefrei.

Folgende Räumlichkeiten befinden sich auf dem Gelände inklusive Adaptionsräumen:

- Rehabilitandinnenzimmer, davon 58 Einzelzimmer (ca. 12 qm Nutzfläche) und
- 6 Doppelzimmer (ca. 24 qm) jeweils mit Dusche und WC
- 4 Gruppengesprächsräume (jeweils ca. 20 qm)
- 5 Aufenthaltsräume mit Teeküchen (jeweils ca. 20 qm)
- 1 Vortragsraum (40 qm)
- 2 Kunsträume (jeweils ca. 24 qm)
- 1 Tanzsaal- und Gymnastikraum (ca. 50 qm)
- 1 Sportraum-/Gymnastikhalle (Sporthalle in Salem)
- 1 Theatersaal mit großer Bühne (Bühne ca. 24 qm, Raumgröße ca. 150 qm)
- 1 Arztzimmer/Untersuchungsraum
- 1 Praxisraum
- 1 Konferenzraum
- 8 Büro- und Besprechungsräume
- 1 PC - Schulungsraum
- 1 Nachtbereitschaftszimmer
- 1 Cafeté/Pausenraum
- 1 Speisesaal (ca. 120 qm)
- 1 Sauna
- 1 Badeabteilung mit einem Behandlungs-, Massageraum und einem Baderaum
- 1 Arbeitstherapie/Werkraum (ca. 24 qm)
- 1 Küchenraum
- 1 WC für das Personal und Besucher
- 1 Hauswirtschaftsraum
- 1 Waschküche
- Außenanlagen
- 1 Volleyballplatz,
- Multifunktionssportplatz
- Calistenics-Anlage
- 2 Outdoor Tischtennisplatten
- Bogenschießanlage
- 2 Lagerfeuer- / Grillplätze

Apparative Ausstattung

Zur medizinisch-technisch apparativen Ausstattung gehört ein Notfallkoffer, der in der Praxis deutlich sichtbar bereitsteht und regelmäßig überprüft und in dem jährlichen Auditierungsprocedere hinsichtlich seiner Verwendung kontrolliert wird. Des Weiteren steht eine Beatmungsmaske und die Möglichkeit der bis zum Eintreffen des Notarztes überbrückenden Sauerstoffgabe zur Verfügung.

Ein bei Bedienung akustisch selbsterklärender und das Vorgehen ansagender Defibrillator ist am Eingang der Praxis für Mitarbeiterinnen und Rehabilitandinnen für den Notfall gut sichtbar angebracht. Im Untersuchungsraum der Arztpraxis ist ein Mehrkanal-EKG zur Untersuchung vorhanden. Ebenfalls steht in der Arztpraxis ein Spirometer zur Messung der Lungenkapazität zur Verfügung.

Im Praxisvorzimmer ist ein Notfallset zusammengestellt und für das Personal gut greifbar für etwaige allergische Notfälle bereitgestellt, um einem anaphylaktischen Schock vorbeugen, resp. diesem als Ersthelfer, der schriftlichen und übersichtlichen Anleitung folgend, richtig handelnd begegnen zu können.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik *siebenzwerge* arbeitet eng mit dem allgemeinen Drogenhilfesystem, den Beratungsstellen der Umgebung, den zuweisenden Entgiftungsstationen und den Fachverbänden zusammen. Der medizinische Bereich hat Kooperationsverträge mit verschiedenen ortsansässigen fachärztlichen Praxen abgeschlossen. Es finden gemeinsame Überleitungsgespräche zu Beginn, wenn ein Rehabilitand zuvor in einer Beratungsstelle eingebunden war und am Ende der Rehabilitationsmaßnahmestatt.

Darüber hinaus werden regelmäßige Gespräche mit dem Ziel der Verbesserung der Zusammenarbeit, des Informationsaustausches und der Planung zukünftiger Maßnahmen angestrebt. Veranstaltungen anderer Verbände wie der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren sowie des Fachverbandes Sucht werden besucht und Kontakte werden gepflegt. Mehrere Selbsthilfegruppen halten regelmäßig Informationsveranstaltungen in der Fachklinik ab. Regelmäßige Arbeitstreffen mit Vertretern der mit der Fachklinik kooperierenden Selbsthilfegruppen sind geplant.

Die Fachklinik kooperiert im Zusammenhang mit den externen Praktika der Adaptionphase mit Institutionen und Partnern wie sozialen Einrichtungen in der Umgebung/ gewerbliche Betriebe d.h. mit jeweiligem Arbeitgeber, anderen Adaption- und Nachsorgeeinrichtungen/ ambulant betreute Wohnen, Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Integrationsfachdienst, Agentur für Arbeit u.v.m.

Seit 2015 gehört die Fachklinik *siebenzwerge* dem Parceval-Jugendhilfe-Verbund an (<https://www.parceval.de>).

Die Fachklinik ist Mitglied im Paritätischen BW, im Verband Heilpädagogik und Soziale Arbeit und im Fachverband Drogen- und Rauschmittel (FDR) Praxispartner der Dualen Hochschule DHBW Villingen – Schwenningen und im Anthropoi Bundesverband.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

In der Einrichtung wird mit dem Statistik- und Dokumentationssystem PATFAK gearbeitet. Die Fachklinik *siebenzwerge* ist seit 2012 eine von der CERT IQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH nach DIN ISO 9001:2015 zertifizierte Einrichtung und unterliegt der jährlichen externen Überprüfung.

Als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus) wird nicht nur die Qualität einzelner Abteilungen bewertet und zertifiziert, sondern prozessorientiert die gesamte Leistung von der Vorbereitung des stationären Aufenthaltes einer Rehabilitandin bis zu den Entlassungsmodalitäten.

Das Qualitätssicherungsprogramm der DRV Baden-Württemberg wird durchgeführt. Die Klinik nimmt am Peer Review Verfahren teil, der Arzt ist als Peer im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung tätig.

Ebenso wird seit Jahren ein Beschwerdemanagement für die Rehabilitandin durchgeführt. Anregungen, Beschwerde und anderweitige Anliegen können handschriftlich von den Rehabilitandinnen verfasst und (anonym) in den Rehabilitandinnenbriefkasten „Kummerkasten“ geworfen werden. Die Rehabilitandin hat jederzeit die Möglichkeit auf das Bezugspersonal zuzugehen, diese leiten ihr Anliegen an die Klinikleitung weiter. Einmal im Quartal findet ein Rehabilitandinnenforum statt. In diesem Rahmen werden die Rehabilitandinnen gezielt zu ihrer Behandlungszufriedenheit mündlich und schriftlich (per Fragebogen) befragt. Die Auswertungs- und Evaluationsergebnisse des Tests fließen regelmäßig in die konzeptionellen Veränderungen der Fachklinik ein.

Im Rahmen der täglichen Teambesprechungen erfolgt eine Verlaufsdokumentation von Einzelinterventionen und Gruppengesprächen, gesondert für jede einzelne Rehabilitandin. Hier werden Veränderungen im somatischen, psychotherapeutischen und sozialen Bereich erfasst. Das geplante therapeutische Vorgehen wird hier ebenfalls dokumentiert.

Der Arzt erstellt einen ausführlichen Entlassungsbericht nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme. Dieser Bericht hat die Funktion, die medizinische Rehabilitation Sucht zu dokumentieren, darüber hinaus dem Renten-

versicherungsträger und ggf. auch der zuständigen Krankenkasse sowie weiteren Sozialleistungsträgern alle notwendigen Informationen über die durchgeführte medizinische Rehabilitation zu geben. Der Arzt bewertet im Bericht das Behandlungsergebnis, d.h. er gibt Auskunft über den Umfang der fortbestehenden funktionellen Beeinträchtigungen der Rehabilitandin mit deren Einfluss auf ihr Leistungsvermögen im Erwerbsleben. Die fristgerechte Fertigstellung und Übersendung haben hohe Priorität.

9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation

Das Konzept des multiprofessionellen Teams bietet die Möglichkeit einer differentiellen Nutzung von Fachlichkeit bzw. von fachlichen Ressourcen, einer optimalen Nutzung der kommunikativen, kooperativen Potenziale, einer wechselseitigen Entlastung in schwierigen gruppendynamischen Situationen und einer konzertierten „prozessualen Diagnostik“, was die Verhaltensweisen und die Entwicklungen der Rehabilitandinnen und der Gemeinschaft anbelangt. Die Personalausstattung wird mit dem Federführer im Rahmen der Vergütungssatzverhandlung nach der Vereinbarung Abhängigkeits-erkrankungen abgestimmt.

Bei einem Mitarbeiterinnenwechsel erfolgt eine Prüfung der Qualifikationsunterlagen beim Federführer.

Kommunikationsstruktur

Leitung der Einrichtung: Die Einrichtung wird vom Leitenden Arzt geleitet.

Die Mitarbeiterinnen verstehen sich als multiprofessionelles Team, das die Rehabilitandin mit seinem fachlichen Wissen und seinen persönlichen Erfahrungen zur Verfügung steht und deren Entwicklungsprozess unterstützt.

Die Tagesstrukturierung und die Ablaufgestaltung in der Fachklinik siebenzwerge hält für die jeweiligen Teams in den therapeutischen Gruppen die zur Abstimmung und Reflexion notwendigen Kommunikationszeiten vor.

Es gibt drei tägliche Übergaben: Nachtdienst zu Frühdienst (kurz, an Besonderheiten orientiert); Spätdienst zu Nachtdienst, Benennen von krisenhaften Rehabilitandinnen, nach denen noch zu sehen ist; die zentrale Übergabe mittags mit allen anwesenden Mitarbeiterinnen: Terminorganisation, Neuaufnahmen, Fallvorstellungen, Tagesbericht aus Maßnahmen, Aufgabenverteilung. Der Ablauf erfolgt entlang einer je Werktag etwas anders aufgebauten Vorlage. Beschlüsse werden protokolliert (Übergabebuch).

Montags und freitags findet ein „Großteam“ statt (STK = Sozialtherapeutische Konferenz), an dem alle fest angestellten Therapeuten und der leitende Arzt, Stellvertreter, anwesende Psychologen und der therapeutische Leiter teilnehmen. Hier

werden Berichtserstellung, organisatorische Abläufe und Termine besprochen, übergreifende Themen geklärt oder in Zuständigkeiten verwiesen. In der Hauptsache geht es um die Nachbesprechung der letzten Woche und des Wochenenddienstes (freitags), um die Vorplanung der kommenden Woche (montags). Zudem finden vereinzelt Fallbesprechungen, Rehabilitandinnenanträge, Bewertung von krisenhaften Verläufen, Rückfallgeschehen, Entscheidung über Entlassung und Wiederaufnahmen statt. Die Ergebnisse werden protokolliert. Abwesende Mitarbeiterinnen sind gehalten, diese Protokolle nachzulesen. Je nach zeitlichen Erfordernissen wird das interdisziplinäre Team phasenweise geteilt, um einzelne Rehabilitandinnen unter den maßgeblichen an deren Behandlung Beteiligten zu besprechen.

Zusätzlich finden wöchentliche Fachteams der einzelnen Fachbereiche statt. Darin erfolgt die planerische Sicherstellung aller Angebote, Zuteilung von Rehabilitandinnen zu Maßnahmen, Falldiskussionen, ggf. Finden einer gemeinsamen Linie bei Entscheidungen.

Mit jeder Rehabilitandin finden innerhalb der Behandlung verschiedene Therapiekonferenzen statt (siehe 4.7.3 Individuelle Zielplanungskonferenzen).

Ein wichtiger und auf die Rehabilitandinnen zentrierter multiprofessionell-interkollegialer Austausch zwischen Teammitgliedern des Medizinbereiches und des Sozialtherapiebereiches findet wöchentlich, im Rahmen der medizinisch-therapeutischen Konferenz (MTK), statt. An dieser Runde nehmen Anwendungstherapeuten, Ärzte und Bezugstherapeuten teil.

In der teaminternen Arbeitsgruppe des medizinischen Bereiches (KMPAG: künstlerisch-medizinisch-psychologische Arbeitsgruppe) findet in der 14-tägigen Zusammenkunft ein Rehabilitandinnenorientierter, kreativer Wahrnehmungs- und Bildgestaltungsprozess im Rahmen der jeweiligen Fallvorstellung statt. Hier arbeiten Kunsttherapeutinnen, Heileurythmistinnen, Pflegefachfrauen, Physiotherapeutinnen, Sporttherapeutinnen, Psychologinnen und Ärztinnen in imaginativ und inspirativ anregendem Mitteilen und Austauschen zusammen, um für die Rehabilitandin in ihrem Therapieprozess entwicklungsförderliche Impulse zu finden und diese dann gemeinsam mit ihr in der Therapie wirksam zu gestalten, sodass sie jene in ihrem Lern- und Entwicklungsprozess umsetzen kann.

Auf Leitungsebene wesentliches Gremium:

- der erweiterte Leitungskreis, bestehend aus ärztlicher Leitung, Geschäftsführer, Verwaltungsleitung, Teamleiterinnen der Intensivphase und der Adaptionsphase. Dieser Personenkreis versteht sich als Beratungsgremium für und mit der Klinikleitung.

Datenschutz

Wir verpflichten uns zur Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zum Datenschutz gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie sonstiger einschlägiger Bestimmungen. Wir stellen in diesem Zusammenhang technische und organisatorische Maßnahmen auf, Art. 32 DSGVO, die einen effizienten Datenschutz gewährleisten. Dies dient nicht alleine der Einhaltung gesetzlicher Auflagen. Dies dient insbesondere dem besonderen Schutz der Privatsphäre unserer Rehabilitandinnen. Aus diesem Grund achten wir insbesondere darauf, wem wir Daten offenlegen.

Dritten gegenüber legen wir strikt nur dann Daten offen, wenn eine valide Rechtsgrundlage dafür vorliegt. Unsere Mitarbeiterinnen der Klinik sind auf Verschwiegenheit verpflichtet und unterliegen der Schweigepflicht gemäß gesetzlichen Bestimmungen.

Das alltägliche Verhalten bei den Tätigkeiten schließt einen sensiblen Umgang mit Rehabilitandinnen- und Mitarbeiterinnendaten ein. Dies betrifft die Gesprächsführung in Anwesenheit Dritter, Telefonate mit Angehörigen oder Behörden, Zugang zu Akten, Dokumenten und Computern sowie die Aufbewahrung und fristgerechte Vernichtung von Daten.

Unsere Mitarbeiterinnen werden regelmäßig im Umgang mit personenbezogenen Daten sowohl durch einen internen und einen externen Datenschutzbeauftragten geschult und sensibilisiert. Insgesamt verpflichten wir uns auf ein dauerhaftes Datenschutzmanagement.

10. Notfallmanagement

Medizinische Notfälle

Ein Notrufsystem ist in jedem den Rehabilitandinnen zugänglichen Raum einschließlich Privatzimmer und Sanitäranlage installiert. In der Fachklinik stehen eine Trage, Defibrillator, EKG-Gerät und ein Notfallkoffer zur Verfügung. Zudem ist ein vorbereitetes und zugängliches Notfallset bei drohenden anaphylaktischen Schocks in der Praxis bereitgestellt. Für Sofortmaßnahmen steht das Arztzimmer mit Behandlungsbereich zur Verfügung. Eine persönliche Überwachung der Rehabilitandin kann jederzeit sichergestellt werden (Bereitschaftsdienst). Im Rahmen der Kooperation mit dem zfp Weissenau und dem Klinikum Friedrichshafen (Lehrkrankenhaus der Universität Ulm) stehen akut-stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Fall von suchtmmedizinischen Notfällen (z.B. [drohender] Rückfall) zur Verfügung. Der Kontakt mit dem leitenden Arzt ist über den Bereitschaftsdienst telefonisch realisiert. Bei allgemeinmedizinischen Notfällen, in denen der leitende Arzt nicht vor Ort ist, verständigt das anwesende Personal den von der Bezirksärztekammer und DRK organisierten allgemeinärztlichen

Notfalldienst.

Krisen

In der Einrichtung ist rund um die Uhr Personal anwesend. Nachts ist dies eine einzelne Nachtbereitschaft (examinierte Krankenpflegekräfte). Für die Nachtzeit ist ein Bereitschaftsdienst organisiert, der jederzeit telefonisch erreichbar ist und in dringenden Fällen in die Klinik kommt. Intoxikierte Rehabilitandinnen können nicht in der Einrichtung bleiben, diese werden ärztlich eingeschätzt und ggf. entsprechend extern in einer Fachklinik versorgt.

Schulungen

Alle fest angestellten Mitarbeiterinnen werden jährlich zu folgenden Themen unterwiesen:

- Arbeitssicherheit,
- Umgang mit Gefahrstoffen,
- Brandschutz,
- Medizinisches und technisches Notfallmanagement (anhand des schriftlichen Erste Hilfe-Planes),
- Reanimationstraining, mit Vorführung des Defibrillators,
- Einweisung in die Erstmaßnahmen bei anaphylaktischem Schock,
- Betriebsanweisungen und Arbeitssicherheitsunterweisung für Rehabilitandinnen.
- Die Mitarbeitenden der Küche werden regelmäßig durch die Küchenleitung in der Hygieneschulung nach dem aktuellen HACCP-Stand unterwiesen. Der Küchenleiter sorgt dafür, dass die Richtlinien des aktuellen HACCP-Konzepts eingehalten werden. Für die Aktualisierung der Vorgaben ist ebenfalls der Küchenleiter zuständig.

Die Mitarbeiterinnen sind dazu verpflichtet, im Bereich der lebensrettenden Sofortmaßnahmen, über einen externen Anbieter (z.B. Rotes Kreuz) regelmäßig einen Erste-Hilfe-Kurs zu absolvieren oder aufzufrischen.

11. Fortbildung

Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen ist auf verschiedenen Ebenen organisiert. Es bestehen klinikbezogene und mitarbeiterbezogene Fortbildungsplanungen.

Die für das jeweilige Berufsbild geforderte fachliche Qualifikation und Weiterbildung ist, soweit geeignete Bewerber vorhanden sind, Einstellungs Voraussetzung. Andernfalls wird diese im Einstellungs- bzw. Mitarbeitergespräch vereinbart und zum

nächstmöglichen Zeitpunkt begonnen (VDR-erkannte Ausbildungen). Sofern es sich um die erste Weiterbildung handelt oder der Betrieb die Qualifikation fordert, wird diese vom Arbeitgeber finanziell und in Form von Freistellungen unterstützt (Bsp. Schuldnerberatung für Sozialdienst, Qualifikation zum Nichtrauchertherapeut, etc.).

Regelmäßige Fortbildungen finden durch externe Fachkräfte durch Einzelvorträge oder Schulungsreihen zu Themen wie z.B. Trauma/traumasensibles Arbeiten, Motivational Interviewing, psychische Erkrankungen, therapeutisches Handeln bei Persönlichkeitsstörungen etc., d.h. für den Klinikbetrieb relevante Themen werden regelmäßig in Theorie und Erfahrungswerte aus der Praxis erörtert.

Ergänzt sind Theorieeinheiten zu den verschiedenen Therapieformen. Der Fortbildungszyklus ist monatlich, Mitarbeiterinnen können sich, je nach Dienstzeit, von 10-12 Uhr oder von 14-16 Uhr verbindlich in eine Teilnehmerliste eintragen.

Das Fachpersonal der Fachklinik *siebenzwerge* verfügt über diverse Qualifikationen oder Weiterbildungen. Regelmäßig findet hier im Rahmen von Vorträgen eine Vergemeinschaftung des Wissens statt.

In Hinblick auf Veränderungen der Rehabilitandinnenschaft oder neuer Teilkonzepte werden Mitarbeiterinnen gezielt fortgebildet.

12. Supervision

Teaching & Coaching als Weiterbildung und Fallsupervision

Die therapeutischen Mitarbeiterinnen erhalten vierwöchentlich Supervision (à 120 Min.). Diese wird von einem externen, methodisch und fachlich qualifiziertem Supervisor durchgeführt (zertifizierte Supervisorinnenausbildung). Die Teilnahme ist für alle therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen verpflichtend.

Die Supervision ist in erster Linie als Weiterbildung und Fallsupervision gedacht. Team- oder persönliche Themen sind beteiligt, werden aber an anderer Stelle aufgegriffen (Maßnahmen der Teamentwicklung, Mitarbeiterinnengespräche). Zusätzlich gibt es wöchentliche Fallsupervision und -intervention für alle therapeutischen Mitarbeiterinnen durch den leitenden Arzt im Rahmen der Rehabilitandinnenbesprechungen.

Der fachliche Input durch kompetentes externes oder internes Fachpersonal erstreckt sich über psychiatrische Störungsbilder (z.B. Schizophrenie), psychodynamische Störungsbilder, Traumatalogie (z.B. mit der Fragestellung: „Was wirkt in der therapeutischen Behandlung traumareduzierend und was retraumatisierend?“), Bindungsstörungen, Neurosen, emotional- instabile Persönlichkeitsstörung, Angststörungen usw.

Leitungssupervision/ Institutionssupervision

Zweimal pro Quartal findet eine Leitungssupervision statt.

Teamklausuren

Zur Teamentwicklung finden nach Bedarf Klausuren mit einer Dauer von einem Arbeitstag statt. Die Klausuren dienen der thematischen Weiterentwicklung bestimmter Fragestellungen, aber auch der Verbesserung interner Kommunikation, der Stärkung der kollegialen Atmosphäre und der Klärung von Verantwortlichkeiten.

13. Hausordnung/Therapievertrag

Da jedes gemeinschaftliche Zusammenleben gewisser Regeln bedarf, gibt es eine allgemeine Hausordnung, die jedem Bewerber über unsere Homepage im Downloadbereich offen zugänglich ist. Bei Antritt der Therapie werden diese Regeln der Rehabilitandin erläutert und schriftlich ausgehändigt. Die Rehabilitandin dokumentiert ihr Einverständnis durch Unterschrift.

Die Hausordnung (siehe Anlage 1) bezieht sich auf folgende Themenbereiche:

- Drogenfreiheit,
- Physische oder verbale Gewalt,
- Sexuelle Beziehungen,
- Kontaktregulierung zu Bezugspersonen,
- Mediennutzung,
- Umgang mit Bargeld,
- Rauchverhalten,
- Umgang mit Inventar, Hygiene,
- Einhaltung von Datenschutzlinien und Brandschutzvorschriften,
- Regularien bei Therapieabbruch.

Bezüglich der drei Themenbereiche Drogenfreiheit, Gewalt, sexuelle Beziehungen enthält die Hausordnung den klaren Hinweis, dass Verstöße dagegen zur Entlassung führen können.

Zusätzlich zum generellen Behandlungsvertrag (siehe Anlage 1) können in besonderen Fällen individuelle schriftliche Vereinbarungen zusammen mit der Rehabilitandin aufgesetzt werden, in denen die Rehabilitandin selbst im Falle wiederholter Nichteinhaltung der Regeln, selbst die Konsequenzen benennt. Viele Rehabilitandinnen neigen dazu, bei der ersten Kenntnisnahme der Hausordnung ihr bereitwilliges Einverständnis zu signalisieren. Es zeigt sich nicht selten, dass in der konkreten Umsetzung der Regeln gemeinschaftlichen Zusammenlebens dann doch mangelnde Einsicht, Unverständnis, Unwille und Unvermögen zu Tage treten. Da von der Rehabilitandin nicht gleich zu Anfang der Therapie völlige Einsicht zu erwarten - eine

überangepasste Haltung der Rehabilitandin der Therapie jedoch auch nicht zuträglich ist, sind Regelverstöße nicht per se als therapiehinderlich zu verstehen. Solch selbstbezogene, der anerkannten Norm widersprechenden Verhaltensweisen können im Gegenteil ein gutes therapeutisches Hilfsmittel sein, individuelle Schwächen, Gewohnheiten und Widerstände zu erkennen, zu analysieren und verändernd auf sie einzuwirken.

Literatur

- Abfalg, R. / Rothenbacher, H.; Diagnose der Suchterkrankungen, Hamburg 1990
- Baudis, R.; Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit, 1995
- Bauer, J.; Das Gedächtnis des Körpers. München 2008
- Bauer, J.; Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg 2006
- Bauer, J.; Das kooperative Gen. Hamburg 2008
- Bieri, P.; Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens. Frankfurt a. Main 2006
- Dilling H., Reimer C.; Psychotherapie. In Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin 1997
- Fachverband Sucht e. V.; Therapieziele im Wandel, Heidelberg 1994
- Fachverband Sucht e. V.; Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Heidelberg 1995
- Fengler, J.; Süchtige und Tüchtige, München 1994
- Finzen, A.; Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen, Bonn 1989
- FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH; Entwurf des Landessuchtprogramms Nordrhein-Westfalen, Köln 1996
- Geyer, Ch. (Hrsg.); Hirnforschung und Willensfreiheit. Frankfurt a. Main 2004
- Girke, M.; Innere Medizin: Grundlagen und therapeutische Konzepte der anthroposophischen Medizin, 2010
- Grawe, K.; Abschied von den psychotherapeutischen Schulen, Integrative Therapie, Paderborn 1995
- Haeberlin U./Niklaus E., Identitätskrisen. Bern und Stuttgart 1978
- Hass, W./Petzold, H.; Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Verfahren, in: Petzold, H./Märtens, M.; Wege zu effektiven Psychotherapien, Opladen 1999
- Hüther, G.; Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. 6. Auflage. Göttingen

2006

Hüther, G.: Die Macht der inneren Bilder. Göttingen, 2006

Jaquenaud R./Rauber, A.; Intersubjektivität und Beziehungserfahrung als Grundlage der therapeutischen Arbeit in der Gestalttherapie, Paderborn 1981

Kernberg, O. F., Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/M. 1978

Krisor, M./Pfannkuch, H.; Stationäre Behandlung Drogenabhängiger, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1/94

Koch, Ch.; Bewußtsein – ein neurobiologisches Rätsel, München 2005 Körkel, J. u.a.; Sucht und Rückfall, Stuttgart 1995

Lamnek, S.; Theorien abweichenden Verhaltens, München 1979 Ledoux, J.; Das Netz der Persönlichkeit. Düsseldorf 2006

Levita de, David J.; Der Begriff der Identität. (Theorie) Frankfurt/M. 1976

Linehan, M.; Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT): Bd. 1: DBT Skills Training Manual und Bd. 2: DBT Arbeitsbuch, Handouts und Arbeitsblätter, 2016

Mentzos, S., Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt/M. 1996

Oerter, R., van Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.

Osten, P.; Die Anamnese in der Psychotherapie, 2. Auflage, München 2000 Perls, F.; Gestalt-Wahrnehmung, Frankfurt/Main 1981

Perls, F.; Grundlagen der Gestalttherapie, München 1985

Petzold, H./Orth, I.; Die neuen Kreativitätstherapien, Teil I + II, Paderborn 1990

Petzold, H./Osten, P.; Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie, in: Identität und Genderfragen in der Psychotherapie, Sonderausgabe Gestalt und Integration Bd. 1 + 2, Düsseldorf 1998

Petzold, H./Sieper, J.; Integration und Kreation, Bd. I + II, 2. Auflage, Paderborn 1996

Petzold, H./Thomas, G.; Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe Gestalt und Integration, Düsseldorf 1994

Petzold, H./Scheiblich, W./Thomas, G.; Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit, in: Uchtenhagen, A./Zieglgänsberger, W.; Drogenmedizin,

München 1998

Petzold, H.; Integrative Therapie. 3 Bände. 2. Erw. Auflage. Paderborn, 2004
Petzold, H./Schay, P./Ebert, W. (Hrsg.); Integrative Suchttherapie. Theorien, Methoden, Praxis, Forschung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden 2007

Petzold, H./Schay, P./Scheiblich, W. (Hrsg.); Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden, 2006

Petzold, H.; Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. I + II, Paderborn 1988

Petzold, H.; Drogenabhängigkeit als Krankheit, Gestaltbulletin 1991

Petzold, H.G.; Integrative Therapie - Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn 2001a

Ramachandran, V.; Eine kurze Reise durch Gehirn und Geist. Reinbeck b. Hamburg 2005

Rhode-Dachser, C.; Das Borderline-Syndrom, Bern 1980

Roediger, E.; Praxis der Schematherapie: Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung, 2011

Roediger, E.; Schematherapie: Grundlagen, Modell und Praxis, 2016

Schacter, D. L.; Aussetzer. Wie wir vergessen und uns erinnern. Bergisch Gladbach, 2005

Schaltenbrand, J.; Familienorientierte Drogenarbeit, 1992

Schmieder, Arnold; Sucht: Normalität der Abwehr. Freiburg im Breisgau 1992

Sickinger, R.; Wege aus der Drogenabhängigkeit, 1992

Spitzer, M.; Nervensachen. Geschichten vom Gehirn. Stuttgart 2003

Spitzer, M.; Geist im Netz. Heidelberg, 1996

van Soer, J./Stratenwerth, I.; Süchtig geboren, Hamburg 1991

Wienberg, G., (Hrsg.) Die vergessene Mehrheit, Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Psychiatrie Verlag 1992

Zinker, J.; Gestalttherapie als kreativer Prozess, Paderborn 1982

Anhänge

Anhang 1

Allgemeine Regeln/Hausordnung

Verhaltenskodex - Hausordnung

1. Grundsätze:

Ich erkläre mich zu Folgendem bereit:

- Ich will meinem Leben eine neue Richtung geben und dafür betrachte ich das drogenfreie Leben als eine Grundvoraussetzung.
- Da Szenengespräche o. ä. mich ablenken, mich auf Sucht-Gedanken bringen und meine Entschlusskraft schwächen, bemühe ich mich darum, andere Gesprächsinhalte zu finden und übe mich darin, bei aufkommendem Suchtdruck aktiv auf MitRehabilitanden und Mitarbeiter zuzugehen. Ich lerne neue Strategien, mit Suchtdruck umzugehen oder mich abzulenken.
- Ich will mit Konflikten anders als in meinem bisherigen Leben umgehen. In Konfliktsituationen werde ich weder körperlich noch verbal gewalttätig und drohe keine Gewalt an. Ich lerne neue und konstruktive Arten der Konfliktlösung, die meine Beziehungsfähigkeit stärken.
- Ich habe erkannt, dass ich für meine Gesundheit erst einmal bei mir selbst ankommen und mit mir selbst beginnen muss. Daher verzichte ich während der Therapiezeit auf sexuelle und/oder partnerschaftliche Beziehungen. Verstrickungen mit MitRehabilitanden und das Ausleben von symbiotischen Beziehungen können den Erfolg meines therapeutischen Prozesses beeinträchtigen.
- Um das Ankommen in der Therapie zu erleichtern, erkläre ich mich dazu bereit, in den ersten vier Wochen eine „therapeutische Kontaktregulierung“ zum sozialen Umfeld einzuhalten. Diese Kontaktregulierung bedeutet im Detail: Briefkontakte und telefonische Kontaktaufnahmen zu Angehörigen und nahen Personen, die der Therapie förderlich sind, sind in Absprache mit dem therapeutischen Team ab Aufnahmetag möglich. Nach vier Wochen werden gewünschte Kontakte in der Gruppe und im Team abgesprochen, sodass weitere Briefkontakte und stufenweise erweiterbare Kontakte wieder möglich sind.

- Ich möchte wieder zu einer bewussteren, durch Wachheit und Achtsamkeit getragenen Beziehung zu mir selbst, zur Welt und den anderen Menschen finden. Deshalb distanzieren mich von bloßer Außenorientierung durch Konsum- und Suchtverhalten (stofflich und nichtstofflich) und höre während meiner Therapiezeit keine elektrische/elektronische Musik und habe kein Handy, Fernsehen/TV oder Laptop auf dem Zimmer. In therapeutischer Begleitung ist es möglich, Musik zu hören, einen Film zu schauen, oder das Internet für vorher angemeldete Themen zu nutzen. Am Ende der Adaptionsphase ist es möglich, sein Handy nach adäquater individueller Absprache zu nutzen.
- Um einen bewussteren Umgang mit meinen Konsumneigungen zu erlernen, verzichte ich auf den Besitz von Bargeld. Das persönliche Geld wird von der Einrichtung mittels eines eigenen internen Kontos verwaltet.
- Da ich Vertrauen durch meine Gruppenmitglieder erfahren und ihnen Vertrauen schenken will, werde ich Gruppenthemen nicht gegen die anderen verwenden und behandle ihre Themen vertraulich. Nur in einer geschützten Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens kann sich eine Gemeinschaft entwickeln.
- Da ich das unbewusst Gewohnhafte meiner Konsumhandlungen reflektieren und minimieren möchte, akzeptiere ich die Rauchzeiten und Raucherregeln und rauche nicht auf nüchternen Magen und nicht im Gehen. Außerdem rauche ich nur an den dafür vorgesehenen Orten, immer im Freien, nie auf dem Zimmer oder in den anderen Räumlichkeiten.
- Ich behandle das gesamte Inventar der Fachklinik Siebenzwege, insbesondere das Inventar der Zimmerausstattung, sorgfältig. Bei mutwilliger oder affektgesteuerter Zerstörung oder bei unerlaubter Entfernung von Gegenständen komme ich für den Schaden mit meinem privaten Einkommen auf (kein Versicherungsschutz). Diebstahl kann zur Anzeige gebracht werden.
- Ich verändere nichts an den installierten Rauchmeldern und der Rufanlage. Ein solcher Eingriff hat im Ernstfall erhebliche versicherungsrechtliche und persönliche Konsequenzen.

2. Regeln bei Beendigung der Therapie:

Ich erkläre mich zu Folgendem bereit:

- Vor meiner Therapiebeendigung, also auch bei Therapieabbruch ein Abschlussgespräch mit dem Arzt und in der Bezugsgruppe zu führen. Reguläre Entlassungen sind am Wochenende nicht möglich.
- Ich erhalte bei Therapieabbruch kein Bargeld, sondern ein eventuelles Guthaben wird auf ein von mir zu benennendes Konto überwiesen.
- Ich erhalte bei Abreise eine Fahrkarte. Der Kostenträger übernimmt die Fahrtkosten entsprechend seinen Vorschriften jedoch nur zum Wohnort.
- Gepäck, das nicht bei Therapiebeendigung mitgenommen werden kann, wird zuvor von mir mit der Post oder einem anderen Logistikunternehmen an meine jeweilige Zieladresse gesendet.
- Sollten ich die Therapieeinrichtung verlassen, ohne meine persönlichen Sachen mitzunehmen, erkläre ich mich jetzt schon damit einverstanden, dass Gegenstände mit einem Wert bis € 25,00 spätestens nach 3 Monaten durch die Einrichtung entsorgt werden. Wertvollere Gegenstände nach einer Frist von spätestens 5 Monaten. Sollten Gegenstände, die mir gehören, verloren gehen, ist mir bewusst, dass die Einrichtung nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit haftet.

1. und 2. Betreffend: Ausnahmen können nur mit dem zuständigen Mitarbeiter / der zuständigen Mitarbeiterin vereinbart werden.

Diese Hausordnung wurde mir erklärt und ich habe den Sinn verstanden. Ich akzeptiere die Hausordnung und werde mich während der Therapiezeit daran halten. Mir ist bewusst, dass bei Nichteinhaltung der Regeln eine Entlassung aus der Einrichtung aus disziplinarischen Gründen möglich ist. Diese würde auch dem Leistungsträger und ggf. der Justiz, falls eine Therapieauflage besteht, entsprechend gemeldet.

Salem, _____

Anhang 2 Behandlungsvertrag (Muster)

Behandlungsvertrag

Um zwischen dem Rehabilitanden und den Mitarbeitern Klarheit über die Modalitäten der Behandlung zu gewährleisten, werden grundsätzliche Aspekte in einem Behandlungsvertrag vereinbart.

Behandlungsvertrag

zwischen der Fachklinik *siebenzwerge* und Herrn / Frau _____

Herr / Frau _____ beginnt am _____

eine Leistung der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnung).

1. Voraussetzung für diesen Behandlungsvertrag ist, dass Herr / Frau _____ das Ziel hat, aktiv in der Rehabilitationsmaßnahme mitzuarbeiten und sich nach Maßgabe des Therapeuten an die Strukturen der Therapie hält.
2. Der Behandlungsvertrag ist auf den Zeitraum von _____ bis _____ befristet. Eine Verlängerung der Behandlungsvereinbarung muss gesondert vereinbart werden und setzt die schriftliche Leistungszusage des zuständigen Leistungsträgers voraus.
3. Die Regeltherapiedauer der Intensivphase beträgt bis zu 24 Wochen, in besonders begründeten Einzelfällen kann eine Verlängerung erfolgen. Im Regelfall finden die Einzel- und Gruppenpsychotherapie 2 x wöchentlich statt, sowie nach individuellen Notwendigkeiten Gespräche mit Bezugspersonen. Im Anschluss an die Intensivphase kann bei entsprechender Indikation eine Adaptionsphase mit der Dauer von bis zu 16 Wochen beantragt werden.
4. Die Rehabilitation setzt grundsätzlich voraus, dass Herr / Frau _____ suchtfrei ist, die dauerhafte Abstinenz und eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf, Schule und Gesellschaft anstrebt, körperlich und geistig hinlänglich gesund ist, bereit und fähig ist, aktiv die Ziele der medizinischen Rehabilitation anzustreben und eine abstinente Lebensführung anstrebt.

5. In der Individuellen Therapiezielplanung in den ersten zwei Wochen werden die Therapieziele gemeinsam festgelegt.
6. Der Rehabilitand erkennt den Therapieplan, die Allgemeinen Regelungen und die Regelung für den Bereich Finanzen als konsequent verbindlich an.
7. Der Rehabilitand erklärt sich ausdrücklich damit einverstanden, seine finanziellen Verhältnisse offen zu legen. Gemeinsam entwickelte Schuldenregulierungspläne sind verbindlich. Jedes Einkommen ist unabhängig von der Höhe anzumelden und kann ebenso wie Barvermögen, Übergangsgeld u.a. auf einem Rehabilitanden-Konto verwaltet werden.
8. Der Rehabilitand ist im Rahmen seines Aufenthaltes für die Reinhaltung aller Räumlichkeiten verantwortlich. Ein Putzplan wird von den Rehabilitanden erstellt und ist für den einzelnen Bewohner verpflichtend und wird ggf. mit Zustimmung des Bewohners von den Mitarbeitern überprüft
9. Der Therapeut ist berechtigt, vom Rehabilitanden unangekündigt eine Urinprobe in Anwesenheit einer dem Rehabilitanden gleichgeschlechtlichen Person zu verlangen. Wird eine Urinprobe durch den Rehabilitanden verweigert, wird dies als Versuch der Verheimlichung eines Rückfalls gewertet und kann die disziplinarische Entlassung zur Folge haben.
10. Rückfälligkeit im Rahmen der Behandlung kann zum Ausschluss aus der Rehabilitation führen. Bedingung für die Fortführung der Rehabilitation ist ggf. eine qualifizierte Entzugsbehandlung. Über die Fortführung der Rehabilitation entscheidet das multiprofessionelle Team der Behandlungseinrichtung. Für die Weiterführung der Behandlung sind die Einsicht und die reale Motivation des Rehabilitanden das wichtigste Kriterium.
11. Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes sind für die Vertragspartner bindend; alle persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
12. Der Rehabilitand verpflichtet sich, die ihm vorgelegte und ausgehändigte Hausordnung einzuhalten. Verstöße gegen die Hausordnung können zur Entlassung führen.

13. Beabsichtigt der Rehabilitand die Behandlung vorzeitig zu beenden, ist er verpflichtet, mindestens einen Termin mit dem Therapeuten zu vereinbaren, um persönlich seine Gründe darzulegen. Zudem erklärt er sich bereit bei eindeutigem Abbruchsvorhaben, ein Abschlussgespräch in der Bezugsgruppe zu führen. Verpflichtend ist zudem ein ärztliches Abschlussgespräch, im Zuge dessen der Rehabilitand über die Risiken eines erneuten Rückfallgeschehens aufgeklärt wird.

Abweichungen sind grundsätzlich nur nach vorheriger Absprache mit dem zuständigen Therapeuten möglich.

Ergänzungen und / oder Veränderungen werden über Zusatzvereinbarungen dieses Vertrages geregelt.

Salem, den _____

.....
Unterschrift Rehabilitand*in

.....
Unterschrift Therapeut*in