bwlv - Fachklinik Schloss Eichelsdorf
Konzeption nach der Orientierungsgliederung der DRV vom 27.08.2018

Verfasser:
Robert Soto-Löwenthal
Diplom Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut
Leiter der Einrichtung

Dipl. Psych. PP Susanne Müller (Recherche und Dokumentation)

Dipl. Psych. PP Ena Frank (Literatur und Recherche)

Dr. Gerald Zoller
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
Leitender Arzt

Anschrift:
Fachklinik Schloss Eichelsdorf
Schloss Straße 1
97461Hofheim / Ufr.

Tel: 09523/ 95200
mail: eichelsdorf@bw-lv.de

Fax: 0951/ 952040

Leitung:
Diplom Psychologe PP Robert Soto-Löwenthal, Leiter der Einrichtung
Dr. Gerald Zoller, Ärztlicher Leiter
Verwaltungsleiterin: Frau Sandra Groß

Träger:
Baden- Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
(bwlv gGmbH)

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben
1.1 Zur Einrichtung
1.2 Zur Fachabteilung
2. Struktur der Fachabteilung
2.1 Räumliches Angebot
2.2 Medizinisch-technische Ausstattung
2.3 Personelle Besetzung
2.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden
2.5 Organisation der Verpflegung
3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen
3.1 Indikationen/ Kontraindikationen
3.2 Rehabilitationsziele
3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung
3.3.1Aufnahme von Eltern mit Kindern bzw. Familien
3.3.2 Paartherapie
3.3.3 Behandlung komorbider Störungen
3.3.3.1 Rehabilitanden mit einer psychotischen (komorbide) Störung
3.3.3.2 Rehabilitanden mit Cannabisabhängigkeit
3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation
4. Rehabilitationssablauf und -inhalte
4.1 Aufnahmeverfahren
4.2 Rehabilitationsdiagnostik
4.3 Das interdisziplinäre Reha- Team
4.4 Ärztliche Aufgaben
4.5 Behandlungselemente
4.5.1 Weitere Berufsgruppen / therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten
4.5.2 Darstellung medizinisch- beruflicher Angebote
4.5.3 Gesundheitstraining und Rehabilitandenschulung
4.5.4 Einbeziehung von Angehörigen
4.6 Entlassungsmanagement
4.7 Notfallmanagement
4.8 Angaben zur Hygiene
5. Dokumentation
6. Angaben zum Datenschutz
7. Qualitätssicherung
8. Forschungsaktivitäten
9. Abkürzungsverzeichnis
10. Literaturverzeichnis
11. Mustertherapiepläne

1 Allgemeine Angaben

1. zur Einrichtung

Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH ist aus der 2007 erfolgten Fusion der Drogenhilfe Tübingen e. V. mit dem Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation e. V. (blv.) als Betriebsträger der Kliniken, Beratungsstellen und Einrichtungen beider Träger hervorgegangen. Zum Verbund des Trägers gehören mehrere Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol - und Drogenabhängige, zwei Tages-Rehabilitationseinrichtungen sowie Beratungsstellen für Alkohol- und Drogenabhängige und diverse komplementäre Einrichtungen. Der Träger betreibt seine Einrichtungen in lokalen Verbünden bzw. Suchthilfenetzwerken, d. h. die Einrichtungen arbeiten autonom nach den Erfordernissen ihrer Region.

Von 1977 bis 2009 waren wir auf Schloss Bettenburg (Reha-Zentrum Schloss Bettenburg) bei Hof heim/Unterfranken als eine der ersten Drogentherapieeinrichtungen in Bayern tätig.

Um den zeitgemäßen Anforderungen einer modernen Strukturqualität gerecht zu werden, wurde 2009 das ehemalige Kloster Eichelsdorf zu einer modernen Rehabilitationseinrichtung umgebaut.

Eichelsdorf ist ebenfalls einem Ortsteil van Hofheim und gehört zum Landkreis und Naturpark Hass berge, einer reizvollen, ruhigen Erholungs- und Tourismus- Region.

Das Schloss wurde im 16 Jahrhundert erstmals erwähnt, mehrmals erweitert und zum Wasserschloss umgebaut, und war zuletzt als Kloster genützt werden. Die Anlage besteht aus mehreren Gebäude teilen und Nebengebäuden, und ist umgeben von einer großzügigen Gartenanlage.

Der Ortsteil Eichelsdorf ist 2 km von Hofheim entfernt. Von dort gibt es werktags eine Verbindung mit dem öffentlichen Linienbus in das 15 km entfernte Haßfurt. Haßfurt hat einen Bahnhof und ist so gut an Würzburg und Bamberg (jeweils ca. 1 Stunde Fahrdauer) angeschlossen.
Um notwendige Fahrten (z. B. Facharztbesuche, Ausgänge, ...) für unsere Rehabilitanden zu ermöglichen / vereinfachen, fahren unsere klinikeigenen Shuttlebusse von Montag bis Freitag mehrmals täglich zu festgelegten Zeiten die Strecke Eichelsdorf - Hofheim- Königsberg- Haßfurt.
Nach vorheriger Absprache können neue Rehabilitanden von der Entzugsklinik abgeholt werden.

Anfahrt:
Bei der Anfahrt mit dem PKW fahrt man von Nürnberg/ Bamberg kommen die A 70 bis zur Ausfahrt Haßfurt/ Knetzgau, dann über Haßfurt nach Hofheim bzw. Eichelsdorf.
Von Würzburg bzw. Schweinfurt kommend nimmt man auf der A 70 die Ausfahrt Schonungen, dann die B 303 bis Hofheim und fahrt schlie81ich nach Eichelsdorf.

Auf dem Schlossgelände sind Parkplätze für Besucher und Mitarbeiter vorhanden.

Seit dem Umzug im Dezember 2009 verfügen wir jetzt über 60 stationäre Therapieplätze für Männer und Frauen, die auch als Paare zu uns kommen können und therapeutisch begleitet werden.

Als Besonderheit behandeln wir auch drogenabhängiger Eltern mit Kindern, die sie in die Therapie mitbringen. Es werden 10 Plätze für Kinder vorgehalten, die tagsüber in unserem Kinderhaus/Kindergarten sowie einer heilpädagogische Tagesstatte betreut werden.

Eine weitere Spezialisierung bildet die Behandlung von Rehabilitanden mit Doppeldiagnosen (Komorbidität), insbesondere psychotischen Erkrankungen (ICD10 F10.0 plus F20.0).

1.2 Zur Fachabteilung

Unser federführender Leistungsträger ist die ORV Nordbayern. Wir werden van allen Leistungsträgern (ORV, Bezirke, Krankenkassen, ORV Bund) belegt.

Zusätzlich gibt es für die Kostenübernahme der Tagessätze für Kinder als Begleitpersonen Vereinbarungen mit örtlichen Jugendamt.

Die bwlv Fachklinik Schloss Eichelsdorf arbeitet jahrelang sehr eng mit verschiedenen Drogenberatungsstellen (sowohl aus dem Verband und als auch externe, z.B. in Bamberg, Würzburg, MUDRA Nürnberg, sowie Entgiftungskliniken (Mainkhofen, Schloss Werneck etc.) zusammen, die die Rehabilitanden vorbereiten, die Kostenübernahme beantragen, Aufnahme und Anreise zu organisieren.

Im Verband besteht eine enge Kooperation aller Einrichtungen, was die Teilhabe und Orientierung ermöglicht. In konkreten Fällen werden die vorbereitende Arbeit, Nach- und Weiterbetreuung in Nachsorgeeinrichtungen oder in Einzelfällen notwendigen Querverlegungen in Schwesterklinken (FK Friedrichshof, FK Tübingen etc.) erleichtert.

Um die bestmögliche Versorgung und Behandlung unserer Rehabilitanden zu gewährleisten und alle weit gefächerten Aufgaben durch unser sehr unterschiedliches Klientel abzudecken kooperieren wir mit einer Vielzahl an niedergelassenen (Fach-) Ärzten in naheren Umgebung und Kliniken in Haßfurt und Schweinfurt.
Notwendige, medizinisch indizierte krankengymnastische Behandlungen werden durch ein ambulantes Reha Zentrum / Krankengymnastische Praxis in Hofheim und ein Sanitätshaus gewährleistet.

Wenn abhängige Eltern mit ihren Kindern hier aufgenommen werden, ist häufig eine (inhaltlich wie organisatorisch enge) Zusammenarbeit mit zuständigen Jugendämtern notwendig und/ oder erwünscht.

Für schwangere Rehabilitanden kann eine Hebamme zur begleitenden Geburtsvorbereitung ins Haus kommen. Zur Entbindung Oberweisen wir die Rehabilitanden in das Leopoldina Krankenhaus in Schweinfurt, das Ober eine angeschlossene Kinderklinik verfugt.

Bei Bedarf bei entsprechender Indikationsstellung vereinbaren wir Ergotherapie-Termine für die Begleitkinder.

Zudem besteht eine kontinuierliche Zusammenarbeit und Austausch mit einer Vielzahl van (stationären und ambulanten) Nachsorgeeinrichtungen im ganzen Bundesgebiet, um unseren Rehabilitanden nach stationären Aufenthalt den Übergang in abstinentes selbstständiges Leben zu erleichtern.

Im Rahmen der Betreuung von Bachelor- bzw. Masterarbeiten an der Otto-Friedrich Universität Bamberg, der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Prof. Dr. Como-Zipfel) und Hoch schule Coburg (Prof. Pauls) entstanden in Kooperation mit unserer Klinik wissenschaftliche Arbeiten zu verschiedenen Themen.

Aufgrund der baulichen Gegebenheiten in unserem Denkmal geschützten Gebäude ist es nicht möglich, vollständige Barrierefreiheit herzustellen.
Als Erleichterung für Gehbehinderte gibt es im Haupthaus einen Fahrstuhl und Rampen.
Adipöse Rehabilitanden können nach einem persönlichen Vorstellungsgespräch und medizinischen Check-up aufgenommen werden.

Unsere Küche bietet bei Bedarf kalorienreduzierte Kost - und Ernährungsberatung an. Ebenso bei Bedarf vegetarische - und schweinefleischlose Kost.

In der Fachklinik Schloss Eichelsdorf können Kinder van Rehabilitanden aufgenommen wer den. Eltern und Kinder wohnen während ihrer Behandlung zusammen in extra eingerichteten Zimmern mit Spiel - und Rückzugsmöglichkeiten.
Die Kinder werden tagsüber durch heilpädagogischen und erzieherischen (3,1Stellen auf fünf MA verteilt) Kräfte von 08:00 - 16:00 Uhr im Kinderhaus betreut. Es ist auf eine durchschnittliche Belegung von 10 Kindern ausgelegt.
Aufgenommen werden Kinder bis zum Alter von 12 Jahren. Schulpflichtige Kinder besuchen die Schule in Hofheim oder Haßfurt.
Für die Aufnahme der Kinder ist eine entsprechende Kostenzusage (als Begleitperson) des Leistungsträgers eines Elternteiles oder des entsprechenden Jugendamtes nötig.
Neben der einfachen grundsätzlichen Betreuung bieten wir ,,Eltern-Kind-Arbeit", ,,Elterngesprächsgruppen", ,,heilpädagogische Spielbehandlung", ,,Hausaufgabenhilfe" für schulpflichtige Kinder, ,,Spieletraining", ,,Elterntraining" und ,,Freizeittraining" an. Siehe auch: Konzept des Kinderhauses siehe Teil II, Besondere Konzepte

Freizeitangebot

Möglichkeiten zu sportlicher Betätigung in der Freizeit bestehen reichlich. Die Sporthalle in Hofheim kann für Mannschaftsspiele wie Volleyball und Basketball genutzt werden. Weitere Angebote sind Tischtennis, Badminton, Walking und Fahrradfahren. Wir verfügen Ober einen Fitnessraum, ebenso über eine kleine Saunalandschaft. Ein Billardtisch sowie eine Dartscheibe stehen zur Verfügung. In unregelmäßigen Abstanden findet ein Grillabend (auch im Winter) statt.
In den großzügigen Aufenthaltsräumen werden verschiedene Gesellschaftsspiele vorgehalten.
Die Klinik verfügt über eine Bibliothek mit der Möglichkeit, sich Bucher auszuleihen (noch im Aufbau Stand November 2022). Neben Unterhaltungsliteratur finden sich hier auch Selbsthilfemanuale.

Einmal in der Woche wird abends eine Sportgruppe angeboten, die therapeutisch geleitet ist.
Alle Rehabilitanden können kostenfrei das nur ca. 2000 Meter entfernte Freibad der Stadt Hofheim in Anspruch nehmen.
Wir haben die Funktion des „Freizeitmanagers“ eingerichtet. Jeweils drei Rehabilitanden (sog. KV - Klientenverantwortliche) kümmern sich auf freiwilliger Basis um diesen Bereich. Sie koordinieren, welche interessanten Filme oder Fernsehbeiträge gezeigt werden, regen zu gemeinsamen Freizeitaktivitäten im Haus oder außerhalb an. Auf diese Weise kommen immer wieder kleine Turniere zustande (z.B. Tischtennis, Billard).

2. Struktur der Fachabteilung

2.1. Räumliches Angebot

Als Zentrum und Versammlungsort unseres Hauses wird die ehemalige Kapelle genutzt. Hier versammeln sich morgens und abends Rehabilitanden und Mitarbeitende, um den Tag zu planen bzw. um den Tag abzuschließen. Hier finden auch in regelmäßigen Abstanden für Gäste interne und externe Fachvorträge oder musikalische Vorführungen statt.

Für die medizinische Versorgung stehen ein Arzt- und ein Behandlungszimmer sowie ein Raum für die Arzthelferinnen bereit. Die psychotherapeutischen Angebote (Therapiegruppen, Paar- oder Angehörigengespräche) finden in einem der vier großen Therapieräume statt. Ein kleinerer Therapieraum steht für die Entspannungstherapie (PMR, Achtsamkeitstraining) zur Verfügung.

Die Einzelgespräche fuhren die Bezugstherapeuten in der Regel in ihren Einzelbüros.

Für die Arbeits- und Ergotherapie stehen entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung, z.B. ein großer Ergotherapieraum, die Töpferei, der Kuchenbereich mit Backstube, die Waschküche, die Hausmeisterei und eine kleine Fahrradwerkstatt sowie unser großes Gartengelände. Für die Ernährungsberatung mit den Kochkursen wird die Lehrküche genutzt.

Die vier Gruppenaufenthaltsräume dienen im Sinne des therapeutischen Konzepts zur Stärkung des Zusammenhalts unter den Rehabilitanden und zur Förderung einer aktiven Freizeitgestaltung.

Im Kinderhaus sind für die jüngeren Kinder Spielbereiche und ein Schlafzimmer für den Mittagsschlaf vorhanden; zusätzlich gibt es Zimmer für Hausaufgaben, Elterngruppen und die therapeutische Spielstunden.

Durch die Renovierung des historischen Wasserschlosses Eichelsdorf sind moderne Einzel - und Zweierzimmer entstanden. Ausgestattet sind unsere Zimmer standardmäßig mit Bett, Kleiderschrank, Nachtkästchen mit Lampe, (Schuh)Regal, Tisch und Stuhlen. Alle Zimmer verfügen über einen kostenlosen WLAN Zugang.

Im ersten und zweiten Stock des Haupthauses sind 5 Einzelzimmer, 11 Doppel- bzw. Paarzimmer sowie 4 Familienzimmer mit eigenen Bad (Dusche/ z.T. Badewanne, WC) verteilt.

Im Nebentrakt ,,Bettenhaus" befinden sich für männliche Rehabilitanden auf zwei Stockwerken verteilt 21 Einzelzimmer mit eigenem Waschbecken. Diese Rehabilitanden benutzen gemeinsame Dusch- bzw. WC- Raume.

Die ,,Männer - WG" bietet Platz für 5 Rehabilitanden in Einzelzimmern, ebenfalls mit eigenem Waschbecken im Zimmer und gemeinsamer Dusche, WC und einer kleinen Kuchenzeile.

Des Weiteren verfugen wir Ober eine ,,Frauen - WG" mit 4 Zimmern (2 EZ, 2 DZ), in denen z.T. auch Mütter mit Kindern wohnen können. Die räumliche Trennung bietet den Bewohne rinnen mehr Rükzugsmöglichkeiten. In der WG hat jedes Zimmer ein Waschbecken, gemein sam genutzt werden Bad und WC und die kleine Küchenzeile.

2.2. Medizinisch-technische Ausstattung

Unser medizinischer Bereich verfugt über neben den Standarddiagnostikinstrumenten (z.B. Waage) Ober ein Autostop, ein 12 Kanal - EKG, ein Tens- Gerat sowie einen Notfall - Defibrillator.

Unsere Apotheke wird von der Apotheke Gartenstadt in Schweinfurt beliefert und regelmäßig durch Apothekenbegehungen überprüft.

2.3. Personelle Besetzung

Wir orientieren uns an den Vorgaben der DRV für die personellen Anforderungen in der stationären Rehabilitation.

Eine Übererfüllung der Anforderungen im Bereich der sozialen Arbeit, ist Bora und der sonstigen Notwendigkeit im sozialen Bereich der Rehabilitanden geschuldet. Statt angeforderten 0,6 Stellen, verfügen wir über 2,0 Stellen.

s. Stellenplan im Anhang

Die Regelarbeitszeit beginnt montags bis freitags um 8 Uhr und endet um 16 Uhr, danach ist ein therapeutischer Mitarbeiter im Spätdienst bis 21 Uhr im Haus. Nachts werden die Rehabilitanden durch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerinnen betreut, für die es eine therapeutische und ärztliche Rufbereitschaft im Hintergrund gibt. Am Wochenende sind tagsüber therapeutische Mitarbeiter im Dienst.

Durch unser System der dyadischen Betreuung der Bezugsgruppen ist eine Vertretung im Krankheits- bzw. Urlaubsfall gewährleistet und Rehabilitanden können stets mit ihren vertrauten Therapeutinnen weiterarbeiten.

Es finden wöchentlich 3- 4 ärztliche Sprechstunden bzw. Visiten im Haus statt. Der ärztliche Leiter bzw. seine Vertretung ist jederzeit telefonisch als Hintergrunddienst erreichbar. Wir verfügen über insgesamt über drei Ärzte.

Durch unsere Anbindung an den Fachärzten vor Ort ist zusätzlich eine sehr gute fachärztliche Versorgung gewährleistet.

Durch das Dyadensystrem im Therapeutenteam (8 TherapeutInnen auf vier Gruppen für 60 Rehabilitanden, ergeben sich 15 Rehabilitanden im Durchschnitt auf jede Gruppe. Diese werden wiederum auf die Einzel - Therapeutinnen verteilt, so dass pro TherapeutInn 7,5 Rehabilitanden entfallen.

2.4. Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden

Die therapeutischen Angebote finden von Montag bis Freitag statt.
Das Tagesprogramm beginnt wochentags um 7 Uhr mit der Anwesenheits- und Atemluftkontrolle und dem Morgensport. Die gemeinsame Morgenrunde für alle Rehabilitanden und TherapeutInnen findet ab 08.15 Uhr statt. Vormittags sind überwiegend die arbeits- bzw. ergotherapeutischen Angebote und Indikativen Gruppen. Am frühen

Nachmittag finden die Bezugsgruppen oder weitere Indikativen Gruppen, später Sportangebote statt. Um 20 Uhr ist eine abschließende Abendrunde mit dem/der Diensthabenden Mitarbeiterln und Allen Rehabilitanden. Nachts wird die Anwesenheit in den Zimmer überprüft und punktuell Atemluft Kontrollen durchgeführt.

An den Wochenenden ist ein reduziertes Programm vorgesehen (z. B. Anwesenheitskontrollen, lnfoveranstaltung, Zimmerkontrollen, selbstverantwortlich gestaltetes Freizeitprogramm) bzw. es ist Zeit für begleitete Ausflüge bzw. eigenverantwortlich durchgeführte Ausgänge und Heimfahrten von ,,älteren" Rehabilitanden.

insgesamt ergibt sich daraus in der Regel ein Therapieprogramm von ca. 25 Wochenstunden (s. Wochenplan im Anhang)

2.5. Organisation der Verpflegung

Die Mahlzeiten für unsere Rehabilitanden werden in unserer Küche zubereitet. Eine Arbeitstherapeutin ist für den Bereich der Küche zuständig (Erstellung der Essenspläne, Kochen, Vorratshaltung, Kontakt zu Lieferanten, Einhaltung der Hygieneregeln); sie wird durch einen Koch und mehrere Rehabilitanden, die im Arbeitsbereich ,,Küche" eingeteilt sind, unterstützt.

Es gibt Frühstück (am Wochenende Brunch), Mittagessen (Auswahl zwischen Normalkost/ Vegetarisch/ Essen ohne Schweinefleisch) und Abendessen (kaltes Buffet).

Wir achten auf gesunde und ausgewogene Ernährung, daher steht für alle ein Obst- und Gemüsekorb sowie Mineralwasser kostenlos zur Verfügung. Limonaden bzw. Sü8getränke können und sollen (!) sich Rehabilitanden an einem Automaten kaufen müssen.

Die Empfehlungen aus der Ernährungsberatung fliesen bei uns selbstverständlich in unsere Essenplanung mit ein.

3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

Theoretische Grundlagen, Abhängigkeits- und Reha Verständnis und Umsetzung/ Auswirkung auf Therapieplanung

,,Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten." (BORA)

Grundlage hierfür ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit, bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft. Durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Leistungen hoffen wir eine Abwendung, eine Beseitigung, eine Minderung der Beeinträchtigungen sowie Verhütung einer Verschlimmerung oder eine Milderung ihrer Folgen zu erzielen.
Eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation besteht darin, die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen vor allem ihre Funktionen im Beruf wahrzunehmen sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben.

Chronische Erkrankungen - dazu gehören auch die Suchtkrankheiten - und ihre Folgen lassen nicht immer eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit zu. Die Aufgabe der Rehabilitation liegt in diesen Fällen darin, eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen weitest gehend zu reduzieren und einer Beeinträchtigung der Teilhabe bzw. dem Auftreten dauerhafter Benachteiligungen vorzubeugen.

Das Klassifikationssystem ICD 10 formuliert beim 'Abhängigkeitssyndrom':
"Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betreffende Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher hoher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.
Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (beispielsweise Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z.B. Opiate oder Opiat ähnliche Medikamente) oder auf ein weites Spektrum unterschiedlicher Substanzen (wie z. B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvolle Gefühle, Unruhe und/oder körperliche Entzugserscheinungen bei Abstinenz entwickeln). "Abhängigkeit in diesem Sinne liegt vor bei:

- Unfähigkeit zur Abstinenz
- Verlust der Selbstkontrolle
- periodischem Auftreten einer dieser beiden Symptome" .

Therapeutische Konsequenzen:
Wir arbeiten behavioristisch und nach einem schulen übergreifenden Therapie Verständnis der integrativen Psychotherapie, wie es besonders von Klaus Grawe (2000) begründet wurde. Darin wird wissenschaftlich die Notwendigkeit dargestellt, die wirksamen Bestandteile der verschiedenen Psycho Therapie Methoden zu kombinieren (Methodenintegration). Zur Entwicklung dieser Sichtweise haben auch die Erkenntnisse der modernen Hirnforschung beigetragen.
Grawe benennt vier allgemeine Wirkfaktoren im Therapieprozess:

Bewältigung van Problemen: setzt therapeutische Ansätze zur Oberwindung von Problemen und Störungen voraus
Klärung: erfordert Explizierung von Motiven, Werten und Zielen
Ressourcenaktivierung: dabei werden als Ressource alle Aspekte des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituationen eines Rehabilitanden aufgefasst
Problemaktualisierung: hier wird auf die Bedeutung der unmittelbaren Erfahrung im Therapieprozess abgehoben

Um einen selbstbestimmten bewussten Veränderungsprozess in Gang zu setzen bei Rehabilitanden mit unterschiedlicher Ausgangslage bezüglich des Krankheitsverständnisses und der Eigenmotivation, halten wir drei prinzipielle Bereiche für bedeutsam:

- Information
- Motivation
- Schulung und Training.

Diese Faktoren sind in allen Therapiebereichen relevant und werden in unterschiedlichen Setting formen umgesetzt: Basisinformationen allgemeiner Art werden in Informationsgruppen und den Bezugsgruppen vermittelt (Psychoedukation), die individuelle Beratung und Motivation erfolgt im Einzelkontakt, für Schulung und Training werden Indikative Gruppen angeboten und Trainingsschritte in individueller Form ausgearbeitet im Sinne van Aufgabenstellungen.

In unserem Theorie Verständnis bezüglich des Prozesses von Einstellungs- und Verhaltensänderungen orientieren wir uns an den Modellen van Prochaska und Di Clemente. Dadurch wird die jeweils unterschiedliche Ausgangslage beschreibbar und gleichzeitig die Möglichkeit gegeben, den Therapieansatz auf diese Lage individuell auszurichten.
Den Motivationsprozess unterstützen wir mit Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (Miller, Rollnick). Elemente von Fordern und Fordern halten wir in angemessener Weise für zielführend in dem Bewusstsein, dass zunächst eine ausreichende Ressourcenaktivierung mit Aufbau einer selbst bewussten Grundhaltung notwendig ist, bevor Aufarbeitung- und Veränderungsprozesse erfolgreich eingeleitet werden können. Vor allem bei Rehabilitanden mit Traumatisierungserfahrungen ist dieser Aspekt besonders bedeutungsvoll.

Elemente aus folgenden therapeutischen Schulen sind bei uns vertreten: Verhaltenstherapie (Förderung der Selbstwirksamkeit, Kanfer; kognitive VT; Beck u.a., Lerntheorie), Systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie (Rogers). Ein weiterer wichtiger Hintergrund ist die ressourcenorientierte Sichtweise, wobei wir besonders den systemischen lösungsorientierten Ansatz (Gunther Schmidt) bevorzugen, der sich aus dem systemischen Ansatz der Heidelberger Schule (Helm Stierlin) in Kombination mit dem hypnotherapeutischen Ansatz (Milton Erickson) entwickelt hat. Er ermöglicht eine Loslösung aus der einseitigen Problemsicht unter Wahrnehmung und Nutzung der Ressourcen bei Einbeziehung des Umfelds in den Prozess.

Auch der theoretische Hintergrund des Salutogeneseforschung geht in unsere Therapiegestaltung mit ein (Antonovsky). Als wesentliche Faktoren sind dort beschrieben: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit als stärkende Faktoren. Daraus begründet sich die Bedeutsamkeit gut aufbereiteter Informationen, ebenso das Erfordernis, selbstverantwortliches Handeln zu ermöglichen und das Handeln in einen sinnhaften Lebensgestaltungsprozess einzubinden.

Grundsätzlich halten wir die freie Willensentscheidung für einen wesentlichen Faktor im Therapieprozess. Dabei sind wir als Therapeuten gefordert, Erkenntnis- und Veränderungsprozesse anzuregen, zu fordern, zu unterstützen und zu begleiten, die auf die sorgfältig und gemeinsam entwickelten Ziele ausgerichtet sind. Neben den Therapiezielen sollen auch die eingesetzten Vorgehensweisen mit dem Betroffenen abgestimmt werden.

Im Verständnis der Suchtkrankheit als bio-psycho-soziales Geschehen unter Einbeziehung des Modells der funktionalen Gesundheit nach ICF ist unser Behandlungskonzept ausgelegt.
Unter den genannten rehabilitativen Zielsetzungen werden nach vorausgegangener Diagnostik, medizinische, psycho-therapeutische, soziale und arbeitstherapeutische Ziele vereinbart und angestrebt. So findet eine umfassende Diagnostik der Erkrankung (medizinische, psychiatrisch-psychologische und soziale Dimension) und der Funktionsstörungen auf der Ebene der Körperstrukturen und - funktionen sowie auf der Ebene der Aktivitäten unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren) statt.
Ferner wird ein Behandlungsplan erstellt, der die individuellen Voraussetzungen des Rehabilitanden sowie die besonderen Anforderungen an ihn in Beruf und Alltag mit einbezieht.
Die Durchführung von psychologisch-psychotherapeutischen und weiteren Therapieleistungen wie

suchtspezifische Psychoedukation, Ergotherapie u. a. stehen im Mittelpunkt unserer Suchtrehabilitation.

Zentrales Anliegen ist eine Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise, weitestgehend Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten nach BORA und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens.
Damit einhergehend Ausbildung neuer Fertigkeiten, insbesondere im Bereich der psychischen (Schutz-) Funktionen und Aktivitäten, ebenso der Abbau hemmend und die Unterstützung fordernd wirkender Kontextfaktoren.
Dazu gehören geeignete Trainingsmaßnahmen im Bereich der Klinik und außerhalb wie auch im gewohnten sozialen und ggf. beruflichen Umfeld. Hierzu werden externe Praktika zwecks Belastungserprobung sowie beruflicher Neuorientierung und therapeutische Beurlaubungen zur Realitäts- und Belastungserprobung durchgeführt. Möglichkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten werden fall- und indikationsbezogen entwickelt.

Die Fortführung, ggf. Anpassung der medizinischen Therapie ist gewährleistet.

Information Ober die Erkrankung und deren Folgen sowie Ober die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen, aber auch die Möglichkeiten der Gesundheitsforderung stellen eine weitere Therapieleistung dar, zusammen mit einer Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung. Forderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung und Aufbau eines eigen-verantwortlichen Gesundheitsbewusstseins sind weitere Zielsetzungen.
Es wird angestrebt in den therapeutischen Prozess primäre Bezugspersonen einzubeziehen.
Ebenso werden sie Rehabilitanden in Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsverm6gens beraten. Eine sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden wird erhoben.
Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Indikationsstellung für weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen) und Vorbereitung der Rehabilitanden darauf, als Grundlage für die dauerhafte Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft sind feste Bestandteile unseres Rehabilitationsprogramms.

Die Induktion eines therapeutischen Prozesses setzt, um selbstverantwortliches Handeln und Coping zu initiieren, ein mehrschichtiges Vorgehen voraus:

Wir strukturieren in unserem stationären Rahmen die Behandlung in drei, für alle Rehabilitanden überschaubare, abgrenzbare Bereiche:

1. Motivationsphase
2. Kerntherapiephase
3. (interne) Adaptionsphase
   (bis maximal 4. Woche)
   (bis einschließlich 6. Monat) (bis zu 4 Monaten)

Indikative Gruppenmaßnahmen, die entweder verpflichtend (z.B. Psychoedukation zu Sucht, Psycho se) sind, oder Bedarfsabhängig(z.B. Achtsamkeit, Raucher - Entwöhnung, Laufgruppe, Kraftsportgruppe, Freizeitgruppe) durchgeführt werden, ergänzen unser Angebot sinnvoll.

Neben der psychotherapeutischen Arbeit bilden die Arbeitstherapie und die Freizeitgestaltung einen hohen Stellenwert.

3.1 Indikationen/ Kontraindikationen

Generell ist das Behandlungsangebot der Klinik ausgerichtet auf die Behandlung drogenabhängiger Frauen und Männer im stationären Setting an. Im Vordergrund muss eine stoffgebundenen Abhängigkeit von illegalen Drogen stehen.

Für die Aufnahme in unsere Einrichtung bedarf es der allgemeinen Rehabilitationsfähigkeit, die im Vorfeld ärztlicherseits festgestellt werden muss.

Nachfolgend haben wir allgemeine Behandlungskriterien, Indikationen und Kontraindikationen zusammengestellt.

Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung allgemein:

- Chronifizierte Abhängigkeitserkrankung
- Störungen auf seelischer, körperlicher oder sozialer Ebene, die einen stationären Rahmen zur Behandlung erfordern
- Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Abstinenz eher gering ausgeprägt
- Herausnahme aus pathogenem sozialem Umfeld ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern
- Fehlende berufliche Integration mit persönlichen Defiziten, die arbeitsbezogene Maßnahmen erforderlich machen

Innerhalb der Abhängigkeitsdiagnosen (ICD-10: F1.,Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen") kommen folgende Diagnosen in unserer Einrichtung am häufigsten vor:

- Abhängigkeit van Opioiden (ICD 10: F 11.xx)
- Abhängigkeit van Cannabinoiden (ICD 10: F 12.xx)
- Abhängigkeit van Stimulanzien (ICD 10: F 15.xx)
- Polytoxikomanie/ multipler Substanzgebrauch (ICD 10: F 19.xx),

Rehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose nehmen wir in der Regel nicht auf.

Mit behandelt werden weitere Komorbiditäten /Nebendiagnosen:

- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis im weitgehend remittierten Zustand (F 2)
- Affektive Störungen, Depressionen (F32, F33, F34)
- Persönlichkeitsstörungen (F6)
- Posttraumatische Belastungsstörungen, v.a. nach sexuellem Missbrauch und anderen Gewalterfahrungen (F 43.1 und 43.2)
- Phobische Störungen und Angststörungen (F40, F41)
- Zwangsstörungen (F42)

Kontraindikationen sind:

- Akute Suizidalität
- Akute Psychosen bzw. nicht ausreichend medikamentös stabilisierte Psychosen

Schwere körperliche Erkrankungen, die eine regelmäßige Teilnahme am Therapieprogramm verhindern
Rehabilitanden mit Anfallsleiden, sofern keine ausreichende medikamentöse Einstellung er folgt ist
Starke Beeinträchtigung der Beweglichkeit, da wir aufgrund der baulichen Gegebenheiten im denkmalgeschützten Schloss nur eingeschränkte Barrierefreiheit gewährleisten können
stärkere Beeinträchtigung der Hirnleistungsfähigkeit (z.B. Demenz, schwere organische Psychosyndrome)
Bei Gewalt-, Tötungs- und Sexualdelikten in der Vergangenheit sehen wir ebenfalls van einer Aufnahme ab.

3.2 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel der Rehabilitation ist, neben dem Erreichen einer Abstinenz van Suchtmitteln, eine drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern.

Bei aufgehobener, eingeschränkter oder gefährdeter Erwerbsfähigkeit ist das Ziel, das Leistungsvermögen zu verbessern, um dadurch die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, abzusichern und möglichst dauerhaft zu erhalten.

Bei Rehabilitanden, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, ist die Besserung der Erkrankung oder die Verhütung einer Verschlimmerung mit Pflegebedürftigkeit übergeordnete Zielsetzung.

Der Betroffene soll befähigt werden, Aktivitäten auszuüben in allen für ihn wichtigen Bereichen des Lebens, um dadurch eine möglichst umfassende Teilhabe zu gewährleisten.

Gesetzliche Grundlagen sind §26 SGB IX, §15 SGB VI und §§ 40 und 107 SGB V.

Da die Suchterkrankung eine Gefährdung im aufgeführten Sinne darstellt bzw. die Auswirkungen der Erkrankung oft schon zu einer Funktionsbeeinträchtigung und Leistungsminderung auf verschiedenen Ebenen (körperlich, psychisch, sozial) geführt haben oder mit hoher Wahrscheinlichkeit führen werden, ist das Erreichen einer dauerhaft abstinenten Lebensführung bei Mitbehandlung bereits eingetretener Folgeschaden (psychische und physische Ebene) vorrangiges Behandlungsziel. Wichtig ist dabei, dass es dem Betroffenen selbst möglich wird, eine positive und selbstbewusste Einstellung zur abstinenten Lebensform zu finden.
Der Zugang dazu ist unterschiedlich. Zu beachten sind Faktoren wie die Entstehungsbedingungen des Suchtgeschehens, funktionale Zusammenhänge (Suchtmittel als Kompensation), Auswirkungen des Suchtprozesses auf psychischer und somatischer Ebene sowie auf die Beziehungsgestaltung und den beruflichen Bereich. Ziel ist deshalb, die maßgeblichen Faktoren zu erfassen (Diagnostik) und der aktiven Bearbeitung durch geeignete Therapieangebote zugänglich zu machen.

Da häufig begleitende komorbide psychische Störungen vorliegen, die ebenfalls eine Funktionsbeeinträchtigung (Kommunikationsfähigkeit, soziale lnteraktionsfähigkeit) und damit Einschränkungen der Teilhabe bedingen, ist deren Mitbehandlung erforderlich.

Ebenso werden somatische Erkrankungen mitbehandelt, um allgemein das Wohlbefinden zu starken, aber auch die Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen bestmöglich zu gewährleisten.

Informationen zu und Anregungen für die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Lebensgestaltung sollen langfristig die Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden unterstützen bei gleichzeitigem Selbstwirksamkeitserleben.

Ein absoluter Schwerpunkt ist die Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie die Unterstützung der beruflichen Reintegration bei den Rehabilitanden, die arbeitslos sind und bei Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen.

Nach Erhebung der Anamnese ist deshalb der nächste Schritt, zusammen mit dem Rehabilitanden seine konkreten Behandlungsziele herauszuarbeiten. Dazu dienen Informationen, die Rückmeldung fachlicher Einschätzungen und Vorstellungen, die als Orientierung für den Betroffenen dienen können. Nur gemeinsam abgestimmte, für den Betroffenen als sinnhaft erkannte Ziele, ergeben eine tragfähige Grundlage für den Therapieprozess. Zudem sollen die Ziele operationalisierter und in der verfügbaren Zeit erreichbar sein. Die Fokussierung auf wirklich bedeutsame Ziele ist wichtig, um den Prozess konzentriert und wirksam darauf ausrichten zu können.

Mit Hilfe therapeutischer Anregung und Unterstützung lernt der Rehabilitand, sich ressourcenorientiert zu betrachten und kennenzulernen. Dazu gehören eine Forderung des Selbstwertes, der Selbstakzeptanz und Aktivierung der Selbstheilungskräfte. Auch die Eigenanteile bei konflikthaften Anpassungsstörungen und Beziehungsproblemen sollen zugänglich gemacht werden, um sich diesen Anteilen zu stellen einschließlich den damit verbundenen Ambivalenzen und notwendigen Lernschritten im Hinblick auf Losungen. Ziel ist ein bewusster und konstruktiver Umgang mit sich selbst, den persönlichen Ressourcen und Potentialen, aber auch den Gegebenheiten im äußeren Raum des sozialen oder beruflichen Umfeldes. Grenzen, Hindernisse, Einschränkungen und Defizite sind zu berücksichtigen.

Wichtige Zielsetzungen:

- Zugang zu den eigenen Emotionen, um sie selbst wahrnehmen, benennen und ihnen nachgehen zu können
- Verbesserung der affektiven lch-Funktionen zwecks Selbstregulierung und Steuerung der Emotionen und Affekte ohne Suchtmittel
- Wahrnehmung und Integration negativ besetzter Gefühle und Affekte wie Angst, Hilflosigkeit, Arger und Wut
- Wahrnehmung und Realisierung der eigenen Bedürfnisse
- Stärkung der lch-Identität und Ressourcen
- Aktive Ressourcenorientierung statt Kampf gegen süchtiges Verlangen in der selbst vorgenommenen Bewertung als Mangelhaftigkeit
- Erhöhung der Konfliktfähigkeit und Einübung direkter und adäquater Formen der Auseinandersetzung und Konfliktlösung
- Verbesserung der Selbstsorge
- Erlernen von Abgrenzung und Selbstbehauptung
- Nachreifung und authentisches Leben von ,,ungelebten" Seiten mit Freude und innerer Beteiligung

3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Neben oben bei 3.1. skizzierten lndikationen zur Aufnahme bei uns haben wir spezielle

Angebote für folgende Gruppen von Rehabilitanden, die hier genauer beschrieben werden. Zusätzlich verweisen wir auf das spezielle Konzept unseres Kinderhauses im Teil II.

3.3.1 Aufnahme von Eltern mit Kindern bzw. Familien

In der Fachklinik Schloss Eichelsdorf können Kinder von Rehabilitanden aufgenommen werden. Für die Aufnahme der Kinder ist eine entsprechende Kostenzusage (als Begleitperson) des Leistungsträgers eines Elternteiles oder des entsprechenden Jugendamtes nötig.

Eltern und Kinder wohnen während ihrer Behandlung zusammen in extra eingerichteten Zimmern mit Spiel - und Rückzugsmöglichkeiten.

Die Kinder werden tagsüber durch heilpädagogische und erzieherische (3 Stellen) Kräfte von 08:00 - 16:00 Uhr im Kinderhaus betreut. Es ist auf eine durchschnittliche Belegung von bis zu 10 Kindern ausgelegt. Aufgenommen werden Kinder bis zum Alter von 12 Jahren.
Schulpflichtige Kinder besuchen die Schulen in Hofheim oder Haßfurt.

Neben der einfachen grundsätzlichen Betreuung bieten wir ,,Eltern-Kind-Arbeit", Elterngesprächs Gruppen, heilpädagogische Spielbehandlung, Hausaufgabenhilfe für schulpflichtige Kinder, Spieletraining, Elterntraining und Freizeittraining an.

Unsere Zielsetzungen der Eltern-Kind-Therapie für Rehabilitanden, die als Eltern zu uns kommen, sind neben der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung die Stärkung des Familiensystems, d.h. die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern sowie die Festigung der Eltern-Kind-Beziehung.
In den Elterngruppen, bei Bedarf auch den Einzelgesprächen mit Elternteilen sowie in anderen Therapiegruppen treten mit diesen Rehabilitanden immer wieder bestimmte Themen auf, wie z. B. die Reflektion der eigenen Mutter- bzw. Vaterrolle (z. T. vor dem Hintergrund der eigenen, ebenfalls belasteten Biographie), Schuldgefühle aufgrund der Suchtproblematik, Ängste vor der Belastung durch die Verantwortung etc.
Neben der Aufarbeitung der Vergangenheit und Stärkung der Erziehungskompetenz sind die Vorbereitung für die Zukunft die Klärung wichtiger Lebensumstände und die Organisation des Alltags (Besuch von Schule/Kindergarten/ Hort/ Kita), die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Unterstützungsmöglichkeiten durch sozialtherapeutische Familienhilfe) weitere wichtige Themen.
In einigen Fällen ist bei der Aufnahme der Kinder der Fachdienst des Jugendamts (in verschiedener Form) involviert. In Absprache mit dem Rehabilitanden fuhren wir diese Kontakte telefonisch oder in Gesprächen fort, um Fortschritte zu konstatieren, gemeinsame Hilfeplane zu erstellen oder weitere Möglichkeiten der Unterstützung zu planen.

Zu genaueren Informationen in Hinblick auf Unterstützung der Kinder verweisen wir hier auf das spezielle Konzept unseres Kinderhauses im Teil 2 der Konzeption.

3.3.2 Paartherapie:

Wir unterscheiden zwischen Paaren, die sich erst während des Rehaaufenthalts finden und Paaren, die sich bereits länger kennen und sich als Paar zur Aufnahme bewerben.

Paare, die bereits ,,außerhalb bestanden" haben, werden auf Wunsch in einem gemeinsamen Zimmer untergebracht. In der Aufnahmegruppe in ersten Wochen sind die Partner zusammen, danach achten wir darauf, dass sie in verschieden Bezugsgruppen eingeteilt sind.
Wir mochten damit die Rehabilitanden auch als Individuum wahrnehmen, um neben Paarebene

auch die Unabhängigkeit des Einzelnen und die Bearbeitung individueller Themen zu gewährleisten. Versuchen die Partner auch in der Entwicklung ihrer Eigenständigkeit zu unterstützen (z. B. durch das Ausüben eigener Hobbies und Unternehmungen), da Partnerschaft nach unserer Oberzeugung dann gelingt, wenn beide Partner auch für sich alleine stehen können und zufrieden sind.

In therapeutischen Paargesprächen greifen wir die Paarebene auf und begleiten die Veränderungen. Viele Paare erleben positiven Entwicklungen durch die abstinente Lebensweise, nehmen z. B. ihre eigenen Emotionen wieder (starker) wahr und entdecken / genießen die positiven/ geliebten/ attraktiven Seiten des Anderen neu.
Daneben treten oft ,,typische" Konfliktthemen auf, u.a. weil

- länger bestehende Differenzen/ Konflikte in Konsumzeiten durch Drogen unterdrückt wurden und jetzt zu Tage treten
- durch die Abstinenz sich Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen der Partner verändern und sich beide erst mit nüchternen Kopf (wieder) neu kennenzulernen müssen
- der therapeutischer Prozess selbst (z.B. das Sich-selbst- Neu-entdecken, mit Belastungen oh ne Drogen umgehen lernen) kann einen Stressfaktor darstellen, der sich negativ auf die Paarbeziehung auswirken kann
- Wichtige und schwierige Entscheidungen zur Zukunftsplanung zu treffen sind, die mit vielen Unsicherheiten verbunden sind.

Besondere Bedeutung/ Wichtigkeit kommt dabei der Frage zu, wie die Rehabilitanden als Paar zu künftig mit abhängigkeitsspezifischen Themen wie dem Umgang mit Craving, Rückfallrisiken bzw. der potentiellen Rückfälligkeit eines Partners umgehen will.

Teilweise kommt es während des Aufenthalts bei uns auch trotz aller Bemühungen zu Trennungen. Oft ist es dann sinnvoll und van den Betroffenen gewünscht, dass ein Partner unsere Einrichtung verlasst. Wir bemühen uns in solchen Fällen um eine nahtlose Querverlegung in eine andere Therapieeinrichtung. In anderen Fällen entschließen sich beide Partner hier zu bleiben und getrennt die Behandlung fortzufuhren.

Da wir in unserer Einrichtung Frauen und Männer aufnehmen kommst es zuweilen vor, dass sich manchmal Rehabilitanden hier kennenlernen, verlieben und als Paar (für die Zeit hier oder länger) definieren. Die Themen Emotionalität, Verliebt sein, Sehnsucht nach Geborgenheit und Geliebt - werden, Identität als Mann/Frau, Sexualität und Attraktivität, Gestalten einer Partnerschaft etc. sind grundlegende und zentrale Lebensthemen, denen wir nicht ausweichen, sondern die wir begleiten wollen. Gleichzeitig ist uns bewusst ist, dass das Eingehen einer neuen Beziehung während eines solchen Reha-Aufenthalts auch eine Art ,,Flucht" vor der Therapie mit möglicherweise belastenden, ängstigenden Themen sein kann.

3.3.3 Behandlung komorbide Störungen

3.3.3.1 Rehabilitanden mit einer psychotischen (komorbiden) Störung

Die Behandlung von doppelt oder gar vielfach Erkrankter erfordert eine besondere Therapieplanung und eine hohe Individualisierung des Therapieprozesses. Die Therapiestandards müssen diagnose - bzw. indikationsorientiert ausgewählt und modifiziert werden. Sie sind dem durch die Erkrankung

bedingten eingeschränkten Belastungsniveau der Rehabilitanden, dem Rehabilitationsziel und der gewählten Problembeschreibung anzupassen (Löhrer, 1999). Generelle Leitlinien für die Behandlung der monomorbid Betroffenen haben daher nur bedingte Gültigkeit im konkreten Einzelfall.
Eine Behandlung für ,,Komorbide" erfordert ein hohes MaB an individuellen Ausnahmeentscheidungen und Einzelfalllosungen (Löhrer, Soto-Löwenthal, Tuchtenhagen, 2004; Kunert, 2004-2011).
Die Notwendigkeit der Entwicklung und Etablierung spezifischer Konzepte an der Schnittstelle von Substanzmissbrauch und Psychose wurde immer drängender.

Dabei ist besonders zu beachten, dass die Komorbidität übliche psychotherapeutische Behandlungsstrategien wechselseitig verstellt und behindert. So begrenzt die schizophrene Erkrankung die Konfrontationsfähigkeit des Rehabilitanden mit den Folgen der Sucht und des entsprechenden Verhaltens.

Eine aufdeckende Arbeit ist in der Behandlung schizophrener Suchtkranker oft kontraindiziert. Die Suchterkrankung wiederum erschwert einen complianten, eigenverantwortlichen Umgang mit verordneten Medikamenten und erhöht z.B. bei Ruckfälligkeit erheblich das Reexazerbationsrisiko.

Als entsprechend ungünstig wurden deshalb in der Vergangenheit oft die Prognosen angenommen. Vielfach wurde vermutet, komorbide Rehabilitanden zeigten eine besondere Neigung zu häufigerer Hospitalisation und erwiesen sich als sozial schwer integrierbar. Untersuchungen zeigen jedoch, dass im Hinblick auf die Reha-Prognose eher das Gegenteil der Fall ist (Löhrer, 2003; Löhrer und Tuchtenhagen, 2003).

Mit dem Vulnerabilitäts - Stressmodell (Zubin und Spring, 1977) ist ein robustes und gut verständliches Erklärungsmodell für die Entstehung schizophrener Symptome geschaffen worden, das von schizophren Erkrankten zumeist gerne angenommen und in der Regel akzeptiert wird. Es beinhaltet implizit eine für den Entstehungsprozess der Erkrankung uneingeschränkt gültige Exkulpation und misst dem Betroffenen gleichzeitig eine Verantwortung für den Umgang mit der Erkrankung, also für die Steuerung ihres Verlaufes zu. Neben der Voraussetzung für eine bessere eigene Krankheitsakzeptanz ist jedoch die Exkulpation deshalb wichtig, weil schizophren Erkrankte immer noch gesellschaftlicher Stigmatisierung begegnen und innerhalb ihrer Stammfamilien oft auf Schuldzuweisungen stoßen. Besonders wenn die Exazerbation unmittelbar nach dem Konsum psychotroper Substanzen entstand.

Auf der Grundlage des Vulnerabilitäts-Stress-Modells fällt dem Rehabilitanden eine wichtige Rolle zu. Die Frage der Compliance wird ergänzt durch die nach dem Coping. Zu favorisieren ist eine ressourcenorientierte Vorgehensweise. Dabei wird erkennbar, dass eine weitgehend aktive Haltung des Betroffenen im Umgang mit seiner Krankheit und mit ihren auslösenden Faktoren eine Chronifizierung vermeiden hilft.
Dadurch wird dem Rehabilitand ein Instrumentarium in die Hände gelegt, seine Erkrankung mit den noch vorhandenen Ressourcen und Starken zu steuern. Er wird aus der passiven Rolle des Rehabilitanden in die aktive und verantwortungsvolle Rolle des „Experten von sich selbst“ gebracht. Entsprechende Ängste und auch ,,Bequemlichkeiten" muss der Therapeut als solche erkennen und berücksichtigen. Ist der erste Schritt getan und erlebt der Rehabilitand zum ersten Mal, dass er viel für die Stabilisierung und Verbesserung seines Zustandes tun kann (z.B. pünktliche Medikamenten Einnahme, Stressreduktion durch Strukturierung des Alltages etc.), sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung günstig.

Die negative komplexe wechselseitige Beeinflussung der Leiden ist bekannt und nahe liegend (Eikmeier und Lodemann, 1991). Die notwendige Analyse der Auslösesituationen, der Stressoren und der eigenen

Bewältigungsmethoden wird durch die dauernde Substanzeinnahme und damit durch fort wahrende künstliche Veränderung der Vulnerabilitätsgrenzen verhindert. Eine wirksame Auseinandersetzung mit der Krankheit kann nicht mehr entstehen. Der Rehabilitand ist nicht dazu in der Lage, ein Leben mit der Krankheit zu erlernen und so seine Ressourcen zu entwickeln. Seine Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist geprägt von dem Gefühl der Ohnmacht; denn tatsachlich erlebt er sich ja als unterlegen und unterliegend. Seine eigenen Ressourcen werden van der Dynamik der Grunderkrankung quasi unterspült.

Als Bewältigungsstrategien der schizophrenen Erkrankung machen wir uns in der Fachklinik Schloss Eichelsdorf den Ansatz der Gruppe van Lazarus (Lazarus et al., 1974; Lazarus und Folkman, 1984) zu eigen, der seinerseits die kognitiven Konzepte von Thomae einschießt:

Lazarus et al. definieren Stress als Sonderform der Transaktion zwischen den Systemen ,,Person" und "Umwelt". Daraus wird abgeleitet, dass Coping die Konzepte umfasst, die es dem Individuum erlauben, die Transaktion zur Umwelt mit Möglichkeiten, Forderungen und Begrenzungen wirksam zu gestalten. Im Prozess der Coping - Induktion wird versucht, dem Individuum einen Oberblick über sein Repertoire an Bewältigungsmitteln zu verschaffen, diese in ihrer Suffizienz auf das eigene Krankheitserleben hin zu werten und auf ihre Syntonie zum Individuum hin zu überprüfen.
Folge dieses Reflexions- und Übungsprozesses ist die Erarbeitung eines stabilen und protektiven Copingrahmens, der dem einzelnen Individuum quasi auf Leib und Krankheit zugeschneidert ist. Z. B. kann es vorkommen, dass Rehabilitanden mit einer psychotischen Störung zu Beginn der Behandlung eher Gruppen mit vielen Teilnehmern meiden und stattdessen sich ins Zimmer zurückziehen. Diese werden vorsichtig angehalten statt dessen eine strukturgebende Tätigkeit im Haus (z. B. Verputzen van Wanden) oder Garten (z. B. Unkraut entfernen) zu übernehmen und dafür einzig in einem abgegrenzten Bereich verantwortlich zu sein.
Wir begreifen hier diese Auseinandersetzung mit der Erkrankung als einen andauernden Prozess, der bereits vor Therapieantritt beginnt und mit diesen prästationären Erfahrungen, Frustrationen und Befähigungen die therapeutische Arbeit der Klinik bestimmt. Dieser Copingprozess setzt sich auch nach Beendigung der Behandlung fort, wenn das erübte Handeln unter den Gegebenheiten der Realwelt zu neuen Erfahrungen führt. Diese für jeden psychotisch Erkrankten gültigen Prinzipien sind für einen Rehabilitanden, der gleichzeitig einen Substanzgebrauch, Substanzmissbrauch oder gar eine Abhängigkeit aufweist, Voraussetzung.

Fazit:
Die Behandlung von Rehabilitanden mit Doppeldiagnosen erfordert eine besondere Therapieplanung und eine hohe Individualisierung des Therapieprozesses. Die Therapiestandards müssen indikationsorientiert ausgewählt und modifiziert werden. Sie sind dem Belastungsniveau der Rehabilitanden, dem Rehabilitationsziel und der gewählten Problembeschreibung anzupassen.

Konkrete Umsetzung:
Die aus den oben dargestellten Erkenntnissen hervorgegangene Doppeldiagnosen -Therapie umfasst in der FK Schloss Eichelsdorf folgende Bestandteile:

Im Vorfeld der Aufnahme wird bei Rehabilitanden mit psychotischen Störungen geklärt, ob sie ausreichend medikamentös eingestellt sind. Akut psychotische Patienten können nicht (nur schwer) aufgenommen werden. In Einzelfällen wird in unserem Haus ein Vorgespräch zur Abklärung geführt.

Das Grundprinzip ist, den Rehabilitanden soweit wie möglich in das reguläre Programm zu integrieren, aber dabei immer ein individuelles Setting zu ,,stricken", das auf seine/ihre

Bedürfnissen, Fähigkeiten und Defizite eingeht. Als Ziel bleibt dabei, ihn/sie soweit zu fördern, dass er/sie immer mehr am regulären Ablauf teilnehmen kann

Zu Beginn der Behandlung steht eine genaue psychiatrische und psychodiagnostische Diagnostik.

Die medizinisch-psychiatrische Behandlung erfolgt neben der allgemeinen medizinischen Betreuung zwei bis drei Mal wöchentlich durch Arztvisiten und Konsultationen. Ggf. wird die Medikation vom Ärzte - Team überprüft und angepasst.

Psychoedukative Angebote:
Der Rehabilitand erhält Informationen in Indikativen Gruppen über Entstehungsbedingungen der Erkrankung (,,Vulnerabilitäts - Stress-Modell"), Süymptomatologie, eingesetzte Psychopharmaka und ihre Wirkungen und Nebenwirkungen, Rückfallprophylaxe und das Erkennen möglicher Frühwarnzeichen zur Prävention psychotischer Phasen. Informationen über mögliche Aktivierungsprozesses (z. B. in der Ergo- und Arbeitstherapie) sowie Copingstrategien als notwendige Behandlungsschritte schließen sich daran an.

Entsprechend dem Leistungsniveau des Rehabilitanden wird ein angepasster Arbeitstherapieplatz ausgewählt. So muss z.B. bei einem antriebsgeminderten Rehabilitanden ein ,,mittlerer Serienarbeitsplatz" zur Verfügung gestellt werden, um den Aktivitäts - Spannungsbogen aufbauen zu können. Ein desorganisierter und/oder assoziativ gelockerter Rehabilitand erhält dagegen eine Reizarme Arbeitsumgebung.

Wir versuchen auch die Familie der Betroffenen oder andere wichtige Bezugspersonen in den Prozess der lnformationsgewinnung und -vermittlung mit einzubeziehen, da nur dann einer pessimistischen Krankheitserwartung im Umfeld der Rehabilitanden begegnet werden kann. Gerade die negative Grundstimmung der Umgebung, die im Sinne einer ,,self-fullfilling prophecy" eine eigene destruktive Dynamik zu entwickeln vermag, hat sich als besonders verhängnisvoll erwiesen (Stark und Stolle, 1994).

Das Rehabilitationsziel wird bei dieser Klientel oft erst nach einer speziellen Nachsorge er reicht werden können. So stellt die Nachsorgeplanung mit einem Sozialberater ein wesentliches Element in der zweiten Behandlungsphase dar.

Hebephren Erkrankte (desorganisierte / jugendliche Form der Psychose) können zunächst ihre Desorganisation im Garten ,,ausleben", um im Verlauf der Behandlung zunehmend Arbeitstätigkeiten übertragen zu bekommen, die ein gewisses Grad an Organisiertheit abverlangen. Gleichzeitig wird ihnen zunächst die Teilnahme an der Therapie-Gruppe freigestellt. Tägliche therapeutische Kurzkontakte um die gleiche Tageszeit von jeweils ca. 10-15 Minuten strukturieren den therapeutischen Alltag und geben Sicherheit. Zu einem späteren Zeitpunkt erhält der Rehabilitand zusätzlich ein therapeutisches Einzelgespräch a' 50 Minuten pro Woche bei ein und demselben Therapeuten bzw. Therapeutin. (,,Hebephrenie - Konzept", Löhrer 2001, Klinik am Waldsee)

3.3.3.2 Rehabilitanden mit Cannabisabhängigkeit

Cannabis gehört zu den in der in Deutschland hochfrequent genutzten Drogen. Dabei nimmt die Konsumfrequenz derzeit ebenso zu wie das Einstiegsalter im Erstkonsum abnimmt (BZgA 2020).
Während der Cannabis-Konsum eher für unbedenklich gehalten wird, ergeben sich Hinweise, dass die

Droge zu erheblichen neurologischen Defekten fuhren kann, die langer andauern als vom Konsument angenommen wird und zu neuropsychologischen Defekten fuhren kann, die auch noch nach Detoxifikation zu beobachten sind.

Diese Defekte betreffen höhere kognitive Funktionen (Reaktionsverminderung, Alertness-Störungen, Aufmerksamkeitsstörung, Amotivationalsyndrom). Ober die Ruckbildungsfähigkeit der Störungen sind erfreuliche Ruckbildungsbeobachtungen gemacht worden. Siehe hierzu die Forschungsergebnis se der AHG-Klinik am Waldsee, Dr. Kunert, (Klinik am Waldsee 2004) die aufzeigen, dass sich kognitive Funktionsstörungen durch Behandlung und Training remittieren lassen.

Neben tagesstrukturierenden Maßnahmen und Indikativen Angeboten (z.B. Konzentrationstraining) sowie der Forderung von Freizeitaktivitäten stellt deswegen die Arbeitstherapie einen Hauptschwerpunkt bei der Behandlung Cannabisäbhangiger dar. Da die Erlangung und/oder die Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit ein Hauptziel darstellt, greifen o. b. Maßnahmen reibungslos ineinander. Dazu wer den Praktika und Termine mit den Arbeitsagenturen bzw. Jobcentern verpflichtend durchgeführt, die unsere Klienten begleitet wahrnehmen.

3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

Die Regeltherapiezeit kann bis zu 6 Monate dauern. Diese Zeit gliedert sich intern auf in ca. 4 Wochen Zugehörigkeit zur Aufnahmegruppe, danach beginnt die Kerntherapiephase und die Rehabilitanden wechseln in eine Bezugsgruppe, in der sie bis zum Abschluss ihrer Therapiezeit bleiben.

Für einige Rehabilitanden ist es sinnvoll, nach der regulären Kerntherapiephase die Adaptionsphase anzuschließen, die je nach Absprache (und Antrag beim Leistungserbringer) bis zu 4 Monaten dauern kann. Diese Phase kann bei uns hausintern stattfinden. Zentrale Themen dieser Adaptionsphase können insbesondere die Klärung der Wohnsituation, die Beantragung und Vorbereitung des Wechsels in eine Nachsorgeeinrichtung und/ oder der berufliche Wiedereinstieg sein.

4. Rehabilitationssablauf und -inhalte

Das Behandlungskonzept zielt auf eine individuelle Behandlung der körperlichen und psychischen Auffälligkeiten und berücksichtigt ausreichend die vorliegende soziale Situation der Rehabilitanden. Umgesetzt wird ein offenes, alltagsnahes Konzept in Verbindung mit einer frühzeitigen Außenorientierung zur realitatsnahen Überprüfung der therapeutischen Fortschritte. Das Behandlungskonzept realisiert dabei einen individuell indizierten Therapieplan. Dabei legt das bereits dargelegte psychotherapeutische Grundverständnis ein individuell abgestimmtes und flexibles therapeutisches Vorgehen nahe, d.h. die Therapie orientiert sich an den spezifischen Merkmalen des Einzelfalles, definiert durch:

- aktuelle Ausgangssituation
- Zielformulierungen
- derzeit zur Verfügung stehende Kompetenzen und Ressourcen
- sowie der Beachtung bestehender Einschränkungen und Hemmnisse.

Eingangsdiagnosen und Indikationsvorschläge der zuweisenden Stellen besitzen dabei ein

besonderes Gewicht.
Das Rehabilitationsprogramm ist an den Leitlinien der Reha-Therapiestandards der DRV orientiert (biopsychosoziale Modellvorstellungen der ICF) und wird in der Fachklinik durch ein multidisziplinär zusammengesetztes Team (Mediziner, Psychotherapeuten, Arbeits- und Ergotherapeuten, Sportlehrer und Sozialberatung) umgesetzt.

Unser Behandlungsprogramm besteht aus medizinischen, psychotherapeutischen, edukativen, arbeitstherapeutischen, alltagspädagogischen, gesundheits- und freizeitbezogenen Maßnahmen. Es stellt vielfaltige Ansprache und Aktivitäten der Patienten sicher. Alle Patienten erhalten ein Teil Programm aus diesen Bereichen, dazu werden Schwerpunkte nach Indikation und auch Wunsch der Patienten gebildet. Die einzelnen Anbahnen werden nach Belastbarkeit, notwendigen Skills und Komorbidität zusammengestellt. Dabei gibt es einen Grundstock für alle Patienten aus:

- Einzelgespräch (Dipl.-PsychologInnen PP, Sozialpädagogen mit therapeutischer Weiterbildung
- (Bezugs-)Gruppentherapie
- Suchtbezogenen Maßnahmen {Psychoedukation, Rückfallprävention, Tabakentwöhnung)
- Medizinischen und gesundheitsbezogenen Maßnahmen (Arzt, Pflege)
- Entspannungstraining
- Ernährungsberatung
- Fitnessprogramm
- Arbeitstherapie/Kreativtherapie (Ergotherapeuten, Arbeitserzieher)
- individuell bieten wir darüber hinaus zahlreiche Indikationsgruppen an, in welche unsere Rehabilitanden je nach identifizierter Bedürftigkeit eingeteilt werden. Diese werden weiter unten aufgeführt.

Die aktuellen Standardwochenpläne sind in der Anlage beigefügt.

4.1 Aufnahmeverfahren

Vorbereitung und formale Aufnahmevoraussetzungen:
Voraussetzung für eine Aufnahme ist zum einen eine gültige Kostenzusage des zuständigen Leistungserbringers. Wenn Kinder mit aufgenommen werden sollen, benötigen wir eine eigene Kosten zusage (Leistungserbringer oder Jugendamt).

Die Therapiekosten müssen bei der ORV oder Krankenkasse (ggf. Bezirk/Sozialamt) beantragt wer den; sinnvoll ist es, sich dabei von der örtlichen Drogenberatungsstelle oder dem Sozialdienst der Entgiftungsklinik unterstützen zu lassen.

interessierte Rehabilitanden senden schriftlich ihre Bewerbungsunterlagen (Lebens- und Suchtverlauf, Sozialbericht, Ärztliche Unterlagen) zu uns; im Kontakt zu unserer Aufnahmemitarbeiterin können weitere Fragen geklärt werden.

Natürlich besteht im Vorfeld auf Anfrage die Möglichkeit, die Klinik zu besichtigen. Der Abbau von Schwellenängsten, die Vermittlung konkreter Informationen und die Abklärung der Behandlungsmotivation sind dabei möglich.

Im Aufnahmeteam, bestehend aus Klinikleitung, ärztlichem Leiter und Mitarbeiter werden die

Bewerbungsunterlagen gesichtet und Aufnahmetermine festgelegt.

In Absprache mit den Rehabilitanden und ggf. den Drogenberatungsstellen werden dann die Aufnahmetermine vergeben.

Bei Vermittlungen durch Beratungsstellen unseres Verbands wird unser digitales Übergabekonzept (DIGGING/ Digitales Übergabe- und Informationsgespräch) seit dem 01.11.22 angewendet.

Akuterkrankungen, die eine Teilnahme am Programm verhindern, müssen vor Antritt der Behandlung im akutmedizinischen Bereich behandelt werden.

Die Rehabilitanden müssen vor der Aufnahme vollständig entgiftet sein. Bei Fällenden, aber geringen Nachweiswerten für THC oder Medikamente (z.B. Benzodiazepinen) werden individuelle Absprachen getroffen.

Im Vorfeld klaren wir zudem die Anreise der Rehabilitanden; bei Bedarf organisieren wir eine Abholung durch unsere Fahrer.

Aufnahmetag

Wir gehen auf bei der Terminierung der Aufnahmen möglichst auf die individuelle Situation der Rehabilitanden ein, daher gibt es unserer Klinik keinen festen Aufnahmetag, dennoch versuchen wir die Aufnahme überwiegend auf den Wochenbeginn zu legen.
Nach der Begrüßung findet die verwaltungstechnische Aufnahme mit den notwendigen Formalitäten statt. Jeder Rehabilitand erhalt eine Mappe mit wichtigen Informationen (Wochenplane, Ablaufe in der Klinik, Zimmerregeln, Evakuierungsplan etc.)

Das therapeutische Aufnahmegespräch mit den Bezugstherapeuten der Aufnahmegruppe dient dem ersten Kennenlernen, die wichtigsten Informationen Uber organisatorischen Ablaufe und inhaltliche Grundgedanken unseres therapeutischen Konzepts vermittelt. Am Ende des Gesprächs findet die Unterzeichnung des Abstinenzvertrags (s. Anlage) statt.

Die allgemein-ärztliche und psychiatrische-neurologische Untersuchung findet am ersten Tag statt und umfasst die somatischen wie die psychiatrische Diagnose, Erhebung der Anamnese und eine erste Therapieplanung. Falls weitere fachärztliche Abklärung notwendig erscheint, wird an niedergelassene Kollegen Überwiesen.

Für die ersten Tage stellen wir den Neuankömmlingen erfahrene Rehabilitanden als ,,Paten" zur Seite, die Ansprechpartner sind und die Eingewöhnung in den Klinikalltag erleichtern.

Erste Woche:

In den ersten Tagen findet in der Regel täglich zumindest ein Kurzkontakt der Bezugstherapeuten zu den neuen Rehabilitanden statt, um die therapeutische Beziehung aufzubauen und Fragen zu klaren.

In der ersten Woche nehmen die Rehabilitanden vormittags an der Ergotherapie teil, dadurch ist eine erste Einschätzung der individuelle Leistungsfähigkeit bzw. spezifischer Defizite und Förderbedarf möglich. Am Freitag der ersten Woche wird in einem Gespräch mit den Arbeitstherapeuten die

Zuordnung der Rehabilitanden zu den verschieden Arbeitstherapiebereichen getroffen.
Zudem findet ein ausführliches Gespräch (orientiert an Kriterien des Würzburger Screenings und SIBAR Fragebogens zur Erfassung der Arbeitsanamnese, beruflichen Situation und Belastungsfaktoren.

Besonderen Wert legen wir auch auf eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit unserm Sozialdienst, um die soziale, sozialrechtliche, finanzielle und rechtliche Problemfelder rasch zu erkennen und angehen zu können. Spätestens bei diesem Termin findet eine BORA-Analyse statt, die den weiteren Verlauf der Behandlung maßgeblich bestimmt.

Am Montag der 2. Woche findet beim Leiter der Klinik eine Gruppe zur Einführung in die Rehabilitation statt, in der Uber Ablaufe in der Therapie, Regeln im Haus, gegenseitige Erwartungen etc. aufgeklärt wird.

4.2. Rehabilitationsdiagnostik

Zweck und Ziel der Rehabilitationsdiagnostik ist die Einleitung und Überwachung einer zielgerichteten Therapie, mit abschließender Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gegen Ende der Behandlung.
Diagnostik wird dabei verstanden als Funktionsdiagnostik, in welcher das körperliche, seelische und soziale Funktionsniveau zu erfassen ist. Dabei sind nach ICF (= Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) sowohl die Einschränkungen und Störungen als auch die Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten zu beschreiben.

Grundlage einer zielführenden Therapie ist eine ausführliche und multifaktorielle Diagnostik, aus der die notwendigen individuellen Therapieziele und -maßnahmen sinnvoll abgeleitet werden können. Wir orientieren uns dabei an der Funktionsdiagnostik im Sinne der ICF (= Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), und erheben sowohl die Einschränkungen und Störungen als auch die Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten in verschiedenen Bereichen, um umfassendes Bild des Rehabilitanden und seiner Lebenssituation sowie die Auswirkungen auf seine Leistungsfähigkeit zu erfassen und zu soliden sozialmedizinischen Beurteilung zu kommen.

Somatische - und psychiatrische Diagnostik:
In der ersten Behandlungswoche wird die medizinische Eingangsdiagnostik abgeschlossen. Sie um fasst eine ausführliche Anamneseerhebung, in der relevante Erkrankungen in der Familie, die Vorerkrankungen des Rehabilitanden, Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung und sonstige chronische Erkrankungen erfasst werden. Dabei geht es insbesondere auch um verbliebene Funktionsstörungen, erlernte Bewältigungsstrategien, die Entwicklung von Störungen im Zeitverlauf, der Zeit bestehende Beschwerden und eventuelle Medikation. Vorausgegangene Behandlungen, besonders auch frühere Rehabilitationsmaßnahmen und deren Ergebnisse werden festgehalten. Wichtig ist uns die Erfassung gesundheitlicher Risikofaktoren.

Neben der Anamneseerhebung erfolgt eine gründliche körperliche Untersuchung nach allgemeinmedizinisch-internistischen Kriterien mit zusätzlicher Erhebung eines psychischen und neurologischen Status. Durch diese Maßnahmen und -bei Erfordernis- ergänzende Untersuchungen soll eine möglichst exakte Einschätzung des derzeitigen Leistungsvermögens ermöglicht werden, was

für die Planung der Maßnahmen in Arbeitstherapie und Bewegungstherapie erforderlich ist. Funktionsbeeinträchtigungen und daraus resultierende Einschränkungen der Teilhabe werden erfasst. Die Laborleistungen werden in Kooperation von einem zertifizierten Labor in Würzburg erbracht. Dort steht zudem eine qualifizierte Fachberatung zur Verfügung.
Klinikintern können bei Bedarf eine EKG-Untersuchung durchgeführt werden. Relevante Vorbefunde beschaffen wir von Vorbehandlern, um sie in die Gesamtbeurteilung miteinbeziehen zu können.

Psychische Diagnostik
Wesentlicher Teil ist hier die Suchtanamnese, wobei die Suchtentwicklung mit ihren Entstehungsbedingungen, den aufrechterhaltenden Faktoren und funktionalen Zusammenhängen in der Lebensgeschichte erfasst werden. Ebenso werden die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Persönlichkeit, die Lebensgestaltung allgemein und die sozialen Bezüge abgeklärt. Die Diagnoseerstellung erfolgt nach den Kriterien der ICD-10-GM.
Neben der Suchtanamnese werden im Bereich der Psychotherapie eine ausführliche biographische Anamnese und eine Sozialanamnese erhoben. Dabei ist es uns wichtig, bereits im diagnostischen Prozess neben der Aufdeckung defizitärer Bereiche auch und gerade die Ressourcen zu erkennen.

Im Prozess der Erfassung der lebensgeschichtlichen Zusammenhänge sollen neben den faktischen Gegebenheiten die Psychodynamik der Persönlichkeit, gelernte Strategien und Muster, der Zusammenhang zur Entwicklung der Suchterkrankung und ggf. anderer psychischer Störungen erkennbar und damit zugänglich werden.
Sollte sich der Verdacht auf komorbide psychische Störungen ergeben, stehen weitere psychodiagnostische Verfahren zur Abklärung zur Verfügung, wenn die Anamneseerhebung und Verhaltensbeobachtung keine ausreichende Sicherheit bieten.

Zur objektiven Messung der zu Beginn der Behandlung vorhandenen psychischen Befindlichkeit des Rehabilitanden, wie der am Ende der Behandlung entwickelten psychischen Befindlichkeit des Rehabilitanden, verwenden wir testdiagnostische Instrumente.
Diese sind als Standard:
SCL-90 -5 (zu Beginn- und Retest am Ende der Behandlung)
BDI-FastScreen (zu Beginn und Retest am Ende der Behandlung)

Daneben verfugen wir für differenzierte Störungsbilder Ober ein umfangreiches Testarchiv.

Im Gespräch mit Arzt und Bezugstherapeuten werden die Suchtanamnese, die Suchtentwicklung mit ihren Entstehungsbedingungen, die aufrechterhaltenden Faktoren und funktionalen Zusammenhängen in der Lebensgeschichte erfasst. Ebenso werden die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Persönlichkeit, die Lebensgestaltung allgemein und die sozialen Bezüge abgeklärt. Zudem werden komorbide Störungen erfasst. Die Diagnosenstellung erfolgt nach den Kriterien der ICD-10 / ICD-11.
Neben der Suchtanamnese werden eine ausführliche biographische Anamnese und eine Sozialanamnese erhoben.
Dabei ist es uns wichtig, bereits im diagnostischen Prozess neben der Aufdeckung defizitärer Bereiche auch und die Ressourcen zu erkennen.

Im Rahmen der psychodiagnostische Untersuchung wird standardmäßig zu Beginn und bei regulärer Beendigung der Reha als Screening für das Befinden der Rehabilitanden der SCL-90-5 und der BDI-II

angewendet. Zur Klärung spezifischeren Fragestellungen finden Leistungs-, Intelligenz- und Persönlichkeitstests sowie klinische Skalen Anwendung.

Soziale Diagnostik:

Diese wird in der Psychotherapie und in der Sozialberatung durch Erhebung der Sozialanamnese durchgeführt. Eine gründliche Einteilung nach BORA dient der weiteren Behandlungsplanung als Grundlage (z.B. Kontaktherstellung zum Job Center etc.). Eine Besonderheit bei der Behandlung von Rehabilitanden, die von illegalen Substanzen abhängig sind, ist die oft erschreckende Vielzahl und das breite Spektrum an Problemfeldern und offenen Fragen in sozialen, sozialrechtlichen und juristischer Hinsicht (z. B. ungeklärter ALG II- Bezug, Probleme mit Krankenkassen/keine Krankenversicherung, desaströse Schuldensituation, Forderungen von lnkassofirmen, offene juristische Verfahren, anstehende Verhandlungen, offene Haftbefehle, ungeklärte Fragen mit /Arger mit Jugendämtern, Ausländerbehörden, Arbeitgebern ...).

Mögliche Grunde dafür sind die oft jahrelangen unsteten Lebensverhältnisse unserer Rehabilitanden, die Kriminalisierung durch den Kontakt zur Drogenszene, der soziale Abstieg durch die Abhängigkeit, die Vernachlässigung der Erledigung von anstehenden Ämterkorrespondenz während der Konsumzeiten und die teilweise zu geringe Kompetenz im Umgang mit Behörden etc.

Wir legen daher besonderen Wert auf rasche Kontaktaufnahme in der ersten Woche des Aufenthalts mit unserem Sozialdienst, um eine ausführliche Sozialanamnese zu erheben und nach genauer Analyse der offenen Fragen erste Maßnahmen einzuleiten.

Im Verlauf der Behandlung sollen dann möglichst viele Punkte geklärt werden, damit der Start nach der Rehabilitation möglichst ,,unbelastet" ist.

Anmerkung:

Die oben genannten Punkte, machten es nötig, die von den DRVen geforderten Stellen im Bereich der sozialen Arbeit von 0,6 auf 2,0 zu erhöhen.

Arbeitsbezogene Diagnostik:

Im Rahmen der Rehabilitation steht der berufliche und Arbeitsbereich im besonderen Fokus. Deshalb wird auf die ausführliche Erfassung dieses Bereiches nach BORA großen Wert gelegt.

Dies geschieht in Form der Berufsanamnese, die im ärztlichen Bereich und in der Kreativtherapie erhoben wird. Wichtige Teilbereiche sind dabei die schulische und berufliche Ausbildung mit jeweiligen Abschlüssen, alle bisherigen beruflichen Tätigkeiten, Tätigkeitswechsel und deren Hintergrunde, die Bedeutung des Suchtmittels im Berufsfeld, der Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen, Umschulungen oder sonstige berufsfordernde Malnahmen, Zeiten von Arbeitslosigkeit und Krankheit sowie die besonderen Neigungen und Interessen.

Genau beleuchtet werden die Bedingungen des letzten Arbeitsplatzes mit den konkreten Anforderungen und eventuellen Problemfeldern. Funktionsbeeinträchtigungen mit Relevanz für das konkrete berufliche Feld werden erfasst und mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes in Relation gesetzt.

Der diagnostische Prozess setzt sich fort in der Arbeitstherapie, wo das reale Arbeitsverhalten, die kommunikativen und sozialen Fähigkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen im konkreten Verhalten erkennbar werden.

Als diagnostisches Instrument wird in der Arbeitstherapie ein eng an MELBA ausgerichtetes System verwendet.

Erfasst werden u.a.:

schulische Ausbildung und Abschlüsse
begonnene / abgeschlossene Ausbildungen
beruflicher Werdegang und Jobwechsel
Zeiten der Krankschreibung und Arbeitslosigkeit
genaue Erfassung des aktuellen bzw. letzten sozialrechtlich angemeldeten Arbeitsplatzes
(konkrete Anforderungen und Belastungsfaktoren, Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten...)
Bedeutung des Suchtmittelkonsums
Einteilung in eine BORA Gruppe (s.u.)
Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und beruflicher Perspektiven

Der diagnostische Prozess setzt sich in der Arbeitstherapie fort, wo das reale Arbeitsverhalten, die kommunikativen und sozialen Fähigkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen im konkreten Verhalten erkennbar werden.
Die Erkenntnisse fliesen in die Fallgespräche ein und die (arbeits-)therapeutischen Malnahmen wer den darauf abgestimmt, um auf speziellen Förderbedarf einzugehen

f) Förderfaktoren /Barrieren sowie Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe: Diese Faktoren werden in der Diagnostik der verschiedenen Therapiebereiche erfasst (Medizin, Psychotherapie, Arbeitstherapie).

Die Ergebnisse der Diagnostik in den verschiedenen Therapiebereichen werden im Therapieplanungsgespräch interdisziplinär zusammengetragen und hinsichtlich der Problembereiche, Förderfaktoren, Barrieren und Behandlungsziele für alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter Rehabilitanden bezogen dokumentiert.

Am diagnostischen Prozess sind Ärzte, Psycho - und Bezugstherapeuten, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten und Pflegekräfte beteiligt. In den Fallgesprächen im interdisziplinären Team werden die diagnostischen Ergebnisse gesichtet und sind die Grundlage für die Entwicklung der Therapieziele und - planung. In den Falldokumentationen und der Zielerreichungsskala (Goal Attainment Scale/ GAS) werden die Ergebnisse für jeden Rehabilitanden individuell dokumentiert.
Im Therapiezeitgespräch nach 3 Monaten, an dem der Leiter der Einrichtung, der/ die Bezugstherapeutln sowie die Rehabilitanden teilnehmen, werden auf dieser Basis die Therapiefortschritte überprüft und Ziele und Inhalte angepasst.

<u>individuelle</u> <u>Therapieplanung</u>:
Bereits in der Aufnahmephase werden erste Behandlungsziele erfragt bzw. entworfen. In der Kerntherapiephase werden wichtige Behandlungsziele und -inhalte in einem Gespräch mit den Rehabilitanden gemeinsam konkretisiert und im weiteren Therapieverlauf immer wieder überprüft und an gepasst.
In den interdisziplinären Teamsitzung werden in Fallgesprächen die Informationen zu einzelnen Re habilitanden regelmäßig alle 4-6- Wochen in den Fallgesprächen zusammengetragen und bewertet, die therapeutischen Maßnahmen eingeleitet/ verändert. Die individuellen Therapieziele werden da bei mit Hilfe der Goal Attainment Scale (GAS) dokumentiert, regelmäßig überprüft und angepasst.
Parallel dazu wird die Selbsteinschätzung der Rehabilitanden bezüglich ihrer Zielerreichung erfasst.

Da Rehabilitanden mit sehr unterschiedlichen Lebenssituationen und Problematiken, Ressourcen und Fähigkeiten zu uns kommen, legen wir viel Wert auf ein möglichst individuelles Vorgehen, um möglichst individuell auf Bedürfnisse einzugehen.

Dennoch gibt es für alle Rehabilitanden ein Basisprogramm, bestehend aus

- Ärztliche Visite (min lx Woche) und indizierte ärztliche Behandlungen
- Psychotherapeutische Einzelgespräche (min lx Woche) und therapeutische Bezugsgruppe (3x Woche)
- Indikative Gruppenangebote (Teilnahme verordnet oder auf freiwilliger Basis)
- Teilnahme an der Ergotherapie (Standard in der ersten Behandlungswoche), danach Einteilung zu den Arbeitstherapiebereichen (je nach Leistungsfähigkeit, Förderbedarf, individuellen Neigungen)
- In späteren Therapiephasen ggf. Ableisten eines externen Praktikums
- therapeutisch geleitete Sport- und Bewegungsangebote
- Anleitung zur Freizeitgestaltung (betreut und in Eigenverantwortung)

Aus diesen Grundbausteinen wird ein individuelles Therapieprogramm zusammengestellt und an den Verlauf, an die Fortschritte und neue Erkenntnisse angepasst.

Nach 3 Monaten Aufenthaltsdauer findet ein Therapieplanungsgespräch statt, an dem neben den Rehabilitanden die zuständigen Bezugstherapeuten und der Klinikleiter teilnehmen. Darin werden die Therapiefortschritte und angestrebten Zielsetzungen abgeglichen bzw. verändert und therapeutische Maßnahmen neu festgelegt.
insbesondere wird die aktuelle Wohnsituation bzw. der Bedarf einer Nachsorge nach der Rehabilitation sowie alle Fragen berücksichtigt, die die Rückkehr /den Einstiegs ins Erwerbsleben betreffen (z.B. Kontakt zu Arbeitgeber/ Arbeitsamt/ Berufsberater, Planung eines externen Praktikums, Vorbereitung eines gestuften Wiedereinstiegs ins Erwerbsleben, etc.). Daran orientiert wird die benötigte Therapiezeit und das Entlassdatum festgelegt.

individuelle Rehabilitationsplanung
Die Anforderungen des ICF sind Grundlage für die individuell durchzuführenden Therapieplanung.

Dazu werden diagnostische Daten erhoben und erfolgt ein Assessment der bestehenden Fertigkeiten in den verschiedenen therapeutischen Bereichen.

Da wir großen Wert auf Beziehungskonstanz im therapeutischen Prozess legen, kommen alle Rehabilitanden ab spätestens der 5. Woche zu den während der restlichen Therapiedauer für sie zuständigen Therapeuten in Psychotherapie und im ärztlichen Bereich.

Alle Patienten erhalten im Basisprogramm die erforderlichen medizinischen Leistungen, was durch regelmäßige (mind. 1 X Woche) ärztliche Sprechstunden gewährleistet ist. Zum Basisprogramm gehören weiterhin die psychotherapeutischen Leistungen in Form der Einzel- und Gruppengespräche. Standard sind 3 Gruppensitzungen und ein Einzelgespräch wöchentlich, wobei Dauer und Frequenz der Einzelsitzungen dem individuellen Bedarf angepasst werden können.

Ferner fuhren wir wöchentlich eine Anzahl von themenspezifischen Indikationsgruppen durch. Die

Einteilung in eine Indikationsgruppe erfolgt durch die Bezugstherapeuten/-innen und richtet sich nach der für den Rehabilitanden identifizierten Nutzungsmöglichkeit. Somit können wir gezielter für Rehabilitanden individuelle Behandlungsangebote für deren jeweilige Behandlungsschwerpunkte anbieten.

Die Abstimmung bezüglich weiterer Leistungen nach der medizinischen Rehabilitation erfolgt systematisch im Team-Fallgespräch (alle 6 Wochen). Hier werden der Zielerreichungsgrad und die Therapiemaßnahmen überprüft und ggf. weitere Maßnahmen geplant, wie die Teilnahme an indizierten Indikationsgruppen, Paar- oder Familiengespräche, Vorbereitung einer nahtlos sich anschließenden Adaptionsbehandlung, die Nachsorgeplanung usw.

Bei entsprechendem Bedarf (z.B. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit) prüfen wir die Erfordernisse und Möglichkeiten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Nach entsprechender Vorbereitung im medizinischen Bereich und bei der Sozialberatung, können wir Rehabilitanden einen Termin bei einem Fachberater des Jobcenters (in Haßfurt) anbieten. Im Rahmen der sozialmedizinischen Begleitung wird frühzeitig darauf geachtet und geprüft, ob eine stufenweise Wiedereingliederung am konkreten Arbeitsplatz erforderlich ist. Dementsprechend wer den die dann erforderlichen Maßnahmen getroffen. Weiterhin nutzen wir bei Bedarf und entsprechender Bereitschaft des Betriebs die Möglichkeit, im Rahmen eines Betrieb - Praktikums, gerne Vor Ort, gegebenenfalls offene Fragen zu klaren, um den Wiedereinstieg ins Berufsleben gut vorzubereiten und zu erleichtern.

4.3. Das interdisziplinäre Reha- Team

Morgens zu Dienstbeginn und nachmittags bei Dienstende findet die Übergabe an den Spätdienst statt, an der alle Mitarbeiter (Bezugstherapeuten, Arbeits-/Ergotherapeuten, Sozialdienst, Einrichtungsleiter) teilnehmen. So ist eine größtmögliche Informationsweitergabe gewährleistet. Zudem trifft sich das interdisziplinäre Team einmal pro Woche für 2-3 Stunden für eine ausführliche Teamsitzung, an der in einem bestimmten Turnus auch Mitarbeiter des Kinderhauses anwesend sind.

Montags Vormittag gibt es ein Treffen des Aufnahmeteams, bestehend aus den Mitarbeiter der Aufnahme, der Aufnahmegruppe, dem Einrichtungsleiter und einem Pflegemitarbeiter, um die anstehenden Bewerbungen und Neuaufnahmen zu besprechen.
Der ärztliche Leiter hat vorher die Unterlagen eingesehen.
Mit den Ärzten findet zusätzlich eine einmal pro Woche eine Besprechung statt, um aktuelle Informationen zu Neuaufnahmen und aus Visiten auszutauschen.

4.4 Ärztliche Aufgaben

Verantwortung für den gesamten Reha- Prozess
Teamleitung und -koordination
Oberprüfung von Reha- Indikation, Reha- Fähigkeit und Reha- Prognose, im AHB Direkteinweisungsverfahren auch der AHB-Indikation
Berücksichtigung van Komorbiditäten
Aufnahme - / Abschlussuntersuchung, Veranlassung Diagnostik, Visiten, offenen Sprechstunden, Erstellung des Reha-EB
Partizipative Abstimmung, Oberprüfung und Anpassung von Rehabilitationszielen und Therapieplan, Monitoring des Zielerreichungsgrades
Art und Durchführung ärztlich-therapeutischer Angebote/

Behandlungen Arznei-, Verband- und Hilfsmittelversorgung
Einbindung in die Rehabilitandenedukation
Kooperation mit Konsiliarärzten, niedergelassenen Ärzten, Betriebsärzten, Selbsthilfegruppen, sonstigen externen Partnern
lndikationsstellung zur Nachsorge, Anregung und Einleitung sonstiger Weiterführender Maßnahmen
Verantwortliche Einbindung in Notfallmanagement, Dokumentation, Qualitätssicherung so wie Fort- und Weiterbildung, Supervision
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung unter Einbeziehung des Reha-Teams

Die Ärzte sind für die somatische Behandlung sowie die medikamentöse Therapie einschließlich der Psychopharmakotherapie verantwortlich.

Der ärztliche Leiter ist bereits in den Aufnahmeprozess mit eingebunden, er prüft vor der Aufnahme van Rehabilitanden in unsere Klinik die Unterlagen, insbesondere die medizinischen Befunde und klart z.B. ob bei den Rehabilitanden prinzipiell Rehafähigkeit vorliegt oder aus psychiatrischer bzw. medizinischer Sicht eine Kontraindikation vorliegt.
Bei Aufnahme erfolgt die ausführliche medizinisch- somatische Untersuchung, einschließlich der psychiatrischen Diagnostik und der umfassenden Anamneseerhebung.

In den ersten Wochen werden alle Rehabilitanden mindestens einmal wöchentlich, bei Bedarf auch mehrmals für Befundbesprechungen, Verlaufskontrollen und Beratungs- und Motivationsgespräche zur Einzelvisite einbestellt gebeten.
Rehabilitanden können selbstständig einen Termin anmelden und in Anspruch nehmen. Es besteht die Verpflichtung, sich bei akuten Erkrankungen über den Pflegedienst im ärztlichen Bereich zu melden.

Die Ärzte entscheiden, ob eine Oberweisung an einer niedergelassenen Facharzt zur Weiterbehandlung notwendig ist. Alle notwendigen Fachrichtungen sind im Raum Hofheim/Haßfurt/ Schweinfurt vertreten. Rehabilitanden können dann mit unserem Shuttledienst und/oder dem Zug bis zum behandelnden Praxis fahren. Durch die jahrelange Praxis ist eine gute Zusammenarbeit und problemloser Austausch van Befunden und Weiterbehandlung gewährleistet.

Bei entsprechender Indikation wird bei interkurrenten Erkrankungen auch eine Einweisung in eine (Akut-) Klinik in Haßfurt oder Schweinfurt veranlasst.

In enger Kooperation mit dem interdisziplinären Team, insbesondere den Bezugstherapeuten wer den alle Maßnahmen zur Therapieplanung und -steuerung, die Einleitung weiterführender Betreuung (z.B. stationäre oder ambulante Nachsorgen, fachärztliche Betreuung, erwerbsbezogene Maßnahmen wie stufenweise Wiedereingliederung) besprochen und eingeleitet.
Zudem sind die Ärzte verantwortlich für die Abschlussuntersuchungen, inklusive der Erfassung der Therapieergebnisse, sowie der Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in den Abschlussberichten.

Falls kein Arzt im Haus ist, besteht eine permanente ärztliche Rufbereitschaft, um dringende Fragen zu klaren oder weitere Maßnahmen einzuleiten. Im Notfall kann der allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst oder der ärztliche Notdienst verständigt werden.

4.5 Behandlungselemente

Weitere Berufsgruppen / therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten

Ad 1. Ergotherapie
Ad 2. Ernährungsberatung
Ad 3. Reha-Pflege
Ad 4 Psychotherapie (inkl. Indikativen Angeboten)
Ad 5 Sozialdienst / Reha- Beratung
Ad 6 Pädagogische Angebote
Ad 6 Sporttherapie
Ad 7 Pädagogische Leistungen und alltagspraktische Schulungen/ (,,Anleitung zu Aktivitäten des alltäglichen Lebens")

Ad 1 Ergotherapie

Alle Rehabilitanden sind in der ersten Behandlungswoche in der Ergotherapie und lernen dort unter Anleitung der Ergotherapeutin verschiedenen Kreativtechniken, Materialien und Gestaltungsmöglichkeiten kennen (z.B. das gestalten von Porzellan, Umgang mit Holz, Knüpfen von Traumfängern etc.).
Sie können so in den ersten Tagen in einem ruhigen und geschützten Rahmen den Einstieg in die Therapie finden und Kontakte zu anderen neuen Rehabilitanden knüpfen. Die Rehabilitanden können daraus Anregungen für eine aktive und sinnvolle Freizeitgestaltung mitnehmen und aus ihrem Tun selbstwertstützende Erfahrung ziehen und neue Fähigkeiten entwickeln.
Unsere Ergotherapeutin kann in diesen Tagen die Rehabilitanden kennenlernen und deren Leistungsstand, Belastungsfähigkeit, Fähigkeiten und Defizite einschätzen, und diese Einschätzungen im Ergo- und Arbeitstherapieteam weiter besprechen.
Manche unserer Rehabilitanden (z.B. mit einer Doppeldiagnose) werden auch für einen längerenZeitraum der Ergotherapie zugeteilt, da sie insbesondere in der Anfangszeit nicht regulär an der Arbeitstherapie teilnehmen können, sondern einen ,,geschützten" Bereich

31

benötigen. Besonders bei ,,Doppeldiagnosen" erweist sich die ruhige Werkstatt Atmosphäre als günstig.

Unser Ergotherapieraum kann während der gesamten Behandlungszeit auch in der Freizeit genutzt werden, um der eigenen Kreativität freien laut zu lassen.

Ad 2 Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung und -schulung wird durch unsere beiden fest angestellten Ernährungsberaterinnen (Arbeitstherapeutinnen mit Weiterbildung als Ernährungsberaterin /IHK) geleistet.

Jeder Rehabilitand nimmt in den ersten Wochen des Aufenthalts an einer Schulung zum Basiswissen zur Ernährung teil (ausführlichere Infos dazu unter 4.5.3), um das Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln und zu fordern.

Ausführlichere und gezieltere Informationen zu ausgewogener Ernährung, Diätformen und Tipps zu Rezepten etc. erhalten die Rehabilitanden in einem mehrwöchigen Kochkurs für kleine Rehabilitandengruppen, der sowohl theoretisches Wissen als auch das praktische Tun und das gemeinsame Erleben umfasst. Je nach Indikationsstellung ist dieser Kurs für einige Rehabilitanden verpflichtend, er kann aber auch freiwillig besucht werden.

Kochkurs in eigener Lehrküche

Kurs lx wöchentlich von 9:00 Uhr bis max. 12:30 Uhr

4 Sitzungen, Max. 6 Personen

Dieser Kurs umfasst folgende Einheiten:

30 Minuten Theorie Ernährungsberatung, Rezepte besprechen

120 Minuten Praxis gemeinsames einkaufen, Kochen in der Lehrküche, gemeinsames Essen.

Ziele des Kurses sind:

Koch- und Ernährungstipps unter fachlicher Anleitung zu bekommen
Prophylaxe von Fehlernahrung und Obergewicht?
Neue Erfahrungen beim Zubereiten fleischfreier Gerichte zu sammeln
Unterstützung für den Alltag rund um gesunde, ausgewogene Ernährung zu erwerben.

Weitere Bereiche der Ernährungsberaterin sind:

Beratungsgespräche in Gruppen Gespräche mit
Einzelnen
Ober Ernährungsbedingte Krankheiten informieren und beraten
Ernährung bei bestimmten Erkrankungen
Diätformen
Fundierte Hintergrundinfos in der Lebensmittelkunde weitergeben
Gesundheitsbewusstsein bei den Menschen zu entwickeln und zu fordern

Ernährungsschulung

In der Gruppe mit max. 12 Personen in den ersten Wochen der Therapie,
allgemeines Grundwissen der Ernährungslehre zu erklären (ca. 60 Minuten)

Kurze Lebensmittel- und Warenkunde
Gesunde Ernährung als Prävention

Wohlstandserkrankungen
10 Regeln der OGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung)
Die Ernährungspyramide, bzw. der Ernährungskreis

Ad 3 Reha - Pflege

Die Mitarbeiter dieses Bereichs sind zum einen Fachangestellte im Gesundheitswesen und verantwortlich für die Vorbereitung der ärztlichen Sprechstunde. Sie bearbeiten die Anordnungen der Ärzte, dazu gehört das Stellen und die Ausgabe von Medikamenten, die Durchführung von Messungen (Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht und Körpergröße) sowie von Corona-Testungen. Weiterhin geehrte zu ihrem Aufgabengebiet das Anlegen von Verbanden, Vorbereitung von Blutentnahmen, Vorbereitungen für die Verabreichung von Impfungen und subkutanen Injektionen, die Anfertigung eines Ruhe-EKG, Durchführung des Lungenfunktionstests und von Inhalationen. Sie koordinieren die angeordneten Termine mit externen Fachärzten. Alle Maßnahmen werden in der Medizinischen Akte dokumentiert. Anleitung zum Blutdruckmessen, Rehapflege etc.
Bei körperlichen Beeinträchtigungen sind die Mitarbeiterinnen dieses Bereichs die ersten Ansprechpartnerinnen. Sie können im Rahmen der ärztlich festgelegten Grenzen bei Bagatellerkrankungen unterstützende Medikamente und Ma8nahmen einsetzen. Als Ansprechpartner stehen im Akutfall die Ärzte und die zuständigen Psychotherapeuten im Hintergrund zur Verfügung.
Die Mitarbeiterinnen sind informiert und geschult für eventuelle Isolierungsma8nahmen bei Infektionskrankheiten (z.B. Norovirusinfektion) und die entsprechenden Hygienemaßnahmen. Regelhaft erfolgen Schulungsmaßnamen für die Beherrschung von Notfallsituationen.

Des Weiteren sind bei uns Gesundheits- und Krankenschwestern in den Nachtstunden tätig, sind dann u. a. für die Anwesenheitskontrollen in den Nacht- bzw. frühen Morgenstunden (einschließlich stichprobenartig durchgeführter Atemluftkontrollen) verantwortlich. Zudem sind sie Ansprechpartnerinnen in diesen Zeiten und regeln Routinefragen und -aufgaben, dabei besteht eine ärztliche und psychotherapeutische Hintergrundrufbereitschaft.

Ad 4 Psychotherapie (inkl. indikativer Angebote)

Die psychotherapeutische Behandlung in unserer Klinik besteht zunächst aus Gesprächen in der Bezugsgruppe und Einzelgesprächen.
Die Gruppen- wie Einzeltherapien werden von Psychologischen Psychotherapeuten und von Sozialpädagogen/ Sozialarbeitern mit suchttherapeutischer Zusatzausbildung durchgeführt.

Die Bezugsgruppen finden 3 x wöchentlich für 90 Minuten statt und sind als halb-offene Gruppen konzipiert. Die Größe der Bezugsgruppen liegt bei max. 12 Rehabilitanden.
Die Einzelgespräche sind einmal wöchentlich mit einer Dauer von SO Minuten vorgesehen. Bei Bedarf (z.B. Kriseninterventionen, Rehabilitanden mit Doppeldiagnosen, aktuelle Anliegen) finden zudem weitere Gespräche bzw. Kurzkontakte statt. Zusätzlich gibt es ein breites Angebot an Indikativen Gruppen, diese Behandlungsbausteine werden indikationsspezifisch zugeordnet, d. h. Ober ihre Teilnahme entscheidet in erster Linie der Bezugstherapeut.

Die Grundstruktur der Therapie richtet sich zum einen nach dem Bezugstherapeutenmodell, d. h. alle

Rehabilitanden sind sowohl in der Neuen- als auch in der Kerntherapie- bzw. Adaptionsphase einer bestimmten Bezugsgruppe fest zugeteilt, dadurch haben sie feste BezugstherapeutInnen für die Einzel- und Gruppengespräche. Die Vertretung der Therapeuten (z.B. in Urlaubszeiten) erfolgt im Dyadensystem, um die Betreuung durch vertraute Therapeuten zu gewährleisten. Die Dyaden sind jeweils mit Mann und Frau besetzt um für spezielle Fragestellungen Auswahl und Orientierung zu er möglichen

Die BezugstherapeutInnen haben die therapeutische Richtlinienkompetenz und alle anderen Teammitglieder arbeiten ihm/ihr zu. Er/sie ist erste/r Ansprechpartner bei therapeutischen Inhalten oder organisatorischen Fragen; bei speziellen Belangen werden Rehabilitanden auf den medizinischen Dienst oder den Sozialdienst verwiesen.

Die BezugstherapeutInnen haben die Aufgabe, in den Gesprächen Informationen zu erheben und zu dokumentieren. Die Therapieplanung und Zielfestsetzung liegt - in Absprache mit den Rehabilitanden - bei den BezugstherapeutInnen.

In den Fallvorstellungen alle 6 Wochen stellt er/ sie den Rehabilitanden (Diagnose, Anamnese, Verhaltensanalyse, bisheriger Therapieverlauf) vor, auf dieser Basis werden gemeinsam die individualisierten Behandlungsziele festgelegt. Die Zielerreichung wird im Goal-Attainment-Scale/GAS-Bogen eingeschätzt, fortlaufend dokumentiert und ggf. angepasst.

Unser therapeutisches Konzept sieht zudem ein Phasenmodell vor, d.h. jeder unserer Rehabilitanden durchlauft während seines/ ihres Aufenthalts bei uns mehrere Therapiephasen: Motivationsgruppe - Kerntherapie - (optional) Adaptionsphase.

Ein Wechsel der Bezugsgruppen ist dabei nur einmal (Motivationsgruppe -> Kerntherapiephase) vor gesehen. Rehabilitanden, die nach 6 Monaten Aufenthalt noch die Adaptionsphase anschließen, bleiben in ihrer Bezugsgruppe aus Kerntherapie.

Motivationsphase (1-4. Woche)

Therapeutische Inhalte und Ziele dieser Phase:

- Beobachtung und Hilfe bei der Integration in die Therapiegemeinschaft
- Anpassung an das in Haus- und Therapieordnung festgelegte Regelwerk
- Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung(,,therapeutische Allianz")
- Bildung einer tragfähigen Rollenstrukturierung und Rollenverteilung(Patient- Einrichtung)
- Diskussion und Abstimmung Ober/ Anpassung an alltägliche Verhaltensregeln und Umgangs formen. Oft in dieser ersten Phase besonders wichtig, da viele Rehabilitanden nicht mehr an ,,normale", nicht-scene-spezifische Umgangsformen und Tagesabläufe gewohnt sind.
- Optimale, individualisierte Gestaltung des therapeutischen Settings
- In Abstimmung mit den Ärzten: Modifikation der Pharmakotherapie als Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie
- Induktion/Entwicklung? bzw. Festigung der Therapiemotivation/ Förderung der Abstinenz-motivation
- Störungs- und erkrankungsbezogene Informationssammlung
- Suchtbezogene Psychoedukation(u.a. nach Batra)
- Werteklärung und erste Zielsetzungen
- Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
- Erste sachliche und angepasste Auswahl der Änderungsbereiche (Therapeutische Targets).

Diese Punkte decken ein inhaltlich breites Spektrum ab und haben nicht für jeden Rehabilitanden die

gleiche Relevanz.

Kerntherapiephase (ab 5. Behandlungswoche):

Mit dem Übergang in die Kerntherapie werden eine detaillierte Verhaltensanalyse und ein funktionales Bedingungsmodell erstellt. Anschielend werden zusammen mit dem Patienten therapeutische Ziele konkretisiert, Maßnahmen und spezielle Methoden ausgewählt und durchgeführt.

Durch ständige Evaluation therapeutischer Fortschritte in den persönlichen Kontakten mit den Patienten, in den regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen, als auch in psychologischer und psychiatrischer Supervision im Gesamtbehandlungsteam wird eine kontinuierliche Kontrolle des therapeutischen Prozesses gewährleistet.

Die Gruppentherapie als Grundbaustein einer jeden Suchttherapie (Zielke, 1993) wird als Instrument einer weit individualisierten, der jeweiligen biografischen und krankheitsspezifischen Situation angepassten Behandlung angesehen. Dies gilt insbesondere bei der verhaltenstherapeutischen und -medizinischen Arbeit mit jungen Menschen und bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von familiären Systemen.

Durch die festen Gruppenzuordnungen können sich im Laufe der Behandlungsmonate vertrauensvollle Beziehungen sowohl zu den Bezugstherapeuten als auch den anderen Gruppenmitgliedern bilden, wodurch ein Sich-öffnen und Ansprechen belastender Themen erleichtert wird.
In den Gruppen werden neben suchtspezifischen Inhalten auch individuelle biographische Aspekte sowie Themen, die sich aus dem aktuellen Tagesgeschehen ergeben (z.B. Rückfälligkeit anderer Rehabilitanden) behandelt.
Die Bezugsgruppen dienen dabei dem Erfahrungsaustausch, Interaktions- und Kommunikationstraining und als Trainingsfeld zur Erarbeitung neuer Bewältigungsstrategien.

Einige wichtige Prinzipien und spezielle Aspekte in unserer therapeutischen Arbeit sollen hier besonders betont werden:

1. Konfrontative Gesprächstechniken in der Therapie
   In der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten ist der Einsatz von konfrontativer Gesprächsführung - bei grundsätzlichen Akzeptanz und Wohlwollen gegenüber der Person des Rehabilitanden - als eine von zahlreichen Interventionsformen teilweise notwendig. Eingesetzt wird konfrontatives Vorgehen, wenn Rehabilitanden massiv oder mehrfach gegen wichtige Vereinbarungen und Grenzen verstoßen (z.B. mangelnde Mitwirkung am Tagesprogramm, ,,Täuschungsmanöver" oder aggressives/provokantes Verhalten anderen Rehabilitanden oder Mitarbeitern gegenüber oder mit Vermeidungsstrategien oder Bagatellisierungen reagiert (z.B. in Bezug auf sein Ruckfallrisiko und Suchtpotential, dem Ausmaß der Abhängigkeit, der Gefährdung der Therapieziele durch Kontakt zur Szene während einer Heimfahrt).

   Als Hintergrund dafür ist die Sozialisierung/Orientierung im ,,Szenemilieu" anzusehen, wodurch es zu Fehleinschätzung bezüglich ,,normaler" Verhaltensnormen kommt, die störungsbild-inharente Neigung, Grenzen zu ignorieren bzw. auszureizen und/ oder die grundsätzliche Tendenz von Abhängigen, die Stabilität der eigenen Abstinenz zu überschätzen und die Rückfallrisiken zu unterschätzen oder die Vermeidung tiefergehender therapeutischen Prozesse. Daher ist es notwendig, in der Therapie bestimmte Verhaltensweisen zu deutlich kritisieren und die potentiellen Folgen solchen Verhaltens klar anzusprechen und zu

verdeutlichen. Die Gruppentherapie kann für konfrontatives Arbeiten gut genutzt werden, da Rehabilitanden so auch Rückmeldungen anderer auf der ,,Peergroup Ebene" bekommen können und die Kritik besser annehmen können.

Wir beachten beim Einsatz von Konfrontation jedoch natürlich immer die individuellen Grenzen. Speziell in der Arbeit mit Rehabilitanden mit Psychoseerkrankungen und mit Depressionen muss in der Gruppe stets die Dynamik der Grunderkrankung jedes Patienten berücksichtigt werden. Konfrontative Elemente müssen van den Gruppentherapeuten so souveräne handhabt werden, dass die Gruppe den Patienten dennoch Schutz und Rückzugsräume wahrt. Bei hohen Belastungen kann auch die temporare Befreiung eines Patienten von der Gruppentherapie sinnvoll und notwendig sein. Erst im Laufe der Zeit und mit wachsender Vertrautheit können aufdeckende, im Einzelfall auch analytische Fragestellungen hinzukommen.

2. Dem verstärkerorientierten Ansatz kommt in unserer Arbeit vor dem Hintergrund unserer verhaltenstherapeutischen Orientierung eine besondere Bedeutung zu.
   Grundsätzlich ist unser Therapiekonzept so aufgebaut, dass mit zunehmender Dauer der Behandlung mehr Freiheiten und Annehmlichkeiten (z. B. Medien-/ Handynutzung, Ausgänge, Familienheimfahrten) gewahrt werden. Bei Nichtbeachtung der Regeln reagieren wir mit dem zeitweisen Verlust der Privilegien bzw. sogenannten ,,Sanktionsstunden", d.h. abzuleistender Dienste/ Aufgaben für die Hausgemeinschaft.
   Positive Verstärkung nutzen wir, indem neben Lob und Anerkennung auch Belobigungen vergeben (schriftlich). So können Rehabilitanden für besondere Leistungen oder auch nur für Bemühungen diese bei Freizeitaktivitäten gegen geldwerte Leistungen ,,eintauschen". Außerdem werden Patienten mit ,,Belobigungen" denen ohne bei platzbegrenzten Angeboten, vorgezogen. Wichtig: Belobigungen können alle Patienten erhalten, auch diejenige, die sich sonst undiszipliniert zeigen.

3. Eine weitere Grundstruktur der Behandlung ist das Model! der Eigenverantwortung. Unsere Rehabilitanden werden angehalten, bestimmte alltägliche Angelegenheiten in Eigenverantwortung zu organisieren. Therapeutisch wird nur bei Abweichungen und Auffälligkeiten ein gegriffen. Es werden sog. ,,Verantwortliche" ausgewählt, die für eine bestimmte Zeit ein herausragendes Amt (z. B. Regelverantwortlicher, Freizeitgeräteverantwortlicher etc.) bekleiden. Die Mehrverantwortung erfordert auch ein erhöhtes Ma8 an Disziplin und Struktur. So eröffnen sich im Laufe eines Amtes neue Themen, die der Patient mit seinem Bezugstherapeuten zu bearbeiten hat.

4. Therapeutische Grundhaltung der Akzeptanz und Wertschatzung

   Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind, haben ,,zwangsläufig" meistens Kontakt zum illegalen Milieu. Die Drogenszene ist geprägt von Heimlichkeiten/ Lügen, Beschaffungskriminalität oder noch stärkeren kriminellen Strukturen. Viele verbüßen Haftzeiten gewesen. Unsere Rehabilitanden bringen sehr vielfaltige Vorerfahrungen und Biographien mit.
   Oft mischt sich ein ,,Täteranteil" mit eigenen Erfahrung als Opfer von Gewalt, Missbrauch oder Grenzüberschreitungen (in Herkunftsfamilien oder im Drogenleben), was wiederum Scham- und Schuldgefühle auslösen kann; eine wertschätzende Haltung ist dann die Voraussetzung, um ein vertrauensvolle Zusammenarbeit und die Auseinandersetzung mit traumatisierenden Erfahrungen zu ermöglichen.

Unsere Haltung ist, dass wir jedem/r neuen Rehabilitanden/in mit seinen/ ihren Vorleben vorurteilsfrei aufnehmen, mit Respekt, Achtung und Wertschatzung behandeln und Vertrau en entgegenbringen. Wir wollen ihnen eine Chance/ Möglichkeit geben, ihr Leben zu reflektieren und eine neue Richtung zu geben.

Die tolerante Haltung unserer Klinik lasst sich im breiten Spektrum unserer Rehabilitanden ablesen: Bei uns leben Männern, Frauen und Kindern zusammen, von Null bis ca. 40 Jahren, mit unterschiedlicher Herkunft und kultureller Prägung, sowie mit verschiedenen Geschlechteridentität und sexuellen Orientierung.

Die Gruppentherapie wird ergänzt durch eine Einzeltherapie, in der den Bedürfnissen des Einzelnen individueller Rechnung getragen werden kann. Die Bearbeitung konflikthafter - und traumatischer Erlebnisse, die Konfrontation mit inadäquaten Verhaltensweisen und die Adaption an Stress sind besonders Themen der Einzeltherapie.

Die Einzelgespräche sind vorgesehen zur Anamneseerhebung, Erarbeitung konkreter Therapieziele, Erkennung persönlicher Muster, Gestaltung des individuellen Therapieprozesses unter Einbezug von ggf. bestehenden psychischen Komorbiditäten.

Einzel- und Gruppentherapie werden im Behandlungsteam unter psychologischer Leitung eng aufeinander abgestimmt. Ziel dieses engen Informationsaustausches ist es, die gewünschten Verhaltensänderungen beim Patienten genau zu lokalisieren und in kleine, überschaubare und dem Störungsbild angepasste Schritte zu operationalisieren. Diese Veränderungsschritte müssen für den Rehabilitanden sowohl kognitiv wie anschaulich erfahrbar und leistbar sein. Ein individueller Behandlungsplan, der durch diagnostische Maßnahmen zusammen mit dem Patienten herausgearbeitet wird, bildet die Grundstruktur der Behandlung.

Indikative Gruppen:

Zusätzlich zu Einzel – und Bezugsgruppentherapie werden Indikative Gruppen angeboten, um spezifische Themenbereiche vertiefend zu bearbeiten. Die Teilnahme an diesen Gruppen sind z.T. für alle Rehab. verpflichtend; bei anderen legen entweder die Bezugstherapeuten/ Ärzte je nach Indikation die Teilnahme fest. Einige Gruppen können auch nach Interesse besucht werden.

Indikative Gruppe	Ziele	Indikation	Dauer	Teilnehmer-anzahl	Durchführender Mitarbeiter

Grundlagen der Sucht	Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen, Förderung des Krankheitsverständnisses, Steigerung der Motivation zur Therapie, Einsicht in Entwicklung und Funktion der Abhängigkeit	Alle Rehabilitanden als Basisinformation und Grundlage für die Therapie	4 Einheiten a 60 min	8- 10 Teilnehmer	Psychotherapie
Psychosegruppe	Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen (Diagnosen, Symptome, Entstehung, Behandlung) von Psychosen, Behandlung mit Neuroleptika, Rückfallprophylaxe	Alle Rehabilitanden mit diagnostiziertem Psychoseerleben (in der Vorgeschichte oder aktuell)	5 Einheiten a 60 min	Bis zu 8 Teilnehmer	Psychotherapie
Achtsamkeitsgruppe	Verbesserung der Körperwahrnehmung, Erlernen einer Entspannungstechnik	Alle Rehabilitanden für min. 3x, oder verpflichtend zu Beginn für alle Interessierte Rehabilitanden		Bis zu 12 Teilnehmer	Psychotherapie
PMR/ Jacobson Entspannungstraining	Erlernen einer Entspannungstechnik	Alle Rehabilitanden für min. 3x, oder verpflichtend zu beginn für alle , Interessierte Rehabilitanden	1x wöchentlich	8 -10 Teilnehmer	Psychotherapie
Ohrakupunktur (nach dem NADA-Protokoll)	Entspannung, psychische Stabilisierung, Förderung der Therapiefähigkeit, Verbesserung von Konzentration, Verminderung von craving	Alle Rehabilitanden für min. 3x, oder verpflichtend zu beginn für alle , Interessierte Rehabilitanden	45 min , 2 x wöchentlich	Bis zu 8 Teilnehmer	Psychotherapie
Raucherentwöhnung straining	Rauchstopp oder Reduktion des Zigarettenkonsums, Information über Schadstoffe, Gesundheitsrisiken, Strategien zum Aufhören, …	Alle Rehabilitanden, die zur Nikotinabstinenz motiviert sind	5 Einheiten a 60 min	Bis zu 8 Teilnehmer	Psychotherapie

Konzentrations-training	Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, Steigerung Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls	Alle Rehabilitanden mit Defiziten in diesem Bereich	1x Woche, 45min	Bis zu 8 Teilnehmer	Heilerziehungspfleger??? Ok lt. KTL??
Aktionstag // Freizeittraining	Entwicklung von sinnvollen Freizeitinteressen, Erleben von positiven Interaktionen in Gruppen, Stärkung der therapeutischer Beziehung	Alle Rehabilitanden	1x pro Monat		Psychotherapie, Arbeits- und Ergotherapie
Bewerbungstraining	Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Erstellung aussagekräftiger Bewerbungsunterlagen, Unterstützung bei der Suche von Stellenangeboten, Rollenspiele / Übung von Bewerbungsgesprächen	Alle Rehabilitanden mit Problemlagen im Erwerbsbereich oder ohne feste Arbeitsstelle	Individuell unterschiedlich, min. 1 Termin??	Xx Teilnehmer, oft aber Einzeltermine	Psychotherapie
Elterngruppe	Verbesserung der Erziehungsfähigkeit und -kompetenzen, Beziehung zu Kindern verbessern, Reflexion der Elternrolle	Rehabilitanden, die mit ihrem Kind/-ern in der Klinik sind	1x wöchentlich	Bis zu 12 Teilnehmer	Psychotherapie, Erzieher
Antigewalttraining	Verbesserung der Impulskontrolle, Erlernen von Deeskaltionstechniken,	Rehabilitanden mit Impulskontrollstörungen und Aggressionsproblemen, Gewaltdelikten in der Vorgeschichte,	4 Einheiten 45 min	bis zu 4	Psychotherapie
Patengruppe	Absprache über Umsetzung des Patenamts für „Neue“, Förderung Identifikation mit Klinik und Regeln, Förderung von Selbstwertgefühl und sozialer Kontaktfähigkeit	Rehabilitanden, die sich gerne für Andere engagieren und deren Verantwortungsgefühl gestärkt werden soll	Alle 2 Wochen, a 60 min	Bis zu 8 Teilnehmer	Psychotherapie

Verantwortlichen-gruppe	Förderung der Verantwortlichkeit, Identifikation mit Klinik und Regeln, Stärkung des Selbstbewusstseins, sozialer Zusammenhalt der Gruppe, Stärkung von Therapie- und Abstinenzmotivation	Alle als „Verantwortliche“ ernannten Rehabilitanden	1x wöchentlich, a 60 min	Bis zu 8 Teilnehmer	Psychothe rapie
Männer-/ Frauengruppe???	Finden und festigen des Selbstverständnisses der eigenen Männlichkeit/ Weiblichkeit. Kritisches Hinterfragen eigener Handlungs- und Denkmuster, Auseinandersetzen mit Eigen- und Fremderwartung an sich selbst (als Mann/ Frau). Die eigene Rolle in einer Partnerschaft/ Familie, Identifikationsfiguren aus der eigenen Kindheit und Jugend reflektieren.	Rehabilitanden bei denen spezifische Fragestellungen bzw. Unsicherheiten bestehen	4 Einheiten a 60 min	Bis zu 8 Teilnehmer	Psychothe rapie
Tiergestützte Therapie	Aufbau und Verbesserung der Kontaktfähigkeit, Schulung der Beziehungsgestaltung zu einem Haustier, Erlernen von Verantwortung und Fürsorge gegenüber einem Haustier	Rehab , die noch Defizite in Beziehungsgestaltung und / oder Verantwortungsfähigk eit aufweisen. (Sozial) ängstliche Rehab.	1-3-wöchentlich	Einzeltermine	Ergothera peutin mit Zusatzaus bildung

Ad 5 Sozialdienst / Sozialberatung

Das sozialarbeiterische/sozialpädagogische Beratungsangebot der Klinik ist auf die verschiedensten sozialen Problemstellungen der Rehabilitanden ausgerichtet. Im Mittelpunkt stehen Informationen und Erarbeitung von Lösungen für soziale, familiäre und finanzielle Fragestellungen und Probleme. Teilweise werden sozialrechtliche Fragen mit aufgegriffen, sind aber von einer juristischen Beratung zu unterscheiden. Die Beratung bezieht sich auf verschiedene Themenkreise und Problemlagen, wie Maßnahmen zur Verbesserung und Stabilisierung der persönlichen und familiären Verhältnisse einschließlich der wirtschaftlichen Sicherung in schwierigen Lebenssituationen, wie sie im Falle der Suchtkrankheit häufig bestehen und sowohl störungsauslösend, aber auch Folge der Suchterkrankung sein können.
Darüber hinaus werden Informationen über existenzsichernde Hilfen, wie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, vermittelt und Hilfe bei der Beantragung der Leistungen fallbezogen erbracht. Zur Durchsetzung sozialer Hilfen kann Unterstützung erfolgen durch Vermittlung an spezialisierte Stellen und Fachdienste in Wohnortnähe oder direkte Kontaktaufnahme mit den zuständigen Stellen, falls unabdingbar.
Die berufliche Perspektive mit Klärung des erwerbsbezogenen Potentials und Unterstützung bei der beruflichen Orientierung sind ein weiterer wichtiger Aspekt der Sozialarbeit. Berufsklärung und leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen wie auch Vorbereitungen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben einschließlich Kontakt zum beruflichen Umfeld erweitern das Spektrum.
In einer offenen Sprechstunde, die wöchentlich in unserer Klinik durch einen angestellten Sozialarbeiter angeboten wird, können individuelle Beratungstermine bei ihm vereinbart werden. Zur Klärung kommen alle Arten sozialrechtlicher Fragen. Auch die Termine beim externen Reha-Berater der DRV BW können vereinbart werden.

Ad 6 Sport und Bewegungsangebote:
Im unserem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept hat dieser Bereich einen wichtigen Stellenwert, da hierdurch neben den geistig-psychischen und arbeitsbezogenen Aspekten die körperliche Befindlichkeit in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt wird.
Neben einer Förderung der Körperwahrnehmung dienen die Angebote dem Training von Kondition, Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer. Auch die psychische Befindlichkeit wird damit positiv beeinflusst. Weiter unterstützen die Gruppenangebote die Entwicklung eines angemessenen Sozialverhaltens. Darüber hinaus erhalten viele Patienten Anregungen für eine gesundheitsförderliche aktive Freizeitgestaltung und für einen körperlichen Ausgleich.

Unser Angebot ist gegliedert in ein verpflichtendes Grundprogramm und freiwillige Gruppen.
Zusätzlich können sich Rehabilitanden (ab dem 2. Monat ihres Aufenthalts) in ihrer Freizeit in Sportvereinen aus der Umgebung sportlich betätigen (Fußball, Zumba, Tennis etc.).
Grundprogramm:

- Morgensport: verpflichtend in den ersten Wochen, 2x pro Woche für 30 Minuten, Walking / Joggen
- Jumping Fitness: in ersten Wochen verpflichtend, 2x pro Woche, zur Steigerung der Ausdauer, Fitness, Körperwahrnehmung
- Reguläres Sportprogramm: für alle körperlich nicht eingeschränkte Rehabilitanden, 2x pro Woche, Volleyball/ Badminton (Sporthalle in Hofheim) und Schwimmen (Hallenbad/ Freibad Hofheim)

Indikative / freiwillige Angebote:

- Krafttraining: 2 x Woche in einem Fitnessstudio in Hofheim
- Jogginggruppe: 2x Woche, verschiedene Leistungsstufen
- Walkinggruppe: 2x Woche, verschiedene Leistungsstufen
- Selbstverteidigung für Frauen (Boxen)

Notwendige Kontrollmaßnahmen im Rahmen der Reha
Ein „offenes Wort“ zu einem unbeliebten, aber notwendigen Thema in der Suchtbehandlung: Kontrollen in der Klinik. Die Arbeit mit Suchtmittelabhängigen macht es notwendig, bestimmte Kontrollmaßnahmen zu ergreifen, sowohl um den einzelnen Rehabilitanden in seinen Abstinenzbemühungen zu unterstützen („es ihm

schwer machen“, Drogen /Alkohol einzuschmuggeln und/ oder zu konsumieren) als auch die ganze Hausgemeinschaft zu schützen und ihnen einen drogenfreien Raum bieten zu können.

Wir führen daher in regelmäßigen und unregelmäßigen Abständen bestimmte Kontrollen durch – angefangen von der „Gepäckfilzung“ bei der Anreise, 2x täglich Alkohol/ Atemluft – und Anwesendheitskontrollen, Urinkontrollen nach Rückkehr von Tages- bzw. Heimfahrt und per Zufallsstichprobe, Kontrolle von Briefen und Paketen, Zimmerkontrollen…
Wir sehen diese Eingriffe in die persönlichen Räume unserer Rehabilitanden als ein notwendiges (und aufwendiges!) „Übel“ an. Uns ist auch bewusst, dass wir dadurch keine 100% Sicherheit erreichen können und wissen, dass es zu Rückfällen kommen kann. Aber die jahrzehntelange Erfahrung zeigt, dass Heimlichkeit die „Zwillingsschwester der Sucht“ ist und für viele Rehabilitanden stellen diese Kontrollen einen Schutz und eine Hilfestellung dar, diese Grenzen („keine Drogen in der Einrichtung, „abstinentes Leben“) einzuhalten.

Die Mitarbeiter führen die Alkoholtestkontrollen mit einem Alcomat durch. Dies geschieht bei jedem Rehabilitanden, der von einer Familienheimfahrt
zurückkommt und bei allen Rehabilitanden in der Tagesklinik morgens bei der Ankunft. Wiederholt werden in der Gesamtklinik, in einzelnen Gebäuden oder Gebäudeteilen Alkotestkontrollen zu verschiedenen Zeiten durchgeführt.
Auch Urinkontrollen unter Sicht erfolgen durch den Pflegedienst (Drogentests, ETG).

Unsere Hausordnung und das Regelwerk (siehe Anlage) wird durch ein Status-System für unsere Rehabilitanden transparent dargestellt:

Statusrechte und -Pflichten in der FK Schloss Eichelsdorf:

Status: A / Aufnahmetag bis ein Monat und1 Tag
- Kein Handy, keine internetfähigen Medien (Radio, MP3 - Player sind erlaubt) - Sonderausgänge sind nur möglich, wenn Bezugstherapeut*in diese einzeln genehmigt - Arztfahrten mit Begleitung - Besuche von Kindern/für Kinder – wenn Bezugstherapeut*in genehmigt - Teilnahme an **Ausflugsangebote** durch Mitarbeiter - Einkäufe mit Carla (Absprache und Gutschein)
von A zu B zu erledigen: (Antrag auf Versetzung über den KV ins Team abgeben) Waschmaschinenführerschein, Sozialberatung aufgesucht, Eingangstestung, Einführung ins Schulungsbuffet, Bezugstherapeut bestätigt gute Mitarbeit)

Status: **B** / ab 1. – 2. Monat und 1Tag
- Handy und Medien erlaubt - **Schwimmen am Samstag und Sonntag** (siehe Extrabeschreibung) - **Arztfahrten** nach Hofheim Königsberg und Hassfurt ohne Begleitung möglich - **Besuche** nach vorheriger Genehmigung des Bezugstherapeuten - kurze notwendige **Sonder - Einkaufsfahrten** nach Hofheim mit Begleitung und vorheriger Genehmigung durch den Bezugstherapeut (siehe Bedingungen) - **Ausdauersport**; wie z.B. Rad fahren, alleine joggen sind nach Einzelantrag im Team möglich
Status: **C /** ab 2 Monate und1Tag
- **Besuche mit Verlassen der Einrichtung** möglich (Genehmigung und Eintrag in Liste nicht vergessen) - **Arztfahrten** alleine erlaubt - **Ausgang zu Dritt** (siehe Regelkatalog) - **Tagesfahrt** zur Erprobung möglich – nur nach Genehmigung Bezugstherapeut
von C zu D zu erledigen: (Antrag über den KV in Teamsitzung abgeben) Hefteinträge, Bewerbungstraining, Mitarbeit / Motivation - Bezugstherapeut

Status: **D /** ab 3 Monate und 1Tag
- **Ausgang alleine** nach der ersten Heimfahrt möglich - **Heimfahrt –** Absprache, Planung und Genehmigung durch Bezugstherapeut - Umzug **in Saga** möglich (Absprache und Genehmigung durch Bezugstherapeut)

Status: **E** / ab 4 Monate und 1Tag
- 2 Heimfahrten pro Monat möglich
von E zu F zu erledigen: (Antrag auf Versetzung über KV in Teamsitzung abgeben) mit Bezugstherapeut*in Antrag auf Adaption an den Kostenträger stellen

Status: **F** / ab 6 Monate und 1Tag (Adaptionsphase)
- Abendausgänge mit Sonderabsprachen möglich, - zusätzliche Ausgänge zu programmfreien Zeiten möglich - Praktikum erwünscht und möglich

- Das Eintragen in Besuchs-, Ausgang-, Heimfahrtliste nicht vergessen!
- Bei groben Regelverstößen erfolgt in der Regel eine Eingruppierung in „A“.
- Bei Rückfall vor Ausgangsberechtigung wird die Ausgangsberechtigung um einen Monat verschoben.

Ad. 7 Pädagogische Leistungen und alltagspraktische Schulungen/ (,,Anleitung zu Aktivitäten des alltäglichen Lebens")

In unserer Klinik gehören pädagogische Maßnahmen mit unseren oft jungen Rehabilitanden und/ oder Rehabilitanden, die sich in den letzten Jahren an der Drogenszene und am kriminellen Milieu orientiert haben, in vielerlei Hinsicht zum Alltag.

Wir arbeiten in allen Bereichen der Therapie daran, diesen Rehabilitanden Umgangsformen und ,,soft skills" beizubringen, die für ein Bestehen im ,,normalen" sozialen Kontext und in der Arbeitswelt notwendig sind (z.B. höfliches Benehmen, angemessene Ausdrucksweise und Konfliktlosungen, pünktliches Erscheinen am Arbeitsplatz, ...) und die angestrebte soziale Reintegration nach der Behandlung zu ermöglichen.
Dazu gehört auch z.B. das Erlernen und Einüben von Körperpflege, Wohnraumpflege und Pflege bzw. Reinigung der Kleidung. Als feste Termine im Wochenablauf erscheinen dafür regelmäßige "Zimmerdurchgänge" zur Kontrolle der Sauberkeit und Ordnung im persönlichen Bereich oder der ,,Waschmaschinenführerschein" (Bedienung einer Waschmaschine, Sortieren der Wasche) der am Anfang der Behandlung ,,bestanden" werden muss. Bei einigen Rehabilitanden ist es notwendig, in der Anfangszeit Termine zum angeleiteten Aufräumen und Putzen des Zimmers zu vereinbaren. Diese speziellen Aufgaben werden von unserem Heilerziehungspfleger übernommen.

4.5.2. Darstellung medizinisch- beruflicher Angebote

Siehe Beschreibungen oben.

4.5.3. Gesundheitstraining und Rehabilitandenschulung

Indikationsgruppe	Ziele	Indikation	Dauer	Teilnehmer-anzahl	Durchführender Mitarbeiter
Basisgruppe Ernährung / Vortrag	Grundlegende Informationen (Lebensmittelkunde, gesunde Ernährung, Ernährungspyramide, 10 DGE Regeln	1 x für alle Rehabilitanden	1 Einheit a 60 min	Max. 12 Rehabilitanden	Ernährungsberaterin

Ernährungsschulung und Kochkurs/ Seminar	Infos zu gesunder Ernährung und Lebensmittel; praktische Umsetzung im Kochkurs mit gemeinsamen Mahlzeiten	Rehabilitanden, bei denen medizin. Indikation besteht und für Interessierte	4 Einheiten á 180 Min	Max. 6 Personen	Ernährungsberaterin
Psychose und Sucht/ Vortrag	Informationen zu Symptomen und Ursachen von Psychosen, Drogenkonsum als Risikofaktor	1 x für alle Rehabilitanden	1 Einheit á 60 Min.	Max. 20 Personen	Psychotherapie
Infos zum Rauchen/ Vortrag	Reflektion des eigenen Nikotinkonsums u. –abhängigkeit / Fagerström-Test Information und Motivation für das Raucherentwöhnungstraining	1 x für alle Rehabilitanden	1 Einheit á 60 Min	Max. 20 Rehabilitanden	Psychotherapie
MPU-Beratung	Information über eine eventuell stattfindende Medizinisch-Psychologische Untersuchung erhalten	Alle Rehabilitanden, die unter Drogen- und/oder Alkohol aufgefallen sind.	1 Mal im Monat	Bis 10	Klinikleiter/Dipl. Psych.
Jogginggruppe	Verbesserung Leistungsfähigkeit, Ausdauer, sinnvolle Freizeitgestaltung entwickeln, Selbstwertgefühle steigern	Nach medizin. Indikation und Interessierte	2 x pro Woche á 30 - 45 Min		Psychotherapie
Walkinggruppe	Verbesserung Leistungsfähigkeit, Ausdauer, sinnvolle Freizeitgestaltung entwickeln, Selbstwertgefühle steigern	Nach medizin. Indikation und Interessierte	2 x pro Woche á 30 - 45 Min		Psychotherapie
Jumping fitness	Verbesserung Leistungsfähigkeit, Ausdauer, sinnvolle Freizeitgestaltung entwickeln, Selbstwertgefühle steigern	44			Ergotherapie
Yoga	…..				Psychotherapie

Bewerbungstraining					

45

	von Psychosen, Drogenkonsum als Risikofaktor				
Infos zum Rau-chen/ Vortrag	Reflektion des eigenen Nikotin-konsums u. -abhangigkeit / Fagerstrom-Test Information und Motivation für das Rau-cherentwi:ih-nungstraining	1 x für alle Re-habilitanden	1 Ein-heit a 60 Min	Max. 20 Rehabili-tanden	Psychotherapie
M PU-Beratung	Information uber eine eventuell stattfindende Medizinisch-Psychologische Untersuchung erhalten	Alle Rehabili-tanden, die unter Drogen-und/oder Aiko- hol aufgeFällen sind.	1 Mal im Mo- nat	Bis 10	Kliniklei ter/Dipl. Psych.
Jogginggruppe	Verbesserung	Nach medizin.	2 x pro Woche a 30 -45 Min		Psychot herapie
	Leistungsfahig-keit, Ausdauer,	Indikation und Interessierte			

Walkinggruppe	sinnvolle Frei- zeitgestaltung entwickeln, Selbstwertgefuh - le steigern Verbesserung Leistungsfahig-	Nach medizin. Indikation und	2 X pro Woche a 30 -4s Min		
					Psychot herapie
	keit, Ausdauer, sinnvolle Frei- zeitgestaltung entwickeln, Selbstwertgefuh- le steigern	Interessierte			
Jumping fitness	Verbesserung Leistungsfahig- keit, Ausdauer, sinnvolle Frei- zeitgestaltung entwickeln, SelbstwertgefO h- le steigern				Ergothe rapie
Yoga	.....				Psychot hera pie

4.5.4 Einbeziehung von Angehörigen

Wir bieten individuell, unter Einbeziehung von Angehörigen, Gespräche an. Diese Gespräche werden oft an den Wochenenden verlegt, um den arbeitenden Angehörigen die Möglichkeit zu geben - im Rahmen von Besuchen - therapeutisch geführte Gespräche zu erhalten. Das Führen von Angehörigenseminaren, hat sich in unserem Setting als nicht fruchtbar herausgestellt, da die Störungsbilder sich von Fall zu Fall doch sehr unterscheiden.

4.6 Entlassungsmanagement

Die Entlassung wird zuvor mit dem Rehabilitanden besprochen. Dieser erhalt einen Laufzettel mit den verschiedenen Stationen. So können wir gewährleisten, dass nichts vergessen wird, z. B. Unter lagen von der Sozialberatung, Bestätigungen des Arztes etc.

Die Ärzte führen eine Entlassuntersuchung durch, hierbei wird ausdrücklich auf das neu erreichte Leistungsniveau eingegangen. Anschließend erhält der Rehabilitand das Abschlussgespräch mit den Leiter der Einrichtung und zuletzt mit seinem Bezugstherapeuten.

Sowohl die Basisdokumentation als auch letzte Worte schließen diesen Prozess ab.

In der letzten Morgenrunde, verabschiedet sich der Rehabilitand bei seiner Gruppe und bei der Großgruppe. Zum Abschied erhalt der Rehabilitand seinen ,,Cleantaler", der ihr mahnen soll, Alles Gelernte um zu setzen.

Die Nachsorgeplanung wurde regelhaft während der Kernphase eingegangen, so dass die ggf. not wendige Aufnahme in einer Nachsorgeeinrichtung vorher bekannt ist.

4.7 Notfallmanagement

Es finden regelmäßig Brandschutz Evakuierungsübungen durch. Die Pläne werden bei der Aufnahme ausgegeben. Im Notfall finden sich im Behandlungszimmer ein Notfallkoffer und ein Defibrillator. Es finden regelmäßig Routinekontrollen bezüglich Arbeitssicherheit, Brandschutz, Hygiene etc. durch die Fa. ASUMED statt.
Das Personal erhält regelmäßig durch einer unserer Ärztinnen eine Auffrischung in Erste Hilfe.

4.8 Angaben zur Hygiene

Wir verfügen Ober einen Hygienebeauftragten Arzt, eine Hygienefachkraft (Fa. ASUMED). Dieser Bereich wird durch das QM-System (BAR) abgedeckt.

5. Dokumentation

Die Rehabilitandenakte wird elektronisch und auf Papier geführt. Dort wird u.a. die Therapieplanung/ Terminierung festgehalten. Elektronisch wird die Umsetzung der KTL- Vorgaben umgesetzt, die Leistungen erfasst und der Reha-EB gespeichert. Von dort (Programm PATFAK) aus, wird der EB-Bericht per Datenfernübertragung nach §301versendet.

6. Angaben zum Datenschutz

Unser Datenschutz wird Verbandweit organisiert. Der Zugang zu Rehabiltandendaten ist nur persönliche Anmeldung des Personals möglich. Der Verband verfügt über eine eigenen IT Abteilung.

7. Qualitätssicherung

Maßnahmen zur

Qualitätssicherung
Als Leistungserbringer sind wir bestrebt, unser Angebot in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess fortwährend weiterzuentwickeln und zu optimieren.
Die Fachklinik Schloss Eichelsdorf ist in das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung eingebunden.
Dieses beinhaltet eine Datenerfassung auf den Ebenen Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität mit Rückmeldung der Ergebnisse in regelmäßigen Zeitabstandes.
Darüber hinaus haben wir ein internes Qualitätsmanagementsystem eingeführt mit Erstzertifizierung im Jahr 2008. Aktuell sind wir nach BAR zertifiziert und erfüllt somit die Vorgaben des Bundesteilhabegesetz §37 SGB IX. Dabei handelt es sich um eine Verbundzertifizierung auf der Ebene unseres Verbandes.

Zur Implementierung und Weiterführung der Qualitätsentwicklung haben wir einen Qualitätsbeauftragten mit qualifizierter Ausbildung. Institutionalisiert ist ein Lenkungskreis, in dem alle wichtigen Aspekte der Qualitätssicherung übergreifend bearbeitet und Entscheidungen für weitere qualitätsrelevante Entwicklungen getroffen werden. Alle Klinikbereiche sind in diesem Gremium vertreten.

In unserem Qualitätshandbuch sind alle wichtigen Kernprozesse beschrieben und Verfahrensanweisungen hinterlegt. Somit bestehen klare Verbindlichkeiten und geregelte Zuständigkeiten für alle Mitarbeiter, die auch bei Neueinstellungen schnell vermittelbar sind.
Unser internes QM-System nutzen wir unter anderem dazu, den Datenrücklauf des Systems der gesetzlichen Rentenversicherung regelmäßig auszuwerten, um daraus Rückschlüsse für notwendige Veränderungen abzuleiten.

Dazu dient auch unsere klinikinterne Rehabilitandenbefragung, die wir als Ergänzung zur Rehabilitandenbefragung der DRV durchfuhren. Die Ergebnisse werden sorgfältig ausgewertet und stehen für Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen zur Verfügung.
Längsschnittbetrachtungen liefern über aktuelle Trends hinausweisende Informationen für eine nachhaltige Entwicklung.

Jährlich werden Qualitätsziele im Lenkungskreis ausgearbeitet, der Mitarbeiterschaft vermittelt und mit Benennung von Verantwortlichen und zeitlicher Zielplanung umgesetzt.

Zur Bearbeitung größerer Projekte werden Qualitatszirkel eingerichtet.

Ein Beschwerdemanagement bietet klare Strukturen zur Bearbeitung interner oder externer Beschwerden und dient dem Ziel, eventuelle Mangel oder Schwachstellen zu erkennen und zu beseitigen.

Das Instrument der Verantwortlichengruppe (Treffen der gewählten Verantwortlichen der Rehabilitanden mit Mitarbeiter alle 7 Tage) lasst aktuelle Mangel schnell erkennen und schafft damit die Möglichkeit, entsprechend rasch reagieren zu können.

Wir fuhren regelhaft katamnestische Befragungen aller Patienten durch im Sinne von Ein- Jahres-Katamnesen.

Ergebnisqualität:
Zur Überprüfung der Behandlungsqualität fuhrt die Fachklinik Schloss Eichelsdorf regelmäßig Rehabilitandenbefragungen durch, ebenso katamnestische Untersuchungen. Sie nimmt auch am externen Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer teil.

Effektivitätskontrollen, Dokumentation, Qualitätssicherung:
Die Rehabilitandenakte bildet die Grundlage zur Dokumentation, Effektivitätskontrolle und Qualitätssicherung. Die Rehabilitandenakte enthalt alle erhobenen medizinischen Daten, Einweisungsunterlagen sowie die ausführliche Anamnese, die psychologischen Testunterlagen, die Verlaufsberichte, die Ergebnisse der Übergabegespräche sowie die Auswertungen und Ergebnisse der einzelnen Therapiebausteine und der Selbstbeurteilung des Rehabilitanden. Der Entlassbericht wird entsprechend der Vorgaben der Rentenversicherung während des Rehabilitationsprozesses fortlaufend erstellt und im vorgegebenen zeitlichen Rahmen unter Verantwortung des ärztlichen Leiters der Fachklinik fertiggestellt.
Alle erbrachten Leistungen werden darüber hinaus entsprechend der ,,Klassifizierung therapeutischer Leistungen" (KTL) und der Reha-Therapie-Standards elektronisch dokumentiert und analysiert. Interne und externe Prozesse werden regelmäßig im Rahmen der Qualitätssicherung durch die oben genannten Instrumente überprüft und ggf. modifiziert.

8. Forschungsaktivitäten

n.n

9. Abkürzungsverzeichnis

Va	Verantwortliche
Kv	Klientenverantwortliche
AT	Arbeitstherapie

10. Literaturverzeichnis

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2., korrigierte Auflage 2000). Hogrefe Verlag.

Hautzinger, M., Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., Emery, G., The Guilford Press, Bronder, G. & Stein, B. (2010). *Kognitive Therapie der Depression (Beltz Taschenbuch / Psychologie)* (2. Aufl.). Beltz.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2011). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl. 2012). Springer.

Margraf, J. & Schneider, S. (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl. 2018, vollst. überab. u. aktual.). Springer.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch* (4., Übersetzung der 3. amerik. Auflage). Lambertus.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390–395. https://doi.org/10.1037/0022-006x.51.3.390

Rogers, C. R. (1999). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer Taschenbuch Verlag.

Rogers, C. R. & Seeßlen, U. (1983). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (25.). FISCHER Taschenbuch.

Schmidt, G. & Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH. (2021). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung: Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Carl Hanser Verlag.

Schmidt, G., Müller-Kalthoff (Hrsg.), B. & Dollinger, A. (2022). *Gut beraten in der Krise: Konzepte und Werkzeuge für ganz alltägliche Ausnahmesituationen - Klimaneutrale Ausgabe (Edition Training aktuell)* (6. Auflage 2022). Manager Seminare Verlag.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
itskontrolle	7:10 - 7:30 Frühsport 7:10 - 7:30 Anwesenheitskontrolle	7:10 - 7:30 Anwesenheitskontrolle	7:10 - 7:30 Frühsport 7:10 - 7:30 Anwesenheitskontolle.	7:10 - 7:30 Anwesenheitskontolle .		
ück	7:45 Frühstück	7:45 Frühstück	7:45 Frühstück	7:45 Frühstück		
de*	8:15-8:45 Morgenrunde	8:15-8:45 Morgenrunde	8:15-8:45 Morgenrunde	8:15-8:45 Morgenrunde	8:40- 9:00 Anwesenheits- kontrolle	9:40-10: Anwese kontrolle
apie serprobung)	9:00-12:00 Arbeitstherapie (Belastungserprobung)	9:00-12:00 Arbeitstherapie (Belastungserprobung)	9:00-12:00 Arbeitstherapie (Belastungserprobung)	9:00-12:00 Arbeitstherapie (Belastungserprobung)	9:00 – 13:30 Frühstücksbrunch	09 .00 – Frühstüc
	11:00 – 12:30 Indikative Gruppen			11:00 – 12:00 Indikative Gruppen	10:00 – 12:00 Zimmer- / Gangputz	
5 n	12:00-12:45 Mittagessen	12:00-12:45 Mittagessen	12:00-12:45 Mittagessen	12:00-12:45 Mittagessen		
lberatung 0 ichengruppe	12:30 Sozialarbeit- Beratung (BORA)	12:30 Sozialberatung (BORA) 13:00-14: 00 Bewerbungstraining	12:30 Sozialberatung (BORA)	12:30 Sozialberatung (BORA) 12:45-13:45 Indikative Gruppen		
0 erapie	14:00-15:30 Indikative Gruppen	14:00-15:30 Gruppentherapie	14:00-15:30 Indikative Gruppen	14:00-15:30 Gruppentherapie	14:00 Klienteninfo	14:00 Klienten
0 :45 Abfahrt m)	17:00 – 19:00 externer Kraftsport (Abfahrt, wenn Auto verfügbar ist, 15 Min. vorher am Birnbaum)	16:00-18:00 Sport **(->** 15:45 Abfahrt am Birnbaum)	15:30-18:15** Ausgang 17:00- 19:00 externer Kraftsport (Abfahrt, wenn Auto verfügbar ist, 15 Min. vorher am Birnbaum)	15:30-18:15 Ausgang**	14:15-17:30 Ausgang	14:15 – Pflichtpr
dessen	18:00 Abendessen	18:00 Abendessen	18:00 Abendessen	18:00 Abendessen	18:00 Abendessen	18:00 Abendes
0 ntrolle	20:00 Klienteninfo +Alkoholkontrolle	20:00 Klienteninfo +Alkoholkontrolle	20:00 Klienteninfo +Alkoholkontrolle	20:00 Klienteninfo +Alkoholkontrolle	20:00 Klienteninfo +Alkoholkontrolle	20:00 Klienten +Alkoho
uhe	23:00 Bettruhe	23: 00 Bettruhe	23:00 Bettruhe	0:00 Bettruhe	0:00 Bettruhe	23:00 Be

11. Mustertherapieplan

Anlagen:

Mustertherapiepläne
Stellenplan
Hausordnung
Status-Plan
Konzept Kinderhaus
Wochenplan für Rehabilitanden
Abstinenzvertrag
Prozesslandkarte
Therapieübersicht erster Tag