

## Rehabilitationskonzept

Frauenspezifischer Ansatz  
Selbstmanagement-Ansatz  
Ressourcenorientierte individuelle Behandlung  
Behandlung von Rehabilitandinnen mit Doppeldiagnosen und Komorbidität

Verantwortlich für das Konzept:  
Hermann Glück, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Naturheilverfahren  
I.-Christiane Matz-van Almsick, Diplom-Sozialpädagogin, Sozialtherapeutin

August 2019

# Inhaltsverzeichnis

<b>0. Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2. Allgemeines</b>	<b>5</b>
<b>3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung</b>	<b>6</b>
3.1 Trägerschaft und Organisationsstruktur	6
3.2 Zielgruppe	6
3.3 Behandlungsplätze	6
3.4 Kostenträger	6
3.5 Lage der Einrichtung	7
<b>4. Rehabilitationskonzept</b>	<b>8</b>
4.1 Theoretische Grundlagen	10
4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	19
4.3 Rehabilitationsziele	19
4.4 Rehabilitationsdauer	21
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	21
4.6 Rehabilitationsprogramm	23
4.7 Rehabilitationselemente	26
4.7.1 Aufnahmeverfahren	26
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	27
4.7.3 Medizinische Therapie	28
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	29
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	34
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	40
4.7.7 Freizeitangebote	41
4.7.8 Sozialdienst	42
4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	42
4.7.10 Angehörigenarbeit	43
4.7.11 Rückfallmanagement	44
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	46
4.7.13 Weitere Leistungen	47
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	49
<b>5. Personelle Ausstattung</b>	<b>51</b>
<b>6. Räumliche Gegebenheiten</b>	<b>51</b>
<b>7. Kooperation und Vernetzung</b>	<b>52</b>
<b>8. Maßnahmen der Qualitätssicherung</b>	<b>52</b>
<b>9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation</b>	<b>53</b>
<b>10. Notfallmanagement</b>	<b>54</b>
<b>11. Fortbildung</b>	<b>55</b>
<b>12. Supervision</b>	<b>55</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>56</b>

**Anlagen:** Hausordnung, Therapievertrag, Therapieplan, Notfallplan

## **0. Vorwort**

Die Fachklinik Schloz Freudenstadt ist eine Klinik für Frauen mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.

Die Klinik wurde 1970 von Helmut Schloz gegründet, in einer Zeit, in der es in Deutschland erst wenige Fachkliniken und kaum Fachkliniken ausschließlich für Frauen gab. Helmut Schloz war Vorstandsmitglied des Bundesverbandes für Suchtkrankenhilfe, des Diakonischen Werkes und anerkannter Pionier der Suchtarbeit.

2009 ging die Klinik an den Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv) über.

Der bwlv mit Sitz in Renchen ist Träger der Suchthilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in Baden-Württemberg.

Der bwlv unterhält 23 ambulante Beratungsstellen in 25 Stadt- und Landkreisen, zehn stationäre Fachkliniken, vier TagesRehas sowie Nachsorgeeinrichtungen und Wohngruppen für Alkohol- und Drogenabhängige. Acht Integrationsfachdienste sind Anlaufstellen bei allen Fragen der Integration von Arbeitnehmern mit Behinderung und kompetente Ansprechpartner für Arbeitgeber und schwer behinderte Arbeitnehmer.

Die stationären Einrichtungen stellen innerhalb des Verbundsystems der Suchtkrankenhilfe eine besonders intensive Betreuungs- und Behandlungsform dar. Sie bieten Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen die Möglichkeit, zeitlich befristet aus ihrem sozialen Umfeld herauszutreten. Sie sollen wieder die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung gewinnen.

Im Rahmen der stationären Maßnahme möchte die Fachklinik Schloz alle Rehabilitandinnen auf ihrem Weg in einen neuen Lebensabschnitt mit dem Fachwissen und persönlichen Engagement der Mitarbeiter bestmöglich unterstützen. Die Klinik trägt umfassend Sorge dafür, dass die Rehabilitandinnen in sozialer, gesundheitlicher und beruflicher Hinsicht integriert bleiben oder wieder integriert werden.

Die Behandlung wird als eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation überwiegend im Auftrag der Rentenversicherung durchgeführt. Weitere Leistungsträger sind die Krankenversicherung und die Träger der Eingliederungshilfe. Auch Selbstzahlerinnen und Beihilfeberechtigte können aufgenommen werden.

Autonomie und Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Freiheit zur Gestaltung in Abstimmung auf die individuelle Lebensrealität ohne Suchtmittel sind zentrale Eckpunkte unseres therapeutischen Verständnisses und unserer therapeutischen Arbeit.

Eine Grundhaltung der Mitarbeiter mit wertschätzendem und achtsamem Umgang auf Augenhöhe mit den Rehabilitandinnen und untereinander im Team ist Voraussetzung und steht vorrangig im Mittelpunkt.

# 1. Einleitung

Die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation basiert auf dem Krankheitsfolgemodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001/2006).

Das Modell der funktionalen Gesundheit nach ICF wird in den Rehabilitationsprozess miteinbezogen. Sie berücksichtigt in der zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise die Komponenten der „Funktionsfähigkeit“, deren Beeinträchtigungen im Sinne von Krankheitsauswirkungen sowie alle Kontextfaktoren der gesamten Lebenswirklichkeit der Rehabilitandin. Die ICF stellt eine unter dem Dach der WHO vereinbarte Grundlage dar, die systematisch Folgendes beschreibt:

## Funktionsfähigkeit oder Behinderung

- auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen
- der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/ Bildung, Selbstversorgung) einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund.

Das Modell der ICF reicht mit ihren einzelnen Disziplinen, Institutionen und Versorgungsbereichen weit über die Aspekte der Krankheit hinaus und ist Grundlage für ein gemeinsames Rehabilitationsverständnis auf der Basis einheitlicher, träger- und Berufsgruppen übergreifender Begrifflichkeiten („gemeinsame Sprache“).

Teil 1: „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ mit den beiden Komponenten „Körperfunktionen und Körperstrukturen“ und „Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)“

- Körperfunktionen sind die einzelnen physiologischen und psychischen Funktionen von Körperfunktionen
- Die Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers.
- Eine Aktivität stellt die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar.
- Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Teil 2: Die „Kontextfaktoren“ sind untergliedert in die beiden Komponenten „Umweltfaktoren“ und „Personbezogene Faktoren“:

- Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Hierzu gehören Produkte und Technologien (wie z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel), Unterstützung und Beziehung (z. B. Familie, Freunde; Vorgesetzte), Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze (z. B. des Gesundheitswesens, der Wirtschaft).
- Personenbezogene Faktoren können z. B. Folgendes umfassen: Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale

Es bestehen generell vielseitige Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001).

Anhand der definierten Begrifflichkeit der funktionalen Gesundheit nach ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn „vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

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

(BAR: ICF - Praxisleitfaden 2 in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen >2008, Seite 11):

## 2. Allgemeines

Die Konzeption entstand entsprechend der Vorgaben der Leistungsträger in Abstimmung mit der Geschäftsführung des bwlv.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Rehabilitationsträger.

In der Fachklinik Schloz werden Frauen mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit im stationären Rahmen behandelt (genderspezifischer Ansatz).

Rechtsträger: Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH Renchen  
Geschäftsführer: Klaus Brodbeck, Stv. Nikolaus Lange  
Verwaltungsleiter: Herbert Knosp

Anschrift: bwlv Fachklinik Schloz  
Ikarusweg 14  
72250 Freudenstadt  
Tel: 07441 919505-0  
Fax: 07441 919505-44  
Email: [schloz@bw-lv.de](mailto:schloz@bw-lv.de)  
Web: [www.bw-lv.de](http://www.bw-lv.de)

Leitender Arzt und therapeutischer Leiter:

Hermann Glück, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Naturheilverfahren

Stellvertretung:

Dr. Sabine Geller, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Ursula Pohl, Verwaltungsleiterin

I.-Christiane Matz-van Almsick, Sozialtherapeutin (vdr)

## **3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung**

### **3.1 Trägerschaft und Organisationsstruktur**

Die Fachklinik Schloz Freudenstadt ist eine Klinik für Frauen mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit, in Trägerschaft des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH.

Die Fachklinik Schloz war unter ihrem Begründer maßgeblich an der Weiterentwicklung der Suchtkrankenversorgung in Deutschland beteiligt. Dieser Auftrag wird auch vom bwl programmatisch fortlaufend weiter ausgeführt und entwickelt.

Die Klinik mit ihrem multiprofessionellen Behandlungsteam wird von einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet.

### **3.2 Zielgruppe**

Frauen ab 18 Jahren, bei denen eine Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit vorliegt.

Frauen, die neben der Suchterkrankung weitere psychische und/oder körperliche Komorbiditäten aufweisen

Besonderheit:

Durch die überschaubare Größe mit 38 Behandlungsplätzen, verteilt auf zwei Häuser in einem parkähnlichen Garten, erleben die Rehabilitandinnen eine familiäre Atmosphäre in geschützter und vertrauter Umgebung.

Eine reine Frauenklinik bietet besondere Vorteile, weil Offenheit, Solidarität und das Verständnis für einander durch den Wegfall geschlechtsbezogener Interaktionen und Rollenerwartungen an das Geschlecht leichter entstehen können.

Als Wahlleistung können nach Voranmeldung und Vorbereitung von den Rehabilitandinnen in begrenzter Zahl Hunde mitgebracht werden, die jeweils mit im Zimmer untergebracht sind. Hierdurch können Frauen eine Rehabilitation durchführen, für die ohne Unterbringung und Versorgung ihres Tieres dies nicht möglich wäre (Minderung der Zugangsschwelle). Alle veterinärmedizinischen Vorschriften und Hygienemaßnahmen werden konsequent beachtet. Abgesehen von einem Freigehege müssen die Hunde kurz angeleint sein und dürfen nur eingeschränkt Räume betreten. Ein Haus ist komplett hundefrei.

### **3.3 Behandlungsplätze**

Die Fachklinik verfügt über 38 stationäre Behandlungsplätze in Einzel- und Doppelzimmern für erwachsene Frauen.

### **3.4 Kostenträger**

Deutsche Rentenversicherungen, Gesetzliche und private Krankenversicherungen, Selbstzahlerinnen

### **3.5 Lage der Einrichtung**

Die Klinik Schloz befindet sich am Stadtrand von Freudenstadt, einem bekannten Luftkurort im Nordschwarzwald, auf 700 m Meereshöhe, eingebettet in eine abwechslungsreiche und naturhafte Landschaft, in unmittelbarer Nähe zur Stadt mit ihren Kuranlagen und mit vielen Wanderwegen, die unmittelbar vor der Tür beginnen.

Die Klinik ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen und hat eine gute Anbindung an das Fernbahnnetz über Karlsruhe, Offenburg und Stuttgart.

Die Stadt mit ihren Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitaktivitäten sowie touristischen und kulturellen Angeboten im Zentrum ist zu Fuß, abhängig von der individuellen Kondition, in 20 bis 30 Minuten zu erreichen.

## 4. Rehabilitationskonzept

„Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten.“  
(Empfehlung zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (BORA) Punkt 1, Seite 2)

Grundlage hierfür ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit, bei drohender oder bereits manifester Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft. Durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Leistungen soll eine Abwendung, Beseitigung, Minderung der Beeinträchtigungen, Verhütung einer Verschlimmerung und Milderung ihrer Folgen erzielt werden.

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 weitestgehend zu reduzieren und einer Beeinträchtigung der Teilhabe bzw. dem Auftreten dauerhafter Benachteiligungen vorzubeugen.

### Therapeutische Konsequenzen

Im Verständnis der Suchtkrankheit als bio-psycho-soziales Geschehen unter Einbeziehung des Modells der funktionalen Gesundheit nach ICF ist das Behandlungskonzept der Klinik grundsätzlich und schwerpunktmäßig frauenspezifisch angelegt. Frauentypische Sozialisierungsprozesse und Lernerfahrungen, wie auch deren Folgen, stehen im Mittelpunkt der integrativen verhaltenstherapeutisch-psychodynamisch ausgerichteten Behandlung, die zusätzlich Aspekte der Systemischen Therapie mit einbezieht.

Dazu gehört neben der Auseinandersetzung mit der eigenen Identifikation und dem Rollenverständnis als Frau schwerpunktmäßig die Aktivierung der verfügbaren Ressourcen und Fähigkeiten, um mit sich selbst und der persönlichen Lebenssituation einen gesunden Umgang o h n e Suchtmittel zu finden.

Im Schutz der Klinik, in der therapeutischen Gemeinschaft und in vertrauensvoller therapeutischer Beziehung können entscheidende Impulse für eine gesunde Weiterentwicklung vermittelt und persönlich erfahren werden.

Unter den genannten rehabilitativen Zielsetzungen werden nach vorausgegangener Diagnostik, medizinische, psychotherapeutische, soziale und arbeitstherapeutische Ziele vereinbart und angestrebt.



Wir bieten folgende Leistungen:

1. 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).
2. Erstellung eines Rehabilitationsplans, der die individuellen Voraussetzungen der Rehabilitandinnen sowie die besonderen Anforderungen an sie in Beruf und Alltag einbezieht.
3. Durchführung von psychologisch-psychotherapeutischen und weiteren Therapieleistungen wie suchtspezifische Psychoedukation, Ergotherapie u. a. im Mittelpunkt der Suchtrehabilitation.
4. Zentrales Anliegen ist eine Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise, weitestgehende Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten (BORA) und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens.
5. Damit einhergehend Ausbildung neuer Fertigkeiten, insbesondere im Bereich der psychischen (Schutz-)Funktionen und Aktivitäten, ebenso der Abbau von hemmenden und die Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren.
6. Dazu gehören geeignete Trainingsmaßnahmen im Bereich der Klinik - wie auch im gewohnten sozialen und ggf. beruflichen Umfeld. Hierzu werden externe Praktika zwecks Belastungserprobung sowie berufliche Neuorientierung und therapeutische Beurlaubungen zur Realitäts- und Belastungserprobung durchgeführt. Möglichkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten werden fall- und indikationsbezogen entwickelt.
7. Die Fortführung, ggf. Anpassung der medizinischen Therapie ist gewährleistet.
8. Information über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen, aber auch die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung stellen, zusammen mit einer Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung, eine weitere Therapieleistung dar.
9. Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.
10. Einbeziehung von primären Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess der Rehabilitandinnen mit speziellem Fokus auf genderspezifische, coabhängige Interaktionsmuster – Beziehungsmuster.
11. Beratung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens.
12. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitandin.

13. Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Indikationsstellung für weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen)
14. Aufbauend auf dieser Grundlage: Vorbereitung der Rehabilitandin auf die dauerhafte Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft.

#### **4.1 Theoretische Grundlagen**

Die Kriterien der Abhängigkeit sind nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) definiert und werden als bekannt vorausgesetzt.

Im bio-psycho-sozialen Verständnis ist Suchtmittelabhängigkeit ein multifaktorielles Geschehen, das sowohl den psychischen als auch körperlichen und sozialen Bereich umfasst.

Suchtverhalten zielt generell ab auf Verminderung innerer Spannungszustände, die aus verschiedenen Quellen stammen können. Somit dient die Sucht der Affektregulierung und Regulierung der Befindlichkeit. Die Mitwirkung genetischer Faktoren wird diskutiert, bleibt aber in ihrer Bewertung kontrovers.

Die unterschiedlichen Krankheitsmodelle bzw. Therapieansätze haben gemeinsam, dass die Rehabilitandin mit Hilfe der Therapie ausreichende Bewältigungsmechanismen erwirbt in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen der äußeren Lebensrealität, aber auch mit den Anforderungen der subjektiven „Innenwelt“. Hierzu gehören auch zugrunde liegende Einschränkungen der psychischen Funktionen. Die Betroffene soll wieder befähigt werden, das Leben ohne Suchtmittel zu bewältigen und zu gestalten.

In der Suchttherapie geht es um Hilfen zur Entwicklung von Verhaltensweisen der Konfliktbewältigung unter abstinenter Bedingungen, mit Unterstützung einer positiv besetzten Abstinenzkultur bei abstintenter Grundhaltung. Ausgehend von den vorhandenen Ressourcen der Rehabilitandinnen, aber auch ihren zu akzeptierenden Grenzen wird ein möglichst hohes Maß an Autonomie, Selbstbestimmung sowie sozialen und emotionalen Kompetenzen angestrebt.

In die Therapie einbezogen werden wichtige Faktoren und Einflüsse aus Biographie und psychischen Entwicklungsbedingungen und Erfahrungen.

Daraus resultiert das Psychische Strukturniveau, welches den Entwicklungsstand bzw. Reifegrad der psychischen Funktionen und der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen beschreibt. Dabei wird in hohes, mittleres und niedriges Strukturniveau unterschieden. Als sog. Strukturelle Störungen werden psychischen Störungen bezeichnet, bei denen die Verfügbarkeit über psychische Funktionen eingeschränkt ist, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu inneren und äußeren Objekten erforderlich sind. Damit sind der innere Bezug zu sich selbst und der Bezug zur äußeren Welt und des Objekterlebens gemeint.

Strukturelle Störungen sind meistens Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen und manifestieren sich im Verhalten und Erleben des Betroffenen. Sie äußern sich durch das „psychische Innen“ sowie das „soziale Außen“. Die individuellen Fähigkeiten umfassen Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung, Steuerung des Selbst und der

Beziehungen, Emotionale Kommunikation nach innen und außen, innere Bindung und äußere Bindung.

Aus der Sicht der Lerntheorie wird der Mensch maßgeblich geprägt durch Prozesse wie Beobachtung von Reizen und sich daraus ergebenden Reaktionen, Wissenserwerb als kognitive Leistung, Lernen am Modell sowie der Erlernten Hilflosigkeit. Daraus ergeben sich Verhaltensänderungen. Misslingende Anpassung an Lebenssituation und Realität und daraus abgeleitetes Versagen der Lebensleistungen, wie Ausbildung, Beruf, Partnerwahl und Partnerschaft, Familienbildung, können zu einer Fehlanpassung führen, mit Auswirkung auf das betroffene Individuum und dessen Lebenswirklichkeit in psychischer, körperlicher und sozialer Hinsicht. Die Fehlanpassung kann sich unterschiedlich äußern: entweder als psychische oder psychosomatische Störung - ohne Einsatz von Suchtmitteln, oder als Suchtentwicklung, mit Ausbildung einer Suchtstruktur mit Einsatz des Suchtmittels.

Sämtliche sogenannte psychotrope Substanzen wirken direkt auf das Gehirn ein und verändern das Bewusstsein. Sie können eine Ersatzlösung sein bei bisher ungelösten Konflikt- und Belastungssituationen. Das Suchtmittel wird wirkungshalber eingesetzt. Zunächst kommt es zu einer Gewöhnung aus der anfänglich erlebten Entlastungserfahrung heraus. Im Verlauf entsteht eine Abhängigkeit, die als psychische Abhängigkeit beginnt und später in eine körperliche Abhängigkeit übergeht, mit entsprechender Ausbildung von Entzugssymptomen bei Unterbrechung der Zufuhr des Suchtmittels.

Das schulenübergreifende integrative therapeutische Konzept der Klinik beruht auf wichtigen Erkenntnissen und wissenschaftlich belegten Modellen der Suchtentstehung und der Suchtbehandlung.

Das Konzept orientiert sich am Selbstmanagement-Ansatz (nach Kanfer, 1996), der die Betonung auf eine ressourcenorientierte Arbeit legt, unter aktiver Einbeziehung der Rehabilitandinnen auf der Grundlage einer ausreichend tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die Förderung der Selbstkontrollkompetenzen und die Entwicklung von aktiven und selbstbestimmenden Problemlösestrategien stehen dabei im Mittelpunkt.

Das Salutogenese-Modell (nach Antonovsky, 1970, 1997) betont die Bedeutung aller Faktoren, die zur psychischen und sozialen Gesundheit beitragen, statt das Konzept der Risikofaktoren anzuwenden, das nicht Gesundheit, sondern Krankheit als Abweichung von messbaren Normen festlegt.

Wichtige Aspekte anderer Konzepte wie der Psychoanalytisch-psychodynamischen Psychotherapie, der Systemischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie werden in das Behandlungskonzept mit aufgenommen.

Als wichtiger Beitrag zur Rückfallprophylaxe werden Elemente aus der achtsamkeitsbasierten Suchttherapie (nach Marlatt, 1985; dt. Ausg. 2010) miteinbezogen. Mit Hilfe verbesserter Bewältigungskompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen durch die Therapie, können unter Berücksichtigung der individuellen Vulnerabilitätsfaktoren die rückfallbezogenen Kognitionen und inneren emotionalen Prozesse günstig beeinflusst werden.

Die integrative Behandlung in der bwlv Fachklinik Schloz orientiert sich an folgenden Prinzipien:

### **Prinzip der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung**

- Die Rehabilitandin ist motiviert, ihre bisherige Lebensart zu verändern.
- Sie übernimmt Verantwortung für die Gestaltung ihrer Therapie im Abgleich mit therapeutischen Regeln und Prinzipien.

### **Prinzip der gezielten Intervention**

- Therapeutische Interventionen werden gezielt und bedarfsorientiert bezogen auf die aktuelle individuellen Gegebenheiten der Rehabilitandin eingesetzt.

### **Prinzip der Individualität**

- Die Rehabilitandin wird in ihrer individuellen aktuellen Lebenssituation, ihren lebensgeschichtlichen Besonderheiten und in ihrer Suchtentwicklung ernst genommen. Ihr individuelles Selbstbild, ihre Hoffnungen und Erwartungen werden beachtet und in die Behandlung mit einbezogen, unter anderem durch einen individuell angepassten Rehabilitations- und Therapieplan.
- Individuelle Wünsche, Therapiezielvorstellungen, Gegebenheiten der individuellen Lebenswirklichkeit werden auf die realen Verhältnisse und Möglichkeiten hin gemeinsam überprüft. So können daraus persönlichkeitspezifische sowie Alltags- und Lebenswelt bezogene Konsequenzen abgeleitet werden.

### **Prinzip der ganzheitlichen Betrachtung und ganzheitlichen Therapie**

- Die Rehabilitandin wird mit ihren individuellen Ressourcen und Einschränkungen sowie ihrem bio-psycho-sozialen Kontext wahrgenommen und gesehen und in einem individuellen spezifischen Kontext. Dieses mehrdimensionale ganzheitliche Prinzip gilt als Grundlage für die multidisziplinäre Arbeit in Diagnostik und Behandlung.

### **Frauenspezifischer Ansatz:**

Frauenspezifisch heißt für die Behandlung nach unserem Konzept, Frauen im eigenen Selbstverständnis und auch in ihrem Rollenverständnis zu fördern entsprechend des Wandels des Frauenbildes. Dazu gehören Anregung und Unterstützung bei der Entwicklung von mehr Sicherheit und Eigenständigkeit. In der Therapie werden frauenspezifische Probleme und Belastungsfaktoren schwerpunktmäßig aufgegriffen und gewürdigt. Wichtige Erkenntnisse und Aspekte aus der Gender-Forschung werden in der frauenspezifischen Suchtbehandlung berücksichtigt.

Die therapeutische Gemeinschaft der Klinik stellt den äußeren Rahmen und Schutzraum, um sich zu öffnen, Einblicknahme zuzulassen und selbst Einblick zu nehmen in Innenvorgänge und übernommene Rollen und Identifikationen. Dazu trägt eine beständige und konsequente Betreuung durch eine/n Bezugstherapeuten/in wesentlich bei. Therapeutinnen und auch Therapeuten können bei diesem Prozess der Förderung von eigener Identität, Autonomie und Selbstwert Identifikationsmodell sein. Der Wunsch der Rehabilitandin nach einer weiblichen Bezugstherapeutin oder einem männlichen Therapeuten wird soweit wie möglich berücksichtigt.

Wichtige Themen in der Suchtbehandlung von Frauen sind:

- Persönlichkeitsentwicklung und Einfluss nehmende Faktoren
- Autonomie und Abhängigkeit
- Rollenverständnis und Identität
- Selbstfürsorge und Selbstachtung
- Einstellung und Verhältnis zum eigenen Körper
- Partnerschaft und Familie
- Beruf und Arbeitswelt
- Gesellschaftlich-soziale Bedingungen

Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen werden gesellschaftlich stärker stigmatisiert, woraus sich häufiger Schamgefühle entwickeln. Frauen neigen aufgrund ihrer Sozialisierung und den verinnerlichten Werten in der Regel stärker zu Schuldgefühlen.

Frauen erhalten oft wenig familiäre Unterstützung. Sie leben häufiger in materiellen und emotionalen Abhängigkeiten und erleben sich häufiger hilflos und ohnmächtig. Es entstehen Rollenkonflikte zwischen Anpassung und Selbstverwirklichung.

Frauen definieren ihren Selbstwert stärker über Beziehungen als Männer. Beziehungsprobleme führen häufig zu Stress, dem oft mit Suchtmitteln begegnet wird.

Frauen haben oft ein ambivalentes bzw. gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper, was sich unter anderem in Essstörungen widerspiegelt, die bei Frauen statistisch gesichert häufiger auftreten.

„Süchtige Frauen leben häufig in stabilen >>Suchtpartnerschaften<< (etwa 77%), d. h. der Partner ist ebenfalls süchtig“ (Geschlecht und Sucht, Hrsg.: Doris Heinzen-Voß, Heino Stöver)

Auf Grund von sexuellen Grenzüberschreitungen können sich posttraumatische Belastungsreaktionen, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Angst und Panikattacken einschließlich latenter oder offener Suizidalität entwickeln, mit oft nachhaltigem Störeinfluss auf Lebensgestaltung, Lebensbewältigung und soziale Teilhabe (ca. 30 % oder mehr der süchtigen Frauen). Die Auseinandersetzung mit sich selbst und der Austausch mit anderen Frauen im beschützenden Rahmen der Klinik in einer reinen Frauengruppe kann oft einen sinnvollen und direkten Weg eröffnen, das Bild von sich selbst und den eigenen Rollenvorstellungen zu verstehen und korrigierend zu verändern. Neue und bisher fehlende/ unbekannte Erfahrungen werden möglich im akzeptiert sein und angenommen werden.

Das Erlebnis der Solidarität unter Frauen mit oft ähnlichen Erfahrungen wie auch der sehr persönliche und sich gegenseitige unterstützende und helfende Austausch darüber ist für viele Rehabilitandinnen eine bisher unbekannte Dimension in ihrem Leben. Daraus können sich richtungweisende und maßgebliche Impulse für die Therapie, die ambulante Weiterbehandlung und die Zeit danach ergeben, oft als Schlüsselfunktion mit Schrittmacherbedeutung für die weitere Entwicklung. Viele Rehabilitandinnen berichten am Ende der stationären Behandlung von bisher nicht gekannten positiven Erfahrungen innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft, die Mut machen zu weiteren Schritten.

Diesem Selbsterfahrungsaspekt in vielfältiger Form kommt daher als Besonderheit der Klinik eine wichtige Bedeutung zu bei der Suchtbehandlung und Rückfallprophylaxe.

Die teilweise vorgebrachte Kritik der überholten Geschlechtertrennung, wie vormals in Kliniken üblich, kann erfahrungsgemäß rasch aufgelöst werden.

Neben dem Selbsterfahrungsaspekt in der therapeutischen Gemeinschaft der Klinik, der sich im ambulanten Setting in dieser Form nicht erzielen lässt, und dem Erleben der Solidarität untereinander, können neue Erfahrungen eines verbesserten Abgrenzungs- und Selbstbehauptungsvermögens durch die Therapie gehören, mit teilweise bahnbrechender und richtungweisender Bedeutung. Diese Erfahrungen mit entsprechend positiver Auswirkung können im ambulanten/teilstationären Bereich weiter entwickelt werden.

Nicht selten gehen die Belastungen mit sexueller Traumatisierung und anderen Gewalterfahrungen einher. In der diagnostischen Phase wird der Frage nach einem möglichen Zusammenhang mit erlebter sexueller oder anderer Gewalt einfühlsam nachgegangen. Die betroffenen Frauen bleiben nicht auf den Opferstatus reduziert, sondern werden als mehr umfassende Persönlichkeiten begriffen. Wege zu einem besseren Umgang mit sich und den traumatischen Erfahrungen werden anhand der Leitlinien der Traumatherapie aufgezeigt und in das Lebenskonzept der Rehabilitandin miteinbezogen.

### **Konsummotive bei Frauen und Funktionalität des Suchtmittels:**

Für Frauen sind spezifische Konsummotive wissenschaftlich gesichert worden, die während des hiesigen Behandlungsaufenthaltes als individuelle Besonderheiten mit den betroffenen Frauen anamnestisch erfasst und lösungsorientiert therapeutisch bearbeitet werden.

#### Konsum-Motive:

- Rollenerwartungen an die moderne Frau in Verbindung mit eigenem Selbstanspruch der Frauen als „Multi-Talent, dadurch Mehrfachbelastung mit der Folge von Erschöpfung, Überlastung, Überforderung und sozialer Fremdbestimmtheit wie auch ggf. Isolierung
- Suchtmittel zum Erhalt und zur Unterstützung von Funktionsfähigkeit und Beseitigung von negativen Stimmungen oder auch sich zu belohnen
- Rollenverlust und Identitätskrise bei Ablösung der Kinder: empty-nest-syndrom
- Erziehung zu Anpassung und passivem Verhalten mit der Folge der Störung einer gesunden aggressiven Entwicklung
- Unsicherheit und Ambivalenz im Verhältnis zum eigenen Körper, verstärkt durch Schönheitsideale und Normen der Öffentlichkeit und Medien
- Aufhebung der Generationsgrenzen mit Rollenkonfusion und damit einher gehende erschwerte Ablösung und Autonomisierung
- Konfliktbereiche in Partnerschaft und Familie mit ungenügendem Abgrenzungs- und Durchsetzungsvermögen
- Frühe Parentifizierung infolge unzureichender Betreuung und Fürsorge (Bemutterung) durch oft selbst unzureichend befähigte oder unzureichend präsente Mutter oder Vater, unter Abtretung eigener Bedürfnisse und Anliegen
- Entwicklung eigener Suchtmittelabhängigkeit bei Coabhängigkeit im Zusammenleben mit suchtkranken Partnern, Kindern und/ oder Eltern

### Funktionalität und Effekt des Suchtmittels:

- Ermöglichung illusionär-narzisstischer Gefühle von Freiheit und Unabhängigkeit
- „Ausbruch“ aus gesellschaftlichen Zwängen und Konventionen
- Selbstmedikation und Selbstheilungsversuch bei Krisen, Konflikten und Störungen, bei psychosomatischen, somatischen und psychischen Komorbiditäten wie Schmerzen, Ängste, Depressionen, Essstörungen, Gewalterleben, Missbrauch, Selbstunsicherheit, Selbstwertproblemen und Einsamkeitsgefühlen, etc.
- Dämpfung bzw. Abstumpfung gegenüber schwierigen oder gewalttätigen Beziehungserfahrungen einschließlich Reduktion damit zusammenhängender, oft schmerzhafter sexueller Dysfunktionen und Dystonien
- Versuch der Affektregulierung in Ermangelung anderer Möglichkeiten: Schuld- und Schamgefühle, aggressive Gefühle, Unsicherheiten und Ängste, Verlustängste, Trauer, Einsamkeit, aber auch Verstärkung positiver Gefühle und Belohnungsaspekte

Die Bearbeitung von Themen wie beispielsweise Partnerschaft, Trennung bzw. Scheidung, Mutter-/ Tochter-/ Sohn-Beziehungskonflikte, unerfüllter Kinderwunsch, Schwangerschaftsabbruch, Adoption, sexuelle Gewalt und Grenzverletzungen, Belästigung am Arbeitsplatz, sexuelle Identität und Prostitution sind wichtige Ansatzpunkte für den psychotherapeutischen Teil im Rehabilitationsprozess. Hinzu kommt die im günstigen Fall lösungsorientierte Auseinandersetzung mit Belastungen in der Primärfamilie, die oft prägende Auswirkungen zeigen und den bisherigen lebensgeschichtlichen Verlauf wesentlich mitbestimmt haben.

### **Besonderheiten dieser Klinik mit frauenspezifischem Setting:**

Bei Behandlung in einer Fachklinik ausschließlich für Frauen, können durch das spezifische Setting besondere Wirkfaktoren genutzt werden. Viele Frauen wünschen von sich aus die Behandlung in einer überschaubaren reinen Klinik ausschließlich für Frauen.

### Als Wirkfaktoren sind zu nennen:

- Sozial entspannteres Setting infolge Wegfall geschlechtsbezogener Interaktionen
- Keine Unterrepräsentation als Frau wie in gemischten Kliniken, dadurch erlebte Benachteiligung
- Keine Rollenerwartung an das Geschlecht in der therapeutischen Gemeinschaft
- Keine Dominanz von männlichen Verhaltensweisen im Umgangstil und in der Vorgabe von Themen
- Keine Täter-Opfer-Kollusion bei traumatisierten Frauen infolge Gewalt durch Männer
- Offener Raum für „Frauenthemen“: Partnerschaft, Familie, Körper, Weiblichkeit, Sexualität und Gewalt
- Beschäftigung mit scham- und schuldbesetzten Themen wie Gewalterfahrung, Gewaltimpulse und Sexualität im geschützten Rahmen
- Erfahrung von Unterstützung und Solidarität durch andere Frauen
- Beachtung der weiblichen Art von Wahrnehmung, Empfindung, Verarbeitung und Umgang damit Förderung des Abbaus von Hemmungen und Ängsten
- Verbesserung und Stärkung der interaktionellen Fähigkeiten und Selbstachtung
- Stärkung der Selbstkompetenz, der emotionalen Differenzierung, der Kreativität und Genussfähigkeit in der Frauengruppe
- Zugewandte und offene Atmosphäre, mütterlich-therapeutisches und freundlich stützendes Klima, Anteil nehmende und interessierte Konfrontation

## **Suchtmittel und psychische Komorbiditäten**

Der Konsum von Alkohol kann zahlreiche psychische Folgeerkrankungen (mit-) verursachen. Art und Ausprägung differieren dabei sehr stark. Neben der Abhängigkeitserkrankung ist es daher wichtig, komorbide psychische Erkrankungen zu erfassen. Häufig sind affektive Störungen, aber auch Psychosen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen mit chronischem und hoch dosierten Alkoholkonsum assoziiert (Weaver et al. 2003). Auch Gewalterleben unterschiedlichster Form steht im engen Zusammenhang zu Suchtmittelkonsum. Abhängigkeitserkrankte mit psychischer Komorbidität weisen darüber hinaus eine Reihe von neuropsychologischen Leistungseinschränkungen auf, die ohne ausreichende diagnostische Erfassung zu suboptimalen Therapien und Behandlungsergebnissen führen (Evert & Oscar-Berman 1995, Weaver et al. 2003).

Unter rehabilitations-medizinischen Gesichtspunkten sind neben der Diagnose der Suchtstörung, komorbide psychische Störungen zu beachten und in die Behandlung gezielt einzubeziehen, eine besondere Herausforderung für die Therapie. Die Symptome dieser Störungen können die direkte Folge des exzessiven Konsums sein und bei Abstinenz von selbst abklingen (Brown et al. 1995) oder sind unter Konsum inapparent und treten erst mit der Abstinenz auf.

## **Suchtmittel und Persönlichkeitsstörungen**

Heute werden Persönlichkeitsstörungen vorwiegend als Ergebnis biologischer, psychischer und sozialer Komponenten gesehen.

Nachweislich besteht eine sehr hohe Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen („Alkoholiker erfüllen in bis zu 80 % der Fälle die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung“, Feuerlein, 1998, S. 69). Wissenschaftliche Statistiken geben bisher nur wenig Auskunft über frauenspezifische Störungen, insbesondere über histrionische, weiblich narzisstische, dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen, was für unsere therapeutische Arbeit und therapeutische Haltung jedoch ausschlaggebend ist. Ferner werden diese Erhebungen deutlich durch die Überschneidungen und Übergänge der diagnostischen Kriterien bei Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung beeinflusst.

Persönlichkeitsstörungen sind allgemein gekennzeichnet durch tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in rigiden, schwer veränderbaren Formen des inneren Erlebens, der Kognitionen und des interpersonellen Verhaltens zeigen. Die Betroffenen sehen ihre Störung oft als Teil ihrer Identität und haben große Schwierigkeiten, Veränderungen zuzulassen.

Eine ausführliche Anamnese und Diagnostik helfen dabei, eventuelle, für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen typische Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit zu vermeiden. Die Behandlung der Rehabilitandin verlangt sorgfältige und störungsspezifische Therapieangebote und Therapiebeziehungsgestaltung.

## **Suchtmittel und Depression**

Etwa ein Fünftel der Bevölkerung erkrankt mindestens einmal im Laufe des Lebens an einer depressiven Störung wobei Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer.

Neue epidemiologische Studien weisen auf die spezifische Rolle affektiver Störungen bei der Entwicklung weiblicher Abhängigkeitserkrankungen hin, wobei die Komorbidität von



Suchtmittelabhängigkeit und affektiven Störungen multifaktoriell bedingt ist. Jede Erkrankung kann primär, sekundär oder auch unabhängig voneinander auftreten.

Bei dieser Klientel mit depressiven Störungen in unterschiedlicher Ausprägung finden sich häufig Erschöpfung, Antriebsstörungen und Leistungseinbußen als Kernsymptome, oft in Verbindung mit Rückzugsverhalten, Gleichgültigkeit, Apathie, Angst und Verzweiflung. Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit erweitern oft das Spektrum der Symptome. Bei Personen mit komorbiden depressiven Störungen sollte eine intensivere Intervention angewendet werden, da die Betroffenen üblicherweise von schweren gesundheitlichen Problemen betroffen sind und eine ungünstigere Prognose aufweisen, als Personen mit einer Erkrankung.

### **Suchtmittel und Angst**

Angustzustände gelten als häufig zu beobachtendes Begleitsymptom der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, die in aller Regel nach absolvierter körperlicher Entgiftung wieder nachlassen.

Verschiedene Grundformen der Angst, wie z. B. soziale Ängste, Panikattacken oder Phobien können jedoch auch schon vor der Suchterkrankung vorhanden gewesen sein und wesentlich zu einer Abhängigkeitsentwicklung im Sinne einer Bewältigungsstrategie mit beigetragen haben.

### **Suchtmittel und Psychosen aus dem affektiven und schizophrenen Formenkreis**

Der Zusammenhang zwischen Suchtmittelabhängigkeit und Psychose in den unterschiedlichen Ausprägungen ist komplex und vielschichtig. Zahlreiche klinische und epidemiologische Veröffentlichungen dokumentieren, dass ca. ein Viertel aller paranoid-halluzinatorisch kranken Menschen einen Substanzmissbrauch, in erster Linie mit Alkohol, zunehmend auch mit Cannabis betreiben. Suchtmittel können die Erstmanifestation einer Psychose auslösen, oder werden als Selbstbehandlungsversuch eingesetzt, bevor eine Fachbehandlung aufgenommen wird.

Menschen mit Psychosen leiden oft unter einer Vielzahl von Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen, wie Wahrnehmung und Verarbeitung des Wahrgenommenen, des Denkens, des Verhaltens und Handelns. Sogenannte Basisstörungen mit basaler Einschränkung von Aufmerksamkeit, Kognition, Konzentration, Merkfähigkeit, kognitiver Differenzierung, Informationsverarbeitung und Konzeptbildung können zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensbewältigung und der Teilhabe an der Gesellschaft führen. Bereits einfache Tätigkeiten des Alltags, wie Körperpflege, Ankleiden, Selbstversorgung, Zeit- und Tagesstrukturierung können für die Betroffenen zu einem Problem werden.

Bei Rehabilitandinnen mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose wird eine leitlinien-gerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für beide Störungen angeboten. Die psychosozialen Gegebenheiten im Vorfeld der Maßnahme wie auch anlässlich Vorbereitung für die poststationäre Zeit werden miteinbezogen.

Die Mittel der Suchtnachsorge sind für komorbide Störungsbilder nicht immer ausreichend. Deshalb stellt eine Vernetzung mit den psychiatrischen Institutsambulanzen und den wohnortnahen sozial-psychiatrischen Diensten einen wichtigen Beitrag zur Rückfallprophylaxe dar.

Die therapeutische Beziehung kann eine Atmosphäre von Vertrautheit und Geborgenheit schaffen und somit eine Basis bilden, um vorhandene Ängste der Rehabilitandin schrittweise abzubauen und ihre Integration in die Therapie und den Klinikalltag zu erleichtern. Die eher familiäre Klinikstruktur, die überschaubare Größe der Einrichtung und das ruhige Milieu können unterstützend wirken.

### **Suchtmittel und Gewalterfahrung**

Frauen erleben signifikant häufiger Gewalt in unterschiedlicher Form. Im Sinne eines Bewältigungsversuchs besteht zwischen Suchtmittelkonsum und Gewalterleben in Kindheit und auch später ein enger Zusammenhang. Gewalterfahrung wird oft als Trauma erlebt. Der Einsatz von Suchtmitteln wie auch süchtige Verhaltensweisen sind als Versuch der Selbstmedikation und Selbstheilung zu verstehen.

### **Die Bedeutung der Vermittlung von Sucht- und Gesundheitswissen und Psychoedukation**

Informationen und Wissen über therapierelevante Themen nehmen in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aufgrund der zunehmenden Komorbidität einen wichtigen Raum ein.

Psychoedukation dient der Motivierung zur Verhaltensmodifikation und dem Aufbau gesundheitsfördernder Einstellungen, mit daraus abgeleiteter Grundhaltung.

Psychoedukation vermittelt Informationen über die Krankheit, deren Entstehung, das Krankheitsverständnis und die Krankheitsbewältigung. Dabei dient das Modul der grundsätzlichen Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses und zeigt Möglichkeiten der persönlichen Einflussnahme auf das Krankheitserleben und -verhalten auf. Als Themen stehen Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten zum Abbau von Risikoverhalten und insbesondere zur Rückfallprävention im Mittelpunkt. Ziel ist es, das Wissen praxisbezogen zu vermitteln, mit konkreten Hinweisen und Anleitungen zur Umsetzung auf der lebenspraktischen Verhaltens- und Funktionsebene.

Salutogenetische Aspekte werden besonders berücksichtigt, um Einsicht in den Zusammenhang zwischen Krankheit, Lebensgewohnheiten und Lebensart auf der einen, wie auch Gesundheit, Maßnahmen und Konsequenzen zur Förderung von Gesundheit und ihres Erhalts auf der anderen Seite sichtbar zu machen.

Weiterführende Literatur und Selbsthilfebücher werden vorgestellt, die zur Vertiefung und Selbststudium größtenteils aus unserer Hausbibliothek entliehen werden können.

## 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

### Indikationen:

- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit
- Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, kombiniert
- Alkohol und/oder Medikamente mit Nebendiagnose THC
- Alkohol und Medikamente mit Komorbiditäten
- Alkohol und/oder Medikamente mit längerer Abstinenz von sonstigen illegalen Drogen

### Mitbehandelt werden neben der Suchtstörung weitere Komorbiditäten:

- Ängste und Phobien
- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen, v. a. nach sexuellem Missbrauch und anderen Gewalterfahrungen
- Psychosen aus dem schizophrenen oder affektiven Formenkreis im weitgehend remittierten Zustand, ohne akute Symptomatik

### Kontraindikationen:

- Akute Psychosen mit Produktivsymptomen
- Psychosen mit schweren Basisstörungen
- Schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen
- Schwere hirnorganische Beeinträchtigungen
- Emotional instabile Zustandsbilder ohne ausreichende Selbstverfügbarkeit
- Akute Suizidalität
- Schwere körperliche Beeinträchtigungen

### Aufnahmevoraussetzungen:

- Vorheriger Entzug, Abstinenz bei Aufnahme
- Vorhandene Kostenzusage
- Rehafähigkeit und Behandlungsbereitschaft

## 4.3 Rehabilitationsziele

- Wiederherstellung bzw. Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- Therapeutische Leistungsangebote zur Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit, unter Abklärung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Reaktivierung alter und Erwerb neuer Fähigkeiten zur Auseinandersetzung mit den beruflichen Anforderungen und strukturellen, wie auch organisatorischen Voraussetzungen und Bedingungen am Arbeitsplatz.
- Zufriedene Abstinenz
- Erreichung und Erhaltung einer stabilen Abstinenzmotivation und Abstinenzfähigkeit
- Seelische, körperliche und soziale Gesundheit
- Regeneration, Stabilisierung und Gesundung auf der Grundlage der medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen mit dem Ziel der Abwendung, Beseitigung und Minderung von Beeinträchtigungen der Körper- und seelischen Funktionen
- Berufliche und soziale Wiedereingliederung/ Teilhabe
- Soziale Beratung und soziales Kompetenztraining

- Wiedereingliederung ins Erwerbsleben
- Kontakte zu Arbeitgebern und Arbeitsagenturen und Förderung der Teilhabe mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Integration
- Eigenverantwortliche Lebensgestaltung und Teilhabe Wahrnehmung und Realisierung eigener Lebensziele und Bedürfnisse Verbesserung der Integration in Partnerschaft, Familie und Gesellschaft
- Entwicklung einer Sinn gebenden Freizeitgestaltung
- Verbesserung der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit

Die Therapieziele werden individuell festgelegt unter Berücksichtigung der aktuellen Lebenssituation, der Suchtgeschichte und sonstigen Krankheitsgeschichte, des lebensgeschichtlichen Hintergrundes wie auch der verfügbaren Ressourcen, Potentiale und Aktivitäten.

Mit Hilfe therapeutischer Anregung und Unterstützung lernt die Rehabilitandin, sich ressourcen-orientiert zu betrachten und kennenzulernen. Spezifische, bevorzugt weiblich konnotierte Eigenschaften - wie beispielsweise Fürsorge für Andere, Wahrnehmung und Zulassung von Gefühlen - als Ressource im Sinne der Selbstsorge für sich und den eigenen Heilungsprozess zu entdecken und zu nutzen.

Dazu gehört eine Förderung der Selbstwirksamkeit, der Selbstakzeptanz und Aktivierung der Selbstheilungskräfte. Die Rehabilitandin soll Eigenanteile bei konflikthaften Anpassungsstörungen und Beziehungsproblemen erkennen, um sich diesen Anteilen zu stellen, einschließlich den damit verbundenen Ambivalenzen und notwendigen Lernschritten in Hinblick auf Lösungen. 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. Sie soll Grenzen, Hindernisse, Einschränkungen und Defizite berücksichtigen können.

### **Wichtige Zielsetzungen:**

- Zugang zu den eigenen Emotionen, um sie selbst wahrnehmen, benennen und ihnen nachgehen zu können
- Verbesserung der affektiven Ich-Funktionen zwecks Selbstregulierung und Steuerung der Emotionen und Affekte ohne Suchtmittel
- Wahrnehmung und Integration negativ besetzter Gefühle und Affekte wie Angst, Hilflosigkeit, Ärger und Wut
- Wahrnehmung und Realisierung der eigenen Bedürfnisse und Bedürftigkeiten
- Stärkung der Ich-Identität und Ressourcen
- Aktive Ressourcenorientierung statt Kampf gegen süchtiges Verlangen in der selbst vorgenommenen Bewertung als mangelhaftes Individuum
- Neuorientierung im Rollenverständnis als Frau mit Bearbeitung von Rollenkonflikten im persönlichen und beruflichen Umfeld
- 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

## 4.4 Rehabilitationsdauer

### **Regelbehandlung :**

15-16 Wochen

### **Kurzzeitbehandlung :**

8 Wochen

### **Kombi-Behandlung:**

- 8 Wochen stationäre Phase  
mit anschließender ambulanter Phase von 6 Monaten
- oder 8 Wochen stationäre Phase
- mit anschließender ganztägig ambulanter Phase über 8 Wochen

Die Fachklinik Schloz Freudenstadt übernimmt den stationären Behandlungsteil als stationäre Initialbehandlung einer ambulanten oder ganztätig ambulanten Rehabilitation. Die Behandlungsdauer richtet sich nach der erteilten Kostenzusage des Leistungsträgers. Die stationäre Behandlung kann in begründeten Fällen verkürzt oder verlängert werden, in Absprache mit der Rehabilitandin und gegebenenfalls der Zustimmung des Leistungsträgers.

Die durch den Leistungsträger vorgegebene Therapiedauer wird im Therapieplanungsgespräch und mit der Rehabilitandin geprüft und, sofern weder der Behandler oder die Rehabilitandin keine Einwände haben, beibehalten.

Zu überprüfen während des Behandlungsverlaufs sind:

- Verkürzung oder Verlängerung der Behandlung oder einzelner Phasen, da die Zielerreichung bereits abgeschlossen ist oder durch Zeitmangel gefährdet scheint
- Beantragung weiterführender Maßnahmen: Ambulante Suchtnachsorge, Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz, Adaption, Tagesklinik, Betreutes Wohnen
- Vorzeitige Beendigung bei Stillstand, mangelnder Mitwirkung der Rehabilitandin, bei Unfähigkeit, Abstinenz einzuhalten.

## 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Anforderungen des ICF Grundlage bieten die Basis für die individuell durchzuführende Therapieplanung. Dazu werden diagnostische Daten erhoben und es erfolgt ein Assessment der bestehenden Fertigkeiten in den verschiedenen therapeutischen Bereichen.

Grundlegendes Ziel der Rehabilitation ist: „Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten“ (BORA - Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker). Hierzu werden diagnostische Daten, sowie ein Assessment der berufsbezogenen Fertigkeiten erhoben. Es folgt eine berufsorientierte, mit der suchtbezogenen Rehabilitation verzahnte Behandlungsplanung im Sinne von BORA. Die konkrete Umsetzung geschieht im Rahmen der Ergo- und Arbeitstherapie sowie externen Praktika. Für Rehabilitandinnen, die zur Zeit keine Arbeit haben oder deren Arbeitsplatz gefährdet oder gekündigt ist, besteht die Möglichkeit von BOSS (Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen) in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad.

Die Berücksichtigung der Schwere einer komorbiden Störung kann durch eine Verknüpfung rehabilitativer Angebote mit Angeboten der akuten psychiatrischen Versorgung oder anderweitiger fachärztlicher Leistungen sichergestellt werden.

Im Rahmen von Therapiekonferenzen werden die Schwerpunkte sowie die inhaltlichen und zeitlichen Abläufe mit der Rehabilitandin und dem maßgeblichen Therapeuten vereinbart. Bezugstherapeuten fungieren dabei als Case-Manager.

Die Behandlung verläuft in mehreren unterscheidbaren Phasen:

Die Eingangsphase dient dem Assessment, der Diagnostik, der Festlegung erster Ziele und dem Kennenlernen der Behandlungsmöglichkeiten. Am Anfang der zweiten Aufenthaltswoche erfolgt im Rahmen der interdisziplinären Eingangsbesprechung die individuelle und indikative Therapieplanung unter Berücksichtigung aller Therapiebausteine. Diese wird abhängig von der jeweiligen Verweildauer in den ersten Aufenthaltswochen besonders fokussiert überprüft und bei Bedarf entsprechend angepasst.

In der zweiten Phase erfolgt die Umsetzung der geplanten Therapiemaßnahmen entsprechend den Indikationen, einschließlich der Überprüfung der vereinbarten Ziele und deren Modifizierung. Diese Phase dient:

- Der Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung und enthält vor allem bei Rehabilitandinnen ohne Arbeitsplatz einen klaren arbeitstherapeutischen Anteil (Arbeitsbezogene Indikative Gruppen, interne und externe Belastungserprobung). Bei Rehabilitandinnen mit Arbeitsplatz wird in dieser Phase der Kontakt zum Betrieb aufgenommen, um den Wiedereintritt in die Arbeit festzulegen bzw. ausreichend Zeit für evtl. Vorklärunen zu haben.
- Der Klärung einer sinnvollen Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung
- Der Aufarbeitung der Sucht und den Hintergründen, die zur Entwicklung der Sucht führten, im Rahmen der Psychotherapie und den verschiedenen psychoedukativen Maßnahmen.

In der dritten und letzten Phase liegt der Fokus auf:

- Klärung der Nachsorge bzw. weiteren Maßnahmen
- Der Ablösung von der Klinik

In den letzten zwei Aufenthaltswochen erfolgen eine interdisziplinäre Abschlussdiagnostik sowie Abschlussgespräche in den einzelnen Therapiebausteinen. Diese dienen zum einen einer differenzierten Auswertung und Wertschätzung des von der Rehabilitandin geleisteten Rehaprozesses als auch dem Abschiednehmen von der Klinik.

Die Phasendauer richtet sich u.a. nach der geplanten Behandlungsdauer. Der Ablauf wird zunehmend bestimmt durch die persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten und Freiräume im Sinne des Selbstmanagements. Übergänge in die nächste Phase sind sowohl an die Aufenthaltsdauer gebunden, aber auch Ergebnis bestimmter inhaltlicher Fortschritte und Leistungen. Speziell bei Krisen oder nach Rückfällen kann bis zur Restabilisierung eine Phase länger dauern, eine Verlängerung, mitunter aber auch eine Verkürzung der Rehabilitationsmaßnahme, erforderlich sein.

## 4.6 Rehabilitationsprogramm

### Behandlungskonzept

(s. auch Allgemeiner Therapieplan im Anhang)

Das integrative therapeutische Konzept der Fachklinik Schloz bezieht neben dem bio-psycho-sozialen Verständnis der Suchterkrankung das Konzept der funktionalen Gesundheit nach ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health (= Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) mit ein und stellt in seiner konkreten Anwendung somit eine wichtige konzeptionelle Schnittstelle der verschiedenen Dimensionen auf der Symptom - und Behandlungsebene dar.

Der Konsum von Alkohol kann zahlreiche psychische und somatische Folgeerkrankungen (mit-) verursachen. Art und Ausprägung können von Person zu Person sehr stark differieren. Neben der Diagnose der Alkoholkonsumstörung ist deshalb eine Erfassung komorbider psychischer und alkoholbedingter somatischer Erkrankungen wichtig.

Vor diesem Hintergrund ist das therapeutische Angebot multimodal gegliedert und umfasst folgende Bereiche:

#### Allgemeinmedizin:

- Behandlung von bestehenden allgemeinmedizinisch-internistischen Erkrankungen
- Diagnostik und Behandlung interkurrenter körperlicher Störungen

#### Psychiatrie:

- Diagnostik und Behandlung zugrundeliegender oder komorbider psychiatrischer Störungen (wie Angststörungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Psychosen aus dem schizophrenen und bipolaren Formenkreis im remittierten Zustand)
- Psychoedukation
- Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung

#### Psychotherapie:

- Verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Verfahren
- Tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierte Verfahren
- Elemente aus der Systemischen Psychotherapie
- Entspannungsverfahren und Stressbewältigung
- Körperorientierte Verfahren
- Kreative Verfahren
- Systemische Kunst- und Gestaltungstherapie
- Integrative Tanztherapie

#### Soziotherapie:

- Förderung und Entwicklung der sozialen Kompetenzen
- Sozialberatung und Sozialtraining
- Förderung der beruflichen Integration
- Förderung der sozialen Teilhabe und Freizeitgestaltung

### **Arbeitstherapie:**

- Training grundlegender und spezifischer Fertigkeiten des Erwerbslebens
- Grundarbeitsfähigkeiten
- besondere berufliche Fähigkeiten
- soziale Fähigkeiten
- Selbstbild
- realitätsnahe Überprüfung des körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsvermögens (siehe BORA)

### **Ergotherapie:**

- unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist es, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. (DVE 08/2007)

Dementsprechend erfolgt eine mehrdimensionale Diagnostik auf unterschiedlichen Ebenen:

- Suchtspezifische Diagnostik
- Somatische Diagnostik
- Psychische Diagnostik
- Soziale Diagnostik
- Diagnostik der Selbstfürsorge im Sinne einer angemessenen Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung
- Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik

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 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.

### **Kombitherapie mit verschiedenen Behandlungsmodulen:**

Mit der als Kombitherapie durchgeführten Behandlung abhängigkeitskranker Menschen soll die bisher relativ starre Regelung zwischen den Angeboten ambulanter und stationärer Therapie mit der Anwendung von ambulanten, ganztägig ambulanten (teilstationären) und stationären Therapiemodulen flexibler, indikationsbezogener und auf den individuellen Bedarf besser abgestimmt gestaltet werden.

Damit kann ein Gesamtbehandlungsangebot realisiert werden, in dem der ambulante Teil der Maßnahme in Nähe zum Wohnort durchgeführt wird und die Kontextfaktoren der Lebenswirklichkeit der Rehabilitandinnen besser berücksichtigt (Analog den Vorgaben des ICF) werden. Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den ambulanten, ganztägig



ambulanten und stationär arbeitenden Einrichtungen wie auch mit den Leistungsträgern kann verbessert werden.

Beim Kooperationsmodell der Kombibehandlung geht es vorrangig um eine enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung der verschiedenen Leistungserbringer, um den unterschiedlichen Anforderungen an eine Behandlung Abhängigkeitskranker gerecht zu werden.

Eine verbindliche Kooperation wie auch klare Koordination der einzelnen Maßnahmen im Behandlungsplan mit gemeinsamem Behandlungsziel durch die verschiedenen Leistungserbringer ist zwingende Voraussetzung. Dazu gehört die wechselseitige Abstimmung der beteiligten Bezugstherapeuten/innen. Diese Abstimmung erfolgt seitens der aktuellen Bezugstherapeut/in gegenüber der vorbehandelnden Stelle und der nachbehandelnden Stelle jeweils bei Aufnahme und Entlassung wie auch bei Bedarf im Verlauf, persönlich oder alternativ per Telefon wie auch in schriftlicher Form.

Die Fachklinik Schloz als Anbieter der stationären Phase nimmt bei Aufnahme einer Rehabilitandin mit Kostenzusage einer Kombi-Behandlung zwecks Übergabe aktiv Kontakt mit dem Vorbehandlern auf, idealerweise von Bezugstherapie zu Bezugstherapie. Nach Bedarf finden im Verlauf weitere Kontakte statt, in der Regel in Kooperation mit der Rehabilitandin. In der Endphase der stationären Behandlung erfolgt umfassend die mündliche und schriftliche Übergabe an die Kollegen der nachgehenden Behandlung.

#### **Zielgruppe für die Kombitherapie:**

Die Kombinationsbehandlung wird für Rehabilitandinnen angeboten, für die eine ambulante Rehabilitation allein nicht erfolgversprechend oder ausreichend wäre, bei denen jedoch absehbar ist, dass sie nach einer initialen stationären Behandlungsphase in der Lage sein werden, ihre Behandlung ambulant fortzusetzen.

Indikationskriterien wie auch Ziele der rehabilitativen Versorgung finden sich im „Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV und der gesetzlichen KV zur Kombinationsbehandlung vom 14.11.2014“.

#### **Aufnahmebedingungen für die Kombibehandlung:**

- Bestehender regelmäßiger Kontakt zu der kooperierenden Beratungsstelle oder einer anderen kooperierenden Einrichtung.
- Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Leistungsträger durch die zuweisende Einrichtung.
- Kombinierte Leistungszusage des Kostenträgers für die einzelnen Behandlungsphasen.
- Aussagekräftige Vorinformation zum Störungsbild und zur Krankheitsgeschichte.
- Sozialbericht der zuweisenden Beratungsstelle.
- Einverständniserklärung der Rehabilitandin zur Behandlung auf freiwilliger Basis.
- Abstinenz bei Übernahme in die stationäre Phase der Rehabilitation.

In der Kombitherapie werden umfassend alle durch die Klinik vorgehaltenen Therapieangebote, soweit es der zeitliche Rahmen zulässt, genutzt.

## 4.7 Rehabilitationselemente

### 4.7.1 Aufnahmeverfahren

#### **Aufnahmephase**

Die Aufnahmephase umfasst die erste Woche des Klinikaufenthaltes. In dieser Phase stehen der Aufbau von Änderungsmotivation und Auswahl von Änderungsbereichen im Mittelpunkt. Neben der in dieser Phase erfolgenden Diagnostik wird die neu angekommene Rehabilitandin in die therapeutische Gemeinschaft aufgenommen und auf die individuell abgestimmten Behandlungsziele vorbereitet und eingeführt. Um die Einlassung auf den stationären Abschnitt der Rehabilitation wie auch zum Aufbau, zur Erhaltung und Stärkung der Compliance zu fördern, wird der sorgfältige Aufbau einer positiven therapeutischen Beziehung angestrebt.

Aus therapeutischer Sicht umfasst die Aufnahmephase als Phase des Ankommens, mit beabsichtigtem Abstand zu der in der Regel belasteten Herkunftssituation, Maßnahmen zur Förderung und Stabilisierung der Abstinenzmotivation in Einzel- und Gruppengesprächen.

In der ersten Aufenthaltswoche finden daher neben dem somatischen, psychiatrischen und bezugstherapeutischen Aufnahmegespräch sowie der ersten Bezugsgruppe Einführungen in die Rehabilitation, Ergo- und Arbeitstherapie sowie Sport- und Entspannungstherapie statt. Darüber hinaus kann die neu angekommene Rehabilitandin freiwillig an offenen Gruppen und Sport teilnehmen.

#### **Medizinische Aufnahme**

Die psychiatrische Aufnahmeuntersuchung wird am Aufnahmetag durch den Leitenden Arzt (Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) durchgeführt, die allgemein-medizinische Untersuchung durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin. Atemalkoholkontrolle und Drogen-Screening sind Routineuntersuchungen am Aufnahmetag.

Die körperliche und psychiatrische Untersuchung stellt nach Erhebung der Anamnese und sog. Inspektion eine wichtige Maßnahme der Eingangsdiagnostik dar. Sie wird unmittelbar am Aufnahmetag durchgeführt und am Folgetag vervollständigt.

Bei der somatischen Untersuchung werden Befunde und ggf. Beschwerden aller körperlichen Bereiche wie Herz-Kreislauf, Atemwege und Lunge, Magen-Darm-Bereich, Ausscheidung, Haltungs- und Bewegungsapparat erhoben und zugeordnet. Bestimmung der Laborwerte und regelmäßige Verlaufswertkontrollen gehören ebenfalls zum Standard. Weitere Routineleistungen sind Kontrolle der peripheren Kreislaufwerte (Blutdruck, Puls) und des Körpergewichtes. An apparativer Diagnostik werden standardmäßig EKG-Ableitungen durchgeführt und jeweils bei Indikation Lungenfunktionsprüfungen.

In neurologischer Hinsicht werden der Zustand und die Funktion des zentralen und peripheren Nervensystems orientierend erfasst.

Die psychiatrische Untersuchung bezieht sich auf den Wahrnehmungs- und Erlebnisbereich, auf Ausdrucks-, Kommunikations- und Kontaktfähigkeit, Stimmung, Antrieb und Affekte, einschließlich Selbstregulierung, kognitive und mnestiche Funktionen.

Die erhobenen Befunde können jeweils Anlass für weiterführende Diagnostik geben, ggf. unter Einschaltung von apparativen Verfahren.

Entscheidend ist die Frage, ob bestehende Störungen reha-relevant sind, d. h. mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit. Je nach Ausmaß und Aktualität der Beschwerden und des Befundes sind die bestehenden und erfassten Störungen richtungsweisend für die notwendigen therapeutischen Maßnahmen und fließen mit ein in die rehabilitative Behandlungsplanung.

#### **4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik**

Medizinische Diagnostik:

- Bestimmung der Laborwerte und regelmäßige Verlaufswertkontrollen gehören zum Standard. Weitere Routineleistungen sind Kontrolle der peripheren Kreislaufwerte (Blutdruck, Puls) und des Körpergewichts. An apparativer Diagnostik werden standardmäßig EKG-Ableitungen durchgeführt und jeweils bei Indikation Lungenfunktionsprüfungen.
- Atemalkoholkontrolle grundsätzlich und Drogen-Screening auf Anordnung sind Routineuntersuchungen im Verlauf.

Sucht- und persönlichkeitspezifische Diagnostik:

- Strukturiertes Interview und Fragebogen zur sucht- und persönlichkeitspezifischen sowie lebensgeschichtlichen Anamneseerhebung
- Spezifische Persönlichkeitsdiagnostik unter Einsatz testpsychologischer Untersuchungsverfahren:
- U-Fragebogen nach Ullrich & Ullrich de Muynck
- Symptom-Check-Liste (SCL-90-S)
- Beckisches Depressionsinventar (BDI)

Soziale Diagnostik:

- Erstellung der Sozialanamnese auf der Grundlage eines Fragebogens und Einzelgespräch, ggf. Erweiterung durch Informationen von der zuweisenden Beratungsstelle

Arbeitsdiagnostik:

- Erfassung der Arbeitsanamnese und des vorhandenen Leistungsprofils durch Anwendung von:
- Melba
- Würzburger Screening
- BORA
- Einzelgespräch zur individuellen Auswertung und Besprechen von Planungsschritten für den Rehavverlauf

### **4.7.3 Medizinische Therapie**

Während der gesamten Dauer der Maßnahme erfolgt eine kontinuierlich medizinisch-ärztliche Versorgung und Behandlung.

Täglich werden ärztliche Sprechstunden beider Fachrichtungen angeboten und durchgeführt. Somatische und psychiatrische Komorbiditäten werden, soweit reha-relevant und medizinisch indiziert, mitbehandelt.

Akute bzw. abklärungsbedürftige Störungen werden in Kooperation mit verschiedenen fachärztlichen Praxen in der Stadt diagnostiziert und bedarfsweise mitbehandelt. Bzgl. der Durchführung von Physiotherapie besteht ein Kooperationsvertrag mit einer physiotherapeutischen Praxis in der Stadt. Fallbezogen besteht Kontakt zu Hausärzten, anderen Fachärzten und vor- oder mitbehandelnden Kliniken und Ambulanzen

Durch die therapeutischen und medizinischen Dienstesätze, in Verbindung mit den pflegerischen Tag- und Nachtdiensten sowie ärztlichen Bereitschaftsdienst, ist Tag und Nacht, auch am Wochenende, eine 24-Stunden-Versorgung der Rehabilitandinnen gewährleistet. Wochentags (Mo - Fr) beginnt um 17.00 Uhr der ärztliche Rufbereitschaftsdienst und dauert bis zum andern Morgen um 8.30 Uhr. Er ist so geregelt, dass im Bedarfsfall der diensthabende Arzt in angemessener Zeit persönlich in der Klinik sein kann.

Im Notfall kann der ärztliche Rettungsdienst vor Ort hinzugezogen werden.

Sowohl der ärztliche Leiter als auch die Fachärztin für Allgemeinmedizin nehmen als Teil des interdisziplinären Behandlungsteams an den Indikations- und Fallkonferenzen teil. Dem ärztlichen Leiter obliegt die Fachaufsicht bzgl. der Steuerung der reha-relevanten Diagnostik und Behandlung, dies auch bzgl. der Festlegung der Reha-Ziele und des Rehabilitationsplans durch das multiprofessionelle Team.

Der Einsatz von Neuroleptika und Antidepressiva kann in einem Therapie-Gesamtplan als ein wichtiger Beitrag neben anderen Therapiemodulen sein. Die medikamentöse Behandlung zielt darauf ab, die Symptome der zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung zu mildern und zu verringern und damit die aktive Teilnahme an den Therapien zu erleichtern und zu verbessern. Die Rehabilitandinnen werden über die Wirkmechanismen der Medikamente, ihr klinisches Wirkprofil und mögliche Nebenwirkungen unterrichtet. Gleichzeitig wird über das Abhängigkeitsrisiko von Tranquilizern und Analgetika etc. aufgeklärt. Die Rehabilitandinnen werden motiviert, sich kritisch mit Vorteilen und unerwünschten Wirkungen der Medikamente, mit der Behandlung und dem Arzt-Patienten-Verhältnis auseinanderzusetzen. Auch die Tendenz, mittels Medikamenteneinnahme, ohne eigenen Beitrag, anstehende psychische und soziale Entwicklungs- und Reifungsschritte zu umgehen (Vermeidungshaltung), wird thematisiert.

#### **4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote (Bezugstherapie)**

Einzel- und Gruppentherapie stellen eine sinnvolle gegenseitige Ergänzung dar. Themen in der einen Therapieform können in Absprache mit der Rehabilitandin in der anderen Form weitergeführt und vertieft werden. Ziel der Psychotherapie ist es, der Rehabilitandin zu ermöglichen, ihre seelischen Schwierigkeiten und die damit einhergehenden Folgen vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte zu sehen und zu verstehen und damit ihre Suchtentwicklung nachzuvollziehen, mit allen nachteiligen Konsequenzen in psychischer, somatischer und sozialer Hinsicht. Essentiell ist es, die Funktionalität des Suchtmittels zu erkennen, um daraus Wege für Lösungen ohne Suchtmittleinsatz abzuleiten. Dies umfasst eine Verhaltensanalyse des Suchtmittelkonsums wie auch die Berücksichtigung intrapsychischer Vorgänge und Folgeerscheinungen. Belastende und hinderliche psychosoziale Faktoren, die sich aus Biographie, Persönlichkeit, Umfeld und aktueller Lebensrealität herausarbeiten lassen, werden mitefassen und in die Behandlungsplanung aufgenommen.

Die Behandlungsziele aus dem erarbeiteten Zielkatalog werden indikationsspezifisch aufgegriffen und auf der Grundlage des individuell erstellten Behandlungsplanes anhand der verschiedenen Leistungsangebote, Behandlungsmodule und Therapieverfahren inhaltlich-thematisch im laufenden Therapieprozess bearbeitet.

Durch die Therapie sollen für die Rehabilitandin neue Perspektiven vermittelt werden, die Veränderungen ermöglichen, um ressourcenorientiert mit verbesserten Bewältigungskompetenzen einen besseren Umgang mit sich selbst und den belastenden Lebensumständen zu finden und damit eine dauerhafte Verbesserung der Lebensbewältigung ohne Suchtmittel zu erreichen.

In der Regel kann damit einhergehend eine positive Entwicklung der Persönlichkeit mit ihren Ressourcen und Potentialen angestoßen und gefördert werden.

#### **Einzeltherapie**

Regelmäßige Einzelgespräche sind unabdingbar, um die Therapiemaßnahmen individuell auf die einzelne Rehabilitandin und ihre Problematik abzustimmen. Darüber hinaus dienen sie dazu, Ressourcen zu fördern, an Gruppentherapien teilzunehmen um diese für den individuellen therapeutischen Verlauf nutzen zu können. Die Frequenz der Einzeltherapie richtet sich nach der individuellen Indikation. In der Regel wird mit jeder Rehabilitandin von dem/der Bezugstherapeuten/in einmal wöchentlich ein Einzelgespräch durchgeführt, im indizierten Fall auch mehrfach wöchentlich.

Bei Rehabilitandinnen mit Borderline-Störung oder anderen schweren ich-strukturellen Störungen haben sich tägliche, eher kürzer gehaltene Gespräche bewährt, die zu einer Verbesserung der Affektregulierung und Erweiterung des intentionalen Spannungsbogens beitragen können. Auch die Gefahr der „negativen Aufmerksamkeit“ durch destruktives und/oder autoaggressives Verhalten kann dadurch verringert werden.

Im Vordergrund steht zunächst der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung, die sich förderlich auf den gesamten Veränderungsprozess auswirkt. Insbesondere Rehabilitandinnen mit frühen ich-strukturellen Störungen und posttraumatischen Belastungsreaktionen brauchen eine Kontinuität im therapeutischen Setting. Die Einzelgespräche dienen der ausführlichen Diagnosestellung, der Erarbeitung

von Rehabilitationszielen und der gesamten Behandlungsplanung, sowie der Bilanzierung. Nach ausführlichen Anamneseerhebungen besteht die Möglichkeit, traumatische Erfahrungen, spezifische Störungen und Konflikte zu bearbeiten, die in der Gruppensituation oft nur schwer angegangen werden können.

Bei Rehabilitandinnen, bei denen eine tiefer gehende psychotherapeutische Auseinandersetzung aufgrund des diagnostizierten psychischen Befundes nicht angezeigt ist, da es zu einer Überforderung mit Destabilisierung führen könnte, finden eher stützende Gespräche statt, verbunden mit einer Modifizierung der sich als ungünstig erwiesenen dysfunktionalen Verhaltensweisen.

Im Bedarfsfall werden zusätzliche Kriseninterventionsgespräche geführt.

### **Gruppentherapie**

Die Struktur der 2 x wtl. stattfindenden Gruppenpsychotherapie als halboffene Bezugsgruppe mit Bezugstherapeutin ermöglicht es den neuen Rehabilitandinnen, am Modell und aus der Erfahrung derer zu lernen, die schon länger Mitglied der Gruppe sind und sich eigene Kenntnisse angeeignet haben oder eigene Erfahrungen mit einbringen.

Gruppentherapie bietet für viele Frauen, die sich oft nur über Zweierbeziehungen definiert haben, die neue Erfahrung eines sozialen Netzwerkes. Sie erleben hier erstmals weibliche Solidarität und eine Stärkung der gegenseitigen weiblichen Toleranz. Gruppentherapeutische Erfahrung kann den Betroffenen eine Entlastung sein und Neuorientierung fördern.

Die Gruppenmitglieder helfen beim Erkennen von Ressourcen einerseits und bei Rückfallrisiken und Ausweichhaltungen andererseits. Gruppenfeedback als ein Teil der Realitätsüberprüfung kann die Wahrnehmungs-, Kritik- und Konfliktfähigkeit verbessern und die soziale Kompetenz fördern. Übertragungen und Gegenübertragungen machen familiäre Ursprungssysteme bewusster und somit bearbeitbar.

Nicht zuletzt dient die Gruppenpsychotherapie der Vermittlung suchtspezifischer Lerntheorien und -inhalte. Interpersonelle Beziehungen, Übertragungsphänomene und Projektionsmechanismen können wahrgenommen und erfahrbar gemacht werden. Eine Erweiterung des Erfahrungs- und Verständnishorizontes („korrigierende Neuerfahrung“) wie auch eine Bereicherung an Sachwissen und Information sind möglich und beabsichtigt.

### **Beurlaubungen zur Realitäts- und Belastungserprobung**

In Abhängigkeit zur genehmigten Aufenthaltsdauer, nach Abschluss der vierten Aufenthaltswoche und entsprechend des therapeutischen Prozesses werden die Rehabilitandinnen motiviert, Beurlaubungen zur Realitäts- und Belastungserprobung durchzuführen. Diese werden anhand von vereinbarten Zielen und Aufgaben differenziert und gezielt im Einzel- und Gruppengespräch vorbereitet und ausgewertet. Beurlaubungen umfassen Außenübernachtungen und Heimfahrten sowie auch Tagesfahrten.

### **Indikative Gruppen „Depression“ und „Angst“ (Bezugstherapie)**

In diesen wöchentlich stattfindenden Indikativen Gruppen (jeweils 3 Module) erhalten die Rehabilitandinnen Informationen über die Störungsbilder der Depression und der Angst, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und medikamentöse Therapie. Neben der Förderung

von Krankheitsakzeptanz und Unterstützung im Umgang mit der jeweiligen Erkrankung ist ein weiteres wichtiges Ziel der Behandlung, dass die Rehabilitandinnen ihr momentanes Befinden wahrnehmen und einschätzen lernen sowie Strategien ergreifen können, ihre aktuelle Befindlichkeit aktiv zu verändern. Mögliche Strategien werden entsprechend der Symptomatik gemeinsam erarbeitet und die Rehabilitandin motiviert, sich mit ihrer individuellen Dynamik auseinander zu setzen, um sich so individuelle Strategien im Umgang mit ihrer Erkrankung zu erschließen.

### **Indikative Gruppe „Stress und Skills-Training“ (Bezugstherapie)**

In der Indikativen Gruppe Stress (3 Module im wöchentlichen Abstand) lernt die Rehabilitandin, die Frühsymptome von Stresserleben wahrzunehmen und anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells ihre eigenen Stressoren zu erkennen. Vor diesem Hintergrund entwickelt sie eigene Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien, um sich selbst zu schützen, wobei die Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung besonders hervorzuheben sind. Darüber hinaus wird sie angeregt, sich differenziert mit ihrem persönlichen Stresserleben auseinander zu setzen. Beispiele aus dem Lebensalltag dienen dazu, Lebenswelt bezogene Strategien im Umgang mit Stress praktisch auszuprobieren und anzuwenden.

### **Indikative Gruppe – „Umgang mit Gewalterfahrungen/ Traumata“ (Bezugstherapie)**

Voraussetzung der Teilnahme an der wöchentlich stattfindenden Indikativen Gruppe Gewalterfahrungen ist die Fähigkeit, sich in Ansätzen öffnen und Strategien der Selbstberuhigung mit Unterstützung anwenden zu können. Bei entsprechender Vorbereitung in Einzelgesprächen ermöglicht sie es den Rehabilitandinnen, die Isolation zu verlassen und sich mit Menschen, die ähnliches erlebt haben, austauschen zu können. Der Austausch von Bewältigungsmustern, von Ressourcen und Strategien reduziert Angst, Schuld- und Schamgefühle und vermittelt Hoffnungen und Perspektiven eines anderen Umgangs mit belastendem Erleben. Neben psychoedukativen Inhalten über Gewalterfahrungen und Traumatisierungen werden Skills zur verbesserten Impulskontrolle, Selbstregulation und Selbstfürsorge vermittelt.

### **Suchtgruppe (Bezugstherapie, Sozialer Dienst)**

Die für alle obligatorische Suchtgruppe vermittelt unterschiedliche Aspekte der Abhängigkeitserkrankung. Neben den ICD-Kriterien zum Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen sowie deren Entstehungsmechanismen aus medizinischer, psychologischer und sozialer Sicht werden weitere wichtige Themen wie Suchtmittelfolgeerkrankungen, Rückfall, dysfunktionale Familienmuster, dysfunktionale Beziehungsmuster, Kommunikation, ihre Störungen und deren Korrektur, weibliche Sexualität und sexueller Missbrauch thematisiert. Die mit langjähriger Suchtmittelabhängigkeit verbundenen lebensgeschichtlichen und lebenssituativen, oft schwierigen individuellen Gegebenheiten werden mit einbezogen, Alternativen und Lösungswege aufgezeigt. Hinzu kommen Informationen zu den persönlichkeitsbezogenen Faktoren, die sich Krankheit auslösend und Krankheit unterhaltend (aufrechterhaltend) auswirken können.

## **Vermittlung von Suchtwissen und Gesundheitswissen, Psychoedukation (Ärzte, Bezugstherapie, sozialer Dienst, Ergo- und Arbeitstherapie)**

In wöchentlich stattfindenden psychoedukativ aufbereiteten Vorträgen und Gruppen werden zusätzlich zu dem in den therapeutischen Einzelgesprächen und Gruppentherapien bearbeiteten Sucht- und Gesundheitswissen weitere Informationen und Wissen über therapierelevante Themen und Komorbidität vermittelt. Salutogenetische Aspekte werden besonders berücksichtigt. Einsicht in den Zusammenhang zwischen Lebensgewohnheiten, Lebensart und Krankheit auf der einen, wie auch Gesundheit, Maßnahmen und Konsequenzen zur Förderung von Gesundheit und ihrer Pflege und ihres Erhalts auf der anderen Seite werden sichtbar gemacht.

Zusätzlich findet eine psychoedukative Gruppe von 60 Minuten Dauer statt, die vom ärztlichen Leiter mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Schwerpunkt durchgeführt wird. Es werden Informationen über psychiatrische Krankheiten, Symptome der Erkrankungen, gängige Krankheitsmodelle, mögliche Krankheitsverläufe und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich psychopharmakologische Behandlungsansätze vermittelt.

Insbesondere in der Behandlung von paranoid-halluzinatorischen Erkrankungen erweist sich eine angepasste Psychoedukation als wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Die Rehabilitandin erhält in der psychoedukativen Gruppe Einblick in das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, welches vielen Psychosen und ihren Exacerbationen zu Grunde liegt. Sie übt neue Copingstrategien für einen kompetenteren Umgang mit ihren Stressoren und lernt, sensibel die Frühsymptome eines Rezidivs und damit der präpsychotischen Phase wahrzunehmen und zu bewältigen. In der Therapie wird durch die Reflexion der kleinen Schritte die Selbstachtung und Selbstsicherheit der Rehabilitandin gefördert. Überlegungen und konkrete Schritte zur Selbstversorgung, Zeitstrukturierung und Zeitgestaltung wie auch Hilfen für die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nehmen dabei einen großen Platz ein und haben eine wichtige Rolle, auch hinsichtlich der Rückfallprophylaxe.

Weiterführende Literatur und Selbsthilfebücher werden vorgestellt, die zur Vertiefung und Selbststudium größtenteils aus unserer Hausbibliothek entliehen werden können.

## **Großgruppe**

(Bezugstherapie)

Jede Woche findet eine Großgruppe mit allen Rehabilitandinnen und dem therapeutischen Team statt. Unter der alternierenden Moderation durch ein Teammitglied kann jede Rehabilitandin und jede Mitarbeiter/in ihre Themen aktiv einbringen.

Die Großgruppe erfüllt mehrere Funktionen:

- Begrüßen und Verabschieden von Rehabilitandinnen
- Informationsaustausch und Raum für Mitteilungen
- Diskussion und Klärung von Fragen, Anliegen und Wünschen

Aus therapeutischer Sicht fördert die Großgruppe in hohem Maße soziale Kompetenzen und Ich-Funktionen, wie Verantwortung für sich zu übernehmen, sich auch in einer größeren Gruppe mitzuteilen, zuzuhören, warten zu können, sich aktiv Raum zu nehmen, sich für eigene Interessen einzusetzen, Kompromisse zu bilden, Ambivalenzen auszuhalten, die Perspektive zu wechseln, andere Meinungen stehen zu lassen, die



eigene Wahrnehmung zu überprüfen, die Realität zu überprüfen, Umgang mit Normen und Regeln, u.a.m.

## **Workshops**

### **(Bezugstherapie und Ergotherapie)**

In regelmäßigen Abständen finden Workshops zu allgemeinen oder frauenspezifischen Themen statt, in denen die Rehabilitandinnen sich in einem alternativen Setting unter Miteinbeziehung unterschiedlicher Techniken und Interventionen intensiv mit sich und den jeweiligen Inhalten auseinandersetzen können. So bspw. „Zu anderen Ufern“, „Masken“, „Abschied nehmen“, „Frau-Sein“, „Mutter“, „Selbstachtung“.

## **Systemische Kunst- und Gestaltungstherapie**

### **(Systemischer Kunst- und Gestaltungstherapeut)**

Bei der Kunst- und Gestaltungstherapie (jeweils 6 Module im wöchentlichen Abstand) handelt es sich um ein Verfahren, das auf tiefenpsychologischer Grundlage in gestaltender Weise (z. B.: malen, tonen, mit Speckstein, Gips, Stoff, usw. arbeiten) dabei unterstützt, sich das Unbewusste bewusster werden zu lassen. Die Darstellung von inneren Bildern ermöglicht einen anderen Blick auf die Welt und lässt neue Möglichkeiten und Ressourcen entdecken. Das Bild ist nicht nur ein Ausdruck, sondern auch ein Eindruck – die Rehabilitandin drückt etwas aus, das Bild wirkt auf die Betrachter. Unter systemischen Aspekt fließen Familie oder nahe Personen unbewusst ins Bild mit ein.

Insofern ist die systemische Kunst- und Gestaltungstherapie durch den bildnerischen Ausdruck eine Ergänzung der verbal orientierten Psychotherapie. Zur Therapeut-Rehabilitandin-Beziehung, kommt das dritte Element (Bild) hinzu, über das Beziehung zur Rehabilitandin hergestellt werden kann.

Ziel ist es nicht ein Kunstwerk zu schaffen, sondern die Möglichkeit, Bewusstes und Unterbewusstes bildlich zu symbolisieren, zu bearbeiten und zu integrieren. Die Art und Weise, wie die Rehabilitandin gestaltet und das Ergebnis ihrer Arbeit können Unbewusstes sichtbar machen. Die anschließende Reflexion kann vertiefte Selbsterfahrung ermöglichen.

## **Integrative Tanztherapie**

### **(Tanztherapeutin)**

Die Integrative Tanztherapie entwickelte sich aus verschiedenen tanztherapeutischen Ansätzen heraus unter Miteinbeziehung praktischer Erfahrungen in Kliniken, Schulen und sozialen Einrichtungen sowie in der Auseinandersetzung mit der Integrativen Therapie nach Petzold (Willke, Hölter, Petzold, 1991)

Jetzt in Bewegung kommt, um reale und alternative Neu-Erfahrungen zu machen. Voraussetzung hierfür ist ein Beziehungs-orientierter therapeutischer Rahmen, der von Freiwilligkeit, Empathie und Respekt im Miteinander geprägt ist.

Integrative Tanztherapie fördert die Wahrnehmungsfähigkeit, die expressiven Fähigkeiten und die kreativen Potentiale. Körperarbeiten ermöglicht es, einen Zugang zu sich und zu anderen, zu eigenen Innenvorgängen und Beweggründen, zum Selbstbild und eigenem Körperbild zu erhalten.

Die Tanztherapie wird regelmäßig als geschlossene Therapiegruppe angeboten, je nach thematischem Schwerpunkt mit jeweils 2-4 Modulen.

## **4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen**

### **Arbeitstherapie (Ergotherapie)**

Ziel der Arbeitstherapie ist die Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit. Die Abklärung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist Grundvoraussetzung jeglicher Arbeitstherapie. Weiterhin geht es um die Reaktivierung noch vorhandener Fähigkeiten und um den Erwerb neuer Fähigkeiten. Eine Auseinandersetzung mit den beruflichen Anforderungen unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen beruflichen Gegebenheiten sind Auftrag und Herausforderung zugleich.

Aufbau und Stabilisierung der Grundarbeitsfähigkeiten bilden die Grundlage für die Ausführung späterer Struktur- und Auftragsvorgaben in den einzelnen Arbeitstherapiebereichen, welche die Rehabilitandinnen nach einem Stufenplan durchlaufen.

Kognitive Merkmale, soziale Merkmale, Merkmale zur Art der Arbeitsausführung und psychomotorische Merkmale nach MELBA werden der Maßnahme zugrunde gelegt und im Verlauf beobachtet und überprüft. Im Einzelnen wird auf folgende Fähigkeitsdefinitionen nach Melba geachtet: Antrieb, Arbeitsplanung, Auffassung, Aufmerksamkeit, Ausdauer, Durchsetzung, Feinmotorik, Führungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Konzentration, Kritikfähigkeit, Kritisierbarkeit, Kritische Kontrolle, Lernen/Merken, Lesen, Misserfolgs-toleranz, Ordnungsbereitschaft, Problemlösefähigkeit, Pünktlichkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Rechnen, Schreiben, Sprechen, Selbständigkeit, Sorgfalt, Teamarbeit, Umstellung, Verantwortlichkeit, Vorstellungskraft.

Das Erleben und die Auseinandersetzung mit Erfolg und Misserfolg bei der Arbeit sind ein weiterer wichtiger Teil des arbeitstherapeutischen Behandlungsansatzes, wie auch die Verbesserung der Selbstwirksamkeit mittels Erfahrungen des Gelingens und Erfolges als Selbstbestätigung.

Mitrehabilitandinnen, die im kollegialen Team Vorgaben und definierte Aufträge unter Anleitung und Aufsicht des Ergotherapeuten ausführen, erfahren vielfältige Erkenntnisse und Erfahrungen unter dem Aspekt der Selbsterfahrung, besonders im Bereich der sozialen Kompetenzen.

Anhand des „Belastungs-/ Beanspruchungsmodells“ wird das Zusammenwirken von physischen, psychischen und sozialen Belastungen der Beschäftigten bei der Arbeit und die Wahrnehmung von Beanspruchung veranschaulicht. Dabei geht es darum, die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung des Individuums in Abhängigkeit von überdauernden und aktuellen Voraussetzungen zu sehen, diese zu differenzieren und geeignete Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Ressourcen sind in diesem Zusammenhang die Fähigkeiten, mit auftretenden Belastungen umzugehen und sich vor negativen Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit zu schützen. Dabei kommen neben persönlichkeitsbezogenen Faktoren, wie Gesundheit und gute Kompetenz zur Problemlösung - auch Faktoren in der Umwelt, in der Arbeitsorganisation und am Arbeitsplatz hinzu, wie bspw. hohe oder geringe soziale Unterstützung durch Mitarbeiter, großer oder geringer Handlungsspielraum bei der Aufgabenerledigung, usw.

Die Reflektion möglicher Zusammenhänge zwischen Arbeit und Sucht und Erarbeitung notwendiger Veränderungen sind ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt der Arbeitstherapie.

Dieser Zusammenhang wird mit der Rehabilitandin im Berufsanamnesegespräch erarbeitet, woraus individuelle Therapieziele für die Arbeitstherapie resultieren. Im Bilanzgespräch werden diese und sonstige berufliche Ziele regelmäßig reflektiert, überprüft und ausgewertet.

### **Konzept BORA (Ergotherapie)**

Ziel von BORA ist, dass die Rehabilitandin nach der Therapie in der Lage ist, wieder ins Berufsleben einzusteigen.

Kontraindikationen: Rehabilitandinnen, die altersberentet sind, deren Leistungsträger die Krankenkasse ist oder bei denen keine berufliche Reintegration möglich ist.

In der ersten Therapiewoche wird im Rahmen der Berufsanamnese erhoben:

- beruflicher Werdegang
- detaillierte Beschreibung der aktuellen oder letzten versicherungspflichtigen oder freiwillig versicherten Arbeitsstelle mit Anforderungs- und Fähigkeitsanalyse anhand der MELBA-Items
- Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten zwölf Monate

Anhand dieser Informationen wird die Rehabilitandin in eine der fünf BORA-Gruppen eingeordnet, denen Therapiebausteine zugeordnet sind:

**BORA 1:** Rehabilitandin mit vorhandenem Arbeitsplatz, keine erwerbsbezogenen Probleme

- Zuständigkeit Sozialarbeit: Rückkehrgespräch mit Arbeitgeber, BEM, stufenweise Wiedereingliederung, Soziales Kompetenztraining
- Zuständigkeit Bezugstherapie: Infogruppe Sucht, indikative Gruppen zu Komorbidität

**BORA 2:** Rehabilitandin mit vorhandenem Arbeitsplatz, mit erwerbsbezogenen Problemen (viele Fehlzeiten, negative Prognose bzgl. beruflicher Zukunft, drohender Arbeitsplatz-Verlust, sozial-medizinische Notwendigkeit der beruflichen Veränderung)

- Zuständigkeit Sozialarbeit: Arbeitgebergespräch, BEM, stufenweise Wiedereingliederung, Soziales Kompetenztraining, Arbeitsbezogene Gruppen: Modul Arbeit, Modul Info Bewerbung, Modul Vorstellungsgespräch, Sozialberatung
- Zuständigkeit Ergotherapie: PC-Kurs, Arbeitstherapie, Werkgruppe, Abklärung, ob BOSS infrage kommt
- Zuständigkeit Bezugstherapie: Infogruppe Sucht, Indikative Gruppen zu Komorbidität

**BORA 3:** arbeitslose Rehabilitandin (ALG I), erwerbstätige Rehabilitandin, die während der Krankheitszeit arbeitslos wurde, langzeitarbeitsunfähige Rehabilitandin mit Bezug von ALG I oder II

- Zuständigkeit Sozialarbeit: Soziales Kompetenztraining, arbeitsbezogene Gruppen: Modul Arbeit, Modul Arbeitslosigkeit, Modul Info Bewerbung, Modul Vorstellungsgespräch, Sozialberatung, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Gespräch mit Reha-Fachberatung
- Zuständigkeit Ergotherapie: PC-Kurs, Arbeitstherapie, externes Praktikum, Ergotherapie, Kognitives Training, Assessment-/Fallmanagementverfahren, Abklärung, ob BOSS infrage kommt

#### BORA 4: arbeitslose Rehabilitandin (ALG II)

- Zuständigkeit Sozialarbeit: Soziales Kompetenztraining, Sozialberatung, arbeitsbezogene Gruppen: Modul Arbeit, Modul Arbeitslosigkeit, Modul Info Bewerbung, Modul Vorstellungsgespräch, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, ggf. Gespräch mit Rehabilitationsfachberatung, Motivation zum beruflichen Wiedereinstieg, Umgang mit Resignation, Einleitung weiterer Maßnahmen (Adaption, alternative Arbeitsmodelle)
- Zuständigkeit Ergotherapie: PC-Kurs, Arbeitstherapie, externes Praktikum, Kognitives Training, Ergotherapie, Assessment-/Fallmanagementverfahren, Abklärung, ob BOSS infrage kommt

BORA 5: Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner, die eine Reintegration anstreben je nach Bedarf wie BORA 3 oder 4

Die Ergotherapeuten und die Sozialarbeiterin begleiten die berufliche Reintegration, modifizieren sie ggf. und überprüfen regelmäßig den aktuellen Stand der Zielerreichung. Außerdem koordinieren die Ergotherapeuten die Einteilung in die Arbeitstherapie und begleiten den Prozess der Förderung der Arbeitsfähigkeit. Bei spezifischen Fragen zur beruflichen Reintegration, einer Adaption, LTA oder sonstigen Maßnahmen verweisen sie die Rehabilitandin auf die Sozialarbeiterin/ den Sozialarbeiter. Diese/dieser gibt regelmäßig Rückmeldung an die zuständigen Bezugstherapeuten und die Ergotherapeuten.

#### **BOSS**

##### **(Ergotherapie, Sozialdienst)**

In Kooperation des bwlV und des Berufshilfswerk Bad Wildbad wird das Projekt BOSS (Berufliche orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen) umgesetzt.

#### **Interne Arbeitstherapie**

##### **(Ergotherapie)**

Die interne Arbeitstherapie findet im hauswirtschaftlichen Bereich der Klinik, Außen- und Freizeitbereich statt und wird in Form unterschiedlicher Dienstleistungen ausgeführt. Durch die überwiegende Vertrautheit mit den Arbeitsinhalten wird die Rehabilitandin in der Regel sehr schnell mit ihrem individuellen Arbeitsverhalten konfrontiert. Sie erlebt so sowohl innere als auch äußere Konflikte, die Rückschlüsse auf die jeweilige Arbeitssituation zu Hause ermöglichen.

In der Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitandinnen können neue Vorgehens- und Verhaltensweisen erlernt, ausprobiert und erfahren werden.

Die interne Arbeitstherapie dient als Vorbereitung auf die externe in Form eines Praktikums.

#### **Externe Arbeitstherapie/Praktikum**

##### **(Ergotherapie, Sozialdienst)**

Prinzipiell besteht die Möglichkeit zu einem ein- bis dreiwöchigen Praktikum in einem der etwa 40 kooperierenden Betriebe in Freudenstadt und Umgebung.

Die Durchführung eines Praktikums erleichtert arbeitslosen Rehabilitandinnen den beruflichen Wiedereinstieg. Es können neue Arbeitsbereiche kennengelernt und erlebt werden.

Rehabilitandinnen die über eine berufliche Neuorientierung nachdenken, können sich in maximal drei verschiedenen Betrieben erproben. Generell steht das Praktikum allen Rehabilitandinnen zur Ressourcenaktivierung offen.

### **Arbeitsbezogene Gruppen (Sozialdienst)**

Regelmäßig (1-2 x wtl.) finden indikationsbezogene Gruppen mit unterschiedlichen arbeitsbezogenen Modulen für alle Rehabilitandinnen statt, die auf dem Arbeitsmarkt integriert sind, arbeitslos sind, am Arbeitsplatz Probleme haben oder sich auf dem Arbeitsmarkt neu orientieren wollen. Chronische Arbeitslosigkeit sowie langjährige Konflikte und Mobbing Erfahrungen am Arbeitsplatz beeinflussen viele Lebensbereiche der betroffenen Frau, die dadurch oft das Selbstbild von der eigenen Leistungsfähigkeit verzerrt und unrealistisch wahrnimmt. Sowohl das Selbstwertgefühl, die Selbstbestimmungsfähigkeit als auch die Selbstwirksamkeitseinschätzung sind dadurch oft vermindert. Es besteht ein enger Zusammenhang mit den psychischen Grundstörungen, die als Ausgangsbasis der Suchtentwicklung gesehen werden können.

#### **Modul Arbeit**

Die Auseinandersetzung mit der unterschiedlichen Bewertung von Erwerbsarbeit als Teilaspekt des Begriffs Arbeit, die Bedeutung frauenspezifischer Arbeit wie auch die Bedeutung eines ausgewogenen Lebens im Sinne der ganzheitlichen Identität stehen im Mittelpunkt des Moduls Arbeit. Darüber hinaus reflektieren die Rehabilitandinnen ihren eigenen Suchtmittelkonsum in Bezug auf ihre Arbeitswelt.

#### **Modul Arbeitslosigkeit**

In dieser Gruppe geht es darum, sich mit Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und der Suchterkrankung sowie dem subjektivem Erleben der Arbeitslosigkeit auseinanderzusetzen. Ziel ist es, neue Strategien zu erarbeiten und berufliche Perspektiven zu entwickeln.

#### **Modul Info Bewerbung**

Bedarfsorientiert wird Rehabilitandinnen die Möglichkeit gegeben, eine Bewerbungsmappe zu erstellen oder ihre bereits vorhandene zu überprüfen und ggf. anzupassen. Dies ist in themenzentrierten Gruppen oder im Einzelfall auch in Einzelgesprächen möglich. Darüber hinaus werden sehr konkrete Schritte reflektiert, sich auf Arbeitssuche zu begeben.

#### **Modul Vorstellungsgespräch**

Mit praktischen Übungen und Rollenspielen haben Rehabilitandinnen die Möglichkeit, sich im geschützten therapeutischen Rahmen auf Vorstellungsgespräche vorzubereiten, ihre bisherigen Erfahrungen auszutauschen sowie neue Erfahrungen zu sammeln.

Indikative Gruppe „Soziales Kompetenztraining“

### **Soziales Kompetenztraining (Sozialer Dienst)**

Fehlende bzw. ungenügend ausgebildete Selbstsicherheit ist oft ein wesentliches Merkmal sowohl von Suchtkranken als auch von Frauen allgemein und deshalb gerade bei unseren Rehabilitandinnen ein notwendiger Bereich der Therapie.

Das kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte soziale Kompetenztraining findet für jede Rehabilitandin regelmäßig statt. Die inhaltliche Konzeption gliedert sich in 2x2 Module von 60 Minuten, die turnusgemäß durchlaufen werden. In theoretischen Einheiten und Rollenspielen lernen und erleben die Rehabilitandinnen, ihre Ängste und Hemmungen zu überwinden und abzubauen.

Sie erwerben Fertigkeiten und Strategien, um sich in sozialen Situationen, wie z.B. bei einem Vorstellungsgespräch, bei zwischenmenschlichen Konflikten und in alkohol-assoziierten Alltagssituationen angemessen und kompetent verhalten zu können. Auf diese Weise können sie letzten Endes zu einem positiven Selbstbild und Selbstsicherheit gelangen.

### **Gemeinschaftsdienste (Ergotherapie)**

Die Suchterkrankung kann zu einem körperlichen und seelischen Abbau führen, der es erschwert, dass alltägliche Aufgaben regelmäßig und zuverlässig ausgeführt werden. In den Gemeinschaftsdiensten bekommt die Rehabilitandin zunächst einen kleinen Bereich im Innen- oder Außenbereich zugewiesen, für den sie verantwortlich ist. Dies soll sie dabei unterstützen, äußere Strukturen für die selbständige Tagesgestaltung zu nutzen, Verantwortung zu übernehmen, sich aktiv an der Klinikgemeinschaft zu beteiligen und sich zugehörig zu fühlen. Jeder Dienst ist wichtig und jede Rehabilitandin arbeitet für die Gemeinschaft. Neben der Übernahme von Verantwortung trägt sie ihren Teil dazu bei, dass sich die Rehabilitandinnengemeinschaft in der Klinik wohlfühlt.

### **Kognitives Training (Ergotherapie)**

Die Einnahme von Suchtmitteln kann zu Beeinträchtigungen führen:

- kurzfristige (z. B. Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, Müdigkeit und Antriebslosigkeit) sowie
- langfristige, bisweilen sogar dauerhafte Schädigungen (z.B. Störungen der zeitlichen und räumlichen Orientierung, der Merkfähigkeit, der Oberflächen- und Tiefensensibilität, der Aufmerksamkeit und Konzentration) des Nervensystems, insbesondere des Gehirns.

Das Kognitive Training findet zweimal pro Woche je 45 Minuten als indikative Gruppe statt. Mittels gezielter Übungen und ausgewählter Spiele trainieren die Rehabilitandinnen Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Kreativität und Wahrnehmung. Zudem fördert das gemeinsame Arbeiten in der Kleingruppe die soziale Integration und das Wir-Gefühl.

Als zusätzliches und gezieltes Training der kognitiven Funktionen können die Rehabilitandinnen mit dem computergestützten Hirnleistungstraining Cogpack arbeiten. Hierbei werden gezielt Aufgaben zu den unterschiedlichen Hirnleistungsbereichen ausgeübt.

Außerdem macht die Durchführung eines Screenings Defizite und Stärken transparent.

## **PC-Kurs**

### **(externe EDV-Fachkraft)**

Um Ängste und Scheu vor dem Computer abzubauen, werden in kleinen Gruppen auf freiwilliger Basis PC-Kurse angeboten. In je 6 Einheiten werden die Rehabilitandinnen je nach individuellen Fähigkeiten in einem Anfänger- und Aufbaukurs an Computertechnik und Datenverarbeitung herangeführt. Die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und die Konzentrationsfähigkeit werden verbessert, verlorenes Selbstvertrauen kehrt zurück.

## **Ergotherapie**

### **(Ergotherapie)**

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. (DVE 08/2007)

### **Werkgruppen**

Die Werkgruppe als ergotherapeutische Therapieform findet als geleitete Gruppe einmal pro Woche á 90 Minuten statt. Jede Bezugsgruppe bildet ihre eigene geschlossene Werkgruppe. Es wird mit einem sowohl ergebnis- als auch prozessorientierten Therapieansatz gearbeitet, die Behandlungsmethode ist ausdrucks- und kompetenzzentriert.

In der Werkgruppe kann im Umgang mit unterschiedlichen Materialien wie Ton, Speckstein, Seidenmalerei, Linoldruck, Mosaik und diversen Maltechniken die eigene Kreativität angeregt sowie vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert oder neu entdeckt werden. Im Vordergrund steht das aktive, selbstbestimmte Tun und Selbsterleben und weniger die Herstellung eines perfekten Werkstückes. Material und Aufgabe werden in erster Linie von der Rehabilitandin selbst ausgesucht. Der Ergotherapeut/ die Ergotherapeutin steht unterstützend zur Seite und motiviert bei Bedarf oder adaptiert die Aufgabenstellung um Erfolgserlebnisse zu erleichtern oder neue Erfahrungen und Weiterentwicklungen zu fördern.

Auch in therapiefreier Zeit kann der Werkraum eigeninitiativ genutzt werden. Kreatives Tun kann Ruhe und Konzentration fördern, sich auf sich selbst einzulassen und auch zu lernen und zu erfahren, die eigene Zeit sinnvoll zu nutzen.

In den Werkgruppen können neben der Ressourcenaktivierung im Freizeitbereich die Grundarbeitsfähigkeiten als Vorbereitung für die interne Arbeitstherapie trainiert werden.

### **Werken in Eigenregie**

Wenn die Rehabilitandin die Techniken der Werkgruppe selbständig beherrscht und keine Anleitung mehr benötigt, kann sie von der Werkgruppe ins Werken in Eigenregie wechseln. Sie hat dann die Aufgabe selbständig in ihrer Freizeit an ihren Werkstücken weiter zu arbeiten. Sie kann somit lernen, sich ihre Freizeit selbständig zu strukturieren und zu organisieren. Einmal wöchentlich gibt es eine Besprechung mit dem Ergotherapeuten, in der die Ergebnisse gezeigt und Erlebnisse reflektiert werden.

#### **4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken (Sporttherapeuten)**

##### **Bewegungstherapie:**

Sport (3 x wtl.):

Ziel der Sporttherapie ist die Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens und die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Darüber soll sie motivieren, auch nach der Entlassung Sport als eine Option zur Freizeitbeschäftigung und –gestaltung zu erleben.

Sport wird jeweils in 3 unterschiedlichen Belastungsstufen angeboten.

Rückenschule (1 x wtl.):

- Rückenprobleme sind bei unseren Rehabilitandinnen häufig vorhanden. Daher bieten wir regelmäßig eine Rückenschule an, um bestehende Beschwerden zu lindern.
- Prophylaktisch lernen die Frauen hier, adäquate Haltungen und Bewegungsabläufe einzunehmen, um diese mit in ihren Alltag zu integrieren.
- Mit den Frauen, die an körperlichen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen leiden, werden individuelle Bewegungstherapien entworfen und durchgeführt.

Qi-Gong (Chinesische Heilgymnastik) (1 x wtl.)

Qi-Gong ist der umfassende Begriff für viele verschiedene Übungen und Techniken, die in China überliefert wurden, um die Gesundheit zu erhalten und die Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Durch sanfte, sehr langsam ausgeführte Bewegungen und innere Sammlung wird die Energie im Körper reguliert und intensiviert. Mit Qi-Gong-Übungen ist es möglich, eigene Körperenergien zu erfahren und so in Kontakt zu sich selbst zu kommen.

##### **Entspannungsverfahren (1 x wtl.)**

Durch das Erlernen einer der nachstehend ausgeführten Methoden, die zu den jeweils individuellen Gegebenheiten passen, eröffnet sich die Möglichkeit zum Abbau von Spannung, Angst und Stress. Statt wie früher dafür Suchtmittel einzusetzen, soll erlernt werden, den eigenen Gefühls- und Körperzustand wahrzunehmen und selbst aktiv und positiv zu beeinflussen. Die Rehabilitandinnen sollen die Einheit von Körper und Seele in harmonischer Verbindung und zur Leistungssteigerung erfahren.

Autogenes Training (nach Dr. J.-H. Schultz)

- Autogenes Training bedeutet selbständiges, systematisches Üben einer Entspannung durch Konzentration und Selbstbeeinflussung in ordnender positiver Weise, zunächst unter Anleitung, mit dem Ziel, dies später eigenständig weiterzuführen.
- Mit Hilfe von vorgegebenen Übungsformeln werden in der Grundstufe des Autogenen Trainings die Erfahrungen der Grundübungen: 1. Gliederschwere, 2. Wärmeempfindung, 3. Herzwahrnehmung, 4. Atemwahrnehmung, 5. Leibwärme und 6. Stirnkühle angestrebt.
- Damit wird eine Umschaltung des vegetativen Nervensystems vom Sympathikus (Arbeit, Kampf und Flucht) zum Parasympathikus (Erholung und Regeneration) ermöglicht. Autogenes Training bewährt sich bei vegetativen und psychosomatisch bedingten Störungen.



Progressive Muskelentspannung (nach Edmund Jacobson)

- Progressive Muskelentspannung ist ein Entspannungstraining, durch das die Teilnehmerin lernt, die unterschiedlichen Empfindungen zwischen körperlicher An- und Entspannung gezielt wahrzunehmen, um Überspannungen selbst abbauen zu können und sich so schließlich besser zu entspannen. Diese einfach zu erlernende Methode hat sich z.B. bei Nervosität, Angst, Schlafstörungen, Hauterkrankungen, nervösen Magen/Darm-Störungen und zum Stressabbau bewährt.

#### **4.7.7 Freizeitangebote**

Freizeittraining

Die individuelle und selbstbestimmte, befriedigende und Sinn gebende Freizeitgestaltung stellt für Frauen häufig eine große Herausforderung dar. Neben den kreativen Impulsen durch die Werkgruppen bieten daher das regelmäßige „Offene Singen“ sowie die Angebote der Naturpädagogik sowie freiwillige Sport- und Bewegungsangebote weitere Möglichkeiten der Ressourcenaktivierung. Darüber hinaus werden die Rehabilitandinnen sowohl in der Bezugstherapie als auch im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Gruppe „Lebensgestaltung“ motiviert, sich mit einer aktiven Freizeitgestaltung auseinanderzusetzen und diese auch bereits während der stationären Behandlung umzusetzen, so beispielsweise auch durch Aktivitäten vor Ort (Theater, Kino, Museen, Veranstaltungen, Wanderungen, Ausflüge, etc.)

#### **4.7.8 Sozialdienst**

**Sozialarbeit und Soziale Beratung  
(Sozialer Dienst)**

Das sozialarbeiterische/sozialpädagogische Beratungsangebot der Klinik ist auf unterschiedliche soziale Problemstellungen der Rehabilitandinnen 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 durch Vermittlung an spezialisierte Stellen und Fachdienste in Wohnortnähe erfolgen oder, falls unabdingbar, durch direkte Kontaktaufnahme mit den zuständigen Stellen.

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.

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

### **Gesundes Leben, gesunde Ernährung**

Wissenschaftlich werden anhand umfassender Untersuchungen und Langzeitstudien für einen gesunden Lebensstil vier Kriterien definiert, die maßgeblichen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben und das Risiko für chronische Krankheiten deutlich senken können.

Als die vier Säulen für ein gesünderes Leben gelten:

- ausgewogene Ernährung
- gesundes Körpergewicht
- Nichtrauchen
- täglich sportliche Aktivitäten

Selbst geringe Verbesserungen im Lebensstil können bereits einen bedeutenden Schritt mit besserem Wohlbefinden bedeuten. Nicht selten bewirkt regelmäßige Bewegung in Verbindung mit einer gesunden, ausgewogenen Ernährung eine schnelle und spürbare Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Auch das Wohlbefinden, die Stimmung und vor allem die Lebensqualität können damit erheblich verbessert werden.

### **Gesundheitsvorträge und –Schulungen (14 tg.)**

Zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens werden regelmäßig Gesundheitsvorträge durch eine diplomierte Fachkraft (Diplom-Ökotrophologin und Ernährungsberaterin DGE) angeboten, mit Vermittlung des entsprechenden Fachwissens zu den Themen einer gesunden Ernährung und gesunden Lebensführung.

Darüber hinaus erfolgt indikationsspezifisch eine gezielte Schulung als Indikative Gruppe zu den Problemkreisen:

- Übergewicht und Hypercholesterinämie (erhöhte Cholesterinwerte)
- Leberschädigung einschließlich Leberzirrhose
- Diabetes mellitus (wird extern angeboten)

### **Lehrküche**

#### **(Dipl. Ökotrophologin)**

Die Lehrküche wird alle 4 Wochen durchgeführt. Sie ergänzt vorstehend aufgeführte Angebote (Gesundheitsvorträge und –schulungen mit Schwerpunkt Gesunde Ernährung). Entsprechend der medizinischen Diagnostik (Leber, Fettstoffwechsel) und ernährungsbezogenen Verhaltensauffälligkeiten sowie auch auf Wunsch von Rehabilitandinnen nehmen diese indikativ daran teil. Die betroffenen Rehabilitandinnen werden von einer fachkundigen und entsprechend qualifizierten Mitarbeiterin dazu angeleitet, das vermittelte Fachwissen für sich anzuwenden und in der Lehrküche praktisch umzusetzen. In kleiner Gruppe von 6 Rehabilitandinnen werden Speisen gemeinsam zubereitet und gemeinsam gegessen. Dies fördert neben ernährungsbezogenem Wissen und Umsetzen auch das Bewusstsein, Nahrungsaufnahme und vor allem auch gemeinsames Essen neu zu bewerten.

## **Raucherentwöhnungstraining (externe Sozialtherapeutin)**

Neben Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit, besteht bei vielen Rehabilitandinnen auch ein langjähriger Tabakabusus, ein bekanntlich hoher gesundheitsschädigender Risikofaktor.

Daher bieten wir auf freiwilliger Grundlage in regelmäßigen Abständen ein Raucherentwöhnungstraining als Gruppenprogramm an. Das durchgeführte Nichtrauchertraining entspricht den aktuellen Forschungen, welche mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen und unterstützenden Behandlungselementen die persönlichen Ressourcen und die Genussfähigkeit der Rehabilitandin aktiviert, um sich von dem Tabakkonsum verabschieden zu können. Der Abschied wird zugleich als Neubeginn genutzt, um einen besseren Gesundheitszustand und konkrete Ziele zu fokussieren, denen bisher die Sucht im Wege stand. Kognitive Umstellungen werden gefördert.

Interessierte haben hierbei die Gelegenheit, auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage ihre Rauchgewohnheiten zu erkennen, sich die das Rauchen aufrechterhaltenden Bedingungen zu vergegenwärtigen, diese kritisch zu hinterfragen und sich neue gesunde Alternativen zu erarbeiten.

Nicht nur die Tabakabstinenz als Ergebnis, sondern auch das Identifizieren Rückfall auslösender Faktoren und Entwicklung neuer Alternativstrategien sind das Ziel. Die Betroffenen können Kenntnisse und Erfahrungen erwerben mit einem eventuellen Nikotinrückfall konstruktiv umzugehen, um diesen möglichst rasch zu beenden.

### **4.7.10 Angehörigenarbeit**

Die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen in die Therapie hat konzeptionell einen hohen Stellenwert. Es besteht eine enge Verbindung zwischen Abhängigkeits-erkrankungen und interpersonellen Beziehungen im sozialen Umfeld der Primärfamilie, der späteren Partnerschaft und Familie wie auch im beruflichen Kontext. Der kommunikative, emotionale Umgang und die Rollenverteilung innerhalb der Beziehungen können einerseits die Entwicklung einer Suchterkrankung begünstigen und werden andererseits durch Suchterkrankungen beeinflusst. In einem Bedingungsgefüge, in dem lediglich die Abhängige als Indexperson der Familie sich einer Behandlung unterzieht, das Umfeld jedoch meist unverändert bleibt, bewirken einseitige Veränderungen häufig Widerstand und Ablehnung.

Vor diesem Hintergrund werden regelmäßig eintägige Angehörigenseminare in einer Gruppenveranstaltung als Beitrag zur sozialen Unterstützung einer abstinenten und sozial integrierten Lebensweise durchgeführt. Dies fördert auch die soziale Kommunikation.

Anhand der beiden unterschiedlichen Schwerpunkte, „Abhängigkeitserkrankung“ und „Kommunikation“ erhalten die Rehabilitandin und ihre Angehörigen Informationen über Suchterkrankung, Abhängigkeit und Familie, Rückfallprophylaxe und Rückfallbewältigung. Weiterer thematischer Schwerpunkt des Seminars ist die Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie. Wichtige Themen sind dabei die Eigenständigkeit der Rehabilitandin, um statt alter dysfunktionaler Verhaltensmuster und Rollen neue gemeinsame Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Dies fördert mehr Achtsamkeit, Beachtung und Würdigung der Individualität der einzelnen Beteiligten mit dem Ziel, die Gemeinsamkeit zu stärken und die Kommunikation und Interaktion zu verbessern.

Die Angehörigen bekommen zudem Einblick in Durchführung und Ablauf der Therapie, erleben die Atmosphäre in der Klinik und können sich als Mitbetroffene untereinander austauschen.

Bei diesem Seminar können die Teilnehmer/innen über ihre Bedürfnisse, Wünsche und Ängste miteinander reden, Konflikte thematisieren und gemeinsam geeignete Lösungsstrategien erarbeiten.

Über das Angehörigenseminar hinaus besteht während der gesamten Therapiedauer die Möglichkeit zu Paar- und Familiengesprächen.

#### **4.7.11 Rückfallmanagement**

Bei der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit handelt es sich um komplexe chronische Erkrankungen mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit. Aus diesem Grund ist das Erwerben von Kompetenzen zur Rückfallprävention und Rückfallbewältigung ein wichtiger Bestandteil unserer Selbstmanagementtherapie.

Die höchste Rückfallgefährdung besteht empirisch gesichert innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss einer spezifischen Suchtbehandlung. Somit gilt das erste Jahr in der „Zeit danach“ als kritisches Jahr. Auch bereits während der laufenden Rehabilitation können Rückfälle vorkommen und niemals sicher ausgeschlossen werden.

Im Verständnis, dass das Rückfallgeschehen als Ausdruck und Folge erhöhter Vulnerabilität, dysfunktionaler kognitiver Prozesse und unzureichender Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu sehen ist, liegt der Schwerpunkt der Rückfallprävention auf der gezielten und systematischen Vorbereitung der Rehabilitandin auf die kritische Zeit nach Entlassung und des ersten Jahres im Anschluss an die Rehabilitation.

Bezug nehmend auf seine Forschungsergebnisse hat G. Alan Marlatt (1941-2011) das Verständnis von Rückfällen und den Umgang damit nachhaltig beeinflusst. Die Wirkung von Alkohol ist nicht nur ein physiologischer Vorgang, sondern immer auch das Ergebnis einer sozialkognitiv gelernten Wirkungserwartung. Ein wichtiges Anliegen war ihm, die einseitige Abstinenzorientierung mittels des Konzeptes der sog. „Schadenbegrenzung“ zu revidieren. Sein Konzept der Rückfallprävention orientiert sich gezielt an wiederholter Überwindung von Risikosituationen und Rückschlägen innerhalb eines längeren Genesungsprozesses und setzt dazu achtsamkeitsbasierte Therapieansätze mit ein.

In den Einzel- und Gruppentherapien werden die Suchtgeschichte, die Rückfallgedanken und die Rückfallerfahrungen der Rehabilitandin sehr detailliert und differenziell analysiert. Rückfall auslösende Faktoren werden in ihrer Gesamtheit unter internalen und externalen Gesichtspunkten identifiziert. Diese Faktoren stehen oft in enger Beziehung zu der individuellen Persönlichkeitsentwicklung mit Schwächen in der Affektregulierung, verminderter Toleranz im Umgang mit Enttäuschungen, Frustrationen und Kränkungen, aber auch Defiziten hinsichtlich Abgrenzung, Selbstbehauptung und Selbstvertretung eigener Anliegen gegenüber anderen.

Mangelnde Selbstachtsamkeit mit Vernachlässigung eigener Gefühle und Bedürfnisse kommen oft als frauenspezifische Persönlichkeitsmerkmale hinzu. Aufgrund ihrer allgemeinen kollektiven Sozialisierung sind diese internalisiert.

Vielfältige psychosoziale Stressoren kommen dazu. Dazu gehören die affektive Befindlichkeit vor und nach dem Rückfall wie z. B. Depression, Einsamkeit, innere Leere, Ärger, Wut, Zurückweisung und Kränkung, aber auch das körperliche Befinden wie beispielsweise Schmerzen und Schlafstörungen. Gleichzeitig werden externale Auslöser erfasst und aufgelistet.

Wir streben ein regelmäßiges Achtsamkeitstraining als Ausgangspunkt für eine günstige Änderung des Lebensstils an, um damit eine Abstinenz vom Suchtmittel aufrecht zu erhalten. Die von Suchtkranken bekannte stärkere Sensitivierung des Belohnungszentrums kann unter Stresseinfluss als emotional negative Situation über situativ ausgelöstes Alkoholverlangen gehäuft zu Rückfällen führen.

Um gelassener Belastungssituationen an sich vorüberziehen zu lassen, statt sich darauf zu fixieren und dagegen anzukämpfen, was oft mit einer Niederlage in Form des Rückfalls einhergehen kann, streben wir eine erhöhte Toleranzentwicklung gegenüber unangenehmen Erfahrungen an. Unter differenzierter Betrachtung und in individueller Vorgehensweise kann jede Rehabilitandin mit Hilfe ihres/ ihrer Therapeuten/in und der Gruppe ihre persönlichen Risikofaktoren und Risikosituationen kennenlernen und bearbeiten. Bewältigungsstrategien werden mit dem Ziel trainiert, eine höhere Bewältigungs- und Gelassenheitskompetenz zu erreichen. Im Kontext mit konkreten Übungssituationen außerhalb der Klinik können eigene erlernte Kontrolltechniken in Alltagssituationen (Ausgänge, Heimfahrten, Außenübernachtungen) umgesetzt werden. Dadurch können bisher erlernte und eingesetzte Strategien überprüft und gegebenenfalls auch korrigiert werden.

Die erfolgreiche Bewältigung von realen Versuchungssituationen stärkt die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die innere Gelassenheit und wie auch die Strukturierung der Achtsamkeit und Aufmerksamkeit und stellt in ihrer Gesamtheit somit ein wichtiges Instrument der Rückfallprophylaxe dar.

Auch die Vorbereitung auf einen möglichen Rückfall gehört zur Rückfallprophylaxe, um den Rückfallschock besser zu überwinden und den „Notfallkoffer“ im Sinne eines Maßnahmenkataloges (an erster Stelle verlässliche Ansprechpartner festzulegen und in der Notlage verständigen, Rückmeldung in der Klinik u. a.) umsetzen zu können.

### **Rückfallbearbeitung:**

Ein Rückfall während der stationären Behandlung ist in der Regel als Zeichen einer fehlgeschlagenen „Selbstbehandlung“ bei intrapsychischen und interpersonellen Konflikten zu sehen. Dementsprechend reagieren wir - wenn die Rehabilitandin weiter behandlungswillig ist - mit intensiver Hilfestellung in Form der Rückfallbearbeitung:

Zuerst spricht der Bezugstherapeut / die Bezugstherapeutin mit der Rehabilitandin alleine über den Verlauf des Rückfalls und die möglichen therapeutischen Konsequenzen. Anschließend schildert die Rehabilitandin den Rückfall in ihrer Bezugsgruppe und setzt sich diesbezüglich mit den Gruppenmitgliedern auseinander.

Im therapeutischen Team wird auf der Grundlage der erworbenen Informationen und Beobachtungen der Mitarbeiter in Absprache mit der medizinisch-therapeutischen Leitung über das weitere Vorgehen entschieden.

Von einer disziplinarischen Entlassung wird abgesehen, wenn die Rehabilitandin selbstkritisch und offen über den Verlauf des Rückfalls berichtet und ernsthaftes Interesse am Aufarbeiten ihres Rückfalls zeigt. Die Rehabilitandin erarbeitet zur Verdeutlichung der Dringlichkeit ein Protokoll zum Rückfallereignis. Um sie wieder zu stabilisieren, erhält die Rehabilitandin eine zeitlich umschriebene Ausgangssperre. Zur intensiveren Selbstreflexion und Rückfallbearbeitung werden die Außenkontakte und Beurlaubungen für eine bestimmte Zeit ausgesetzt.

#### **4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege**

Die Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes sind neben der Erhebung der pflegerischen Anamnese bei Aufnahme zuständig für Planungs-, Organisations-, Vorbereitungs- und Dokumentationsaufgaben hinsichtlich der internen und externen medizinischen Betreuung und Versorgung.

Ferner kontrolliert der Pflegedienst Substanzkonsum, Vitalzeichen, Blutzucker und ist verantwortlich für die Durchführung ärztlicher Verordnungen wie Medikamentenausgabe und Gabe von Medikamenten unter Aufsicht im Bedarfsfall, Inhalationen, physikalische Anwendungen, Ausgabe von Hilfsmitteln.

Notfallmäßige Erstversorgung und Hinzuziehung des zuständigen Arztes, ggf. auch Einschaltung des ärztlichen Notdienstes sind weitere wichtige Aufgaben des Pflegedienstes.

Aufgrund ihrer Präsenz am Abend, in der Nacht und am Wochenende sind die Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes erste Ansprechpartnerin für Fragen, Anliegen und Krisen. Sie unterstützen die Rehabilitandinnen mit informativen, beratenden und stützenden Gesprächen und Interventionen, besonders in persönlichen Krisen, bei Konflikten und bei Rückfall. Praktische Interventionen sind dabei bspw. entlastende Nacken-Massagen, Duftöle, Einreibungen. Darüber hinaus erleben sie die Rehabilitandinnen in einem anderen, oft auch informelleren, Setting und übermitteln diesbezüglich therapierrelevante Informationen in täglichen schriftlichen und mündlichen Übergaben an das therapeutische Team.

#### **4.7.13 Weitere Leistungen**

##### **Indikative Gruppe „Selbstverteidigung“**

Die Indikative Gruppe „Selbstverteidigung“ wird geleitet von einer Polizistin als eine besondere Form des Sicherheitstrainings.

##### **Suchttherapie für Seniorinnen**

Suchttherapie im Alter rückt in den letzten Jahren zunehmend ins öffentliche Bewusstsein. Immer mehr ältere Menschen sind von einer behandlungsbedürftigen Suchtmittel-erkrankung betroffen. Neben der demografischen Entwicklung spielen dabei auch der insgesamt gestiegene Alkohol- und Medikamentenkonsum eine Rolle, wie auch die besonderen Belastungen von älteren Menschen: Ausscheiden aus dem Beruf, veränderte Familien- und Versorgungsstrukturen, zunehmende körperliche Funktionsstörungen und Einschränkungen etc.

Ältere suchtkranke Frauen leiden oft und ausgeprägt unter Scham- und Schuldgefühlen. Darüber hinaus ist es ihnen besonders fremd, professionelle Hilfe aufzusuchen und anzunehmen.

In der Behandlung von älteren Frauen ist es daher umso wichtiger, ihnen mit ausdrücklicher Wertschätzung und Respekt vor ihrer Lebensleistung zu begegnen. Ein ressourcenorientierter und den Einschränkungen entsprechender individueller Behandlungsplan unterstützt die Akzeptanz einer suchtspezifischen Behandlung, die konstruktive Auseinandersetzung mit einem suchtmittelfreien Leben wie auch die Abklärung des zukünftigen Unterstützungsbedarfs und ggf. die Einleitung notwendiger externer Hilfen. Wenn möglich, werden die engsten Bezugspersonen mit einbezogen.

Darüber hinaus profitieren sowohl ältere als auch jüngere Rehabilitandinnen von einem generationenübergreifenden Konzept. Dieses fördert neben dem gegenseitigen Verständnis und der Akzeptanz der Themen der jeweiligen Generation auch die Entdeckung und Erweiterung bestehender Ressourcen sowie die Entwicklung von Lebensfreude.

Altersspezifische Themen finden Raum sowohl in den allgemeinen Gruppen, in der Bezugsgruppe und auch in einer Indikativen Gruppe. Diese ermöglicht es, sich in der Altersgruppe mit besonders Scham besetzten Themen im geschützten Rahmen auseinanderzusetzen.

Neben diesen Fragen muss auch den altersbedingten körperlichen Veränderungen bis hin zu Einschränkungen und Defiziten Rechnung getragen werden. Dies gilt in körperlicher Hinsicht mit möglichen Einschränkungen von Mobilität, Aktivität und Bewegungsradius. Die körperliche Belastbarkeit und Ausdauer können reduziert sein, wobei neben orthopädischen Schädigungen auch Störungen von Herz, Kreislauf und pulmonalen Funktionen in Betracht zu ziehen sind. Einschränkungen der Selbstversorgung können eine körperliche wie auch psychische Grundlage haben.

(Quelle: „Suchtprävention im höheren Lebensalter“ – Bericht der AG Suchtprävention am Sozialministerium, 03/2015)

## **Suchttherapie mit Hund**

Insbesondere für alleinstehende Frauen ist es oft unvorstellbar, sich für eine längere Zeit von ihrem Hund zu trennen, was immer wieder die Durchführung einer erforderlichen Behandlung verhindert.

Eine Besonderheit des therapeutischen Angebotes der Fachklinik Schloz besteht daher in der Möglichkeit, dass Rehabilitandinnen ihren Hund unter bestimmten Voraussetzungen mitbringen können.

Der Hund als zentraler Bezugspunkt, die Einbeziehung der Frauchen-Hund-Beziehung, kann als ein wesentlicher Aspekt des therapeutischen Prozesses für die jeweilige Rehabilitandin genutzt werden. Auch Rehabilitandinnen ohne Hund, die ohne Berührungsängste den Hunden begegnen oder bislang ein problematisches Verhältnis zu Hunden hatten, können davon profitieren.

In der aktiven „Trinkphase“ haben manche Rehabilitandinnen nicht nur sich selbst, sondern auch „ihren Partner“, ihren Hund vernachlässigt. Ein erster Schritt der Therapie für diese Rehabilitandinnen ist es, wieder eine gesunde Beziehung zu ihrem Hund herzustellen. Auf dieser Basis gelingt es oft, im weiteren therapeutischen Prozess auch Beziehungen zu Mitmenschen wieder aufzunehmen

Bislang liegen kaum wissenschaftliche Arbeiten zu einer Therapie mit Hunden bzw. Tieren in Suchtkliniken vor. Aber es gibt in verschiedenen Kliniken sehr gute Erfahrungen mit Hunden bzw. Tieren im therapeutischen Prozess.

Berichtete Erfahrungen/Beobachtungen in der Therapie mit Hunden sind:

- Rehabilitandinnen fühlen sich mit ihrem Hund lebendiger
- Rehabilitandinnen finden (in der Therapie) über den Hund leichter Kontakt
- Bewusstsein für Verantwortung und dafür, dass es schön sein kann, Verantwortung für andere zu übernehmen
- Bewusstsein für die Versorgung/Fürsorge/Sorge
- Ausweg aus der Einsamkeit/Isolation
- Gefühle wieder erleben (statt sie wegzutrinken)
- Soziale Kompetenzen und Empathie werden gefördert
- Neue emotionale Bindungserfahrungen – das Erleben basaler Gefühle, wie Zuneigung, Vertrauen, Sicherheit
- Erleben von bedingungsloser Akzeptanz
- Gesprächspartner, der nichts verrät (Geheimnisträger)
- Rehabilitandinnen werden wieder körperlich aktiv
- Die Beziehung zum Hund ist ein Spiegel für die Bedürfnisse sowie die Art der Beziehungsgestaltung der Rehabilitandin

Das 2016 begonnene Projekt „Aufnahme von Frau mit Hund“ bereichert so das bisherige therapeutische Konzept um ein weiteres Element, das den gesamttherapeutischen Prozess fordert und fördert. Es weist unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten auf, die sowohl individuell genutzt werden können als auch in der konzeptionellen Weiterentwicklung der Klinik.



#### **4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

Die Beendigung der Behandlung richtet sich in der Regel nach der erteilten Kostenzusage des Leistungsträgers und erfolgt dementsprechend regulär. Sie kann in begründeten Fällen mit ärztlichem Einverständnis verkürzt werden. In besonderen Fällen erfolgt eine vorzeitige Beendigung der Maßnahme auf ärztliche Veranlassung oder gegen ärztlichen Rat bei Abbruch seitens der Rehabilitandin ohne Absprachemöglichkeit. Regelverstöße können zur disziplinarischen Entlassung führen. Im Bedarfsfall erfolgt mit Einverständnis der Rehabilitandin und mit Zustimmung des Leistungsträgers die Entlassung als Verlegung oder als „Wechsel in eine andere Leistungsform“.

Die durch den Leistungsträger vorgegebene Therapiedauer wird im Therapieplanungsgespräch und mit der Rehabilitandin geprüft und, sofern weder der Behandler oder die Rehabilitandin keine Einwände haben, beibehalten.

Die Vorbereitung der Entlassung und des Übergangs in den Alltag beginnt bereits mit der Aufnahme in die Klinik. Während des gesamten klinischen Abschnittes bleibt die zeitliche Begrenzung sowohl für die Rehabilitandinnen wie auch das gesamte Behandlungsteam eine limitierende Dimension und stellt für alle Beteiligten eine strukturierende Realität dar, die den Rahmen vorgibt.

Die eindeutige therapeutische Absicht ist es, dass sich die Rehabilitandin ausgehend von ihrer individuellen Situation und ihren persönlichkeitspezifischen Eigenheiten während des stationären Aufenthaltes erholt und stabilisiert, sie ihre Erwerbsfähigkeit so weit wie möglich wieder herstellt bzw. erhält. Sie soll wichtige Eindrücke, Erfahrungen und Resultate gewinnen und mitnehmen, um diese zuhause für sich zu nutzen und weiter ausbauen und festigen zu können. Hierzu zählt insbesondere der gezielte Transfer der in der Therapie gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen in den sozialen Kontext der Betroffenen, die Umsetzung des Erlernten, aber auch des zu Verlernenden vor Ort, privat und beruflich. Es gilt, die noch bestehende soziale und berufliche Integration zu erhalten und zu festigen.

Spätestens im letzten Drittel der Behandlung werden Möglichkeiten und aus klinischer Sicht erforderliche Notwendigkeiten konkret kommuniziert und mit der Rehabilitandin reflektiert. Ziel ist es, gemeinsam mit der Rehabilitandin einen ambulanten Behandlungsplan im weitestgehenden Sinne zu erarbeiten. Dieser umfasst je nach individuellen Gegebenheiten:

- Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit (Arbeitgebergespräch, ggf. im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, stufenweise Wiedereingliederung, betriebliche Umsetzung, alternative Modelle der Arbeitsaufnahme oder Modifizierung des Arbeitsverhältnisses).
- Bei bestehender Arbeitslosigkeit Kontakt mit Arbeitsagentur/Jobcenter herstellen und vorab weitere Schritte abklären
- Die Erwerbsfähigkeit unterstützende Maßnahmen einleiten: Adaptionsmaßnahmen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen im Rahmen von BoNPas und BOSS
- Nachgehende erforderliche psychiatrische und somatische Weiterbehandlungen einleiten: u.a. ambulante Psychotherapie, ambulante sozialpsychiatrische Maßnahmen, ggf. auch stationäre Behandlungen oder Maßnahmen
- Suchtspezifische Weiterbehandlung im Rahmen von suchtspezifischer Nachsorge, ambulanter Rehabilitation und Besuch von Selbsthilfegruppe einleiten bzw. unterstützen.
- Maßnahmen der Tagesstrukturierung, aktive Freizeitgestaltung

Ziel dabei ist, dass sich die Rehabilitandin positioniert, sich mit erforderlicher Unterstützung im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv selbständig informiert und initiiert. Beurlaubungen können dazu dienen, Vorhaben zu konkretisieren, um einen umfassend vorbereiteten Übergang zu erleichtern. Insofern wird die Rehabilitandin umfassend motiviert, mögliche Nachbehandler im Rahmen einer Beurlaubung während des Klinikaufenthaltes aufzusuchen und einen persönlichen Kontakt herzustellen wie auch einen konkreten Termin für die Zeit nach der stationären Behandlung zu vereinbaren. Dies betrifft insbesondere den Kontakt mit der entsendenden Stelle, bzw. die die suchtspezifische Nachsorge durchführende Stelle.

Insbesondere bzgl. der Vorbereitung und Überleitung in die suchtspezifische Nachsorge oder in die anschließende ambulante Phase im Rahmen der Kombi-Behandlung liegt ein besonderer Schwerpunkt darauf, die für die Weiterbehandlung erarbeiteten Ziele und Impulse mit der Rehabilitandin ausführlich zu kommunizieren, festzulegen und im Entlassbericht zu dokumentieren. Hierzu werden mit den Nachbehandlern fallbezogen Übergabegespräche durchgeführt. Darüber hinaus ist die Antragsstellung der suchtspezifischen Nachsorge als interner Prozess der Qualitätssicherung standardisiert.

Bei anschließenden Maßnahmen wie Adaption oder Angeboten der Eingliederungshilfe ist zu berücksichtigen, möglichst frühzeitige den diesbzgl. Bedarf und die Bereitschaft dafür zu ermitteln. Ziel ist, ein in der Regel erforderliches Kontaktgespräch wie auch ein Probewohnen während des Klinikaufenthaltes sowie nach entsprechender Bescheidung der Antragsstellung einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen.

Bei allen anschließenden Maßnahmen wird auf Wunsch der Rehabilitandin und unter größtmöglicher Beteiligung der Rehabilitandin seitens der Klinik direkt mit den Nachbehandlern Kontakt aufgenommen, um eine adäquate Vorbereitung der jeweiligen Maßnahme zu gewährleisten.

In den letzten zwei Aufenthaltswochen finden in der „Abschlussphase“ bilanzierende und abschließende Gespräche und Auswertungen in allen zentralen Behandlungsbereichen im Rahmen der Abschlussphase statt. Diese münden in die interdisziplinäre Abschlussdiagnostik, insbesondere auch die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ein. Sowohl Abschlussdiagnosen als auch Arbeits- und Leistungsfähigkeit werden mit der Rehabilitandin kommuniziert. Zusätzlich werden unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen mit den Nachbehandlern Übergabegespräche geführt.

### **Erstellung des Entlassberichtes**

Bei Aufnahme der Rehabilitandin wird der Entlassbericht angelegt. Jede Fachrichtung erfasst fortlaufend Anamnese, Befundung und Ziele. Im Verlauf erfolgt die Überprüfung und ggf. Modifizierung. Besonderheiten des Verlaufs werden ergänzt. Dementsprechend erfolgt in der Abschlussphase die Erfassung der Ergebnisse, Auswertungen und Empfehlungen für die Weiterbehandlung.

## **5. Personelle Ausstattung**

1 Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie - Naturheilverfahren  
1 Fachärztin für Allgemeinmedizin  
1 Dipl. Psychologin  
2 Dipl. Sozialpädagoginnen/ Sozialtherapeutinnen (VDR)  
1 Dipl. Sozialpädagogen - Sozialberatung  
5 Krankenschwestern  
2 Ergotherapeut/innen / Arbeitstherapeut/innen  
1 Kunst- und Gestaltungstherapeut  
1 Tanztherapeutin (DGT)  
2 Sport- und Entspannungstherapeutinnen  
3 Freizeitpädagoginnen  
1 Diplom-Ökotrophologin und Ernährungsberaterin DGE  
1 Diätassistentin  
Hauswirtschaftskräfte, Koch, Verwaltung, Hausverwalter

## **6. Räumliche Gegebenheiten**

Insgesamt stehen 38 Betten als Einzel- und Doppelzimmer zur Verfügung, davon sind 18 Einzelzimmer. Im Wiesenhaus verfügen die Doppelzimmer über eine eigene Nasszelle, jeweils 2 Einzelzimmer teilen sich eine Nasszelle. Im Birkenhaus befinden sich auf beiden Etagen Duschen und Toiletten.

Die Klinik ist nicht barrierefrei und nur bedingt barrierearm. Die Mobilität für Treppensteigen, ggf. mit Gehhilfen, muss gegeben sein.

Behandlungs- und Sprechzimmer der Ärzte und Therapeutinnen mit Wartebereich befinden sich im Wiesenhaus.

Der Pflegedienst mit seinen Funktionsräumen ist im Birkenhaus untergebracht. Die Nachtbereitschaft des Pflegedienstes wird vom Wiesenhaus aus geleistet.

Die Klinik verfügt über einen großen und kleinen Vortragsraum für Veranstaltungen, Gruppensitzungen und als Aufenthaltsräume am Abend. Ein weiterer Aufenthaltsraum, ein halboffenes Kaminzimmer und eine Teeküche im Birkenhaus erweitern das Angebot.

Für Ergo- und Kreativtherapie stehen Räumlichkeiten im Birkenhaus und Wiesenhaus zur Verfügung, wo sich auch das Büro der Ergotherapeuten befindet. Bei gutem Wetter kann die große Terrasse mit angrenzender Wiese miteinbezogen werden.

Im Untergeschoss des Wiesenhauses befindet sich der PC-Übungsraum, mit Zugang zum Internet, der auch zu anderen Aktivitäten genutzt werden kann. Auf Wunsch steht kostenfreies WLAN mit persönlichem Zugang zur Verfügung.

Die Lehrküche wird im Bereich der Funktionsküche durchgeführt.

In der Gymnastikhalle im Untergeschoss finden die sportlichen und bewegungstherapeutischen Maßnahmen statt, sofern nicht bei entsprechender Wetterlage die Aktivitäten im Freien vor den Häusern durchgeführt werden können, was immer auf gute Resonanz stößt.

Im freundlichen und hellen Speiseraum im Birkenhaus werden die Mahlzeiten eingenommen.

Von den zwei Häusern ist eines komplett hundefrei. Die Hunde können sich auf der angrenzenden eingezäunten Hundewiese frei bewegen, der übrige Klinikgarten ist hundefrei. Die Hunde müssen im gesamten Klinikbereich außer im ausgewiesenen Aufenthaltsraum für Rehabilitandinnen mit Hund kurz angeleint sein.

## **7. Kooperation und Vernetzung**

Die bwlv Fachklinik Schloz versteht sich als Teil einer Behandlungskette. Insofern arbeitet sie sowohl mit vermittelnden Stellen (Beratungsstellen und Kliniken), Nachbehandlern als auch Leistungsträgern eng zusammen.

Unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bezieht und berücksichtigt dies sowohl Vorinformationen in Wort und Schrift. Außerdem erstellen wir Informationen, Befunde und Ergebnisse und stellen sie den Leistungsträgern und Nachbehandlern zu Verfügung. Tel. Übergabegespräche haben hinsichtlich einer nahtlosen Weiterbehandlung in beide Richtungen eine hohe Relevanz.

Der persönliche und fachliche Kontakt sowie Austausch zu und mit Beratungsstellen und Kliniken wird regelmäßig und umfassend gepflegt und wahrgenommen. Insbesondere auch im Hinblick auf die Durchführung von Nahtlosverfahren und Kombi-Behandlung.

Gute Kooperation besteht darüber hinaus mit unterschiedlichen Fachärzten und Physiotherapeuten in der Stadt und dem örtlichen Krankenhaus. Zu den regionalen Suchtberatungsstellen unterhalten wir kontinuierlichen Kontakt im gegenseitigen Austausch und nehmen regelmäßig an den Veranstaltungen und Treffen im Suchthilfenetz Freudenstadt teil. Darüber hinaus sind wir Mitglied im Fachverband Sucht mit regelmäßigen Sektionstreffen der beteiligten Rehabilitationskliniken in Süddeutschland.

## **8. Maßnahmen der Qualitätssicherung**

Die bwlv Fachklinik Schloz Freudenstadt, zugehörig zum Fachverband Sucht, ist als vollstationäre Rehabilitationsbehandlung vom Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung anerkannt. Voraussetzung dieser Anerkennung ist u. a. ein Mindestmaß an personeller und räumlicher Ausstattung.

Sie ist nach BAR zertifiziert und wird im Rahmen dessen regelmäßig in allen relevanten Bereichen überprüft. Darüber hinaus führt sie interne Mitarbeiter/-innenbefragungen und Rehabilitandinnenbefragungen (aktuelle und katamnestische) durch und nimmt am externen Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer teil. Die Ergebnisse aller Überprüfungen werden regelmäßig dokumentiert, ausgewertet und überprüft sowie entsprechende Maßnahmen abgeleitet und durchgeführt.

Dies betrifft die Bereiche:

- Behandlungsqualität
- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

## **Effektivitätskontrollen, Dokumentation, Qualitätssicherung**

Die Rehabilitandinnenakte bildet die Grundlage zur Dokumentation, Effektivitätskontrolle und Qualitätssicherung. Die Rehabilitandinnenakte enthält 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 der Rehabilitandin. Der Entlassbericht wird entsprechend der Vorgaben der Rentenversicherung während des Rehabilitationsprozesses fortlaufend erstellt und im vorgegebenen zeitlichen Rahmen fertig gestellt.

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.

## **9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation**

### **Kommunikationsstruktur der Mitarbeiter/innen:**

Das Team kommuniziert im Rahmen von regelmäßige Teambesprechungen in unterschiedlicher Besetzung per Email und mündlich.

- Teambesprechungen: Montag: Großteam mit allen Arbeitsbereichen  
Dienstags: Bezugstherapeuten-Team  
Mittwochs: Therapeutenteam
- Übergaben zwischen den Diensten:  
Zusammenfassung des relevanten Tagesgeschehens  
tgl. morgens per Mail sowie in Teambesprechungen

### **Kommunikationsstruktur zwischen Mitarbeiter/innen und Rehabilitandinnen:**

Wöchentliche Großgruppe mit allen Rehabilitandinnen sowie Therapeutenteam, Sprechzeiten der einzelnen Arbeitsbereiche, direkte Ansprache aller Mitarbeiter/innen bei Bedarf möglich. Im Bereich Hausverwaltung/Instandhaltung schriftliche Abgabe von Bedarf.

### **Umgang mit und Regeln in der Internetnutzung, speziell der Datenschutz für die Rehabilitandinnen sowie Mitarbeiter/innen:**

Sowohl die Internetnutzung der Mitarbeiter/innen als auch der Rehabilitandinnen erfolgt im Rahmen datenschutzrechtlichen gesetzlichen Bestimmungen und Vorgaben, des größtmöglichen Schutzes vor äußerer Bedrohung durch Viren und externen Attacken sowie den Vorgaben des Trägers.

Daten von Rehabilitandinnen und Mitarbeiter/innen werden im Rahmen der Grundsätze des Datenschutzes und der Datensicherung erhoben, verwendet, ggf. an Dritte weitergegeben und gelöscht.

**Therapieorganisation:**

Die Therapiebausteine und ihre Inhalte sind an die Anforderungen der Leistungsträger angepasst und in einen festen Wochenplan integriert. Dieser Wochenplan wird bei Bedarf modifiziert und angepasst.

Die individuelle Therapieplanung erfolgt entsprechend der individuellen Zielplanung und wird interdisziplinär und unter Beteiligung der Rehabilitandin erstellt. Der individuelle Therapieplan wird regelmäßig im Rahmen von Bilanzierungsgesprächen in allen Bereichen und bedarfsorientiert überprüft und angepasst.

## 10. Notfallmanagement

**Medizinische Notfälle:**

Medizinische Notfallversorgung dient der Versorgung und somit der Fürsorge für Patienten in schweren gesundheitlichen Krisen oder akut lebensbedrohlichen Zuständen durch Unfall oder Erkrankung. Medizinische Notfälle können im somatischen wie auch im psychischen Bereich auftreten.

**Notrufsystem:**

In allen Rehabilitandinnenzimmern sowie allen Aufenthalts- und Funktionsräumen sind Notrufschalter gut sichtbar angebracht. Die Notrufanlage ist gekoppelt mit dem Notfall-Handy. Dieses wird rund um die Uhr über 24 Stunden von anwesenden Ärzten, Pflegedienst oder medizinisch geschultem Personal mitgeführt und überwacht.

Hinweise und Informationen mit Notfall-Telefonnummern befinden sich im Behandlungszimmer Birkenhaus (hinterlegt im QMH).

Bei Aufnahme wird die Rehabilitandin eingehend und umfassend über das Notrufsystem informiert. Darüber hinaus sind die Notrufnummern in beiden Klinikgebäuden auf jeder Etage an markanter Stelle ausgehängt. Ferner können die Anweisungen zum Notrufsystem in der Hausordnung nachgelesen werden.

**Dienste:**

Ärztliche Präsenz besteht wochentags (Mo bis Fr) durchgängig von 8:00 bis 16:30 Uhr. Darüber hinaus und am Wochenende über 24 Stunden ist ein ärztlicher Hintergrunddienst in Rufbereitschaft organisiert. Der diensthabende Arzt erreicht die Klinik in angemessener Zeit.

**Ablauf Notfallversorgung:**

Nach Eingang des Notrufes erfolgt die Versorgung des Notfalls tagsüber durch den/die Dienst habenden Arzt/ Ärztin. Ggf. verständigen geschultes Personal oder der Pflegedienst als Erstempfänger des Notrufs umgehend den ärztlichen Dienst.

Im Spät- und Bereitschaftsdienst des Pflegedienstes sowie am Wochenende wird der zuständige Hintergrundarzt mit 24-Stunden-Rufbereitschaft umgehend benachrichtigt. Dieser kommt im Bedarfsfall umgehend in die Klinik.

Wenn Gefahr in Verzug ist, verständigt der Pflegedienst den Ärztlichen Notdienst über die zentrale Notrufnummer 112, der über die Indikation zur Einweisung in die Klinik entscheidet und ggf. veranlasst.

### **Ausstattung für Notfälle:**

- Notfallkoffer im Behandlungsraum Erdgeschoss (Birkenhaus)
- Notfall-Rucksack im Arztzimmer Erdgeschoss (Wiesenhaus)
- Defibrillator in unmittelbarer Nähe zum Pflegedienstbüro (Birkenhaus)
- Mobiles EKG im Arztzimmer Erdgeschoss (Wiesenhaus)

Notfallschulungen finden 1 x jährl. Als Pflichtveranstaltung für alle Mitarbeiter/innen statt.

### **Sonstige Notfälle und Katastrophenfälle**

Für Brand-, Alarm- und Katastrophenschutz und Schutz bei Bombendrohung bestehen schriftliche Handlungsanweisungen.

Praktische Schulungen hierzu, mit Teilnahmepflicht für alle Mitarbeiter/innen und Rehabilitandinnen, finden 1 x jährl. statt.

## **11. Fortbildung**

Für das gesamte Team und die einzelnen Fachgruppen finden regelmäßige spezifische Fachfortbildungen intern und extern statt.

Die internen Fortbildungen und Einweisungen im Allgemeinen entsprechend den Vorgaben im Rahmen der Zertifizierung, sind nach Inhalt und der dazugehörigen Berufsgruppe Pflicht und finden in der Regel 1 x mtl. statt. Einweisungen beziehen sich auf: Arbeitssicherheit, Gefahrenstoffe, Notfall- und Unfallplanung, Brandschutz, Hygiene, Medizinisches und technisches Notfall-Management, Medizinprodukte und Desinfektion, Datenschutz und Qualitätsmanagement.

Die Teilnahme an bwlv-internen sowie externen Tagungen und Fortbildungen sowie die Durchführungen von Weiterbildung werden ermöglicht und im Rahmen der Betriebsvereinbarungen unterstützt.

## **12. Supervision**

Alle therapeutischen Mitarbeiter stehen verpflichtend regelmäßig und fortlaufend in externer Supervision und interner Intervention.

Die interne Intervention ist Bestandteil der wöchentlichen Teambesprechung am Mittwoch. Die externe Supervision findet alle 4-6 Wochen statt und wird durchgeführt von einem Supervisor/ einer Supervisorin mit Zulassung bei der Ärztekammer oder der Psychotherapeutenkammer

**Anlagen:** Hausordnung, Therapievertrag, Therapieplan, Notfallplan

## Literaturverzeichnis

- Alkoholfrei leben: Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen. Bestellnr.: 32 011 000, DHS
- Antonovsky, A.: Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well Being. San Francisco: Jossey-Bass, 1979
- Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2, Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2. überarb. Auflage, 2007, Verlag Hans Huber
- Arenz-Greiving, I.: Die vergessenen Kinder. Kinder von Suchtkranken. 6. Aufl. Wuppertal: Blaukreuz Verlag, 2007
- Baer, U.: Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder. Berlin: Semnos Verlag 2014
- BAR: ICF - Praxisleitfaden 2 in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen >2008
- Basisinformation Alkohol. Bestellnr.: 33 230 000, DHS
- Beck, u. a.: Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz Verlag 2010
- Beck, u. a.: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz Verlag, 1999
- Beck, u. a.: Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz Verlag, 1997
- Bessel van der Kolk, A.: Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 2. Aufl. Lichtenau/Westf.:Probst, 2016
- Bilitza, K. W. (Hrsg.): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007
- Bilitza, K. W. (Hrsg.): Psychotherapie der Sucht, Psychoanalytische Beiträge zur Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2009
- Bolle, R.: Das Konzept „Inneres Kind“ und die Analytische Psychologie nach C.G. Jung. In: Herbold, W./ Sachsse, U. (Hrsg.), Das sogenannte innere Kind. Stuttgart: Schattauer, 2007
- Brown et al.: Alcoholism and affective disorder. American Journal of Psychiatry, 1995, 152: 45-52
- Empfehlung zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (BORA)
- Engl & Thurmaier: Wie redest du mit mir? Stuttgart: Kreuz-Verlag, 2012
- Egle, U. T., S. O. Hoffmann: Der Schmerzkranker, Grundlagen, Pathogenese und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart: Schattauer, 1993
- Ermann, M: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2007



Ernst, C.: Alkoholmissbrauch - Alkoholabhängigkeit - Alkoholismus. Ein Leitfaden für Ärzte und andere in der Alkoholismus-Behandlung tätige Personen. Hrsg. vom Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern, 1989

Evert, D., M. Oscar-Berman: Alcohol-related cognitive impairment: an overview of how alcoholism may effect the working of the brain. Alcohol Health & Research World 1995, 19: 89-96

Feuerlein, W., Kufner, H., Soyka, M.: Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2008,16-22  
Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV und der gesetzlichen KV zur Kombinationsbehandlung vom 14.11.2014

Heinzen-Voß, D., Stöver, H. (Hrsg): Geschlecht und Sucht, Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Pabst 2016

Hinsch & Pfungsten: Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Weinheim: Beltz Verlag, 2015

Hoffmann, Ch.: Frauenspezifische Suchtarbeit, Die Abhängigkeitsproblematik aus genderspezifischer Sicht. GRIN Facharbeit 2011

Kanfer, F. H., H. Reinecker, D. Schmelzer: Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 2., überarb. Aufl. Berlin: Springer, 1996

Kernberg, O. F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. 6. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp,1980

Köhler, K., F. Steier-Mecklenburg (Hrsg.): Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation – Arbeitsfelder der Ergotherapie. Stuttgart: Thieme, 2008

Körkl: Rückfall muss keine Katastrophe sein. Wuppertal: Blaukreuz Verlag, 2001

Küchenhoff, J.: Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005

Kufner: Die Zeit danach. München: Gerhard Röttger Verlag, 2013

Lambrou, U.: Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. 3. Aufl. Reinbek: Rowolth Verlag, 2012

Leutkart, Ch., E. Wieland, I. Wirtensohn-Baader (Hrsg.): Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 2003

Lindenmeyer, J.: Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz Verlag, 2016

Marker Software, Cogpack Handbuch zum Programmpaket Cogpack Version 8.31, Oktober 2010

Mentzos, S., A. Münch (Hrsg.) Bordeline-Störung und Psychose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2003

- Miller, A.: Am Anfang war Erziehung. Frankfurt a. M : Suhrkamp Verlag, 1983
- Miller, A.: Du sollst nicht merken. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, 1981
- Müller-Fahrnow, W., T. Hansmeier, M, Karoff (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Papst, 2006
- Reddemann, L.: Imagination als heilsame Kraft. 20. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2017
- Reddemann, L. (Hrsg.): Psychotraumata. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2006
- Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung, März 2016
- Rost, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus, Theorie, Diagnostik, Behandlung, Stuttgart: Klett-Cotta, 1987
- Röhr, H.-P.: Weg aus dem Chaos. 5. Aufl. Freiburg: Walter Verlag, 2000
- Rudolf, Grande, Henningsen: Die Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2010
- Scheepers, C., U. Steding-Albrecht, P. Jehn: Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme Verlag, 1999
- Schneider, R.: Die Suchtfibel. Hohengehren: Schneider Verlag, 2013
- Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.: Wirksame Therapie. Geesthacht: Neuland Verlag, 2007
- Schwoon, D., M. Krausz (Hrsg.): Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg: Lambertus, 1992
- S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" AWMF-Register Nr. 076-001 (Stand: 28.02.2016)
- Sachsse, U.: Traumazentrierte Psychotherapie, Schattauer Verlag, 2. Auflage 2009
- Sozialministerium, Bericht der AG Suchtprävention am Sozialministerium, „Suchtprävention im höheren Lebensalter“ – 03/2015
- Singer M. V., Teyssen, S. (Hrsg.). Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen - Diagnostik - Therapie. Berlin: Springer, 1999
- Streeck, Leichsenring: Handbuch der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2011
- Teyssen, S. (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer, 1997: 518-525.
- Uchtenhagen, A., W. Zieglgänsberger (Hrsg.): Suchtmedizin, Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban & Fischer, 2000

Volkan, V. D.: Das infantile psychotische Selbst und seine weitere Entwicklung. Verständnis und Behandlung schizophrener und anderer schwieriger Patienten. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht, 2004

Weaver et al.: Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. British Journal of Psychiatry, 2003; 183: 304-313

Weber, S. (Bearbeitung), u. a.: Konvergenzen - Divergenzen - Transformation: Das Merken und Wirken im kunsttherapeutischen-gestaltungstherapeutischen Prozeß, 1. Aufl., 2008

WHO 2001 : International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001/2006

Willke, Elke, Hölter, Gerd, Petzold, Hilarion, Tanztheorie – Theorie und Praxis. Ein Handbuch, Jungferns Verlag, Paderborn, 1991

Wurmser, L.: Flucht vor dem Gewissen. Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2000.