

KONZEPT

ÜBER DIE STATIONÄRE MEDIZINISCHE REHABILITATION ABHÄNGIGER ILLEGALER DROGEN



Baden-Württembergischer
Landesverband für Prävention
und Rehabilitation gGmbH

FACHKLINIK HAUS WIESENGRUND AM KOHLWALD

Verfasserin: Evelyn Pikal
Therapeutische Leitung
Dipl. Psych. / PPT i.A.
Januar 2018
Version 3

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Allgemeines.....	4
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	6
3.1	Geschichte und Lage der Einrichtung	6
3.2	Rehabilitationsangebote	7
4.	Rehabilitationskonzept.....	7
4.1	Theoretische Grundlagen	8
4.1.1	Angewandte Psychotherapieverfahren.....	9
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	12
4.3	Rehabilitationsziele.....	14
4.4	Rehabilitationsdauer.....	15
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	19
4.6	Rehabilitationsprogramm.....	20
4.6.1	Therapeutische Überzeugungen	20
4.6.2	Programmübersicht, Programmphasen und Berufsgruppen.....	21
4.7	Rehabilitationselemente	24
4.7.1	Aufnahmeverfahren	24
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik.....	26
4.7.3	Medizinische Therapie.....	29
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	31
4.7.4.1	Gruppen- und Einzeltherapien	33
4.7.4.2	Trauma und Traumatherapien	42
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen.....	43
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	48
4.7.7	Freizeitangebote	49
4.7.8	Sozialdienst	50
4.7.9	Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung.....	52
4.7.10	Angehörigenarbeit	53
4.7.11	Rückfallmanagement.....	54
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege.....	56
4.7.13	Weitere Leistungen	56
4.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	57
5.	Personelle Ausstattung	60
6.	Räumliche Gegebenheiten	61
7.	Kooperation und Vernetzung	62
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	63
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	64
10.	Notfallmanagement.....	64
11.	Fortbildung.....	66
12.	Supervision	67
	Literatur.....	69
	Hausordnung /Therapievertrag.....	82
	Muster Behandlungsplan Fachklinik Wiesengrund	92
	Impressionen der Klinik	94

1. Einleitung

Das hier vorgestellte wissenschaftlich fundierte Rehabilitationskonzept zur stationären Behandlung Abhängiger illegaler Drogen und Mehrfachabhängiger stellt die Weiterentwicklung des Konzeptes von 2011 dar. Als Vorlage diente der „Gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung von Konzepten stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (Stand: 23.09.2011).

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger (vgl. a. Deutsche Rentenversicherung Bund 2009).

„Im Mittelpunkt der Postakutbehandlung Opioidabhängiger stehen Schadensminimierung in allen Lebensbereichen und Suchtmittelfreiheit“ (AWMF-Leitlinien) (Havemann-Reinecke et al. 2004), um die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu erreichen. Eine Abhängigkeitserkrankung führt zu individuell unterschiedlichen Beeinträchtigungen und Schädigungen in den Bereichen somatischer, mentaler und psychischer Körperfunktionen und bei den Aktivitäten und der Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie sie im bio-psycho-sozialen Modell der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation differenziert abgebildet werden (DIMDI 2005). Die ICF ergänzt und erweitert einerseits die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) (DIMDI 2013), andererseits vertieft sie das „Mensch - Umwelt - Droge“ Modell von Feuerlein, zur Verursachung von Suchtkrankheiten (Feuerlein et al. 1998). Sie ist Grundlage der teilhabeorientierten Rehabilitation der Abhängigkeitskranken in der Fachklinik „Haus Wiesengrund“. Problemanalyse, funktionsbezogene Bedarfserkennung, Rehabilitationsplanung und Darstellung der Ergebnisqualität werden auf dieser Grundlage durchgeführt.

Das Konzept wurde in Diskussion und Absprache mit allen Fachgremien der Einrichtung entwickelt. Eine wiss. Beratung erfolgte durch Frau Prof. Dr. med. Christel Zenker MPH.

Ausschließlich zur besseren Lesbarkeit wurde für Personen und Berufsbezeichnungen überwiegend die maskuline Form gewählt. Anstelle des wissenschaftlich korrekten Begriffs ‚Abhängige von illegalen Drogen‘ wird im Text auch der gebräuchliche Begriff ‚Drogenabhängige‘ verwendet, in Abgrenzung zu den Abhängigen legaler Drogen.

2. Allgemeines

Die Fachklinik „Haus Wiesengrund am Kohlwald“ gGmbH ist eine Einrichtung zur stationären medizinischen Rehabilitation Abhängiger von illegalen Drogen:

Ellbachseeweg 1-5

72250 Freudenstadt-Kniebis

Tel: 07442-83786 - 0

Fax: 07442-83786 - 99.

Email: wiesengrund@bw-lv.de

Internet: www.bw-lv.de.

Institutionskennzeichen: 510826985

Träger ist der

Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH

Renchtalstr. 14

77871 Renchen

Tel: 07843-949-141

Fax: 07843-949-168

Email: info@bw-lv.de

Internet: www.bw-lv.de

Gesellschafter ist die Stiftung für Prävention und Rehabilitation Baden-Württemberg,
Karlstraße 2, 72070 Tübingen.

Ärztlicher Leiter:

Herr Eberhard W.E. Kuttruff, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,
Suchtmedizin und Verkehrsmedizin.

Leitung Psychotherapie, therapeutische Leitung:

Frau Evelyn Pikal (Dipl.Psych.).

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1 Geschichte und Lage der Einrichtung

Die Fachklinik“ Haus Wiesengrund am Kohlwald“ (FK) wurde am 18.02.1991 in 72275 Alpirsbach-Reinerzau in Betrieb genommen und führt seither medizinische Rehabilitationen für Abhängigkeitskranke durch. 2007 fusionierte die Drogenhilfe Tübingen, der die Klinik zunächst angegliedert war, mit dem Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bw-lv). 2008 erfolgte der Umzug nach Freudenstadt-Kniebis, vorrangig um die Strukturqualität hinsichtlich technischer und organisatorischer Voraussetzungen zu verbessern. Dies betraf die Patientenzimmer und Kommunikationsräume, die Vergrößerung des medizinischen und (psycho-) therapeutischen Bereiches sowie die Errichtung einer eigenen Sporthalle.

Die FK liegt auf 900 m Höhe in der Region Nationalpark-Nordschwarzwald, an der Schwarzwaldhochstraße. Der Ort Kniebis ist mit seinen 1000 Einwohnern ein Stadtteil der 10 km entfernten Kreisstadt Freudenstadt. Freudenstadt ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Die nächstgelegene Bushaltestelle ist 400 m entfernt.

Kniebis ist eingebettet in Wiesen, Wälder, Heide und Moor und bietet sehr gute Möglichkeiten für Wandern, Mountainbike Touren und Nordic- Walking. In den Sommermonaten ist das Waldschwimmbad geöffnet. Zahlreiche Ausflugsziele wie Mummelsee, Bärenpark, Lotharpfad, Europapark, Badensee Erzgrube, Barfußpark, Sommerrodelbahn und Hochseilgarten sind ganz in der Nähe. Im Winter locken zahlreiche Loipen, Winterwanderwege und Schneeschuhtrails. Die FK liegt direkt an der Nachtloipe des Nordic- Aktiv- Zentrums und nahe der 400 m langen Rodelbahn.

Neben vielen Betrieben sind sämtliche Beratungsstellen, ein Krankenhaus und Fachärzte im nahegelegenen Freudenstadt zu erreichen. Die FK kooperiert eng mit

der 20 km entfernten Fachklinik Wittichen für Drogenentzugsbehandlungen sowie mit dem 50 km entfernten Berufsförderungswerk Bad-Wildbad.

Das Haupteinzugsgebiet der Klinik ist Baden-Württemberg, vereinzelt werden Patienten auch aus anderen Bundesländern aufgenommen.

Insgesamt verfügt die Klinik über 54 stationäre Behandlungsplätze. Die Unterbringung erfolgt in Zweibettzimmern. Es stehen insgesamt zwei Einzelzimmer nach Bedarf zur Verfügung z.B. für Patienten mit hohem Ausprägungsgrad einer posttraumatischen Belastungsstörung. 2 Zimmer sind barrierearm ausgestattet. Der Eingang zur Klinik ist barrierefrei mit einer Rampe versehen. Die Klinik ist überwiegend barrierearm gehalten, der Zugang zu Therapie- und Sozialräumen ist barrierearm.

3.2 Rehabilitationsangebote

Verträge mit Leistungsträgern

Es besteht eine Vereinbarung nach § 21 Abs.1 SGB IX über die Ausführung von Leistungen zur med. Rehabilitation zwischen DRV BW und FK Wiesengrund. Versorgungsverträge nach §111 Abs. 2 SGB V gibt es mit der AOK BW; dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., den Landesvertretungen BW, Stuttgart; der BKK BW, Kornwestheim; der IKK BW und Hessen, Ludwigsburg; dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung BW, Stuttgart; der Landwirtschaftlichen KK BW, Stuttgart und der Knappschaft, Verwaltungsstelle München.

4. Rehabilitationskonzept

Unter den Abhängigkeitserkrankungen gilt die Abhängigkeit von illegalen Drogen als die schwerwiegendste chronische Erkrankungsform. Langjährig Betroffene müssen psychisch, physisch und in unterschiedlichen sozialen Lebensbereichen als multimorbid eingestuft werden. Entsprechend umfassend wird der Rehabilitationsprozess

gestaltet. Grundlage hierfür ist die ICF. Folge- und Begleiterkrankungen werden zusammen mit der Suchterkrankung behandelt, um die optimale funktionale Gesundheit (functioning) (wieder) erreichen zu können, die nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit, einschließlich der mentalen und psychischen, sondern auch die Aktivitäten und Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen umschließt. Suchtmittelfreiheit ist die Vorbedingung dieser Rehabilitation. Sie ist nur erreichbar, wenn die Betroffenen ihre Krankheit sowohl verstehen als auch lernen, die vorhandenen seelischen Verletzungen, Defizite und Störungen abzubauen und durch gesunde Anteile zu ersetzen.

4.1 Theoretische Grundlagen

An der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen sind sich gegenseitig beeinflussende soziale und personale bzw. familiäre Faktoren, die eine persönliche Vulnerabilität bedingen sowie die spezifischen, neurobiologischen Drogenwirkungen (Feuerlein et al. 1998; Heinz et al. 2012) beteiligt.

Legale und illegale Drogen wirken enzephalotrop (auf die neuronale Systeme im Gehirn, insbesondere die Belohnungssysteme, die Denken, Fühlen, Motivation und Verhalten steuern) und psychotrop (Vermittlung wohlthuender Gefühle, Steigerung des Selbstwertgefühls). Bei Suchtkranken haben sie zu psychischer und physischer Abhängigkeit, mit Entzugssymptomatik, Kontrollverlust und Toleranzsteigerung geführt, wodurch der zwanghafte Drang, wieder Drogen zu konsumieren (Craving), aktiviert wird.

Die kulturell-gesellschaftlich beeinflussenden Faktoren der Suchtentwicklung umfassen u.a. das Geschlecht, den Sozialstatus, soziale Belastungen, Marginalisierung (Krausz et al. 1998) und die gesellschaftlich akzeptierte Drogenpermissivität.

Zu den personalen Bedingungsfaktoren gehören, neben den unbeeinflussbaren genetischen (Cloninger 1987), die psychosozialen Einflüsse in der Herkunftsfamilie. Diese und die Lernerfahrungen in den Peer-Groups der Adoleszenz und im weiteren Leben formen die Persönlichkeit und können sie stabilisieren oder destabilisieren.

Dysfunktionale Familieneinflüsse als Determinanten von Substanzabhängigkeit wurden mehrfach belegt (Weichold & Silbereisen 2006; Klein 2009), sie lassen sich be-

sonders valide bei Jugendlichen mit Suchtmittelproblemen darstellen (Schmidt 2008). Als bahrend für Suchtstörungen und weitere seelische Komorbiditäten werden vor allem körperliche, sexuelle und seelische Gewalterfahrungen in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben (Simpson & Miller 2002; Zenker 2002; Kuhn 2003; Schnieders et al. 2006). Da Abhängige von illegalen Drogen meist vor ihrem 20. Lebensjahr mit irgendeiner Form süchtigen Verhaltens oder dem Suchtmittelmissbrauch beginnen, kann auf eine Störung der seelischen Entwicklung in frühen Jahren geschlossen werden. In einer bundesweiten Studie wiesen 84% der Jugendlichen in Suchtmittelbehandlung bedeutsame psychische Beschwerden auf (Schu et al. 2009) und auch in der PREMOS-Studie zeigten 84% aller Substituierten eine hohe psychopathologische Symptombelastung bei Studienbeginn (Wittchen et al. 2011). Die am häufigsten vertretene These ist, dass der Suchtmittelkonsum der Linderung dieser psychischen Leiden dient (Khantzian 1997). Opiate werden als (inadäquate) Bewältigungsversuche insbesondere von schwer traumatisierten Menschen, z.B. mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und/oder Persönlichkeits- und/oder Angststörungen, konsumiert (Khantzian 2003).

Die Substanzabhängigkeit selbst wiederum verstärkt und erweitert die ursprünglichen und nie überwundenen psychischen und sozialen Einschränkungen / Störungen. Gewaltbereitschaft, Kriminalität und Prostitution sind häufige Folgen der Opioidabhängigkeit – neben den körperlichen Krankheiten.

4.1.1 Angewandte Psychotherapieverfahren

Die Psychotherapie in der FK Wiesengrund ist von tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren geprägt. Tiefenpsychologische, weil sie das Verständnis für die Person des Rehabilitanden und die Ursachen seiner Erkrankung ermöglichen. Die Verhaltenstherapie hingegen fokussiert die Symptome einer Erkrankung, die als erlerntes Verhalten, das auch wieder verlernt werden kann, gesehen werden. Sie liefert die geeigneten Instrumente für die notwendigen Veränderungsprozesse bei den Problemen der Rehabilitanden.

Tiefenpsychologische Fundierung

Neben der Abhängigkeit von einer oder mehreren Drogen (etwa 22% der in der FK Behandelten weisen eine multiple Substanzstörung auf), liegt bei ca. 20% der Patienten eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor. Persönlichkeitsstörungen finden sich bei einem über die Jahre steigenden Anteil der Patienten, von zuletzt 75%. Die Gründe für diese Störungen finden sich in der jeweiligen Biografie (Wöller & Kruse 2012).

Psychische Entwicklungsbedingungen formen das individuelle psychische Strukturniveau. Bei Fehlentwicklungen kommt es zu Fehlanpassungen an notwendige Lebensleistungen (z.B. bei Ausbildung, Beruf, Partnerwahl), die sich als psychische Erkrankung, auch Suchterkrankung, manifestieren können (Bilitza 2009). Bei Opioid- und Mehrfach-Abhängigen finden sich Psychopathologien, die als entwicklungsbedingte strukturelle Ich-Störungen bezeichnet werden. Defizitäre Objektbeziehungen¹ sind kennzeichnend und haben ihren Ursprung in der frühen und anhaltenden Fehlentwicklung der Beziehung zwischen Mutter und Kind. Diese gestörte dyadische Beziehung führt oft zu einer misslingenden triadischen: eine angemessene Beziehung zu einer dritten Person, dem Vater und weiteren Objekten kann nicht entwickelt werden. Das bedeutet, dass die kognitive Fähigkeit des Kindes, sich in der Beziehung zu sich selbst wie zu Anderen zu differenzieren und sein Verhalten entsprechend zu organisieren, nur mangelhaft stimuliert wird.

Das Verhalten der Bezugspersonen ist durch emotionale Kälte, Vernachlässigung, Verwahrlosung und mangelnden Respekt vor dem Kind und dessen Körper gekennzeichnet, oft ausgedrückt durch gewalttätige und/oder sexuelle Übergriffe. Diese Mangel- und Gewalterfahrungen führen zu Persönlichkeits- und posttraumatischen Störungen (Heigl-Evers 2000). Bei den Persönlichkeitsgestörten sind mindestens zwei psycho-soziale Bereiche (Kognition, Affektivität, Gestaltung von Beziehungen und Impulskontrolle) betroffen, bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstö-

¹ „Objekte“ = die Anderen, neben dem Subjekt /Selbst

rungen sind sowohl Persönlichkeitsveränderungen als auch das intrusive Wiedererleben des Traumas, Vermeidungsverhalten, vegetative Störungen sowie Somatisierungen diagnostizierbar (DIMDI 2013).

Die **psychoanalytisch-interaktionelle Therapie** (Heigl-Evers & Ott 2002) ist eine anerkannte, tiefenpsychologische Methode für die Behandlung der genannten Störungen. Der therapeutische Prozess wird so beeinflusst, dass dyadische durch positive triadische Beziehungen ersetzt werden, dass interpersonelle Konflikte in ihren Entstehungszusammenhängen erfasst und verstanden werden und nicht mehr auf der "äußeren Bühne" (im sozialen Kontext) sondern auf der "inneren Bühne" ausgetragen bzw. ausgelebt werden können. Durch das entsprechende therapeutische Setting und Arbeitsbündnis entstehen differenzierte und auf gegenseitiger Achtung beruhende Beziehungen, in denen die Bedürfnisse des Selbst ebenso berücksichtigt werden wie der Anderen. In der Folge können Affekte differenziert, die Frustrationstoleranz erhöht und negative Ich-Funktionen durch positive ersetzt werden.

Verhaltenstherapie (VT)

Die VT basiert auf den Erkenntnissen der empirischen Psychologie, Sozialpsychologie und Psychophysiologie. Ihre wissenschaftlich validierten Methoden leiten sich vor allem aus den unterschiedlichen Lerntheorien ab. Diese reichen von der klassischen Konditionierung (das Lernen durch Reiz-Reaktions-Muster) über die operante Konditionierung (das Lernen durch Belohnung bzw. Bestrafung) (Skinner 1978) und die soziale Lerntheorie (das Lernen am Modell) (Bandura 1979) bis zu den kognitiven Verhaltenstherapien. Deren theoretischer Hintergrund verbindet das bewusste Erleben (Denken, Gedächtnis, Lernen, Sprache) mit Emotion, Motivation und Selbststeuerung. Verhaltensprobleme sind danach das Ergebnis falscher Annahmen, unvollständiger Schlüsse, inadäquater Selbstinstruktionen und unzureichender Problemlösefähigkeiten (Wilken 2010).

Methoden sowohl der klassischen wie kognitiven VT werden in der FK Wiesengrund angewandt, so dass von einer **kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie** gesprochen werden kann (Dtsch Arztebl 2004). Sie strebt aufgrund von Störungs- und Verände-

rungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik an. Die aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen setzen an den prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Sie verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, mit dem Ziel des Erreichens eines höheren Grades von Anpassung, erlebter Selbstkontrolle und Problemlösekompetenz (Kanfer & Schmelzer 2005; Batra et al. 2013).

Ergänzt werden die genannten psychotherapeutischen Verfahren durch einen **systemischen Therapieansatz**, der vom Grundgedanken der wechselseitigen Beeinflussung der Menschen ausgeht. Suchtkranke begeben sich in Beziehungssysteme oder formen sich solche, in denen Andere die Konsequenzen ihres Suchtmittelkonsums mildern und dadurch zur Aufrechterhaltung des Problems beitragen. Durch Interventionen, die die Kommunikationsmuster des Systems und dessen zirkuläre zwischenmenschliche Interaktionen in Frage stellen, können krankheitsrelevante Änderungen im kognitiven, affektiven, behavioralen und biologischen System der Patienten angeregt werden. Die therapeutischen Techniken sind durch Problemaktualisierung und Handlungsorientierung gekennzeichnet (Sydow et al. 2007).

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Hauptkostenträger der Rehabilitationsbehandlung in der FK Wiesengrund ist die DRV Baden Württemberg. Weitere Kostenträger sind die DRV Nord, Nordbayern, Bayern-Süd, Mitteldeutschland und Hessen und Krankenkassen. Über Einzelfallentscheidung wird die Klinik auch von der DRV Bund belegt. Bei vorliegender schriftlicher Kostenzusage wird der Patient, nach erfolgter Entzugsbehandlung und überprüfter Motivation, zur Aufnahme einbestellt. Im Rahmen des Verbundsystems mit der Akut- bzw. Entzugsstation in der FK Wittichen, besteht die Möglichkeit eines nahtlosen Übergangs vom Entzug zur Entwöhnungsbehandlung. Ist der Patient bei der Aufnahme nicht nüchtern, wird er in die FK Wittichen verlegt und, nach erfolgreichem Entzug, von dort zur Rehabilitation übernommen.

Hauptindikation für die Behandlung in der FK „Haus Wiesengrund“ ist, nach ICD 10:

- Abhängigkeit von Opioiden (F11)
- psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12)
- psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien (F14, F15)
- Halluzinogene (F16)
- multipler Substanzmissbrauch (F19).

Zu den behandelten **Nebenindikationen** gehören:

- Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol (F10)
- psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17), Sedativa / Hypnotika (F13) und **nicht abhängigkeiterzeugende Substanzen (F 55) sowie Essstörungen (F50)**.

Pathologisches Spielen (F63) und hyperkinetische Störungen (F90) werden behandelt, wenn sie in Kombination mit der Abhängigkeit von Opioiden auftreten.

Wichtige **Begleitindikationen** sind:

- die **Posttraumatische Belastungsstörung (PTSB) (F43.1)**

und Persönlichkeitsstörungen wie:

- die dissoziale (F60.2)
- emotional-instabile (F60.3), auch aus dem Formenkreis des Borderline-Typs (F60.31)
- Rezidiv. depressive (F33)
- Angststörungen (F41)

Kontraindikationen

Alle Krankheiten, die einer akuten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden in der FK nicht behandelt. Dies gilt auch für psychiatrische Krankheitsbilder, die während der Rehabilitationsmaßnahme auftreten. Diese Patienten werden in die psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses in Freudenstadt oder ein anderes psychiatri-

ches Zentrum in Baden-Württemberg verlegt und können nach erfolgter Behandlung und bei ausreichend stabiler seelischer Verfassung ihre Rehabilitation fortsetzen.

Die Rehabilitation wird bei akuten Intoxikationen, Entzugssyndromen, drogeninduzierten Psychosen, bei aktuellen Psychosen und akuten affektiven Störungen, insbesondere wenn sie mit akuten Selbstmordgedanken einhergehen weder begonnen noch fortgeführt. Eigen- und/oder Fremdgefährdung stellen eine Kontraindikation für die medizinische Rehabilitation dar.

4.3 Rehabilitationsziele

Die medizinische Rehabilitationsbehandlung hat die Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit des Patienten zum Ziel. Grundlage hierfür sind die in der ICF beschriebenen drei Konzepte

- ‚Körperfunktionen und -strukturen‘ (alle körperlichen Strukturen, Organe und ihre Funktionen, einschließlich der mentalen),
- ‚Aktivitäten‘ (gemeint ist der Mensch als handelndes Subjekt, seine Leistungsfähigkeit eingeschlossen) und
- ‚Teilhabe‘ (der Mensch als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt).

Die genannten drei Ebenen sind eingebettet in die Kontextfaktoren eines Menschen, womit alle externen Gegebenheiten der Welt bzw. Umwelt und personale Faktoren (Alter, Geschlecht, Ethnie, Bildung, Herkunftsfamilie) gemeint sind. Es wird deutlich, dass sowohl jede Ebene als auch die Kontextfaktoren sich gegenseitig beeinflussen, somit hat die positive Änderung eines Faktors oder einer Ebene positive Auswirkungen auf die funktionale Gesundheit insgesamt.

Wesentliche Ziele sind:

- Erreichen und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit
- Erweiterung und Festigung der Abstinenzmotivation
- Planung und Einleitung fortführender Maßnahmen der Suchthilfe

- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und berufliche (Wieder) Eingliederung
- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Behebung und Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Entwicklung gesundheitsförderlichen Verhaltens
- Erweiterung der sozialen Teilhabe bezüglich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen
- Erweiterung der Selbstmanagementfähigkeiten
- Erweiterung der Konflikt- und Problembewältigungskompetenz

Konkrete Rehabilitationsziele leiten sich für den Einzelnen aus seinen speziellen Beeinträchtigungen unter Einbeziehung der Ressourcen und Stärken ab, die in seiner Person und seinem Umfeld zur Verfügung stehen. Behandlungsziele werden in der ersten Behandlungsphase gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und dann fortlaufend im Behandlungsprozess verfolgt und angepasst.

4.4 Rehabilitationsdauer

Alle Behandlungsplätze stehen weiblichen und männlichen Abhängigen ab dem 18. Lbj. zur Verfügung. Aufgenommen werden Abhängige illegaler Drogen (Heroin, Kokain, Cannabis, Amphetamine), Mehrfachabhängige (Drogen und Alkohol, Drogen und pathologisches Spielen), Abhängige mit komorbiden seelischen Erkrankungen, Patienten, die sich gemäß den Auflagen der §§ 35,36 BtMG für eine Therapie entschieden haben sowie solche, die nach einer längeren Abstinenzzeit rückfällig geworden sind. Spezielle Behandlungsmöglichkeiten bestehen für drogenabhängige Paare oder Rehabilitanden mit einem Migrationshintergrund.

Die Fachklinik Wiesengrund bietet folgende Therapiemodule an:

Intensivtherapie

- Regelbehandlung (24 Wochen)

- Mittelzeitbehandlung (20 Wochen)
- Kombibehandlung (1. Phase) (16 Wochen)

Die 2. Phase kann in ganztägig ambulanter oder ambulanter Form durchgeführt werden. In der Regel erfolgt im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation eine Fortführung im ambulanten Setting. Für die ambulante Phase sind in der Regel 40 Therapieeinheiten (TE) plus 4 TE für Bezugspersonen über eine Zeitdauer von 6 Monaten vorgesehen.

- Kurzzeit- oder Wiederholungsbehandlung (12 - 15 Wochen)

Adaption

- Langzeitbehandlung (16 Wochen)
- Kurzzeit- oder Wiederholungsbehandlung (12 Wochen)

Eine Verlängerung kann im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Entscheidung der Klinik realisiert werden. Für die ganztägig ambulanten, stationären und adaptiven Interventionsformen gilt die Maßgabe, dass die Behandlungszeit die Langzeittherapie nicht überschreiten darf.

Die Kurzzeit- oder Wiederholungsbehandlung (15 Wochen) richtet sich an beruflich und sozial weitgehend integrierte Patienten, mit einem Rückfall einige Zeit nach der stationären Rehabilitation. Die Therapie erfolgt durch den früheren Bezugstherapeuten. Rückfallanalyse und Krankheitsakzeptanz stehen im Mittelpunkt der Arbeit.

Die Mittelzeitbehandlung (20 Wochen) in der FK richtet sich an Patienten, die ein teilweise erhaltenes soziales Umfeld haben und möglichst noch im Beruf stehen. Sie sind hinreichend motiviert und belastbar und weisen keine oder eine geringe psychische Komorbidität auf. Die leichte bis mäßig schwere Suchterkrankung ermöglicht die unmittelbare therapeutische Bearbeitung der notwendigen Verhaltensänderungen. Wichtig sind Maßnahmen zur Stabilisierung des sozialen Umfelds und Arbeitsplatzes. Eine ambulante Weiterbehandlung schließt sich unmittelbar an.

Die Kombibehandlung (1. Phase, 16 Wochen) ist grundsätzlich mit Zustimmung der DRV BW in Kooperation mit den hierfür zugelassenen Institutionen möglich. Sie richtet sich an Patienten mit mehrfacher Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen, bei bestehendem stationärem Bedarf. Sie wird notwendig, wenn eine ambulante Therapie allein nicht erfolgversprechend erscheint und/oder berufliche Aufgaben und fördernde Beziehungen nicht zu lange unterbrochen werden sollten. Eine enge Zusammenarbeit mit der aufnehmenden Einrichtung (Übermittlung von Patientendaten, Übergabegespräche) sorgt für einen reibungslosen Ablauf der Kombitherapie.

Die Nachsorgeleistung wird in einer betreuten Wohngemeinschaft für 12 Bewohner, die das therapeutische Programm der FK Wiesengrund erfolgreich durchlaufen haben als auch externen Bewerbern, die sich zu einer Wiedereingliederung auf den ersten regionalen Arbeitsmarkt entschlossen haben, im 30 km entfernten Schenkenzell angeboten (77773 Schenkenzell, Landstraße 62a). Der Ort ist an die Wirtschaftsregionen Nordschwarzwald und Schwarzwald Baar Heuberg angebunden. Durch Bus- und Bahnanschlüsse sind Arbeitsplätze, Behörden sowie Vereine und Freizeiteinrichtungen sehr gut erreichbar. Maßgebend ist das gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.10.2012. Die Leistung wird für max. 12 Monate gewährt.

Die Vorbereitung, Nachsorge und indikationsübergreifende Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken sind durch die **Vernetzung** mit den Angeboten des Trägers der FK, dem BWLV für Prävention und Rehabilitation gGmbH, dem größten Träger von Suchtkrankenhilfediensten und Integrationsfachdiensten für schwerbehinderte Menschen im Bundesland, sicher gestellt. Hervorzuheben ist die enge Kooperation mit der Fachklinik Wittichen, die einen nahtlosen Übergang von der Entgiftung zur Rehabilitation ermöglicht, auch wenn gleichzeitig psychische Störungen vorliegen. Im ambulanten Suchtkrankbereich stehen die Jugend- und Drogenberatungsstellen, die Fachstellen für Sucht und psychisch erkrankte Menschen zur Verfügung. Im (teil-)stationären Bereich sind dies, neben der FK Wittichen, weitere (psychiatrische) Entzugs- und Entgiftungskliniken, Tageskliniken, psychiatrische Kliniken, Suchtfachklini-

ken und die Therapie auf dem Bauernhof. Ferner werden Ausbildungsbetriebe und Werkstätten, Adaptionseinrichtungen, betreute Wohngemeinschaften und ein Heim für chronisch mehrfach Beeinträchtigte vom bwlw angeboten.

Wenn gewünscht, werden in der FK Vorgespräche über die Rehabilitation mit den Abhängigen durchgeführt, teilweise zusammen mit den Drogenberatern. Interesse besteht an Themen wie Behandlungsschwerpunkte, Therapieablauf, Regeln und einer Besichtigung des Hauses.

Vorbedingungen für die stationäre Rehabilitation ist die Kostenzusage der DRV oder anderer Kostenträger. Der Patient muss bei der Aufnahme nüchtern und in rehabilitationsfähigem Gesamtzustand sein. Ist der Patient nicht clean / nüchtern, wird er nicht aufgenommen, es wird ihm aber das Angebot gemacht, sich in die FK Wittichen zum Entzug zu begeben, um danach in der FK Wiesengrund aufgenommen zu werden. Bei einem Patienten nach Cannabisentzug werden, wegen der langen Nachweisbarkeit von THC im Urin, quantitative Urinproben noch mehrfach nach der Aufnahme in der FK Wiesengrund durchgeführt.

Abhängig von der Ankunft des Patienten werden am Aufnahme- oder Folgetag allgemeinärztlicher Befund und Anamnese erhoben, der psychiatrische Befund und die psychiatrische Anamnese durch den Leitenden Arzt, innerhalb von 48 Stunden nach Ankunft des Patienten. Labor- und andere notwendige Untersuchungen ergänzen die medizinischen Aufnahmeuntersuchungen.

Innerhalb der ersten Woche erfasst der Sozialdienst Daten zur Familien-, Wohn-, finanziellen und juristischen Situation. An der Anamnese des bisherigen Erwerbslebens und der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit sind neben der Arbeitstherapie auch alle anderen Therapiebereiche beteiligt (s. Kap. 4.5).

Der Patient ist vom ersten Tag an und während der Aufnahme- und Eingangsphase der Eingangsgruppe zugeteilt. Der Eingangsgruppentherapeut führt ein Aufnahmegespräch mit dem Patienten und beginnt mit der Erhebung erster biografischer und sozialer Daten.

Der Patient nimmt sofort an der ‚Motivationsgruppe für neue Patienten‘ teil, die, neben der Motivationsförderung, Kenntnisse über Drogenerkrankungen und Gesundheitsförderung vermittelt. In dieser Gruppe und mit Hilfe seines ‚Paten‘ wird der Patient mit der Hausordnung, den Gruppenregeln und Abläufen im Allgemeinen vertraut gemacht.

Zu seinem Schutz hat der Patient in der Anfangsphase eine Kontakt- und Ausgangssperre über 2 Wochen. Im Anschluss daran bespricht der Therapeut der Eingangsgruppe individuelle Regelungen. Die Hausordnung postuliert Freiheitsgrade (z.B. bzgl. des Ausgangs, Stadtgangs, bei der Handynutzung, bei Heimfahrten), die abhängig sind von der Mitwirkung des Patienten in Bezug auf Pünktlichkeit, die Zimmerpflege, Beachtung der Hausregeln oder Mitwirkung in der Arbeitstherapie.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

In der FK Wiesengrund ist die überwiegende Zahl der Patienten von Mehrfachabhängigkeit, psychischen Komorbiditäten, Traumatisierungen und Vorbehandlungen ohne ausreichenden Erfolg gekennzeichnet. Die Behandlungszeiten werden dem tatsächlichen Behandlungsbedarf entsprechend angepasst. Nachdem die Diagnostik der einzelnen Berufsgruppen, inkl. der jeweiligen Behandlungsplanung, abgeschlossen ist, findet die erste Behandlungsplanungskonferenz ca. 4-6 Wochen nach der Aufnahme statt. Auf dem Hintergrund des generellen Rehabilitationsziels für alle Patienten, die (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit, beginnt die individuelle Rehabilitationsplanung mit einer ICF orientierten Fallstrukturierung. Das gesamte Therapieteam ist an der Erarbeitung von Interventionen zur Zielerreichung im medizinischen, psychotherapeutischen, arbeits-, ergo- und sporttherapeutischen sowie sozialen Bereich beteiligt.

In Einzelgesprächen hat der Eingangstherapeut mit dem Patienten Ziele entwickelt, die in einem Einigungsprozess abgestimmt werden, weil die Realisierbarkeit der von den Patienten gewünschten Ziele oft fraglich ist. Die grundlegenden Bedürfnisse des Patienten werden jedoch aufgenommen, um das Veränderungspotential des Patienten

ten zu stärken. Eine Ressourcenorientierung der Ziele ist besonders bei den Patienten wichtig, die eine ausgeprägt passive Versorgungshaltung haben (Trösken & Grawe 2004).

Sind Patienten zu Beginn der Therapie nicht in der Lage, explizite Therapieziele zu formulieren, werden die in der Behandlungskonferenz erarbeiteten übernommen. Die Ergebnisse der Behandlungskonferenz werden dem Patienten zurückgemeldet. Unstimmigkeiten werden korrigiert, nachdem sie in der täglichen Übergabe besprochen wurden.

Weitere Behandlungskonferenzen finden in 4-wöchigem Rhythmus und mit allen beteiligten Berufsgruppen statt. Die Überprüfung der (Teil-) Zielerreichungen führt, wenn nötig, zu einer Neugewichtung und Differenzierung der Ziele und Dauer der individuellen Rehabilitation. Sowohl in den therapeutischen Gruppengesprächen wie auch Einzelgesprächen werden die Patienten fortlaufend zur Mitgestaltung dieses Prozesses angeregt. Dieser emanzipatorische Prozess stärkt bei den Patienten die über die Jahre beschädigte Selbstbestimmung und trägt zur Wiederaneignung der Gesundheit bei.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm setzt sich aus ärztlichen, psycho- und arbeitstherapeutischen sowie sozialdienstlichen Maßnahmen, Freizeit- und Sportangeboten zusammen. Daneben gibt es Angehörigenangebote und Selbsthilfegruppenkontakte. Das Programm folgt den gesetzlichen Vorgaben der DRV (Gesetzliche Rentenversicherung 2004).

4.6.1 Therapeutische Überzeugungen

Eine optimale Erreichung der Rehabilitationsziele wird durch das Zusammenführen der Beobachtungen aus den unterschiedlichen Therapiebereichen und die größtmög-

liche Integration der therapeutischen Methoden, durch das Prinzip der interdisziplinären Arbeit, erreicht. Die fachliche Sicht jedes Therapiebereichs wird von den anderen Disziplinen aufgegriffen und ein therapeutisches Gesamtbild erstellt.

Die Rehabilitanden in der FK befinden sich in unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung und deren Überwindungsmöglichkeiten und sie sprechen auf unterschiedliche psychotherapeutische Methoden an. Das psychotherapeutische Handeln folgt deshalb, auf der Grundlage der unterschiedlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Therapeuten, einem eklektischen, Methoden integrierenden Modell. Dies wird nicht nur durch die interdisziplinäre Arbeit sondern auch durch gegenseitiges Lernen in gemeinsamen Besprechungen, bei internen Fortbildungen und der kollegialen und externen Supervision erreicht (s. a. Kap. 5).

Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist ein positives, offenes soziales Klima in der Klinik sehr wichtig. Den Patienten wird mit Achtung und Verständnis begegnet. Förderung und Forderung und die Hilfe zur Selbsthilfe, bei professioneller Distanz, sind handlungsleitend.

Die Therapeutische Gemeinschaft ist bei der stationären Behandlung Drogenabhängiger unverzichtbar (Burian 2000). Die Patienten lernen sich in ihren Fähigkeiten und Schwierigkeiten realistischer wahrzunehmen, ihre Normen und Werte zu reflektieren, sozial verantwortlich zu handeln, Konflikte selbstständig zu lösen und unangenehme Gefühle auszuhalten. Die Gemeinschaft unterstützt Verhaltensänderungen und die Nachreifung der Persönlichkeit (De Leon 2000; Vollmer & Krauth 2000).

4.6.2 Programmübersicht, Programmphasen und Berufsgruppen

Da Abhängigkeitserkrankungen ein breites Spektrum an organischen, psychischen und sozialen Störungen sowie Folgeproblemen aufweisen, umfasst die Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen immer eine gleichzeitig auf somatische, psychische

und soziale Problemlagen ausgerichtete Behandlung und Beratung. Unabhängig von den eingesetzten Therapiemethoden wird der Therapieerfolg signifikant durch allgemeine Merkmale des Behandlungsprogramms beeinflusst, wie die Art des therapeutischen Settings, die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen. (vgl. AWMF, 2004) Das Gesamtbehandlungsangebot ist zusammengefasst in verschiedene Module. Alle Patienten erhalten neben den Grundmodulen jeweils ein zusätzliches indikationsspezifisches Teilprogramm. Die einzelnen Maßnahmen werden abhängig von Komorbidität, Belastbarkeit und notwendigen Skills in Absprache mit dem Patient zusammengestellt. Die unterschiedlichen Berufsgruppen richten alle ihre Behandlungsangebote immer im Hinblick auf die Stabilisierung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit aus. Die Grundmodule für jeden Patienten beinhalten:

- Medizinische Beratung und Behandlung (med. Grundversorgung, ggf. Abklärung psychiatrischer Komorbidität, Medizinisch – pflegerische Versorgung, Gesundheitsinformation) durchgeführt von dem leitenden Arzt, Allgemeinmediziner und Pflegefachkraft
- Psychotherapie (Therapie-Einzel, Bezugsgruppentherapie, Psychoedukation, Rückfallprävention) durchgeführt von Dipl. – Psychologen (PPT), Sozialpädagogen mit therapeutischer Weiterbildung, Pflegefachkraft mit therapeutischer Weiterbildung und langjähriger Erfahrung im Suchtbereich
- Suchtbezogene Maßnahmen (Therapiemotivation, Gesundheitstraining) durchgeführt vom Allgemeinmediziner, Sozialpädagogen mit therapeutischer Weiterbildung und speziell ausgebildeter Psychologischer Psychotherapeutin
- Leistungen des Sozialen Dienstes (Sozialpädagogen, Mitarbeiter mit anerkannter Qualifikation zum Suchtberater)
- Arbeitstherapie und berufsbezogene Maßnahmen (Arbeitserzieher, Schreinermeister)
- Ergotherapie (Ergotherapeuten)
- Entspannungstraining (Progressive Muskelrelaxation, Qi-Gong), ausgebildete Kräfte
- Sportangebote, Freizeitangebote (Sportlehrer)

- Sozialtherapeutisch orientierte Maßnahmen (Patientenplenum), Arzt, Dipl. – Psychologen (PPT), Sozialpädagogen

Neben den Grundmodulen gibt es aufbauend auf die Bezugstherapie folgende indikative Angebote, die im Rahmen des Behandlungsplans übergreifend, d.h. unabhängig von der Bezugsgruppe durch den Bezugstherapeuten zugewiesen werden:

- Physiotherapie (Arzt)
- Wirbelsäulengymnastik (Sportlehrer)
- Rückenschule (Sportlehrer)
- Frauensport (Sportlehrer)
- Traumatherapiegruppe (Psychologischer Psychotherapeut mit qualifizierter Traumatherapieausbildung)
- Ergotherapie für Patienten mit einer PTBS (Ergotherapeut)
- Alltagstraining (ADL Activities of daily living)- Ergotherapeut
- Kompetenztraining (Psychologischer Psychotherapeut i.A.)
- EDV (Verwaltungsfachkraft)
- Männergruppe/Frauengruppe (Sozialpädagogin mit suchtttherapeutischer Ausbildung, Pflegefachkraft mit suchtttherapeutischer Ausbildung)
- Migrationsgruppe (Sozialpädagogin mit suchtttherapeutischer Ausbildung)
- Freizeit / Spiel (Arbeitserzieher)
- Gedächtnistraining (Pflegefachkraft)
- Autogenes Training (Psychologischer Psychotherapeut mit Weiterbildung)
- Lehrküche (Hauswirtschaftsmeister)
- Modellbau (Schreinermeister)

Es besteht die Möglichkeit der Fortführung der medizinischen Rehabilitation im Rahmen einer Adaptionphase, intern in der Fachklinik Wiesengrund. Im Anschluss an die stationäre Maßnahme ist eine Aufnahme in das Betreute Wohnen der Klinik als Nachsorge möglich.

4.7 Rehabilitationselemente

Die individuelle Ausrichtung der Rehabilitation setzt eine klinikinterne Prozesssteuerung voraus, die nach dem Aufnahmeverfahren im weiteren Verlauf der Rehabilitation fortgesetzt wird. Dabei stellen die Medizin, die Psychotherapie, die Ergotherapie/Arbeitstherapie und die Sporttherapie die vier Säulen der Rehabilitation. Nach der Analyse der individuellen Problemlagen erfolgt eine Behandlungsplanung und — durchführung, die mit den Berufsgruppen und dem Rehabilitanden festgelegt wird. Alle therapeutischen Maßnahmen sind untereinander vernetzt mit dem Ziel der beruflichen Orientierung bei Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1-5. Neben den verschiedenen Suchtstoffen und Abhängigkeitserkrankungen sind auch die erwerbsbezogenen Problemlagen der Rehabilitanden sehr vielfältig und haben in der Ausrichtung der Behandlung eine große Bedeutung. In den einzelnen Angeboten werden die unterschiedlichen Indikationen berücksichtigt. Fragestellungen bezogen auf die Form der Suchterkrankung, den Stand im Erwerbsleben, das körperliche und psychische Wohlbefinden oder die soziale Integration.

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Zur Patientenaufnahme existieren klar geregelte Abläufe und Verantwortlichkeiten entsprechend der Prozessbeschreibung unseres Qualitätsmanagementsystems. Die Aufnahmeplanung übernimmt das Aufnahmesekretariat. Die Voraussetzung für die Aufnahme ist eine Kostenübernahme der Rentenversicherungsträger oder der Krankenkassen. Die meisten Patienten haben sich mit der Notwendigkeit dazu schon an eine Suchtberatungsstelle oder an den Sozialdienst in einer Entzugsklinik gewandt. Dort wurde in der Regel durch den Sozialbericht, das ärztliche Gutachten der Kostenantrag gestellt und vom Leistungsträger geprüft und die Kostenübernahme bewilligt. Die Patienten werden am Aufnahmetag zur Aufnahme bis spätestens 11:30 Uhr gebeten. Bei pünktlicher Ankunft ist der Ablauf wie folgt:

- Der entsprechende Mitarbeiter im Tagesdienst begrüßt den Patienten einschließlich die ihn begleitenden Personen im Anmeldebüro. Hier werden alle

Beteiligten über die Abläufe der Aufnahme informiert. (Hausregeln und der Therapievertrag werden besprochen. Es erfolgt ein ausführliches Aufnahmegespräch, Informationen zum Therapievertrag und die bürokratische Aufnahme.

- Im Anschluss daran überprüft der Pflegebereich mittels Atemluft und Urinkontrolle die tatsächliche Abstinenz der Patienten. Ggf. kehrt der Patient zurück oder es erfolgt die Weitervermittlung in die Entgiftungsklinik. Der Patient bekommt einen Patenpatienten, dieser informiert den Patienten über Programmablauf, Örtlichkeiten, Ansprechpartner, Hausordnung in Kurzform und Datenschutz. Der Pate begleitet den Patienten in den ersten Tagen/Wochen um das Einleben in den Klinikalltag zu unterstützen.
- Es erfolgt nun die Anmeldung im Aufnahmesekretariat, das Anlegen der Akte und die Erfassung der Rohdaten in EDV mittels PATFAK (Patientenverwaltung und Leistungsfakturierung) Das Aufnahmesekretariat kooperiert mit Beratungsstellen, Jobcentern und Staatsanwaltschaften im Falle einer Aufnahme unter §§35, 36.
- Danach finden das ärztliche Aufnahmegespräch und die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt. (Vgl. 4.7.3)
- Vom Tagesdienstmitarbeiter bekommt der Patient nun sein Zimmer zugewiesen. Zuvor erfolgt die Kontrolle des Gepäcks unter Mitwirkung von Patienten des Kompetenzteams. Einbehaltungen (s. Hausordnung) werden beschriftet und sicher verwahrt.
- Im Rahmen des Mittagessens oder des Abendessens werden die neu ankommenden Patienten vom Kompetenzteam der Patientengruppe vorgestellt. Ebenso lernt der Patient mit Unterstützung des Patenpatienten alle seine für ihn wesentlichen professionellen Behandler der einzelnen Bereiche kennen.
- Am Nachmittag erfolgt das Begrüßungsgespräch mit dem Bezugstherapeuten der Eingangsgruppe

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Aufgabe der Rehabilitationsdiagnostik besteht in der Erhebung von Daten für die Rehabilitationsplanung sowie Überwachung einer zielgerichteten Therapie und der abschließenden Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Gestellte Diagnosen werden um die Beschreibung des dazugehörigen Funktionszustands, mit seinen Einschränkungen, Störungen, Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten, erweitert (Ihrle 2000). Die Diagnostik ist gekennzeichnet durch Mehrdimensionalität (alle Lebensbereiche werden erfasst), Dynamik (Ergänzungen, Differenzierung im Verlauf der Therapie) und Interdisziplinarität (alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind beteiligt) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006).

Allgemeinärztliche Diagnostik und Anamneseerhebung erfassen frühere und jetzige Erkrankungen, gesundheitsgefährdende Risikofaktoren (Bewegung, Ernährung, Tabakkonsum), körperliche Funktionsstörungen und das Aktivitätsniveau (Spallek & Kuhn 2009).

Psychiatrische Befunderhebung und Anamnese durch den Leitenden Arzt beinhalten auch die Untersuchung der psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der Psychomotorik.

Am Tag der Aufnahme findet eine ausführliche medizinische Aufnahmeuntersuchung statt, einschließlich der diagnostischen Einschätzung der Suchterkrankung. (Ausführliche Suchtanamnese, Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft) Der Arzt trifft dabei eine erste Aussage über die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten. Er sichtet die Zuweisungsdiagnosen und Arztbriefe / Laborbefunde. Der Arzt trifft die Entscheidung über das Ansetzen, Beibehalten oder Absetzen von Medikation. Falls sich Hinweise auf eine körperliche Erkrankung ergeben, die die Versorgungsmöglichkeiten innerhalb der Klinik übersteigt, erfolgt eine Vorstellung bei einem Facharzt.

Neben dem Routinelabor werden weitere Untersuchungen bei Bedarf durchgeführt. Laborbefunde wie Blutbild, Elektrolyte, Eiweißstatus, Organwerte, Entzündungsstatus, Urinstatus, sowie Speichel- / Urin-Drogenscreening und Atemalkoholtestung. Hepatitis- und HIV-Serologie werden in einem Labor in Baden-Baden durchgeführt.

Ein EKG wird bei entsprechender Indikation abgeleitet, die Befunde können in einer kooperierenden Praxis in Freudenstadt differenziert werden. Die erste sozialmedizinische Beurteilung ist für das übergeordnete Rehabilitationsziel richtungweisend. In der ersten Behandlungsphase findet folgende Rehabilitationsdiagnostik statt:

- eine körperliche Untersuchung mit neurologischem und psychiatrischem Status
- eine psychiatrische Untersuchung und eine psychische Befunderhebung
- eine ärztliche Anamnese, insbesondere im Hinblick auf suchtspezifische Aspekte
- bei Bedarf zielgerichtete Untersuchungen bei weiteren Fachärzten,
- unter Berücksichtigung von Vorbefunden und Vorberichten
- eine ausführliche Suchtanamnese, einschließlich Behandlungsbereitschaft und Krankheitseinsicht
- eine Familien- und Sozialanamnese, nebst finanziellem und rechtlichem Status
- eine berufliche/schulische Anamnese, der berufliche Status im Hinblick auf sozialmedizinische Aspekte und die Beurteilung und Einstufung nach BORA
- eine Leistungsbeurteilung nach MELBA, für Patienten der DRV, Teilnahme am Projekt BOSS, ein mehrtägiges berufsbezogenes Assessment
- eine Sport- und Freizeitanamnese
- Verhaltensbeobachtung im stationären Setting

Die **psychotherapeutische Diagnostik** wird zunächst vom Eingangs- und später Bezugstherapeuten durchgeführt und vervollständigt. Hierzu gehören soziale Daten, krankheitsrelevante Belastungen in der Kindheit-, Jugend- und im Erwachsenenleben (life-events), Krankheitsverlauf und Krankheitsverständnis, subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie seelische Stärken und Schwächen. ICD 10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2013) und DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen 2014) sind im ärztlichen Bereich diagnoseleitend.

Die **psychologische Eingangsdiagnostik** wird innerhalb von drei Tagen von einer Psychologin und den Bezugstherapeuten durchgeführt und umfasst den FPI – R: Persönlichkeitsdimensionen (Fahrenberg et al. 2010) und SCL-90-S: Selbstbeurteilung psychischer Belastung (Franke 2013).

Weitere testpsychologische Diagnostik inklusive Leistungspsychologie umfasst teilhabeorientierte Instrumente, Messinstrumente zur Erfassung der motivationalen Voraussetzungen und Persönlichkeitsfragebögen wie aufgeführt:

- Mini-ICF: Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Linden et al. 2015);
- GBB-24: Giessener Beschwerdebogen: Psychosomatik (Brähler et al. 2008);
- HAWIE: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (Tewes 1991);
- FMP: Psychotherapiemotivation (Schneider et al. 1989);
- PSSI: Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (Kuhl & Kazén 2009);
- BDI: depressive Symptomatik (Hautzinger et al. 2009);
- BDI – II: Depressionsinventar (Beck et al. 2006);
- SKID I / II: Strukturiertes klinisches Interview für psychische Störungssyndrome und Persönlichkeitsstörungen (Wittichen et al. 1997);
- FEEL-E: Erhebung der Emotionsregulation (Grob & Horowitz 2014);
- IES-27 Borderline: Impulsivität und emotionale Dysregulation (Kröger & Kosfelder 2011);
- ADHS-Test: Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndrom (Laut & Minsel 2014);
- FERUS: Ressourcen Selbstmanagementfähigkeiten (Jack 2007).

Eingesetzte psychometrische Verfahren bei diagnostizierter oder vermuteter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sind

- PDS-Skala: PTBS (Ehlers et al. 1996);
- ETI: Trauma Inventar (Tagay & Senf 2014);
- FDS: Dissoziative Störungen (Spitzer et al. 2005).

Die **soziale Diagnostik** wird vom Sozialdienst innerhalb der 1. Woche nach der Aufnahme durchgeführt. Im Anamnesebogen werden das soziale Umfeld und dessen Einfluss auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben sowie die zu lösenden sozialen Probleme dokumentiert und es wird ein Finanzplan erstellt.

Bei der **beruflichen Eingangsdagnostik** werden folgende Items erfragt: Schulabschluss, beruflicher Werdegang, Arbeits-, Berufswechsel, jetzige berufliche Stellung, relevante Arbeitsunfähigkeitszeiten, die soziale Integration am Arbeitsplatz und die Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens.

Das Leistungsvermögen eines Patienten ergibt sich aus seinem Profil von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe, wie in der „medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker BORA-M“ empfohlen (Gemeinsame Arbeitsgruppe zur beruflichen Orientierung 2014). An der Durchführung einer Arbeits- und Berufsdiagnostik sind daher alle Therapiebereiche beteiligt: Mittels hauseigenem Screeningbogen, angelehnt an BORA, werden der Status vor der Therapie und der angestrebte Status bei Rehabilitationseende dokumentiert.

Die essentiellen Ergebnisse aller Untersuchungen werden mittels gesteuerter Vorlage in PATFAK (Patientenverwaltung und Leistungsfakturierung) dokumentiert.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die ärztliche und therapeutische Leitung tragen die Gesamtverantwortung für die Durchführung der Rehabilitation und leiten die übergeordneten, 4 - wöchentlichen Behandlungskonferenzen.

Medizinisch-therapeutische Fallkonferenzen führt das Arztteam 1 Mal / Woche durch. Die regelmäßige medizinische Betreuung wird durch die tägliche Arztsprechstunde sichergestellt. Die Patienten haben darüber hinaus die Möglichkeit bei akuten körperlichen Beschwerden sowie in Konfliktsituationen den Arzt auch außerhalb der Sprechzeiten aufzusuchen. Bei Bedarf werden Arztbesuche bei niedergelassenen Ärzten aller Fachbereiche organisiert. Verordnete Medikationen werden vom Arzt

bzw. von den Pflegefachkräften überwacht und realisiert. Bei spezifischen somatischen auftretenden Erkrankungen, welche einer speziellen weiterführenden Diagnostik und Behandlung bedürfen besteht eine funktionierende jahrelange Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Freudensstadt. Die Fachklinik Wiesengrund verfügt über ein zertifiziertes Notfallmanagement.

Die medizinische Grundversorgung umfasst allgemeinmedizinische, internistische, neuro-psychiatrische und naturheilkundliche Interventionen. Auch Notfallbehandlungen, Wundversorgungen, Injektionen und Probeexcisionen gehören zu den ärztlichen Tätigkeiten. Notwendige Krankenbehandlungen werden, so weit vertretbar und möglich, in der Fachklinik durchgeführt.

Je 1 Mal / Woche gibt es eine psychiatrische Pflichtvisite, um jeden Patienten auf komorbide Störungen zu untersuchen und eine Sprechstunde, die die Patienten aus eigenem Antrieb oder auf Anraten ihres Bezugstherapeuten besuchen. Notwendige Psychopharmakotherapien werden hier besprochen und durchgeführt.

Die **Gesundheitsbildung** wird von den Ärzten durch Informationen und Psychoedukation vermittelt. Beim ärztlichen Gespräch, in den Sprechstunden, werden individuelle indikationsspezifische Gesundheitsberatungen mit konkretisierten Empfehlungen durchgeführt.

Die **Physiotherapie** wird vom Arzt angeordnet und durchgeführt. Dabei werden hauptsächlich Techniken der Manuellen Therapie angewendet. Abhängig von der Indikation werden Weichteiltechniken, aktive und passive Mobilisationstechniken sowie Techniken zur Verbesserung der neuralen Gleitfähigkeit umgesetzt mit dem Ziel Blockierungen zu lösen und die normale Gelenkbeweglichkeit wieder herzustellen.

Die Therapeuten werden von den Ärzten in den Teamsitzungen über notwendige gesundheitsunterstützende Maßnahmen bei einzelnen Patienten informiert, die Arbeits-

und Sporttherapeuten speziell über die körperliche Belastbarkeit und deren Steigerung.

Die Bezugstherapeuten informieren psychoedukativ in der Eingangsgruppe und danach vertiefend in den Bezugsgruppen und im Kompetenzteam über die neurobiologischen Wirkungen von Drogen auf das Zentralnervensystem, mit Veränderungen und Einschränkungen im sozialen Umfeld und in der Persönlichkeit (Heinz et al. 2012). Weitere Bausteine der Gesundheitsbildung sind in den genannten Gruppen die Stärkung, Unterstützung und Entwicklung von Protektivfaktoren, wie z.B. die Achtsamkeit für den Körper und das Verständnis für Gesundheit als Medium eines erfüllten Lebens.

Über gesundes **Ernährungsverhalten** wird 1 Mal / Monat (120-240 min) durch die Hauswirtschaftsmeisterin informiert und darüber hinaus individuell durch Ärzte und Therapeuten, auf der Grundlage medizinischer Untersuchungsergebnisse. Notwendige Diäten werden von den Ärzten unter Hinzuziehung der betroffenen Patienten und in enger Absprache mit der Dipl. Ökotrophologin und Hauswirtschaftsmeisterin verordnet und umgesetzt.

Zur Unterstützung der Informationen und Schulungen erhalten die Patienten entsprechende Informationsmaterialien. Sie werden auch auf weiterführende Angebote, z.B. durch Volkshochschulen, Sportvereine und Fitness-Studios hingewiesen.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die in der Psychotherapie der FK Wiesengrund angewandten Methoden nehmen einen positiv verändernden Einfluss auf die diagnostizierten seelischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Probleme, indem sie die Bewältigungsfähigkeiten der Patienten aufbauen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014). Während in der Eingangsgruppe vor allem informativ und psychoedukativ gearbeitet wird, wer-

den vertiefende Psychotherapieverfahren in den Bezugsgruppen, in Einzelgesprächen, Indikationsgruppen und in der Gruppe ‚Kompetenzteam‘ angewendet. Die genannten Gruppen werden halboffen geführt, wodurch die Integration neuer Patienten beschleunigt wird, weil die Gruppenteilnehmer sich in unterschiedlichen Stadien ihrer Entwicklung befinden.

Negative Lebenserfahrungen, auch die Ursachen der Drogenabhängigkeit, haben bei jedem Patienten zu individuell unterschiedlich gewichteten Beeinträchtigungen geführt. Es gibt aber eine Reihe persönliche Erfahrungen und solche, die die Patienten während der aktiven Drogenzeit gemacht haben, die sich ähneln. Die Be- und Aufarbeitung dieser allgemeinen Erfahrungen finden in den Eingangs- und Bezugsgruppentherapien statt. Themen sind die Akzeptanz und aktive Bewältigung der Drogenkrankung, die Hinwendung zu einem drogenfreien Leben und die Entwicklung angemessener Lebensumstände, die Verbesserung der sozialen Kompetenz und die Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen und beruflicher Orientierung. Auch kognitive Schwierigkeiten, traumatische Ereignisse und emotionale Konflikte, z.B. Aggressionen, Schuldgefühle, Kritikfähigkeit, Selbsteinschätzung und Autonomieprobleme werden in den Gruppen bearbeitet. Das gemeinsame und gegenseitige Lernen wird dadurch gefördert und die individuelle Änderungsbereitschaft erhöht.

Gravierende und nicht allgemein zugängliche persönliche Probleme werden in Einzelgesprächen oder in Indikationsgruppen, wie der Frauen-, Männer- oder Migrationsgruppe, psychotherapeutisch aufgearbeitet. Patienten mit einer diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder Patienten in Krisensituationen werden engmaschig mit Hilfe therapeutischer Einzeltermine betreut. Die Überwindung dieser schwerwiegenden Symptomatik ist notwendige Voraussetzung für eine gelingende Rehabilitation.

Durch die Mitarbeit der Patienten in den internen Dienstleistungsfeldern und die Teilnahme am Großplenum eignen sie sich Wissen an und erproben und erwerben Durchhaltevermögen, Durchsetzungskraft und Rücksichtnahme.

4.7.4.1 Gruppen- und Einzeltherapien

Die genannten Themen werden in der **Eingangsgruppe** (2 Mal / Woche, 90 min), mit bis zu 12 Patienten, von den Bezugstherapeuten vertieft. Als Arbeitsgrundlage dienen das multifaktoriellen Entstehungsmodell der Substanzabhängigkeit (Thomasius et al. 2005) sowie neurobiologische Erkenntnisse (Heinz et al. 2012) und die „Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten (GAMOA)“ (Franke & Schildberg 2009). Durch die Psychoedukation wird die eigene Erkrankung bewusst gemacht und ermöglicht eine Distanzierung, die für einen selbstverantwortlichen Umgang mit und Bewältigung der Abhängigkeit Voraussetzung ist (Schober et al. 2013).

Die festen **Bezugsgruppen** werden 2 Mal / Woche (90 min), mit ca. 12 Patienten von einem Bezugstherapeuten geleitet.

Neben der Thematisierung von Behandlungsmotivation und Rückfallprophylaxe (Sachse et al. 2012) und der für die Suchtentwicklung biografisch relevanten Ereignisse und persönlichen Schwierigkeiten, werden in den Bezugsgruppen auch spezifischere Themen wie das pathologische Spielen bei Drogenabhängigkeit (Bachmann & El-Akhras 2010) oder hyperkinetische Störungen im Erwachsenenalter (D' Amelio et al. 2009) bearbeitet. Am Anti-Gewalt-Training nehmen alle Patienten während ihrer Rehabilitation mindestens ein Mal teil.

Während ihres Aufenthaltes in der Klinik nehmen die Patienten an ca. 60, vorwiegend **verhaltenstherapeutisch** orientierten, Gruppensitzungen teil (Parfy et al. 2003; Batra et al. 2013). Ziel ist die Wiederherstellung / Entwicklung eines funktionalen Selbstmanagements durch die Überwindung bestehender Schwierigkeiten, mit Hilfe unterschiedlicher Bewältigungsstrategien. Da Veränderungsprozesse erst möglich werden, wenn Verständnis für die vorhandenen Problematik vorliegt, werden die Verfahren der klärungsorientierten Psychotherapie (KOP) (Sachse et al. 2009), der Problemanalyse (Bartling et al. 2008) und der Konsistenztheorie angewandt (Grawe 2004). Letztere geht davon aus, dass Menschen danach streben, ihr Leben kohärent in Bezug auf ihre Grundbedürfnisse (Orientierung, Wohlbefinden, Bindung, Selbst-

wert) zu gestalten. Die diesem Konsistenzbedürfnis entgegenstehenden Probleme werden im therapeutischen Prozess aktualisiert, bearbeitet und gelöst durch:

- die Förderung der Veränderungsmotivation, weil Patienten oft fremdmotiviert sind und weil sie hoffen, dass Therapeuten ihre Probleme für sie lösen (Sachse et al. 2009),
- das Verstehen eigener Konsummuster und Erkennen dysfunktionaler Schemata (semantisch-konzeptuelle, biografisch-episodische und exekutive), die zu falschen Schlussfolgerungen über sich selbst und 'die Realität' führen (Grawe 2004),
- die Entwicklung von Veränderungsstrategien (die nur möglich sind über die Erreichung einer Serie kurzfristiger Ziele, als schnelle Belohnung) und
- das Problemlösen über die Änderung des Umgangs mit den Problemen, durch Gestalten, Innovation und Unterstützung in der Gruppe (Sachse et al. 2009).

In diesem therapeutischen Prozess werden die jeweiligen emotionalen und kognitiven Aspekte berücksichtigt und die Themen an Hand realer Situationen / Erfahrungen bearbeitet, wie z.B. in der Familie, in sozialen Situationen und im Arbeitsleben.

Grundlage für den gelingenden therapeutischen Prozess ist die therapeutische Beziehungsgestaltung, in der beide, Patient und Therapeut, Experten in ihrer jeweiligen Rolle sind und deshalb ihre Beziehung als professionell und zielgerichtet definieren und erleben, wodurch die Patienten zu besserer Selbststeuerung und eigenverantwortlicher Problembewältigung befähigt werden (Sachse 2006).

Die Gruppenstunden verlaufen nach dem Muster: Befindlichkeitsrunde mit Nachfragen, aktuelle Probleme und Suche nach alternativen Lösungen, Problemlösen, Skilltraining und Biografiearbeit.

Zu den angewandten Methoden in den Bezugsgruppen gehören Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnik 2009), Schematherapie (Young et al 2008), Achtsamkeitstraining (Linehan 1996), Analyse des Verhaltens nach dem S-O-R-K-C-Mo-

dell² und die Selbstmanagement-Therapie (Kanfer et al. 2006), die Rational-Emotive VT (Ellis & Ellis 2012) und das Empowerment (Herringer 2014).

Zu den angewandten Techniken gehören das operante Lernen, in Form von Selbst- und Fremdverstärkung, das Modell-Lernen, die Habituation (die Fähigkeit, auf bestimmte Reize nicht zu reagieren) und Löschung (von Bewusstseinsinhalten, etwa durch Desensibilisierung), Biofeedback, Methoden zur Selbstkontrolle und zum Selbstmanagement, Methoden zur kognitiven Umstrukturierung (Aufbau rationaler und Abbau negativer Kognitionen) und das Rollenspiel.

Auch die tiefenpsychologisch basierte, **psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie** ist Teil des festen Bezugsgruppensystems. Von der Eingangsgruppe werden dieser Gruppe vor allem Patienten mit ausgeprägten strukturellen Störungen (Persönlichkeitsstörungen) zugewiesen. Bis zu 10 Patienten befinden sich im halboffenen Setting, was motivationsstärkend wirkt, weil die neuen Patienten auf schon länger in der Gruppe befindliche Patienten mit einem höheren Ich-Funktionsniveau stoßen. Es wird vorwiegend stützend gearbeitet, mit positivem Beziehungsangebot und wenig Konfrontation. Wegen der, alle Ebenen des Lebens beeinträchtigenden, interpersonellen Konflikte, die sich auf der Verhaltensebene manifestieren, wird eine Verhaltensregulierung durch Analyse und Veränderung dysfunktionalen Verhaltens angestrebt, die von allen Gruppenmitgliedern erarbeitet, toleriert und akzeptiert werden kann und in die der Therapeut mit authentischer Antwort beschränkend oder fördernd eingreift. Daneben wird der Patient an seine individuelle (Drogen-) Problematik herangeführt. Ursachen und Folgen seines Suchtverhaltens werden offengelegt und bearbeitet. Damit eine Auseinandersetzung in der Gruppe möglich wird, wird ein Klima geschaffen, das von Vertrauen und Offenheit geprägt ist und in dem Gefühlsäußerungen (Wut, Trauer, Verzweiflung) ermöglicht und akzeptiert werden (Wöller & Kruse 2012).

² S = Stimulus, O = Organismus, R = Reaktion, K = Kontingenz, C = Consequence (Konsequenz)

Einzeltherapie

Die Einzeltherapie (1 Mal / Woche, 60 min) hat ihren besonderen Stellenwert während der Intensivtherapie. Jeder Patient erhält ca. 24 Einzelgespräche, Patienten mit einer PTBS erhalten bis zu zwei Mal / Woche Einzelgespräche. Während der Adaptation sind die Einzelgespräche auf 16 pro Patient begrenzt.

Die Einzeltherapie ist vertrauenbildend und stützend. Sie ist sinnvolle, meist auch notwendige Ergänzung der Gruppentherapie, da hier vertiefend gearbeitet werden kann. Ziele sind ein selbständiges Krisenmanagement und die Steigerung der Selbststeuerungsfähigkeit und -fürsorge. Notfallpläne für belastende Situationen werden mit den betroffenen (traumatisierten) Patienten erstellt. Je nach therapeutischem Schwerpunkt der Mitarbeiter kommen überwiegend verhaltenstherapeutische oder psychoanalytische Therapieansätze für die Problemlösung zur Anwendung.

Motivationsgruppe

Ab der 1. Behandlungswoche nehmen die Patienten an mindestens fünf Sitzungen (1 Mal / Woche 90 min) der informativ und psychoedukativ arbeitenden **Motivationsgruppe für neue Patienten** teil. Die Stärkung der Motivation für die Behandlung und die Vermeidung von Rückfällen, Gesundheitsbildung und erste Grundlagenkenntnisse über die Suchterkrankung stehen thematisch im Vordergrund (Schober et al. 2013).

Indikationsgruppen

In den Indikationsgruppen werden Themen vertieft und anschließend psychotherapeutisch aufgearbeitet, die bei den entsprechenden Patienten relevant zur Krankheitsentwicklung und -aufrechterhaltung beigetragen haben. Sie werden von den Bezugstherapeuten den Gruppen zugewiesen. Patientinnen nehmen an der Frauengruppe in der Regel während ihrer gesamten Intensivtherapie teil, in den anderen Indikationsgruppen bleiben die Patienten mindestens 6 Wochen.

Die Indikationsgruppe **Tabakentwöhnung** wird von Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt (1 Mal / Woche, 90 Min). Da die Mehrzahl der Patienten nicht

mit dem festen Entschluss in die Klinik kommen, mit dem Rauchen aufzuhören, steht die Motivationsförderung und Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung in der Regel im Mittelpunkt dieses therapeutischen Angebotes. Des Weiteren wird eine Informationsvermittlung über Hilfen bei Raucherentwöhnung und die Vermittlung von Kenntnissen und Techniken zum tatsächlichen Rauchstopp geleistet.

Das Kompetenzteam/Indikationsgruppe

Das Kompetenzteam besteht aus sechs Patienten aus den drei festen Bezugsgruppen, die auf Grund ihres Therapiefortschritts von den Bezugstherapeuten ausgewählt werden. Die Gruppe wird von der therapeutischen Leiterin (1 Mal / Woche, 60-90 Min) geleitet. Die Patienten werden von den jeweiligen Bezugstherapeuten unter Berücksichtigung der kognitiven Entwicklung, der Reflektiertheit und des Therapiefortschreitens des Patienten ausgewählt. Die Gruppe findet wöchentlich im Zeitrahmen von 60-90 Minuten statt. Hauptaufgabe des Kompetenzteams ist die Übernahme einer Patenschaft für neue Patienten. Durch einen reibungslosen Start, Informationsweitergabe und dem Therapieablauf sowie den Freizeitangeboten steigern die Motivation der neuen Patienten zur aktiven Teilnahme an der Entwöhnungsbehandlung. Jeder neue Patienten wird in der ersten Woche des Aufenthalts ein Pate aus dem Kompetenzteam jedem Patienten zur Seite gestellt. Überdies bietet das wöchentliche Kompetenzteam die Möglichkeit eingebrachte Veränderungswünsche und Wahrnehmungen, auch über Fehlverhalten von Mitpatienten zu diskutieren. Im Anschluss daran werden diese in der Teamsitzung/Übergabe nach entsprechender Bewertung auf die Zweckmäßigkeit und Realisierbarkeit auch implementiert. Eine wichtige Rolle des Kompetenzteams ist es, dafür Sorge zu tragen die Hausordnung und die darin formulierten Regeln auf die Handlungsebene zu transferieren, im Sinne einer Vorbildfunktion. Zugleich übernehmen diese Patienten weitere Rollen wie beispielsweise Organisationstätigkeiten (Ansprechpartner für Patienten und Behandlungsteam, Gruppensprecher und die Organisation von Freizeitaktivitäten am Wochenende) Weitere Inhalte in dieser Gruppe sind das Training einer gewaltfreien Kommunikation mit den Elementen der Beziehungsgestaltung, Kommunikationsmodelle, Kommunikation auf der Sach- und Beziehungsebene, Sympathie gewinnen, Gefühle entdecken und benennen, Selbstverbalisation und Förderung der Durchset-

zungs- und Abgrenzungsfähigkeit. Die Aufklärung von Nebenerkrankungen wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, Depression und Angststörungen und ihren typisierten Verhaltensfacetten sowie Begleiterscheinungen von traumatisierten Patienten. Der Aufbau von Sozialer Kompetenzen wird auch hier, wie in der Gesamtbehandlung durch verschiedene Elemente gefördert. Vermittelt werden Kenntnisse über selbstsicheres Auftreten, über Zusammenhänge von der Selbstwahrnehmung vs. Fremdwahrnehmung, die Vermittlung von angemessenen sozialen Verhalten und die Verbesserung der Verbalisierung von Gefühlen. Diese Inhalte werden mittels Informationsblöcke, Rollenspiele und Kleingruppenarbeit, Diskussion und Hausaufgaben umgesetzt.

Mit dem **indikativen Sportprogramm** (jeweils 1 Mal / Woche, bis zu 90min; Gruppengröße: 5-12 Patienten) in Form von Walking/Outdoor, Schwimmen, Klettern, Wirbelsäulengymnastik, Frauensport und Rückenschule sind für jeden Patienten geeignete Trainingsmaßnahmen vorhanden. Die sportlichen Aktivitäten tragen zur Tagesstrukturierung und Aktivierung, zu besserer körperlicher Belastbarkeit, zum Spannungsabbau und zum Wiedergewinnen körperlicher Kraft bei und unterstützen so den psychischen Heilungsprozess.

Häufig werden Suchtmittel zur Spannungsreduktion eingesetzt. Das Erlernen alternativer, körperbezogener Methoden zur Entspannung tragen zu einer Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung und der Selbstreflexion bei. Techniken wie die **Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training und Qi-Gong** (jeweils 1 Mal /Woche von 30 bis zu 60min; Gruppengröße: 5-12 Patienten)werden dabei eingesetzt.

Die Behandlung von Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfordert eine ausreichende Stabilisierung und Ressourcenentwicklung, um den Boden für eine fachgerechte Behandlung zu erarbeiten. In der **Indikationsgruppe für Traumapatienten** (1 Mal / Woche, 30min; Gruppengröße: 5-7 Patienten) werden imaginative Verfahren zur Stabilisierung eingesetzt mit dem Ziel der Verbesserung der Fähigkeit mit den Auswirkungen der PTBS, wie Dissoziation und Intrusion, umgehen zu können.

Die **indikative Gruppe Ergotherapie für traumatisierte Patienten** (1 Mal / Woche, 90min; Gruppengröße: 5-7 Patienten) berücksichtigt die Erkenntnisse der Psychotraumatologie, der strukturellen Dissoziation und der achtsame Einbezug von Elementen der ressourcenorientierten Traumatherapie. Vor dem Hintergrund der traumatischen Erfahrung, des damit verbundenen Kontrollverlusts und der erlebten Ohnmacht ist die Wiedererlangung des Vertrauens in die eigene Handlungskompetenz von besonderer Bedeutung. Handwerklich-gestalterische Techniken sprechen traumatisierte Menschen als Therapiemedien oft besonders an und eignen sich mit therapeutischer Begleitung gut für die Aktivierung von kreativ-schöpferischen Fähigkeiten und der darin enthaltenen Selbstheilungskräfte.

Das ADL-Training (Activities of Daily living), (1 Mal / Woche, 90min; Einzeltherapie) umfasst die Behandlung und das Training individuell eingeschränkter Bereiche im Alltag, welche wichtig und von Bedeutung sind. Warum sich Probleme in den Aktivitäten des täglichen Lebens ergeben kann ganz unterschiedlich sein. Körperliche, psychische und kognitive Veränderungen können dazu führen ehemals leicht durchzuführende Tätigkeiten zu trainieren. Schwerpunkte sind die die Durchführung der eigenen Körperpflege und das Ankleiden.

Frauen und Männer weisen Unterschiede bezüglich ihres Körperbewusstseins, Gesundheits- und sozialen Verhaltens auf. Die Besonderheiten des jeweiligen Geschlechts, seine Nachteile und Stärken werden bewusst gemacht und verändert oder gestärkt. Geschlechtshomogene Gruppen bieten ihren Teilnehmerinnen oder Teilnehmern Schutz, fördern Solidarität, gegenseitiges Lernen und kritische Unterstützung. Auch tabuisierte Themen (Sexualität, Gewalt, Opfer-, Tätererfahrungen) können hier leichter angesprochen werden (Zenker 2005).

Die **Frauengruppe** wird von einer Bezugstherapeutin geleitet, die psychoanalytisch-interaktionell arbeitet. Wichtige Themen sind die Unfähigkeit eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und durchzusetzen, emotionale Vernachlässigung, Abhängigkeit,

Ohnmachts- und Gewalterfahrungen sowie die spezifisch weiblichen Erfahrungen während des aktiven Drogenkonsums (Zenker 2009).

Die **Männergruppe** wird von einem Bezugstherapeuten geleitet, der verhaltenstherapeutisch arbeitet. Die soziale Konstruktion von Männlichkeit ist durch ein Selbstkonzept bestimmt, das Körper und Psyche in den Dienst von Leistung, Konkurrenz, Anerkennung sowie Stärke und Macht stellt. Die Störung dieses Bildes, etwa durch abwertendes Verhalten der alleinerziehenden Mutter, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sowie die Abwesenheit oder seelische Distanz zu einer engen männlichen Bezugsperson, sind grundlegende Themen. Darüber hinaus werden insbesondere die Themen Sexualität, das Verhältnis zu Frauen, zu Kindern, Freundschaft und Vertrauen bearbeitet sowie die spezifisch männlichen Erfahrungen während des aktiven Drogenkonsums (Biddulph 2001; Stöver et al. 2009).

Die **Migrationsgruppe** findet 1 Mal / Woche (60 min) statt und wird von einem verhaltenstherapeutisch arbeitenden Bezugstherapeuten geleitet.

Patienten mit Migrationshintergrund unterscheiden sich von Patienten der deutschen Mehrheitsgesellschaft hinsichtlich ihres Selbstverständnisses, ihres Verhaltens und ihrer kulturellen Herkunft. Bearbeitet werden die an der Akkulturation beteiligten Faktoren wie Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, soziale Nähe, Distanz und kulturelle Stereotypen. Ebenso werden die durch die Migration ausgelösten Erfahrungen und Emotionen (Flucht, Krieg, Veränderung des Lebensstils, des Klimas) und die sozialen Veränderungen thematisiert: Abbruch bisheriger Beziehungen, Änderung von Werten und Normen, soziale Konflikte, Delinquenz. Die Erfahrungen mit Gastfreundschaft, Ausgrenzung und Diskriminierung werden aufgegriffen. Das Ergebnis dieser vielfältigen Belastungen hat bei den Patienten zu einer Phase der Dekompensation mit nachfolgender Suchterkrankung geführt. Die Aufarbeitung dieser Erfahrungen und die Stärkung der Selbstwirksamkeit zur Überwindung negativer Zukunftserwartungen sind, genau wie der Aufbau tragfähiger Beziehungen und die Akzeptanz einer bikulturellen Entwicklung, Therapie leitend (v. Beckum 1999; Bundesministerium für Gesundheit 2002; Cerci 2001; Czycholl 2002).

Das **Gedächtnistraining** findet 1x/Woche (60min) statt. Durchgeführt wird es von einer Pflegefachkraft mit entsprechender Weiterbildung. Es beinhaltet das gezielte Training von Hirnleistungen wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Denken und damit eng verbundene Fähigkeiten wie Merkfähigkeit, Gedächtnis, Informationsverarbeitung, Problemlösen, Kommunikation und Handeln. Dabei werden die Schwierigkeitsgrade leistungsgemäß angepasst.

Das **Autogene Training** findet 1x/Woche (60min) statt und wird von einem Psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechender Weiterbildung durchgeführt. Es zielt besonders auf Selbstentspannung, Ruhigstellung mit Entängstigung und Schlafförderung, Leistungssteigerung, Regulierung von Körperfunktionen, auf eine Schmerzlinderung bzw. -abstellung und auf Selbstbestimmung und Selbstkontrolle ab. Dementsprechend kann es als psychohygienische Maßnahme des Gesunden genauso angewendet werden wie bei Schlafstörungen, schmerzhaften Beschwerden, Verspannungen, Bluthochdruck usw. Als Einstieg- oder Basistherapeutikum kann es bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen unverzichtbar sein.

Die indikativen Gruppe **Freizeit Spiel und Modellbau** finden jeweils 1x/Woche (90min) statt und werden von einem Arbeitserzieher und von einem Schreinermeister durchgeführt. Sie zielen auf die Weiterentwicklung kognitiver Fähigkeiten, Aufmerksamkeit, Misserfolgstoleranz, Vorstellungsvermögen, Ausdauer, Vorbereitung des Arbeitsplatzes, Ordnung und auf die Teamfähigkeit ab.

Alle weiteren Indikationsgruppen finden jeweils 1 Mal / Woche mit unterschiedlicher Dauer statt. Diese sind tendenziell manualisiert und mit psychoedukativer Grundausrichtung gestaltet.

4.7.4.2 Trauma und Traumatherapien

Die Klinik hat eine ausgewiesene Expertise in der Behandlung von traumatisierten Patienten, die körperliche, psychische und /oder sexuelle Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend erlitten haben. Je nach Studie sind dies 30 – 70% der Suchtpatienten (Kuhn 2003; Reddemann 2003; Rosen et al. 2002; Zenker 2002). Die Merkmale der PTBS sind: Intrusion (das ungewollte physische und psychische Wiedererleben von Aspekten des Traumas), Vermeidungsverhalten (Strategien, um Traumaeinnerungen zu vermeiden, z.B. keine Beteiligung an Gruppengesprächen) und Hyperarousal (Übererregbarkeit: Schlafstörungen, Aggressivität, Schreckhaftigkeit). Vor jeder traumaspezifischen Intervention steht eine ausführliche Diagnose zur Abklärung der Trauma-Therapiefähigkeit. Ein traumakonfrontatives Vorgehen würde bei einigen Patienten zu einer (dramatischen) Verschlechterung ihres seelischen Befindens führen, weshalb es notwendig ist, Maßnahmen zur Stabilisierung, Ressourcenstärkung und Verbesserung von Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien einzusetzen.

Bei den therapiefähigen traumatisierten Patienten stehen die traumaorientierte Psychotherapie (Sachsse 2004) oder verhaltenstherapeutische (kognitiv- und dialektisch-behaviorale) Verfahren, wie sie auch bei Borderline-Patienten angewandt werden (Linehan 2006) im Vordergrund. Ziel der Therapie ist es, die schwere Beziehungspathologie (Probleme mit Vertrauen, Nähe, Selbstregulation, Selbstwert, maladaptive Verhaltensweisen), unter der die Patienten leiden und die die Rehabilitationszielerreichung erschweren, durch die Nachentwicklung defizitärer Ich-Funktionen deutlich zu verbessern.

Spezifische Traumatherapien werden ausschließlich durch die entsprechend weitergebildeten Fachkräfte durchgeführt. Neben drei verschiedenen einzeltherapeutischen Ansätzen, den Imaginationstechniken (Reddemann 2001), dem Expositionsverfahren (Narrative Exposure und Somatic Experience Therapy) (Levine 2010) und dem EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro 2012) wird ein ergänzendes Gruppenprogramm (Seeking Safety), an der Schnittstelle zwischen Sucht und Trauma, angeboten (Schauer et al. 2011; Najavits 2009; Shapiro et al.

19997). Im Mittelpunkt steht zwar die Bearbeitung der traumatischen interpersonellen Lebensereignisse, berücksichtigt werden aber auch die das Krankheitsgeschehen begleitenden häufigen Therapieabbrüche, Rückfälle, gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Problemen und die hohe Rate komorbider psychischer Störungen (Springer & Rubin 2009).

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Die Fähigkeiten vieler in der FK behandelter Drogenabhängiger einer Arbeit oder einem Beruf nachzugehen, sind durch den jahrelangen Aufenthalt in der illegalen Drogenszene deutlich eingeschränkt, darüber hinaus sind sie für den ersten Arbeitsmarkt meist nur unzureichend qualifiziert. Die arbeitstherapeutischen Aufgaben bieten ein realitätsnahes Übungsfeld, in dem die Patienten die anfallenden Aufgaben, an Gruppen- und Einzelarbeitsplätzen, selbständig ausführen lernen. Angeleitet werden sie durch einen anerkannten Arbeitstherapeuten / Arbeitserzieher, einen Schreinermeister, beide zertifizierte MELBA-Anwender (**Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit**), eine Hauswirtschaftsmeisterin und eine Köchin.

Das arbeitstherapeutische Programm umfasst bis zu 19 Arbeitsstunden / Woche, mit Gruppen- und Einzelarbeitsplätzen, Schicht- und Wochenendarbeitszeiten. Die Patienten werden nach therapeutischer Indikation den Arbeitsbereichen zugeteilt. Jeweils ein Patient übernimmt in einem Arbeitsbereich die Verantwortung.

Die Methoden der Arbeitstherapie (AT) orientieren sich an den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes. Die AT hat die Aufgabe den einzelnen Patienten schrittweise auf das übergeordnete Rehabilitationsziel ‚Erwerbsfähigkeit‘, unter Berücksichtigung seiner individuellen Voraussetzungen und Fähigkeiten, unterstützend vorzubereiten. Um den Anforderungen der Arbeitswelt zu entsprechen, müssen sich steigende Zwischenziele formuliert und gesetzt werden, wobei die jeweiligen Schlüsselqualifikationen beachtet, bewertet und trainiert werden: Durchhaltevermögen, Pünktlichkeit, Ordnung, Selbständigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein,

Frustrationstoleranz, Teamfähigkeit, kognitive und haptile Fähigkeiten, realistische Selbsteinschätzung, Umgang mit Vorgesetzten, Methoden der Problembewältigung, Fähigkeit zur Organisation von Arbeitsschritten, Handhabung von Arbeitswerkzeugen und -hilfsmitteln, wirtschaftlicher Umgang mit Ressourcen und der angemessene Umgang mit Verwaltungsaufgaben. Demnach müssen Ressourcen und Einschränkungen in physischen, kognitiven, psychischen und sozialen Bereichen berücksichtigt werden.

Arbeitstherapeuten müssen auch erkennen, ob eine Störung im Arbeitsprozess Ausdruck einer psychischen Grundstörung des Patienten ist. Die enge Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Arbeitstherapie wird durch die gemeinsame Behandlungsplanung und fortlaufende interdisziplinäre Arbeit erreicht.

Nach Erhebung der Arbeitsanamnese werden die Patienten an zunehmend fordernde Aufgaben herangeführt und geschult. Alle Arbeiten werden anhand eines Qualitätsmanagements durchgeführt, individuelle Patientenwünsche zur Motivationssteigerung und Förderung von Selbständigkeit berücksichtigt.

Neben einem EDV-Schulungsraum und einer Lehrküche gibt es eine in mehrere Bereiche gegliederte Arbeitshalle, mit Fahrradwerkstatt, Holzwerkstatt und einen Kreativbereich, mit folgenden Arbeitsinhalten:

- Küche: Einweisung in Hygienevorschriften, Unfallgefahren, Lagerhaltung; Einarbeitung in konventionelle Großküchengeräte, Umgang mit Lebensmitteln, Zubereitung gesunder Speisen, selbstständiges Organisieren und Planen der Arbeitsabläufe;
- Spülküche: Erlernen fach- und sachgerechten Reinigens der Kochutensilien und des Essenbereichs; Recycling;
- Hausreinigung: Umgang und Arbeit mit verschiedenen Reinigungsmitteln, Unterweisung in sinnvolle Reinigungsabläufe;
- Wäscherei: Umgang und Arbeit mit verschiedenen Wasch- und Pflegemitteln, Wasch- und Trockengeräten. Reinigung und Pflege der Wäscherei;

- Holzwerkstatt: Umgang und Arbeit mit verschiedenen Handwerkzeugen und -maschinen. Angefertigt werden Kleinmöbel, Intarsienarbeiten, Holzverbindungen, Brettspiele;
- Geländepflege / Garten: Umgang und Arbeit mit verschiedenen Werkzeugen, wie Rasenmäher, Freischneider, Heckenscheren und Gartengeräten;
- Bau / Renovierung: Umgang und Arbeit mit verschiedenen Malerwerkzeugen und Handmaschinen, Anleitung zu sinnvoller Arbeitsweise bei Renovierungen;
- Fahrradwerkstatt: Pflege und Reparatur der klinikeigenen Fahrräder;
- Beschäftigungs-, Kreativbereich: Arbeit mit unterschiedlichen Materialien: Speckstein, Porenbeton, Modelliermasse / Ton, Holz / Furnier, Pastellfarben, Wasserfarben, Acrylfarben, Leinwände, Peddigrohr u.v.m..

Zu den Methoden der Arbeitstherapie gehört auch das Spiegeln der Fähigkeiten der Patienten, mit Hilfe individueller Reflexionsgespräche und der MELBA - Dokumentation (**Föhres et al. 2011**), damit der Patient Kontrolle über sein Können erhält und adäquate Entwicklungsschritte gehen kann. Ferner eine annehmende, geduldige und positiv verstärkende Haltung, damit der Patient auch bei Misserfolgen oder Rückschritten die Motivation zur Weiterarbeit nicht verliert. Organisatorische Veränderungen und etwaige Patientenprobleme werden zeitnah in Einzel- und Gruppengesprächen bearbeitet. Leistungsbeurteilungen werden grundsätzlich in Einzelgesprächen mit den Anleitern durchgeführt. Notwendige therapeutische Auszeiten von der Arbeitstherapie können mit kreativen Beschäftigungsangeboten überbrückt werden.

Neben den arbeitstherapeutischen Maßnahmen und der Stabilisierung im körperlichen und psycho-sozialen Bereich stellt eine qualifizierte berufsfördernde Maßnahme die dritte Säule zur Erlangung der Erwerbsfähigkeit dar, wie sie das Berufsförderungswerk (BfW) Bad Wildbad anbietet, mit dem die FK kooperiert. Dieses Projekt folgt zusätzlich den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA-M) (Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung 2014), wobei hier die BOSS Maßnahme (Berufliche Orientierung Suchtkranker Stufenweise) angewandt wird.

BORA (Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter)

Im Verlauf der ersten Behandlungswoche wird eine Arbeits- und Berufsdiagnostik durchgeführt. Die Einteilung erfolgt über den internen BORA-Screening-Bogen, der von den Arbeitstherapeuten erhoben wird. Alle Arbeitsbereiche sind daran im Rahmen der Behandlungsplanung beteiligt (Arzt, Bezugstherapeut, Arbeitstherapeut, Sozialdienst, Ergo- und Sporttherapeut). Die Integration bei Rehabilitanden, die noch in Arbeitsverhältnissen sind (BORA-Zielgruppe 1 und 2), werden die Arbeitgeber, wo dies möglich und sinnvoll ist in die Behandlung mit einbezogen. Bilanzierungsgespräche im Sinne der Selbst- und Fremdeinschätzung des Arbeitsverhaltens, der Teamfähigkeit und des Arbeitstempos sind möglich. Sinnvoll zur Klärung sind insbesondere Gegebenheiten wie Gefährdung des Arbeitsplatzes bei Konflikten mit Vorgesetzten oder Kollegen, Über- und Unterforderung am Arbeitsplatz, insbesondere nach längerer Erkrankung. Bei arbeitssuchenden Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 3 und 4, zum Teil auch bei 5 bilden die deutlich Größte Gruppe der Patienten in der Klinik Wiesengrund. Im Vordergrund steht das Training grundlegender beruflicher Kompetenzen, wie Konzentrationsfähigkeit, Absprachefähigkeit, Durchhaltevermögen und Sorgfalt im Rahmen der gebotenen am Berufsalltag orientierten Tagesstruktur. In Folge werden durch die Vermittlung von Betriebspraktika realistische Rahmenbedingungen über die Arbeitstherapie hier vor Ort hinaus geschaffen, in denen die beruflichen Fähigkeiten überprüft werden können. Darüber hinaus gibt es direkte Kontakte zu potentiellen Arbeitgebern. Für Rehabilitanden mit körperlicher, psychischer oder anderer Beeinträchtigungen, die nicht in ein Praktikum vermittelt werden können, kann z.B. die Beschäftigung in einer Einrichtung des 2. Arbeitsmarktes stattfinden. Die berufsintegrativen Maßnahmen werden mitunter gezielt von den Arbeitstherapeuten begleitet. Sie sind zu Behandlungsbeginn für die Erhebung der ausführlichen Ausbildungs- und Berufsanamnese verantwortlich. Geführt werden ein Arbeitsfähigkeitsprofil und eine Dokumentation in Anlehnung von MELBA. Darüber hinaus werden die Rehabilitanden unterstützt bei internen Belastungserprobungen und bei der Praktikumssuche. Bei Rehabilitanden, bei denen eine berufliche Neuorientierung im Vordergrund steht wird unterstützend von den Arbeitstherapeuten aus ein Kontakt zur Arbeitsagentur hergestellt ggf. wird die Durchführung eines Berufs-

eignungstests begleitet. Zum Ende der Rehabilitation in der Fachklinik Wiesengrund werden konkrete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben in die Wege geleitet, Kontakte hergestellt und Planungen für weitere Schritte erstellt.

In der Fachklinik selbst findet im Rahmen der EDV-Schulung, durch eine entsprechend qualifizierte Bürokauffrau ein Bewerbungstraining statt, in dem jeder Patient eine Bewerbermappe erstellt, ggf. fehlende Zeugnisse beim Arbeitgeber anfordert und sich mit der Stellenrecherche im Internet vertraut macht. Weiterhin werden Themen wie Vorstellungsgespräch, gepflegtes Äußeres und Sprachkompetenz durch Schulung und Rollenspiele vermittelt. Auch für die Vermittlung in externe Praktika sowie Terminvereinbarungen mit dem zuständigen Jobcenter ist der Sozialdienst zuständig.

Zahlreiche Betriebe aus dem gewerblich-technischen und kaufmännischen Bereich sowie der Gastronomie in Freudenstadt sind Kooperationspartner für Belastungsproben und Berufspraktika. Gegebenenfalls stellen sie konkrete Arbeits- oder Umschulungsplätze zur Verfügung. Hiervon profitieren besonders Patienten in der Adaptionphase.

Betriebliche Integration

Abhängig von den Ergebnissen des beruflichen Assessments, bei Bestehen eines Arbeitsverhältnisses werden krankheitsbedingte Einschränkungen oder Risikofaktoren gemeinsam mit dem Patienten aber auch Ressourcen erarbeitet. Unter Berücksichtigung folgender Faktoren:

- Bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit, ggf. BEM Verfahren beim Arbeitgeber einfordern
- Die Aussicht auf eine stufenweise Wiedereingliederung nach längerer Arbeitsunfähigkeit in Absprache mit dem Arzt (Hamburger Modell)
- Berücksichtigung des GdB, sofern eine Schwerbehinderung vorliegt wird der Integrationsfachdienst mit einbezogen.

Das BfW Bad Wildbad ist Partner im Rahmen des betrieblichen Integrationsmanagements. Im Rahmen der BORA ist die Teilnahme an dessen differenzierten zeitlich

begrenzten Programm BOSS (Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen) für die Zielgruppen 3, 4 und 5 zugeschaltet. Es bietet Menschen mit körperlichen Behinderungen und psychischen Problemen, durch ein breites und differenziertes Angebot an beruflichen Qualifizierungen, realistische Chancen auf eine dauerhafte berufliche Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Die Hospitationsbereiche umfassen Handwerk, technische Berufe (z.B. technischer Zeichner, Metallfeinarbeiter, Industriemechaniker), kaufmännische Berufe (z.B. Industriekaufmann, Fachangestellter für Medien), Informations- und Telekommunikationsberufe (IT) und persönliche Dienste (z.B. Kosmetikerin). Nach einem in der Klinik stattfindenden beruflichen Assessment, einer beruflichen Standortbestimmung mit individuell zugeschnittenen berufsdiagnostischen Verfahren, kann bei Patienten mit guter Prognose ein 5-tägiges Integrationstraining, unter Hinzuziehung des Reha-Fachberatungsdienstes (Coaching) stattfinden. Besuche der FK-Adaptionsmitarbeiter in Bad Wildbad finden begleitend statt.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Ergo- wie Sporttherapie sind wichtige Bausteine auf dem Weg zur Leistungsverbesserung und Behebung funktioneller Defizite. Sie sind in das psychotherapeutische Konzept der FK eingebunden. Seelisches Erleben drückt sich u.a. auch in der Körpersprache aus, was bedeutet, dass umgekehrt der seelische Zustand durch angeleitete Besserung von Körperhaltung und -bewegung gebessert werden kann - ein Effekt, der bei traumatisierten Patienten besonders wichtig ist. Entspannungstraining ist dafür ein gutes Beispiel: 1 Mal / Woche (60 min) werden mit Hilfe dieses Trainings seelische und körperliche Spannungen abgebaut und die Körperwahrnehmung, die bei Drogenabhängigen extrem gestört ist, wird insgesamt deutlich verbessert.

Das Sozialverhalten wird positiv durch die Wahrnehmung der Anderen und Reaktionen auf sie beeinflusst, wie z.B. bei Mannschaftssportarten, beim Tischtennis, Badminton, Billard und Dart. Eine Steigerung von Aktivitäten und Teilhabe kann insbe-

sondere durch freizeitpädagogische Interventionen, die Anregungen und neue Erfahrungen bieten, erreicht werden.

Die sportlichen Bereiche werden in Absprache mit einem Arzt ausgewählt. Die Patienten nehmen an mindestens zwei Sportaktivitäten teil (Pflichtsport), daneben gibt es noch einen Wahlpflichtsport zur Aktivierung eines gesundheitsfördernden Freizeitverhaltens. Eine Sporttherapeutin ist für die Sport- und Bewegungstherapie verantwortlich. Sie wird im Sport- und Freizeitbereich von einer Ergotherapeutin und einem Praktikanten unterstützt. Externe Angebote, wie Klettern (im Kletterzentrum Offenburg) und Schwimmen (im Panoramabad Freudenstadt) werden von der Sporttherapeutin begleitet. In der Frauensportgruppe (1 Mal Woche, 60 min) geht sie auf geschlechtstypische Wünsche und Möglichkeiten ein.

Neu aufgenommenen Patienten werden in den ersten 14 Tagen, auch am Wochenende, Wanderungen in der näheren Umgebung angeboten, begleitet von Pflegekräften.

Die FK verfügt über eine eigene Sporthalle, einen Bewegungs- und einen Kraftraum. Tischtennis, Billard und Volleyball werden angeboten. Ein Fußballplatz und eine große Sportaußenanlage ergänzen die Sport- und Freizeitmöglichkeiten. Die Lage der Klinik bietet vielseitige Möglichkeiten für aktive Sport- und Freizeitgestaltung: Spaziergänge, (Schnee)Wandern, Jogging, Fahrradwandern, Nordic Walking, Skilanglauf und Snowboarding. Diese Angebote werden sowohl sporttherapeutisch als auch für die Freizeit genutzt. Ferner stehen in der Klinik klinikeigene Fahrräder sowie Langlauf- und Abfahrtskier und Snowboards zur Verfügung.

4.7.7 Freizeitangebote

Die aktive Freizeitgestaltung der Patienten am Wochenende fördert soziale Kompetenz und Lebensfreude und wirkt gleichzeitig einer passiven Konsumorientierung entgegen. Sie ist selbstorganisiert und liegt, unter Beteiligung eines Therapeuten, in

der Verantwortung des Kompetenzteams: Fahrten in Hallenbäder, ins Freibad in Kniebis, Kino- und Museumsbesuche, Minigolf und Mountainbiking. Darüber hinaus tragen auch die Anregungen aus der Ergo- und Arbeitstherapie (z.B. Arbeit mit Ton, Speckstein, Papier, Pappe und Holz) zur Freizeitgestaltung bei. In der Klinik gibt es außerdem einen Musikraum, der nach Absprache genutzt werden kann. Ziel ist es dabei Interessen zu entwickeln, Entscheidungsfähigkeit zu entwickeln, die Eigenständigkeit zu fördern und sich mit eigenen Bedürfnissen auseinanderzusetzen. Es besteht die Möglichkeit, Projekte und Aufgaben, die im Rahmen der Ergotherapie begonnen wurden, an Wochenenden fertig zu stellen.

4.7.8 Sozialdienst

Die Patienten müssen sich in der FK mit einem veränderten psycho-sozialen wie gesundheitlichen Zustand auseinandersetzen und müssen ihr bisheriges Leben neu überdenken und strukturieren. Der Kliniksozialdienst orientiert sich an den bestehenden sozialen Systemen eines Patienten. Die Unterstützung des Patienten in diesem Prozess ist engmaschig und fordert und fördert gleichzeitig seine Selbstverantwortung. Grundlage der Arbeit ist die sozialdienstlichen Anamnese (innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme), die angewandte Methode ist das Case Management (Löscherbach et al. 2009; Neuffer 2009). Jeder Hilfeprozess setzt das Einverständnis des Klienten und die Berücksichtigung seiner Wünsche und bestehenden Ressourcen voraus. Interventionen werden in Ab- und Rücksprache mit dem Patienten und den beteiligten Personen bzw. Institutionen durchgeführt. Drei Aufgaben kennzeichnen den Sozialdienst: die sozialrechtliche Beratung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Verantwortlich für diesen Bereich ist eine diplomierte Sozialpädagogin / -arbeiterin, die von einer Bürokauffrau unterstützt wird. Der Sozialdienst arbeitet eng mit allen anderen Therapiebereichen der Klinik zusammen.

Sozialrechtliche Beratung

Vorrangig ist die Abklärung der wirtschaftlichen Sicherung durch ALG II, Sozialhilfe oder Übergangsgeld, Kranken- und Pflegeversicherung und die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Institutionen.

Die finanzielle Situation, d.h. die Höhe der monatlich zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, wird mit Hilfe eines Finanzplans geordnet. Dabei werden die Einnahmen, z.B. auch Kindergeld, den Ausgaben, wie Ratenzahlungen, Mietkosten, Schuldenabtrag etc., gegenüber gestellt. Kontakt zu den beteiligten Institutionen, zur Schuldnerberatung und die Klärung der Wohnsituation sowie weitere praktische Hilfen gehören zu den hier notwendigen Interventionen.

Die Klärung der strafrechtlichen Situation erfordert die Zusammenarbeit mit Rechtsanwälten und Justizbehörden, insbesondere auch bei Patienten, die sich nach richterlicher Anordnung, gemäß §§ 35 / 36, zur stationären Langzeitrehabilitation in der FK befinden.

Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung

Der Sozialdienst bietet den Patienten zur beruflichen Wiedereingliederung hausintern einen PC-Kurs, 2 Mal / Woche, à 60 min an. Er dient der Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungen. Auf Grund ihrer sehr unterschiedlicher Kenntnisse, Fähigkeiten und Ressourcen müssen die Patienten individuell betreut werden. Sozialdienst und Arbeitstherapie arbeiten bei den Wiedereingliederungsmaßnahmen in Arbeit eng zusammen.

Kontakt zu und Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Die umfassende professionelle Unterstützung der Patienten in der FK wird sinnvoll durch Kontakte zur Selbsthilfe ergänzt. In der Gemeinschaft mit anderen Betroffenen finden die Drogenabhängigen Verständnis, tauschen Lösungsmöglichkeiten für ihre Schwierigkeiten aus und erfahren, dass sie mit Hilfe einer Selbsthilfegruppe der möglichen Isolation nach dem Klinikaufenthalt entgehen können. Die Patienten können während der Rehabilitation an den Gruppentreffen der in Freudenstadt ansässigen AA -Gruppe (Anonymen Alkoholiker) oder einer NA-Gruppe (Narcotics Anonymous)

teilnehmen, die einmal im Monat zu einem Informations- bzw. Gruppengespräch die FK besuchen.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

In der wöchentlich ärztlich geleiteten Informationsgruppe werden die wichtigsten Suchtfolgeerkrankungen besprochen, so dass die Zusammenhänge für die Patienten verständlich werden und die Eigenverantwortung gefördert wird. Darüber hinaus wird über die Nikotinabhängigkeit und deren Folgen informiert. Psychische Erkrankungen als Ursache und/oder als Begleiterkrankung der Sucht sind gruppenübergreifende Themen für alle Patienten. Neben den Symptomen werden auch die Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Der Hinführung zu einer insgesamt gesünderen Lebenseinstellung dienen auch Vorträge über gesunde Ernährung und gezielte externe Diätschulungen. In der 4 Mal / Woche angebotenen allgemeinärztlichen Sprechstunde wird auf das notwendige Gesundheitsverhalten hingewiesen und geklärt, ob vertiefende fachärztliche Diagnostiken oder Behandlungen außerhalb der Klinik notwendig sind. Überweisungen erfolgen an die kooperierenden Fachärzte / -krankenhäuser in Freudenstadt, wo alle notwendigen Fachrichtungen zur Verfügung stehen. Die verordneten Therapien werden in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Arzt in der Fachklinik oder außerhalb durchgeführt. Eine zahnmedizinische Diagnostik und Behandlung ist bei fast allen Patienten notwendig (s. a. Arzt- und Krankenhausliste in der Anlage).

1 Mal / Woche (60 min) leitet ein Arzt die offene Gruppe „Gesundheitstraining“, in der über die Folgeerkrankungen des illegalen Drogenkonsums, über mangelhafte Hygiene, Übertragungswege und Beigebrauch aufgeklärt wird (Verletzungen, Verbrennungen, Intoxikationen, bakterielle und virale Infektionen aller Körperorgane inkl. der Haut und Geschlechtskrankheiten, Leberentzündungen und HIV-Infektionen, Zahnverfall). Die Ärzte informieren über Vorsorgemaßnahmen generell und besprechen die Auswirkungen des illegalen Drogenkonsums, der Substitution oder über Folgen bei (ungewollte) Schwangerschaften.

Ein Arzt bietet 2 Mal / Woche (20 min) Qi Gong als Entspannungstechnik an, eine Ärztin Akupunktur bei entsprechender Indikation, u.a. auch um die Tabakentwöhnung zu unterstützen.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit (aus systemischer Sicht ist eine Abhängigkeitserkrankung eine Familienerkrankung mit bestimmten Rollenaufteilungen, in diesem Zusammenhang entstand der Begriff „Co-Abhängigkeit“). Nach tiefenpsychologischen Therapieansätzen sind wichtige Bezugspersonen ausschlaggebend, fördernd oder hemmend für die „Ich-Stärkung“ eines Individuums. Zur Rollendefinition und letztlich zur Rückbildung, der an die Prinzipien der Sucht angepassten Prozesse und Verhaltensweisen sind Angehörige und/oder fördernde wichtige Personen der Patienten in der Klinik Wiesengrund immer willkommen. Während der regulären stationären Therapie in der Klinik bestehen wochentags und am Wochenende in Absprache mit den Bezugstherapeuten Gesprächsmöglichkeiten für Angehörige. Bei spezifischer Indikation können Angehörige vorübergehend in den Therapieprozess mit eingebunden werden. In fester Beziehung lebende PatientenInnen haben die Möglichkeit mit ihren Bezugspersonen nach vorheriger Absprache in der Klinik zu übernachten. In der Einzeltherapie, die wöchentlich 30-60 Minuten stattfindet werden o.g. Themen spezifiziert und vertieft bearbeitet. (Vgl. GRV, 2004) Für eine positive Entwicklung der Patienten spielt es eine wichtige Rolle, die Angehörigen in die Therapie mit einzubeziehen. Vorab geht es darum, in Absprache mit dem Patienten den Kontakt zu den Angehörigen herzustellen und diese im nötigen Umfang zu informieren und zu beraten. Eine ausführliche Familienanamnese ermöglicht ein tiefgreifendes Verständnis der Patienten, ihrer Familiendynamik sowie ihrer aktuellen Problematik, da in dieser in der Regel frühere Erfahrungen reinszeniert werden. Partner oder andere Angehörige von Patienten kennen zu lernen kann auch relevant sein, um grob verzerrende Schilderungen des Patienten erkennen zu können. In gemeinsamen Angehörigengesprächen können diese Zusammenhänge für alle Beteiligten transparent gemacht werden. Ferner kön-

nen die aktuellen Beziehungen geklärt und etwaige Schuldgefühle oder gegenseitige Schuldzuweisungen aufgelöst werden. (Vgl. Wöller W, Kruse J, 2012; GRV, 2004;)

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfallprophylaxe

Die Rückfallprophylaxe ist expliziter Bestandteil der Motivationsgruppe, die jeder Patient zu Beginn der Behandlung durchläuft und die durchgehend in den Bezugsgruppen Thema bleibt. Dazu gehören:

- Die Bearbeitung unterschiedlicher Erklärungsmodelle: psychoanalytisch: Rückfall zur Affektregulierung, als selbstzerstörerische Tendenz (Körkel 1998); systemisch: Rückfall wegen dysfunktionaler persönlicher Beziehungen (Petzold et al. 2006); neurobiologisch: Ausgleich des Endorphindefizits (Lindenmeyer 2005); sozial-kognitiv: fehlende Bewältigungsfertigkeiten (Marlatt 1985); transtheoretisch: Stufen der Veränderung beim Rückfall und seiner Überwindung (Prochaska et al. 1992).
- Die Identifizierung von Rückfallrisiken: Erkennen von Risikofaktoren, Triggern durch Analyse früherer Rückfallepisoden, belastende Gefühlszustände, Rückfallphantasien, deviantes Verhalten und persönliche Risikobereitschaft (Marlatt 1985). Erstellung von Risikochecklisten und das Führen eines Risikotagebuchs.
- Methoden zur Steigerung der Bewältigungskompetenz: Abbau belastender Alltagsfaktoren, Techniken zur Stressbewältigung (Sport, Entspannung, Freizeitgestaltung), positive Gefühle verstärken. Ablehnungstraining, Konfrontationstraining (Hand 1993; Hauke 1998), soziales Kompetenztraining, insbesondere Umgang mit Kritik und Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Hinsch & Pfingsten 2002). Um den Mangel an Endorphinen (Drogeneinnahme = Belohnung) auszugleichen, werden Belohnungsrituale alternativ zur bisherigen Drogeneinnahme trainiert (Heinz et al. 2012). Hierzu tragen auch die

Vermittlung von Skills im Umgang mit Craving, wie Entspannungsmusik, Katakao, Autogenes Training und Achtsamkeitstraining bei. (Bowen et al. 2012).

Weil der Zusammenhang zwischen Kontrollen und niedrigen Rückfallquoten während der Behandlung gut belegt ist und weil auch Patienten mit guter Compliance und hoher Abstinenzmotivation Kontrollen als hilfreich zur Rückfallvermeidung erleben (Küfner et al. 1994), werden sowohl zu Behandlungsbeginn als auch im Behandlungsverlauf und nach Heimfahrten (unangekündigte) Drogenscreenings und Alkoholtests durchgeführt.

Umgang mit einem Rückfall

Nicht nur Drogenkonsum während der Rehabilitation, auch wiederholte Regelverstöße, die der Erreichung der Therapieziele entgegenstehen, werden in der FK Wiesengrund als Entscheidung des Patienten gegen die Fortsetzung der Rehabilitation gesehen, wie z.B. absprachewidriges Verhalten oder selbstverletzende Tendenzen. Bei solchem Verhalten oder nach Bekanntwerden eines Rückfalles, bei dem keine Entgiftung in der FK Wittichen notwendig ist, sieht das Krisenmanagement der Klinik ein sofortiges Einzelgespräch zwischen Patient und Bezugstherapeut oder therapeutischer Leitung oder einem Arzt vor. Das Ergebnis dieses Gesprächs fließt in die anschließende Teamsitzung ein, in der eine Entscheidung über das weitere Vorgehen getroffen wird. Kann der Patient in der Klinik bleiben, wird eine individuelle Rückfallbearbeitung eingeleitet, die möglicherweise in eine Weiterbehandlung einmündet, ggf. mit einem veränderten Behandlungsplan. Zum Prozess der Rückfallbearbeitung gehören eine Ausgangssperre, die Offenlegung des Rückfalls im Patientenplenum, Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten und die schriftliche Reflexion des Rückfallgeschehens in der Einzel- und Gruppentherapie.

Bei der von der FK angebotenen **Auffangbehandlung** (Rückfall einige Zeit nach der stationären Rehabilitation) stehen die Erstellung einer detaillierten Rückfallanalyse mit den intrapsychischen Bedingungsfaktoren und die Intensivierung der emotionalen Krankheitsakzeptanz im Vordergrund. Idealerweise erfolgt die Zuweisung zum frühe-

ren Bezugstherapeuten. Weil die ambulante Nachsorge danach besonders wichtig ist, wird sie noch während der stationären Behandlung vorbereitet.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Der Pflegebereich zusammen mit dem diensthabenden Mitarbeiter ist im Früh-, Spät- und Nachtdienst besetzt. Damit sind die Mitarbeiter in diesem Bereich zentrale Anlaufstelle für Patienten außerhalb des Regelbetriebes, z.B. in der Nacht. Das medizinische Pflegepersonal (Krankenschwester, Arzthelferinnen) ist an der Aufnahmeuntersuchung beteiligt (orientierendes anamnestisches Gespräch, Messung von Temperatur, Blutdruck, Gewicht) und assistiert bei der täglichen Sprechstunde. Im Medikamentenbereich sind die Mitarbeiterinnen zuständig für Vorratspflege, Medikamentenausgabe und Compliancebewertung. Abstinenzkontrollen werden strukturiert, für die Patienten verpflichtend und unregelmäßig spontan durchgeführt. Regelmäßig am Aufnahme- und Entlasstag sowie bei der Rückkehr von Heimfahrten und induzierten Realitätstrainings. Unregelmäßige Urinkontrollen werden bei entsprechender Atmosphäre im Haus, bei Verdacht oder Verhaltensauffälligkeiten durchgeführt. (nächtliche Kontrollen, nach Ausgängen nach Freudenstadt)

Weitere Aufgaben sind kleinere Wundversorgungen, Einreibungen, Laborvorbereitungen und laufende Kontrollen (Blutzucker, Blutdruck, Wiegen) sowie Alkohol- / Drogenkontrollen. Das Pflegepersonal gibt Anweisungen zur Körperpflege, vereinbart Termine mit externen Fachärzten und ist für die Dokumentation in der Patientenkurve verantwortlich.

4.7.13 Weitere Leistungen

Zehn mal im Jahr besuchen Schulklassen und Auszubildende im Rahmen einer Präventionsveranstaltung die Fachklinik. Sie nehmen an Informations- und Fachvorträgen teil und können zuhören, wenn Patienten über ihre ‚Suchtgeschichte‘ berichten. Diese authentische Darstellung ist beeindruckend für die jungen Zuhörer und fördert

durch die freie Rede vor Publikum und die achtungsvolle Reflexion der eigenen Entwicklung, gleichzeitig Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl der Patienten. Die Ergebnisse der stationären Rehabilitation bedürfen der Festigung und Vertiefung durch eine qualifizierte Nachsorge. Die wesentlichen Inhalte der Nachsorge beziehen sich auf Arbeit, Wohnen und die Freizeitgestaltung. Ca. sechs Wochen vor der geplanten Beendigung der Maßnahme werden mit den Rehabilitanden Umfang und inhaltliche Schwerpunktsetzung der Nachsorge konkret erarbeitet. Eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe hat in der Regel zu diesem Zeitpunkt bereits stattgefunden. Im Rahmen der Rehabilitation finden regelmäßig 90 minütige Vorstellungen der 12 Schritte Gruppen Freudenstadt statt. Getragen von ehrenamtlichen Selbsthilfegruppenleitern werden Netzwerkmöglichkeiten aufgezeigt und zum persönlichen Engagement motiviert. Auch die Mitteilung der sozialmedizinischen Einschätzung erfolgt zu diesem Zeitpunkt, um mögliche Folgemaßnahmen, wie Leistungen zur Teilhabe am Berufsleben, Kontaktaufnahme zum Rehabilitationsberater usw. frühzeitig einleiten zu können. Darüber hinaus können geplante vorzeitige Entlassungen bei weitgehender Rehabilitationszielerreichung auf ärztliche Veranlassung bzw. mit ärztlichem Einverständnis erfolgen. Ungeplante Entlassungen erfolgen entweder durch Abbruch von Seiten des Rehabilitanden, also gegen ärztlichen Rat, oder aus disziplinarischen Gründen beispielsweise Gewalttätigkeit, strafbare Handlungen, Suchtmittelkonsum in der Einrichtung.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die letzte Therapiephase in der FK ist geprägt vom Abschied, sowohl von den Therapeuten als auch den Mitpatienten und bedeutet den Verlust des geregelten Tagesablaufs. Die zukünftigen Aufgaben des Alltags, in die die neu gewonnenen Überzeugungen und Verhaltensweisen integriert werden müssen, erscheinen vielen Patienten kaum erfüllbar, weshalb die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung wichtig ist. Heimfahrten und Erledigungsfahrten, die auch schon während der Intensivtherapie möglich waren, sind jetzt besonders wichtige Übungsfelder.

Ängste und Zweifel werden in der Endphase der Therapie in der Bezugsgruppe und mit dem Therapeuten bearbeitet, wozu auch die Thematisierung der Vermeidung eines Rückfalls gehört. Die Verunsicherung des Patienten wird aber auch genutzt, um die Notwendigkeit einer ambulanten Nachsorge zu verdeutlichen und über die zuständige Suchtberatungsstelle vorzubereiten. Angehörigen werden im Rahmen von Angehörigengesprächen in diesen Prozess eingebunden.

Für Klienten, die nach einer stationären medizinischen Rehabilitation über einen Arbeitsplatz verfügen, der mit Unterstützung der nachsorgenden Stelle erhalten werden soll oder für Klienten, die arbeitslos sind und bei denen ein Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung der in der medizinischen Rehabilitation erarbeiteten erwerbsbezogenen Perspektive anzunehmen ist besteht die Möglichkeit der beschäftigungsorientierten Nachsorge (BoN PAS) des Paritätischen Landesverbandes Baden-Württemberg vom 01.12.2015 für deren Umsetzung die Fachklinik Wiesengrund von der DRV Baden-Württemberg anerkannt ist. Die beschäftigungsorientierte Nachsorge wird während der stationären Phase beantragt und inhaltlich vorbereitet. Vorgesehen sind bis zu 20 Stunden Einzel- oder Gruppenangebote im Zeitraum bis zu 12 Monaten, die ergänzend zu Maßnahmen der Nachsorge Sucht stattfinden.

Die Nachhaltigkeit der Behandlung wird durch die individuell angepasste Unterstützung in Bezug auf anschließende Hilfeangebote gesichert (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006). Das Entlassmanagement ist Teil des Qualitätsmanagementsystems der FK. In der Endphase der Therapie, vier Wochen vor dem Therapieende, wird der Entlassungstag eines Patienten mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Leitung sowie allen beteiligten Therapiebereichen abgesprochen. Konkrete Schritte, abhängig von der Feststellung des Integrationsbedarfs, werden geplant und umgesetzt. Neben der Regelung der Nachsorgebehandlung werden abschließend die Wohn- und finanzielle Situation sowie die Erwerbssituation geklärt.

Die in der Arbeitstherapie und mit dem BfW Wildbad begonnenen Maßnahmen zur beruflichen Integration sind eine gute Vorbereitung auf das zukünftige Erwerbsleben.

Weitere sind:

- Bei vorhandenem Arbeitsplatz wird Kontakt zum Arbeitgeber aufgenommen, evtl. Gespräche vor Ort geführt;
- der Wechsel in die Nachsorgeeinrichtung der FK in Schenkenzell und die dortige Integration in den 1. Arbeitsmarkt wird geplant, wozu auch die therapeutische Unterstützung bei der Entscheidungsfindung gehört oder die Anschaffung eigener Möbel;
- Kontakte zur Arbeitsagentur, der Job-Börse oder dem Reha-Berater werden aufgenommen; Vorbereitungen für eine schulische Qualifikation werden getroffen.

Zur weiteren Verbesserung der sozialen Teilhabe nach der Entlassung gehören: Vermittlung an ambulante Psychotherapie, Ehe- und Erziehungsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen.

Bei anstehenden Strafverfahren werden die Patienten vorbereitend unterstützt.

Für mehrfach beeinträchtigte Patienten, mit ungünstigen Prognosen in den Bereichen Teilhabe und Aktivitäten, findet die Vermittlung in weiterführende Betreuungsangebote wie beispielsweise betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen oder soziotherapeutische Heime statt.

Kurz vor der Entlassung findet die ärztliche Abschlussuntersuchung statt, ein Kurzbrief für den weiterbehandelnden Arzt wird dem Patienten mitgegeben. Arzt und Patient werden über notwendige oder zu empfehlende medizinische Anschlussmaßnahmen, wie fachärztliche Weiterbetreuung, informiert. Parallel dazu findet das bilanzierende therapeutische Abschlussgespräch über den Rehabilitationserfolg statt, das auch psychometrische Abschlusstestungen und den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit umfasst. Der Bezugstherapeut ist zuständig für die Information der nachsorgenden Kooperationspartner, um einen nahtlosen Übergang einzuleiten.

Die administrative Vorbereitung beinhaltet die Ausgabe aller persönlichen Dokumente und die Organisation der Heimfahrt des Patienten, die der Sozialdienst übernimmt. Der Patient wird vor Maßnahmebeendigung mit erforderlichem Informationsmaterial (Konzept der nachsorgenden Einrichtung oder Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe etc.) versorgt.

Der ausführliche Entlassungsbericht wird zeitnah zum Entlassungstermin erstellt. Er liegt, nach Prüfung durch ärztliche und therapeutische Leitung, einschließlich KTL, dem Leistungsträger spätestens 14 Tage nach der Entlassung vor.

Vorzeitige Entlassungen entstehen durch Verlegungen, z.B. Wechsel in ganztägig ambulante Einrichtungen. Durch sie soll die Zielerreichung der Rehabilitation optimiert werden.

Die **sofortige Entlassung** erfolgt nach einem Rückfall dann, wenn sich im Krisengespräch mit Bezugstherapeut oder Arzt oder therapeutischer Leistung zeigt, dass keine Einsichtsfähigkeit besteht und dass eine Weiterbehandlung nicht zu vertreten ist. Vor der disziplinarischen Entlassung findet ein Gespräch mit dem Patienten statt, um ihm ein weiteres mögliches Vorgehen aufzuzeigen, ggf. wird die nachbehandelnde Institution kontaktiert. Auch die Bedingungen für eine spätere Wiederaufnahme werden erläutert. Eine Verlegung in die FK Wittichen ist dann induziert, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder eine andere Behandlungsnotwendigkeit besteht. Der Leistungsträger wird sofort informiert.

5. Personelle Ausstattung

Die Klinik wird geführt durch den Facharzt und der therapeutischen Leitung. Das Rehabilitationsteam und deren Qualifikationen richten sich nach den Vorgaben und Vereinbarungen der Deutschen Rentenversicherung für den Bereich Abhängigkeitskrankungen. Der medizinische Bereich setzt sich zusammen aus 3 Ärzten und 5 examinierten Pflegefachkräften. Der psychotherapeutische/Suchttherapeutische Be-

reich besteht aus einer approbierten Psychologin, einer Psychologin i.A., einem Sozialpädagogen mit Zusatzausbildung und aus zwei weiteren Mitarbeitern mit einer von der DRV anerkannten suchtspezifischen Ausbildung. Der Sozialdienst ist zusätzlich mit 0,5 Stellen besetzt. In der Ergo- und Arbeitstherapie befinden sich eine Ergotherapeutin, ein Arbeitserzieher und ein Schreinermeister sowie eine Hauswirtschaftsmeisterin und eine Köchin. Für den Sport- Freizeitbereich ist eine Sportlehrerin verantwortlich. Insgesamt 23 therapeutische Hilfskräfte unterstützen den Gesamt- ablauf in der Klinik.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Rehabilitanden bewohnen in der FK großzügige 25-40 qm große 2-Bett-Zimmer oder Appartements mit eigenem Balkon und Badezimmer. Es gibt 26 Doppelzimmer und 2 Einzelzimmer. Das Haus verfügt über ein großes Foyer bzw. einen Freizeitsaal. Im Gemeinschaftsspeisesaal sitzen jeweils 12 Patienten an einem Tisch.

Für soziale Aktivitäten, Freizeit, Sport und Besuche können die Patienten am Wochenende vier Aufenthaltsräume, einen Kinoraum, einen Musikraum und eine gut ausgestattete Sporthalle (Sprossenwand, Turnbänke, Yogamatten, Ballfangnetze, Weichbodenmatten, Volley-, Basket-, Fußbälle, Badminton, Taue, Gymnastikstäbe) nutzen.

Am Haus befindet sich eine 100 qm große Terrasse und auf dem 900 qm großen Grundstück eine Grillhütte, ein Mini-Fußball- und ein Mini-Volleyballfeld. Die nachts beleuchtete Langlaufloipe grenzt unmittelbar an das Klinikgelände.

Für die psychotherapeutischen Gruppenangebote stehen 5 Gruppenräume zur Verfügung. Therapeuten und Mitarbeiter nutzen insgesamt 17 Arbeitszimmer, 5 Besprechungsräume und einen Konferenzsaal.

Der Medizinbereich verfügt über 3 Arztzimmer, 1 Schwesternzimmer, 3 Behandlungsräume und je ein Aufnahme- und Nachdienstzimmer. Zur medizinisch-technischen Ausstattung gehören ein Atemalkoholmessgerät, Urin- und Speichel-Drogenschnelltests, EKG-Gerät, Notfallkoffer, Defibrillator und ein Kliniklabor für einfache Blut- und Urinuntersuchungen.

Die Ergo- und Arbeitstherapie verfügt über eine Arbeitshalle mit Schreinerei, eine Fahrradwerkstatt und einen Kreativraum. Sie nutzt die Großküche, die Waschküche und einen EDV- Schulungsraum mit 10 Arbeitsplätzen.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Wiesengrund ist Mitglied im Fachverband Drogen und Rauschmittel und im Paritätischen Wohlfahrtsverband – Der Paritätische.

Mündliche Kooperationsabsprachen bestehen mit der FK Wittichen für Entzugsbehandlungen, auch bei psychiatrischer Begleiterkrankung.

Für notwendige ambulante oder stationäre Behandlungen oder eine weiterführende Differentialdiagnostik kooperiert die FK Wiesengrund mit allen notwendigen Fachärzten, dem Kreiskrankenhaus in Freudenstadt sowie den Krankenhäusern und Kliniken in der weiteren Umgebung (s. Arzt- und Krankenhausliste im Anhang).

Im Rahmen der Therapievorbereitung, Patientenaufnahme und Nachsorge ist die Fachklinik Wiesengrund eng vernetzt mit den regionalen und überregionalen Beratungs- und Behandlungsstellen sowie Entgiftungskliniken.

Die konzeptionelle Fortschreibung der Klinikarbeit wird durch den fachlichen Austausch über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen erreicht:

- Teilnahme, auch in Form von Vorträgen, an regionalen und bundesweiten Fachtagungen der Suchthilfeverbände;

Mitwirkung

- im Arbeitskreis Sucht und im kommunalen Suchthilfenetzwerk, jeweils Freudenstadt,

- im Arbeitskreis Rauschmittel (AKRM), Stuttgart, Paritätischer Landesverband BW,
- im Fachforum Cannabis im ZfP Nordklinikum Calw-Hirsau und
- in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für den Landkreis Freudenstadt (BWLTV); eingeschlossen ist das Regionaltreffen Drogen Nord in Schielberg.

Für die beruflichen Integration und Teilhabe der Patienten kooperiert die FK mit dem Berufsförderungswerk (BfW) Bad Wildbad. Außerdem bestehen regelmäßige Kontakte zu einer Vielzahl von Arbeitgebern und Institutionen aus dem gewerblich-technischen und kaufmännischen Bereich. Belastungserprobungen, Berufspraktika, Arbeits- oder Umschulungsplätze werden zur Verfügung gestellt.

Weitere Kooperationen bestehen zu ambulanten Fachstellen (z.B. Erziehungsberatungsstellen), niedergelassenen Psychotherapeuten (insbesondere Traumatherapeuten), Einrichtungen zur ganztägig ambulanten Rehabilitation, Einrichtungen zum betreuten Wohnen, Staatsanwaltschaften und Gerichtsbehörden.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Fachklinik Wiesengrund ist nach DIN ISO 9001 /2008 zertifiziert.

Alle 2 Jahre finden Systemaudits und Rezertifizierungsprüfungen durch ein externes Zertifizierungsunternehmen statt.

Die Klinik nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teil, das die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung überprüft (Peer Review, Patientenbefragungen, KTL, Qualitätszirkel, Klinikvisitationen). Für die interne Qualitätssicherung führt die Klinik jährlich Audits unter Anleitung des Qualitätsmanagementbeauftragten der FK durch.

Die Basisdokumentation der Rehabilitation der Patienten erfolgt über PATFAK (Patientenverwaltung und Leistungsfakturierung). Die FK verfügt über ein internes Be-

schwerdemanagement für die Patienten. Am Ende der Behandlungen erfolgen Patientenbefragungen, deren Ergebnisse jährlich mit dem Behandlungsteam diskutiert und ggf. umgesetzt werden.

Eine Ergebnisevaluation findet im Rahmen von 1-Jahreskatamnesen statt.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Im Frühteam wird kurz über die Vorkommnisse während des Bereitschaftsdienstes an die Pflege berichtet. Relevante Informationen werden ausgetauscht und fachliche Absprachen können getroffen werden. Weitere Gegebenheiten sind in einem Übergabebuch notiert, damit ist die Kommunikation zwischen den Abteilungen schon zu Arbeitsbeginn möglich. In der Mittagsbesprechung treffen sich mindestens ein Vertreter der Bereiche Medizin, Psychotherapie und Ergo- Arbeitstherapie eines Bereiches um über aktuelle therapeutische Interventionen oder technisch formale Fragen zu beraten. Hier werden die Informationen aus allen Bereichen zusammengetragen und in die Entscheidung einbezogen. Einmal wöchentlich findet eine Fallberatung statt an der mindestens jeweils ein Vertreter aller Bereiche anwesend ist. Einmal im Monat findet eine Behandlungsplanungskonferenz statt, an der alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter teilnehmen.

10. Notfallmanagement

Die nichtärztliche **Erste Hilfeleistung** wird vor Ort durchgeführt. Verbandskästen sind in den verschiedenen Arbeitstherapiebereichen der Klinik angebracht. Die Therapeuten des Sport- und Freizeitbereichs sind für einige Therapieangebote, die außerhalb der Klinik stattfinden, neben einem Handy, mit einem Erste-Hilfe-Set ausgerüstet.

Ein Arzt ist wochentags zwischen 8:00 - 16:00 Uhr in der Klinik erreichbar. Nachts und am Wochenende wird die Fachklinik durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt. Das Pflegepersonal ist in drei Schichten 24 Std. / Tag anwesend.

Bei ernsteren **Unfällen oder Notfällen** wird der Patient umgehend in den Medizinischen Bereich gebracht oder, wenn nötig, ein Arzt zur Unfallstelle gerufen.

Notfallpläne hängen in allen Etagen der Klinik aus.

Zur Notfallausrüstung gehören: Notfallkoffer, Absaug- und Intubationsbesteck, Beatmungsgerät sowie ein Defibrillator. Monatlich erfolgt ein Check der Notfallkoffer und Notfallgeräte durch den Pflegedienst und einen Arzt.

Ereignet sich ein Notfall außerhalb der ärztlichen Dienstzeit, benachrichtigt der diensthabende Mitarbeiter den diensthabenden Klinikarzt oder Arzt im Kreiskrankenhaus Freudenstadt. In dringenden Fällen wird der Notarzt gerufen, der innerhalb von 10-15 min vor Ort ist. Alle Unfälle / Notfälle werden in der medizinischen Akte dokumentiert.

Ein Mal jährlich wird der Erste Hilfe Kurs vom DRK Kreisverband Freudenstadt mit Reanimationsübungen durchgeführt, an dem die Ärzte, die Mitarbeiter des Pflegedienstes und der Bewegungstherapie teilnehmen. Der Klinikfacharzt weist in den Gebrauch der Notfallgeräte ein. Der Sicherheitsbeauftragte der Klinik erinnert an den Termin.

Bei **psychisch bedingten Notfällen**, in denen die Steuerungsfähigkeit des Betroffenen beeinträchtigt ist, wird, unter Beteiligung eines Arztes, auf folgende Punkte, geachtet und entsprechend verfahren:

Besteht eine Selbst- oder Fremdgefährdung? Ist eine Gewaltanwendung wahrscheinlich? Ist eine durchgehende Beobachtung des Patienten notwendig? Muss der Patient in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt werden?

Bei **Suizidalität** führt der Bezugstherapeut oder Arzt ein Gespräch mit dem Patienten. Dabei wird die Suizidalität offen, direkt und ernst nehmend angesprochen. Die Klärung folgender Fragen ist wichtig, um die Gefahr einschätzen zu können: Gab es frühere Suizidversuche? Suizididee oder konkrete Suizidabsicht und bestehender

Handlungsdruck? Handelt es sich um eine psychosoziale Krise oder länger bestehende Entwicklung? Sind wahnhaftige Ideen vorhanden?

Im Gespräch wird versucht eine Beziehung aufzubauen, um die Situation zu entspannen. Es wird geklärt, welche Fürsorge oder Versorgung der Patient braucht, ob eine Pharmakotherapie notwendig ist und ob der Patient in der Klinik verbleiben kann. Nach der Akutsituation werden notwendige Regelungen getroffen (z.B. bzgl. Ausgang, Heimfahrt, Handynutzung) (Bronisch 2002). Sofern möglich, wird der betroffene Patient bei Notfall umgehend in den Medizinischen Bereich gebracht. Falls eine direkte schnelle Erste Hilfeleistung erforderlich ist, wird diese vor Ort durchgeführt. Dazu sind Verbandskästen in den verschiedenen Arbeitstherapiebereichen der Klinik installiert. Wenn ein Transport nicht möglich ist, wird der Klinikarzt zur Unfallstelle gerufen, um die weiteren Maßnahmen durchzuführen. Bei Unfällen während einer therapeutischen Maßnahme (therapeutischer Sport) wird der Patient beim Durchgangsarzt vorgestellt, falls die Schwere der Verletzung dies erforderlich macht. Hier wird entsprechend der Richtlinien der Berufsgenossenschaften verfahren. Sofern sich ein Notfall oder Unfall außerhalb der ärztlichen Dienstzeit ereignet, veranlasst der diensthabende Mitarbeiter die weiteren Maßnahmen. Er benachrichtigt einen der Klinikärzte alternativ den diensthabenden Arzt im KKH Freudensstadt. In dringenden Fällen wird direkt der Notarzt gerufen.

11. Fortbildung

Klinikintern werden die Mitarbeiter von der ärztlichen und therapeutischen Leitung im Abstand von ca. 12 Wochen durch Einzelvorträge, mit anschließender Diskussion / Reflexion, fortgebildet.

An der wöchentlichen Fallbesprechung (9-11 Uhr), geleitet von ärztlicher und therapeutischer Leitung, nehmen alle therapeutischen Mitarbeiter und jeweils ein Vertreter aus den nicht-therapeutischen Bereichen teil. Sie entspricht einer **kollegialen internen Supervision**. Jeweils ein Therapeut stellt einen Patienten mit seinen Besonderheiten, Schwierigkeiten, Stärken und Fortschritte vor und das weitere Vorgehen wird reflek-

tiert und diskutiert. Bis zu fünf Patienten werden pro Besprechung vorgestellt. Behandlungsplanungskonferenzen, die u.a. auf diesen Fallkonferenzen basieren, finden alle 4 Wochen statt.

Eine Mischung zwischen interner Fortbildung und kollegialer Supervision, in Form von Fallbesprechungen, stellen die regelmäßigen Teamtreffen in der FK dar. Alle 4 Wochen tagen die Teams des medizinischen Bereichs, der Arbeits- und Sporttherapie, alle 3 Monate das Team des Spät- und Nachtdienstes, jeweils eine Stunde.

Die **klินิกexterne** Fortbildung der therapeutischen Mitarbeiter wird durch Freistellung von der Arbeit gefördert. Bedingung ist, dass die durchführende Institution im Suchtbereich anerkannt ist, wie dies z.B. beim BW Landesverband der Fall ist und dass die Klinikarbeit trotz Abwesenheit abgesichert ist.

Berufsbegleitende längerfristige Fortbildungen oder Weiterbildungen, etwa in Traumatherapie, werden im Kollegenkreis erörtert.

Alle Fort- / Weiterbildungen müssen bei der Klinikleitung beantragt werden.

12. Supervision

Die externe Supervision wird alle 3 Monate von einem in Supervision langjährig erfahrenen Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin geleitet. Inhaltlich handelt es sich um eine Fall- und/oder Mitarbeitersupervision. In der externen Fall-Supervision übernimmt der Supervisor eine triangulierende Funktion ein, um blinde Flecken, Verwicklungen und Verstrickungen transparent zu machen und außerhalb einer hierarchischen Linie Behandlungsempfehlungen zu geben. Dadurch können wieder Dialoge im verstrickten Behandler-System, Perspektivenwechsel und Reflektion auf der Metaebene ermöglicht werden.

Während der Supervision ist die Struktur der Klinik in Mitarbeiter und leitendes Personal aufgehoben. Die Themen für die Supervision werden von den Mitarbeitern intern festgelegt. Im Ergebnis dieser Veranstaltung werden häufig Themen für Qualitätszirkel bzw. Projektarbeiten formuliert und festgelegt. Die Supervision dient aber

auch dem Abbau von Spannungen zwischen den Mitarbeitern und so der Verbesserung der Arbeitsatmosphäre.

Literatur

Bachmann M, El-Akhras A (2010) Glücksspielfrei – Ein Therapiemanual bei Spielsucht. Springer Berlin

Bandura A (1979) Sozial-kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta Stuttgart

Bartling G, Echelmeyer L, Engberding M (2008) Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess: Leitfaden für die Praxis. Kohlhammer Stuttgart

Batra A, Wassmann R, Buchkremer G (2013) Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete. Thieme Stuttgart

Beck AT, Steer RA et al. (2006) BDI-II. Beck-Depressionsinventar. Hogrefe Göttingen

Bekum v D (1999) Transitorische Anfälligkeit als Risikofaktor für Suchtverhalten - Ein interkulturelles Rahmenkonzept zur Prävention bei Jugendlichen. In: Salman R, Tuna S, Lessing A (Hg) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Psychosozial Gießen

Biddulph S (2001) Männer auf der Suche. Beust München; 272-273

Bilitza KW (2009) Psychodynamik der Sucht - Einführung. In: Bilitza KW (Hg) Psychodynamik der Sucht. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen

Bowen S, Chawla N, Marlatt GA (2012) Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Beltz Weinheim

Brähler E, Hinz A, Scheer JW (2008) GBB-24 (Giessener Beschwerdebogen). Hogrefe Göttingen

- Bronisch T (2002) Psychotherapie der Suizidalität: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme Stuttgart
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006) Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; Heft 12
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008) ICF Praxisleitfaden 2 in der Rehabilitation. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Frankfurt
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg) (2002) Sucht und Migration. Eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 141/II, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos: Baden-Baden
- Burian W (2000) Psychodynamische Psychotherapie der Sucht. Lindauer Psychotherapiemodule In: Thomasius R (Hg) Psychotherapie der Suchterkrankung. Thieme Stuttgart
- Cerci F (2001) Abhängigkeit und Sucht bei Migranten – ein Kapitel für sich. In: Zeitschrift für Pädagogik; Heft 7
- Cloninger CR (1987) Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. Science 236: 410-416
- Czycholl D. (2002) Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe; In: Barth W. & Schubert C. (Hg) Migration-Sucht-Hilfe: Junge Migranten aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationberatung; emwe-Verlag Nürnberg
- D'Amelio R, Retz W, Philipsen A, Rösler M (2009) Psychoedukation und Coaching. ADHS im Erwachsenenalter. Urban & Fischer München

De Leon G (2000) The therapeutic community: theory, model, and method. Springer New York; 31-38

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg) (2009) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung Berlin; 4/2009

Deutsches Ärzteblatt (2004) Bekanntmachungen: Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur Verhaltenstherapie. Dtsch Arztebl 2004; 101(6) 367-68

Deutsches Krebsforschungszentrum (2007) Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten - Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer Heidelberg, Berlin

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5 ®: Dt. Ausgabe (2014) Falkai P, Wittchen H-U (Hg) American Psychiatric Association (Autor). Hogrefe Göttingen

DIMDI (2005) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf

DIMDI (2013) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)10. Rev. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/>

Ehlers A, Steil R, Winter H, Foa EB (1996) Deutsche Übersetzung des Posttraumatische Stress Diagnostic Scale (PDS). University, Warneford Hospital, Dep. Psych. Oxford

Ellis A, Ellis DJ (2012) Rational-emotive Verhaltenstherapie. Reinhardt München Basel

Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (2010) FPI-R Freiburger Persönlichkeitsinventar. 8. erweiterte Aufl. Hogrefe Göttingen

Feuerlein W, Kufner H, Soyka M (1998) Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme Stuttgart

Föhres F, Kleffmann A, Sturz A, Weinmann S (2011) Arbeiten mit MELBA. Handbuch 1-3. Kay GmbH Kreuztal

Franke P, Schildberg F (2009) Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei Opiatabhängigen Patienten. Ein verhaltenstherapeutisches Manual. DGVT Tübingen

Franke GH (2013) Symptom-Checklist-90®-S. Die Symptom-Checkliste mit 90 Items – Standardform – Deutsches Manual. Hogrefe Göttingen

Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) 2014: Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. <http://www.driv.de>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. BAnz AT 02.01.2015 B2

Gesetzliche Rentenversicherung (2004) Therapieziel-Katalog für die Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen. Aus: REHA-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE Hamburg

Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen; 186 ff.

- Grob A, Horowitz D (2014) FEEL-E Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Erwachsenen. Huber Bern
- Hand I (1993) Exposition-Reaktion-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie 3: 61-65.
- Hauke W (1998) Praxis des Reizkonfrontationstrainings bei Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hg) Die Zwangsstörung. Schattauer Stuttgart; 87-100.
- Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2009) BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision. 2. Auflage. Pearson Assessment Frankfurt.
- Havemann-Reinecke U, Küfner H, Schneider U et al. (2004) AWMF-Leitlinien: Post-akutbehandlung bei Störungen durch Opioiden. Sucht 50:226-257
- Heigl-Evers A (2000) Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Psychotherapie 5. Jahrg. 5 (2) 58-72. CIP München
- Heigl-Evers A, Ott J. (Hg) (2002). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Heinz A, Batra A, Scherbaum N, Gouzoulis-Mayfrank E (2012) Neurobiologie der Abhängigkeit. Kohlhammer Stuttgart
- Herringer N (2014) Empowerment in der Sozialen Arbeit. Kohlhammer Stuttgart
- Hinsch R, Pfingsten U (2002) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Beltz Weinheim

- Ihrle H (2000) Stellenwert der Diagnostik in der Medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. In: Beutel M (Hg) Diagnose: Sucht. BUSS. Neuland Geesthacht
- Jack M (2007) FERUS. Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten. Hogrefe Göttingen
- Kanfer FH, Schmelzer D (2005) Wegweiser Verhaltenstherapie – Psychotherapie als Chance. Springer Heidelberg
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (2006) Selbstmanagement-Therapie. Springer Heidelberg
- Khantzian EJ (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry. 4:231-244
- Khantzian EJ (2003) The Self-Medication Hypothesis Revisited: The Dually Diagnosed Patient. Prim Psychiatry Archive 2015
- Klein M (2009) Kinder in suchtbelasteten Familien. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hg) Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Schattauer Stuttgart New York;160-164
- Körkel J (Hg) (1998) Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag
- Krausz M, Degkwitz P, Verthein U (1998) Lebensereignisse und psychosoziale Belastungen bis zur Pubertät – Entwicklungsbedingungen Opiatabhängiger und ihrer 'normalen' Altersgenossen. Krankheit und Entwicklung 7:221-230
- Kröger C, Kosfelder J (2011) IES-27 Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hogrefe Göttingen

- Kröger C, Lohmann B (2007) Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit. In: Schulte D, Hahlweg K, Margraf J, Vaitl D (Hg) Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe Göttingen
- Küfner H, Denis A, Roch I, Arzt J, Rug U (1994) Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 37. Nomos Baden-Baden
- Kuhl J, Kazén M (2009) PSSI Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. Hogrefe Göttingen
- Kuhn S (2003) Gewalterfahrungen und Traumatisierungen in der Lebensgeschichte heroinabhängiger Männer. 15. Int. Suchtkongress „Trauma und Sucht“. Hamburg <http://www.uke.uni-hamburg.de>
- Laut GW, Minsel W-R (2014) KATE Kölner ADHS-Test für Erwachsene. Hogrefe Göttingen
- Levine PA (2010) In an Unspoken Voice. How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. North Atlantic Books Berkeley
- Linden M, Baron S, Muschalla B (2015) Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Hogrefe Göttingen
- Lindenmeyer J (2005) Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie Bd. 6. Hogrefe Göttingen
- Linehan M (1996) Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien München; 77 ff.

- Löcherbach P , Klug W, Rimmel-Fassbender R, Wendt WR (2009) Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. Ernst Reinhardt München
- Marlatt GA (1985) Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In Marlatt GA, Gordon JR (eds) Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours . Guilford New York; 3-70
- Miller WR, Rollnik S (2009) Motivierende Gesprächsführung. Lambertus Freiburg
- Najavits LM (2009) Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Hogrefe Göttingen
- Neuffer M (2009) Case Management, Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Juventa München
- Parfy E, Schuch B, Lenz G (2003) Verhaltenstherapie: Moderne Ansätze für Theorie und Praxis. Facultas UTB Wien
- Petzold H, Schay P, Scheiblich W (2006) Integrative Suchtarbeit, innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. VS Wiesbaden
- Prochaska JO, Diclemente C, Norcross JC (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. Am J Psychol 47:1102-1114
- Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Klett-Cotta Stuttgart
- Reddemann L (2003) PTSD und Sucht. 15. Int. Suchtkongress „Trauma und Sucht“. Hamburg. www.uke.uni-hamburg.de

- Rosen C S, Qimette P C, Sheik J L et al. (2002) Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. Br J Psychiatry 4:330-336
- Sachse R (2006) Therapeutische Beziehungsgestaltung. Hogrefe Göttingen
- Sachse R, Fasbender J, Breil J, Püschel O (2009) Grundlagen und Konzepte klärungsorientierter Psychotherapie. Hogrefe Göttingen; 37
- Sachse R, Langens T, Sachse M (2012) Klienten motivieren. Psychiatrie Bonn
- Sachsse U (Hg) (2004) Traumazentrierte Psychotherapie. Schattauer Stuttgart New York.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011) Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders. Hogrefe & Huber Publ. Cambridge Mass.
- Schmidt F (2008) Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche und Heranwachsende mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hg)
- Schneider W, Basler H-D, Beisenherz B (1989) FMP Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Hogrefe
- Schnieders M, Rassaerts I, Schäfer M, Soyka M (2006) Der Einfluss kindlicher Traumatisierung auf eine spätere Drogenabhängigkeit. Fortschr Neurol Psychiatr 74: 511-21
- Schober F, Peukert P, Wenz F, Batra A (2013) Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen. Kohlhammer Stuttgart

Schu M, Wünsche T, Tossmann P, Jonas B (2009) Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe - Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. FOGS / delphi Köln

Shapiro F, Vogelmann-Sine S, Sine LF (1997) Die Behandlung von Trauma und Suchtproblemen mit EMDR. In: Eschenröder (Hg) EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. DGVT Tübingen

Shapiro F (2012) EMDR - Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann Paderborn

Simpson TL, Miller WR (2002) Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review.

Clin Psychol Rev. 22(1) 27-77

Skinner BF (1978) Was ist Behaviorismus? Rowohlt, Reinbek

Spallek M, Kuhn W (2009) Funktionsorientierte körperliche Untersuchungssystematik. Ecomed Medizin Heidelberg München Landsberg

Spitzer C, Stieglitz R-D, Freyberger HJ (2005) FDS Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Huber Bern

Springer DW, Rubin A (2009) Substance Abuse Treatment for Youth and Adults. Clinician's Guide to Evidence-Based Practice. Wiley Hoboken NJ

Stöver H, Bockholt P, Vossnagen A (2009) Männlichkeiten und Sucht. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt, Koordinationsstelle Sucht Münster

Sydow K v., Beher S, Retzlaff R, Schweitzer J (2007) Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie: Hogrefe Göttingen

- Tagay S, Senf W (2014) ETI Essener Trauma Inventar. Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen. Hogrefe Göttingen
- Tewes U (Hg) (1991) HAWIE-R Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene. Revision 1991. Huber Bern
- Thomasius R, Sack PM, Küstner UJ, Schindler A (2005) Drogenabhängigkeit. In: Thomasius R, Küstner UJ (Hg) Familie und Sucht. Schattauer Stuttgart New York; 81-94.
- Trösken A K, Grawe K (2004) Inkongruenzerleben aufgrund brachliegender und fehlender Ressourcen: Die Rolle von Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung für die psychologische Therapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 36(1) 51-62.
- Vollmer HC, Krauth J (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen. In: Thomasius R. (Hg). Psychotherapie der Suchterkrankungen. Thieme Stuttgart
- Weichold K, Silbereisen K (2006) Illegale Drogen. In: Lohaus A, Jerusalem M, Klein-Heßling J (Hg) Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe Göttingen; 155-175
- Wilken B (2010) Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. 5. aktualisierte Auflage. Kohlhammer, Stuttgart
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID-I und SKID II, Strukturiertes Klinisches Interview, Achse I: Psychische Störungen / Achse II Persönlichkeitsstörungen, Hogrefe Göttingen

- Wittchen HU, Bühringer G, Rehm JT, Soyka M, Träder A, Trautmann S (2011) Die soziale, klinische und therapeutische Situation von Substitutionspatienten. Der Status der PREMOS-Patienten bei Studienbeginn. In: Wittchen HU, Bühringer G, Rehm J: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Premos-Studie. Suchtmedizin 13 (5) 227-231
- Wöller W, Kruse J (2012) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Schattauer Stuttgart New York; 84-101
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2008) Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann Paderborn
- Zenker C, Bammann K, Jahn I (2002) Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Bd. 148; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Nomos Baden-Baden
- Zenker C (2005) Sucht und Gender. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. (48) 469-476.
- Zenker C (2009) Gender in der Suchtarbeit: Anleitung zum Handeln. fdr-Texte # 9 (Hg) Neuland Geesthacht

Musterwochenplan
 Fachklinik Wiesengrund

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:00	Frühsport / Spaziergang Anschließend Frühstück / Spülküche						
08:00-9:45h	Arbeitstherapie: Schreinerei/BT, Bau Gelände, Fahrradwerkstatt, Wäscherei, Reinigungsteam (bis 11:45h), Küche (bis 12:45h)						
08:30	Sprechstunde Allgemeinarzt / Physiotherapie						
	10:00-11:30 Bezugsgruppe I 10:00-11:30 Bezugsgruppe II 11:00h Facharztvisite	10:45h-11:45h Frauengruppe 10:45h-11:45h Männergruppe	08:00h-09:30h Rückenschule Wirbelsäulengymnastik 09:00h-09:30h Traumagruppe 10:00h-11:00h Outdoor 11:00h-12:00h Wandern, Radfahren, Skilanglauf Kompetenzteam 10:45h-11:45h Gedächtnistraining	08:00h-09:00h Gesundheitstraining 09:00h-12:00h Fallbesprechung Am 1. Donnerstag im Monat Behandlungsplanung	08:00h-08:30h Traumagruppe 08:30h-09:30h Teamübergabe 10:00-11:30h Eingangsgruppe 10:00-11:30h Bezugsgruppe III	09:30h – 10:00h Brunch 11:00h Freizeitbesprechung 11:30 – 12:30 Gemeinsam begleiteter Spaziergang für neue Patienten	
12:00	Mittagessen, anschließend Spülküche						
12:40–13:20	Team-Übergabe						
	13:00-15:30 Ernährung –Theorie 14:00-15:30 Freizeit /Spiel 14:00-15:30 Modellbau 15:00-18:00 Schwimmen	13:00h-15:30h Ernährung- Theorie/Lehrküche bis 17:00h (alle 6 Wochen) 13:00h-14:00h Qi Gong 13:30h-15:00h ADL 14:00h-15:30h Eingangsgruppe 14:00-15:30h Bezugsgruppe III 16:00h-17:00h Motivationsgruppe	13:00h-14:00h Frauensport 14:00h-15:00h Bezugsgruppe I 14:00h-15:30h Bezugsgruppe II 15:45h-17:15h Modellbau 16:00h-16:30h Autogenes Training	13:00h-14:00h EDV Training 13:30h-18:00h Klettern In- und Outdoor 13:00h-14:00h Qi Gong 13:30h-15:00h Ergo-Trauma 15:30h-17:00h Ergotherapie	14:00h-15:30h Plenum Großgruppe	Ab 14:00h Geplante Freizeitaktivitäten (Wandern, Mountainbiking, Ski Alpin, Ausflüge) Besuche	
18:00	Abendessen, anschließend Spülküche						
19:00h-20:00h	Volleyball Pflicht-sport	19:00h-21:00h Ergotherapie 19:00h-20:00h Volleyball Pflicht-sport	19:00h-20:00h Volleyball		19:00h-22:00h Kino extern 14-tägig		
20:00h – 21:00h	Vorstellung Selbsthilfegruppe AA,						
00:00	Nachtruhe						

Hausordnung /Therapievertrag

Hausordnung der Fachklinik Wiesengrund

Die Einhaltung der Abstinenz von Drogen, suchterzeugenden Medikamenten und Alkoholika in unserer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen ist eine notwendige Voraussetzung der Behandlung und die Grundlage für einen möglichen Behandlungserfolg.

In jeder Gemeinschaft gibt es geschriebene und ungeschriebene Regeln. Sie geben Schutz, markieren Grenzen und zeigen Freiräume auf. Damit ermöglichen sie die Eingliederung des Einzelnen, unterstützen den Umgang mit den Mitmenschen und sind so für die Gemeinschaft unentbehrlich.

Mit den in dieser Hausordnung aufgeführten Regeln möchten wir zu einem geordneten Ablauf des Zusammenlebens in der Fachklinik Wiesengrund beitragen und Ihnen und anderen Patient/innen einen Schutzraum und eine Orientierung bieten. Auch wenn Sie diese Regeln manchmal als einschränkend empfinden, um ein zufriedenes Leben zu führen und Behandlungsziele erreichen zu können, ist es erforderlich, mit derartigen Regeln und Ordnungen zurecht zu kommen. Wir nehmen auch "kleine" Regelverstöße ernst. Dies könnte momentane oder grundsätzliche Schwierigkeit anzeigen auf das vereinbarte Therapieziel hin zu arbeiten oder ein Anhaltspunkt für eine Rückfallgefährdung sein. Für uns sind wichtige Voraussetzungen für eine zufriedene und abstinenten Lebensweise, Rücksichtnahme auf Andere, Übernahme von Verantwortung, Gelassenheit im Hinnehmen momentaner oder dauerhaft nicht veränderbarer Bedingungen und das Ertragen der Gegebenheit, Wünsche und Bedürfnisse nicht sofort erfüllt zu bekommen. In diesem Sinne ist der Umgang mit der Hausordnung auch als Übungsfeld für eine drogenfreie, soziale und (selbst)verantwortliche Lebensweise anzusehen.

Bitte machen Sie sich umfassend vertraut mit dieser Hausordnung und nehmen Sie die Regeln ernst. Alle Mitarbeiter/innen und Patient/innen der Einrichtung sind angehalten, die Einhaltung der Hausordnung sicher zu stellen und stehen Ihnen für Ihre Fragen zur Verfügung.

Wir wünschen Ihnen Kraft, Geduld, Durchhaltevermögen und vor allem Erfolg bei Ihrer Therapie!

Die Leitung und die Mitarbeiter der Fachklinik Wiesengrund

Aktive Therapie

Ziel aller Mitglieder des Behandlungsteams der Fachklinik ist es, Sie bei Ihren Bemühungen um Wiedererlangung geistiger und körperlicher Gesundheit zu unterstützen. Darüber hinaus möchten wir Sie auf Ihrem Weg zurück in den Beruf und die Gesellschaft unterstützen. Dies erfordert Ihre aktive Teilnahme, denn nur Sie können für sich dauerhafte und zufriedene Drogenfreiheit und Lebensperspektive erreichen.

Die aktive Teilnahme am Therapieprogramm und den vereinbarten therapeutischen Maßnahmen sowie das Einhalten ärztlicher Verordnungen sind für Sie verpflichtend.

Befreiungen von einzelnen Komponenten des Therapieprogramms können nur von der behandelnden Ärztin/ Arzt oder dem behandelnden Therapeuten erteilt werden.

Die Einteilung in die Phasen ermöglicht Ihnen einen genauen Überblick, ob Sie sich in der Eingangsphase, Kernphase oder aber der Ablösephase befinden.

Apotheke

Das Aufsuchen von Apotheken ist grundsätzlich nur nach Absprache mit Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt möglich. Eventuell von hinzugezogenen Fachärzten ausgestellt Rezepte geben Sie bitte in der Verwaltung ab. Sie werden für Sie eingelöst.

Arztbesuche

Während der Woche ist eine regelmäßige ärztliche Versorgung im Haus gewährleistet. Die Wochenenden sind durch einen ärztlichen Hintergrunddienst abgedeckt. Sollten darüber hinaus Besuche bei einem Facharzt notwendig sein, sollten diese während der Freizeit wahrgenommen werden.

Aufenthaltsbescheinigung

Wenn Sie während Ihrer Zeit hier bei uns Aufenthaltsbescheinigungen (z. B. für Arbeitgeber oder Arbeitsamt etc.) benötigen, erhalten Sie diese im Verwaltungsbüro. Hier erhalten Sie auch Bescheinigungen für Sozialverwaltung, Rechtsanwälte oder Gerichte.

Ausgangsregelung

Während der Eingangsphase sind nur durch Mitarbeiter begleitete Ausflüge möglich. Die Dauer der Eingangsphase richtet sich individuell nach dem Krankheitsbild, mindestens jedoch 14 Tage. Nach der Eingangsphase findet ein Aufnahmegespräch mit der/dem Bezugstherapeutin/Bezugstherapeuten statt. Im Anschluss daran werden Ausgangsprivilegien individuell vergeben. Ausgänge können ab dem 15. bis zum 21. Tag Ihres Aufenthaltes nur in Verbindung mit einer/einem weiteren ausgangsberechtigten Patientin/Patienten, danach auch allein stattfinden. Für den Einzelausgang ist das Einverständnis der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes, der Therapeutin/des Therapeuten und des jeweiligen Prozess begleitenden Arbeitstherapeuten notwendig. Therapeutisch oder medizinisch erlaubte Spaziergänge sind nicht Bestandteil der generellen Ausgangsregelung.

Die Ausgangszeit und -dauer richtet sich nach dem aktuellen Wochenplan und dem jeweiligen Einsatz in der Arbeitstherapie (z.B. Küche).

Beim Ausgang ist eine Abmeldung und Rückmeldung beim Tagdienst-Mitarbeiter im Spät- oder Nachtdienst verpflichtend. Darüber hinaus ist im Ausgangsbuch anzuzeigen, ob Sie außer Haus sind.

Beschwerdemanagement

Kritiken oder Beschwerden werten wir als Hinweise auf Prozesse im Haus, die Ihnen das Erreichen Ihrer Therapieziele erschweren. Daher wenden Sie sich bitte mit Beschwerden oder Kritiken an Ihre Prozess begleitenden Therapeuten oder an die Klinikleitung. Auch das Plenum aller Mitpatient/innen steht Ihnen als möglicher Raum zur Verfügung.

Besuche und Kontakte

Wir möchten Sie dabei unterstützen, den Kontakt zu Angehörigen und nahen Bezugspersonen zu halten. Kontaktsperren werden daher nur beim Vorliegen von Untersagungserklärungen durch Kontaktpersonen oder medizinischen und/ oder therapeutischen Indikationen ausgesprochen. Während der Eingangsphase sind dringend notwendige Telefonate über die Therapeutin/ den Therapeuten zu genehmigen.

Besuche können nach Absprache mit Ihrer Therapeutin/ Ihrem Therapeuten stattfinden. Besuchstage sind in der Regel der Samstag, der Sonntag und einige der gesetzlichen Feiertage.

Die Besuchszeiten sind:

Samstag von 12:30 Uhr bis 17:45 Uhr

Sonntag von 10:00 Uhr bis 17:45 Uhr

Außerhalb dieser Zeiten sind Besuche nur im Rahmen geplanter und mit dem Bezugstherapeuten vereinbarter therapeutischer Maßnahmen, wie z.B. Paar- oder Angehörigengespräche möglich.

Beim ersten Besuch findet ein therapeutisches Klärungsgespräch statt. Termine für diese Gespräche sind mit Ihrem Bezugstherapeuten abzusprechen. In Ausnahmefällen kann ein telefonisches Klärungsgespräch stattfinden.

Rehabilitand und Besucher haben die Möglichkeit im Besuch auch Ausflüge in die nähere Umgebung zu unternehmen.

Zum Besuch nicht zugelassen werden Personen unter sichtbarem Einfluss von Suchtmitteln (Alkohol, Medikamenten, Drogen) und mit bekannter nicht behandelter Abhängigkeitserkrankung, sowie ehemalige Patient/innen, die erst vor kurzer Zeit ihre Therapie in unserer Klinik nicht regulär beendet haben. Wir behalten uns vor in Verdachtsfällen Kontrollen auf Suchtmittel durchzuführen.

Computernutzung

Die Nutzung des Computers für Patient/innen ist nach Anmeldung und Eintragung in die Nutzerliste möglich. Die individuelle Nutzungszeit ist auf eine Stunde in der Woche begrenzt.

Datenschutz

Aufgrund Ihrer Behandlung in unserem Hause werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes personenbezogene Daten gespeichert und ausgewertet.

Der Anbringung Ihres Namens an der Tür des Patientenzimmers können Sie schriftlich zustimmen oder ablehnen.

Das Posten von Fotos und veröffentlichen von Klarnamen der Mitarbeiter/innen und Patient/innen ohne deren schriftliches Einverständnis in sozialen Medien, z.B. Facebook, ist untersagt.

Einkaufsmöglichkeiten

In der Eingangsphase Ihrer Therapie können Einkäufe (z.B. Hygieneartikel, Tabak.) auch durch Ihren Paten erledigt werden. In der Regel erhalten Sie jedoch notwendige Bedarfsgüter im hauseigenen Kiosk.

Nach Erhalt der Ausgangserlaubnis sind Einkäufe im Rahmen des Ausgangs möglich.

Für dringende Bekleidungseinkäufe sind Sonderregelungen mit festgelegter Begleitung möglich. In Abhängigkeit von Ihren finanziellen Möglichkeiten und / oder individuellen Behandlungsprozessen kann das Einkaufsgeld begrenzt werden.

Einkommen während der Therapie

Es sollten schon vor Beginn der Therapie entsprechende Anträge auf Sozialhilfe, ALG II oder Übergangsgeld bei den zuständigen Behörden gestellt werden, um spätere Verzögerungen weitestgehend auszuschließen. Erfahrungsgemäß dauert es trotz aller Bemühungen immer eine gewisse Zeit, bis Taschengeld oder Übergangsgeld bewilligt oder ausgezahlt werden. Für die Überbrückung solcher „Finanzierungslücken“ ist es notwendig, schon zu Therapiebeginn einen Bargeldbetrag in Höhe von ca. 80,- Euro mitzubringen.

Elektrische Geräte

Das Mitbringen und Benutzen folgender elektrischer Geräte ist möglich: Radiowecker, Handy, Laptop, kleine Musikanlage, Fön, Munddusche, elektrische Zahnbürste und Rasierapparat. Die Benutzung anderer elektrischer Geräte, wie z. B. Fernseher, Kaffeemaschine, Tauchsieder, Bügeleisen, PC, etc. ist nicht zulässig.

Die von Ihnen mitgebrachten elektrischen Geräte müssen den Sicherheitsstandards (CE-Symbol und vor allem VDE- oder TÜV-Prüfung) entsprechen.

Essen

Es werden Normalkost im Wechsel mit vegetarischer Kost gereicht sowie Diäten nach ärztlicher Anordnung. Ihre religiöse Grundhaltung wird dabei auch berücksichtigt.

Der Verzehr von mitgebrachten oder zugeschickten Süßigkeiten, Keksen, etc., Kaffee und Tee ist nur gestattet, wenn sie original verpackt und die Inhaltsstoffe für unsere Mitarbeiter lesbar und in deutscher Sprache deklariert sind. Süßigkeiten wie Weingummis, Rummkugeln, etc. dürfen wegen des speziellen Geschmacks auch dann nicht verzehrt werden, wenn sie nachweislich ohne Alkohol zubereitet sind. Das Mitbringen verderblicher Lebensmittel ist generell untersagt.

Fahrgeld

Fahrtkosten im Zusammenhang mit Ihrer Therapie (z.B. Heimfahrten, Informationsfahrten) können Sie, sofern die Klinik mit Ihrem Kostenträger eine Erstattung im Hause vereinbart hat, in der Verwaltung beantragen. Ein schriftlicher Antrag für die Fahrtkosten muss rechtzeitig vor Antritt Ihrer Fahrt gestellt werden.

Fahren und eigenes Auto

Während Ihrer Therapie (einschließlich An- und Abreise und Heimfahrten) dürfen Sie ein Kraftfahrzeug nicht selbst steuern. Dem entsprechend kann der eigene PKW oder das eigene Motorrad auch nicht mitgebracht werden.

Fernsehen

Jeder Rehabilitand kann in seiner Freizeit in den Fernsehräumen zu vorgegebenen Zeiten fernsehen.

Fitnessraum

Der Fitnessraum ist entsprechend der ausgehängten Öffnungszeiten und außerhalb der Ruhezeiten nutzbar. Jeder Rehabilitand kann erst nach einer Einweisung durch die Sporttherapeutin/ den Sporttherapeuten trainieren. Hier sind deren Anweisungen und Aushänge zu beachten. Des Weiteren sind die ggf. ausgesprochenen Einschränkungen durch den medizinischen Bereich zu berücksichtigen.

Freizeitaktivitäten

Das Gebiet auf und um den Kniebis/ Schwarzwald ist eine reizvolle und Landschaft und bietet mit seinen Kur- und Badeorten, Talsperren und Sehenswürdigkeiten zahlreiche Möglichkeiten für Outdoor- und Indoor-Freizeitaktivitäten.

Die Klinik selbst verfügt über Gemeinschafts- und Gruppenräume, Möglichkeiten für Tischtennis, Tischfußball, Darts, einen Fitnessraum, einen Volleyballplatz und nicht zuletzt einen Kreativ- und Werkraum. Der Kreativ- und Werkraum darf in der Freizeit zu den Kernzeiten genutzt werden. Des Weiteren haben Sie die Möglichkeit, nach einer Einweisung, unseren Musikraum mit verschiedenen Instrumenten, wie Schlagzeug, E-Gitarre, Klavier und E-Bass, zu nutzen. Darüber hinaus gibt es unterschiedliche gestaltete Freizeitangebote, z.B. Wandern, Schwimmen und Radfahren.

Aus medizinischen und/oder therapeutischen Gründen kann es notwendig sein, Ihre Teilnahme an den Freizeitmöglichkeiten einzuschränken. Dies ist zu akzeptieren.

Gewaltfreie Auseinandersetzung

Auf verbale und körperliche Gewalt wird für die gesamte Dauer der Therapie verzichtet. Therapieziel ist eine konstruktive Lösung von Konflikten. Wir erwarten, dass Sie bereit sind, Konflikte konstruktiv zu lösen und zu lernen, die eigenen Aggressionen in kontrollierte Bahnen zu lenken.

Glücksspiel

Glücksspiele, Spiele und Wetten um Geld oder Sachwerte, Spielhallenbesuche oder die Benutzung von Geldspielautomaten sind aufgrund ihres Suchtpotentials nicht erlaubt. Dies gilt auch für Toto- und Lottospiele.

Handynutzung

Nach der Eingangsphase, ab der 3. Woche erhalten Sie Ihr Handy zur Nutzung in Ihrer Freizeit. Sie können Ihr Handy auf Ihrem Zimmer oder auf der Terrasse der Klinik benutzen. NICHT in Gemeinschaftsräumen oder auf den Fluren. Um den Tagesablauf und die Privatsphäre anderer Mitpatient/innen nicht zu stören, stellen Sie das Handy bitte auf lautlos.

Außerhalb Ihrer freien Zeit, besonders nachts, sind das Telefonieren sowie die weitere Nutzung (z.B. SMS schreiben) untersagt. Diese Untersagung bezieht sich nicht auf die Nutzung als Wecker oder MP3-Player.

Sollten Sie gegen diese Regeln verstoßen, wird das Handy für drei Tage konfisziert und im Teamzimmer für Sie aufbewahrt. Bei weiteren Verstößen gegen die Handyregelung verlängert sich die Zeit, in welcher Ihr Handy eingezogen wird.

Hausrecht

Wir behalten uns vor, unser Hausrecht zu nutzen und unangekündigt Ihr Zimmer zu betreten, ggf. auch in Ihrer Abwesenheit. Ebenso behalten wir uns vor, Ihre persönlichen Gegenstände zu kontrollieren, um so einen sicheren und drogenfreien Therapie-raum zu gewährleisten.

Heimfahrten

Heimfahrten sind sogenannte "externe Therapietage". Sie erfolgen nach therapeutischer Indikation und mit Genehmigung Ihrer Therapeutin oder ihres Therapeuten. Hierbei sollen Sie sich außerhalb der Klinik erproben und die Zukunftsplanung praktisch und organisatorisch vorbereiten. Das Vorliegen einer medizinischen und/oder therapeutischen Indikation, die gegen externe Therapietage spricht, setzt die Heimfahrtsregelung außer Kraft.

Zu den externen Therapietagen gehören natürlich auch Infofahrten, die Sie zu Beratungsstellen, Adaptionseinrichtungen, dem Arbeitgeber, Selbsthilfegruppen oder zu Ihrem Arbeitsamt führen.

Heimfahrten sind von der Patientin/ vom Patienten detailliert und in Schriftform (genauer Ablaufplan) vorzubereiten. Diese sind spätestens zur Teamsitzung am Mittwoch vor der geplanten Heimfahrt einzureichen. Der Antrag wird durch die Mitarbeiter hinsichtlich der therapeutischen Notwendigkeit geprüft.

Intime Beziehungen

In gemischt geschlechtlichen Einrichtungen ist es unausweichlich, dass sich bei einer mehrmonatigen Behandlungsdauer Paare bilden und ggf. auch wieder trennen. Der Umgang hiermit stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Patient/innen der Fachklinik Wiesengrund werden bereits bei ihrer Aufnahme dazu ermutigt, in einem solchen Fall das offene Gespräch mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter zu suchen. Dies bietet dann die Gelegenheit, mit den beteiligten Patient/innen einen Dialog zu beginnen und zu klären, welche Ziele und Lösungen mit der entstehenden Beziehung verbunden sind, in wie weit diese Beziehung die Bearbeitung individueller Themen beeinträchtigen oder begünstigen kann und wie die beiden Partner mit Nähe und Distanz umgehen möchten. Sind die Patient/innen zu einer offenen Auseinandersetzung bereit, kann unter Umständen eine Paartherapie begonnen werden.

Inventar

Wir erwarten von Ihnen, die Einrichtungsgegenstände der Fachklinik Wiesengrund pfleglich und sorgfältig zu behandeln. Zu beachten sind die entsprechenden Vorgaben für die Zimmer der Patient/innen. (Zimmerordnung)

Bei fahrlässiger oder mutwilliger Zerstörung oder Beschädigung von Klinikeigentum ist der/die Patient/in für die Regulierung verantwortlich.

Kleidung

Über Ihre normale Kleidung hinaus, benötigen Sie einen oder besser zwei Trainingsanzüge, Badekleidung, Haus- und Turnschuhe (achten Sie bitte bei den Turnschuhen auf helle, nicht färbende Sohlen), Badetücher und wetterfeste Kleidung für Wanderungen. Für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie benötigen Sie unempfindliche Kleidung wie Arbeitshose und Arbeitsschuhe. Diese kann, je nach Arbeitsbereich, von der Einrichtung gestellt werden.

Konsequenzen bei Verstoß gegen die Hausordnung

Verstöße gegen die Hausordnung werden mit Ihrer Therapeutin/ Ihrem Therapeuten individuell bearbeitet und ggf. in der Bezugsgruppe thematisiert.

Verstöße gegen Gebote des abstinente Lebensraumes wie das Dealen mit Rauschmitteln aller Art und verbale oder körperliche Gewalt führen immer zu einer disziplinarischen Entlassung. Andere Verstöße können zu einer intensiven Bearbeitung und Klärung Ihrer Motivation führen, ggf. erfolgt eine Beendigung Ihrer Therapie. Eine wiederholte Abmahnung aufgrund desselbigen Verstoßes gegen die Regeln des Hauses und/ oder abstinente Lebensraumes führt zu einer disziplinarischen Entlassung. Ziel dessen ist nicht Sie zu bestrafen, sondern Ihnen Gelegenheit zu geben, aus Ihrem Fehlverhalten zu lernen.

Krankenversicherung

Klären Sie vor Ihrer Aufnahme Ihre Krankenversicherung mit der Krankenkasse bzw. dem für Sie zuständigen Sozialamt, ggf. mit Unterstützung Ihres Beraters oder sorgen Sie im Vorfeld der Therapie für die Übernahme von eventuell notwendigen externen Arztkosten (wie z.B. Zahnarzt, Augenarzt). Sie können ggf. bei Ihrer Krankenversicherung eine Befreiung von der Zuzahlung beantragen.

Kompetenzteam

Aus den einzelnen Kleingruppen können Patient/innen zu Mitgliedern des Kompetenzteams berufen werden. Dieses fungiert als Mittler zwischen den Patient/innen und den Mitarbeiter/innen der Fachklinik Wiesengrund, um die geltende Hausordnung gemeinsam durchzusetzen. Gegebenenfalls zu erneuern und insbesondere Aktivitäten der Fachklinik im Sinne einer zufriedenen

Abstinenz zu organisieren und zu unterstützen. Gleichzeitig helfen sie neuen Patient/innen bei ihrer Eingewöhnung ins Gemeinschaftsleben.

Mahlzeiten

Die gemeinsame, regelmäßige Teilnahme an den Mahlzeiten ist verbindlich. Über die Möglichkeit, sich im Einzelfall (z. B. bei Besuch) vom Mittagessen befreien zu lassen, informieren Sie sich bitte bei Ihrer Therapeutin/ Ihrem Therapeuten.

Sollten Sie während Ihrer Therapie bettlägerig krankgeschrieben werden, z. B. bei einer Erkältung, können Ihnen die Mahlzeiten im Zimmer serviert werden.

Medikamente

Bringen Sie bitte Ihre derzeit ärztlich verordneten Medikamente mit, um mit Ihrem hier behandelnden Arzt eine weitere Medikation zu überprüfen. Die verordneten Medikamente werden zu bestimmten Medizinzeiten ausgegeben. Eine Eigenmedikation ist nicht erlaubt, Medikamente dürfen nur nach ärztlicher Verschreibung eingenommen werden. Dies gilt auch für homöopathische Mittel und z.B. JHP-Öl, Mineralstoffe sowie für Nahrungsergänzungsmittel wie z.B. Kreatinin, Eiweiß.

Musik

Sie können sich gerne Ihre eigene (kleine) Musikanlage mitbringen. Das Musikhören auf den Patient/innen Zimmern ist in Zimmerlautstärke während Ihrer Freizeit möglich. Der Gebrauch von Kopfhörern ist dann ebenfalls möglich.

Nachtruhe

Während der Nachtruhe bleiben Sie bitte auf Ihrem Zimmer. Die jeweils aktuellen Zeiten der Nachtruhe entnehmen Sie bitte dem Wochenplan.

Patient/innen Wertfach

Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie, Wertgegenstände entweder in Ihrem Fach oder im abschließbaren Kofferraum zu deponieren.

Bitte Vergessen Sie nicht, bei Beendigung der Therapie Ihren persönlichen Besitz mitzunehmen. Bei Auszug zurückgelassene Gegenstände können nur auf eigene Kosten nachgesandt werden. Sie können diese auch persönlich, nach telefonischer Terminabsprache, innerhalb von vier Wochen nach Therapieende abholen.

Patient/innen Post

Zum Schutz und Erhalt des suchtmittelfreien Behandlungsrahmens werden. Während Ihrer gesamten Therapiezeit eingehende Päckchen, Pakete und mitgebrachte Gepäckstücke in Ihrem Beisein auf Suchtstoffe kontrolliert.

An Sie adressierte Briefe werden in Ihrem Beisein geöffnet und auf beiliegende Suchtmittel oder Geld kontrolliert, aber nicht gelesen.

Patient/innen Infowand

Für Sie wichtige organisatorische Informationen können der Patient/innen Infowand im Flur entnommen werden. Hier können und sollten Sie sich täglich informieren.

Rauchen

Aus Brandschutzgründen ist das Rauchen innerhalb aller Klinikgebäude strikt verboten. Die Verletzung der Brandschutzordnung führt zu einer Abmahnung. Rauchern stehen in ihrer Freizeit im Außengelände der Klinik geeignete Plätze zur Verfügung. Schnupftabak ist während der Therapiedauer aufgrund der mangelnden Kontrollmöglichkeit auf illegale Inhaltsstoffe untersagt.

Rückfall

Im Rahmen einer Abhängigkeitserkrankung kann es auch zu einem Rückfall kommen. Als Rückfall werten wir den Besitz, Erwerb, die Einnahme oder Weitergabe von Drogen, Alkoholika und Medikamenten sowie das Durchführen von Glücksspielen.

Auch der Erwerb oder Konsum alkoholhaltiger Nahrungsmittel ist ein Rückfall. Während der Zeit Ihrer Therapie müssen Sie auch auf mohnhaltige Nahrungsmittel (Mohnkuchen, -brötchen, -joghurt etc.) und "Power-Drinks", (z.B. Red Bull etc.) verzichten. Über "versteckten" Alkohol, z. B. in Nahrungsmitteln, werden Sie während Ihrer Therapie informiert. Ein Rückfall kann nach Klärung der Therapiemotivation therapeutisch bearbeitet werden.

Screenings (Alkohol/Drogentests)

Zur Gewährleistung eines Schutzraumes für die Erlangung einer zufriedenen Abstinenz führen wir in unregelmäßigen Abständen Tests auf Alkohol/ Drogen und/ oder Medikamente durch. Zumindest für die Abnahme einer Blutprobe ist Ihre Einwilligung erforderlich. Die Verweigerung eines Screenings werten wir als Rückfall (siehe Punkt Rückfall). Unabhängig von unserem Bemühen, Ihnen die Abgabe von Screening-Material aus ethischen, moralischen, religiösen oder geschlechtsspezifischen Gründen so wertschätzend wie möglich zu ermöglichen, sind grundsätzlich alle Mitarbeiter/innen befugt, ein Screening anzuordnen. Bei Auftreten persönlicher Bedenken kann die Abgabe von Material zum Zwecke des Screenings unter medizinischer Aufsicht erfolgen.

Sozialdienst und klinische Sozialarbeiten

Der Sozialdienst bietet Hilfestellung u.a. bei folgenden Problembereichen:

- Hilfen bei der Beantragung von Übergangsgeld, ALG I und ALG II bzw. Krankengeld,
- Krankenversicherungsschutz,
- Vermittlung von Hilfen zur Schuldenregulierung,
- sozialhilferechtliche Fragestellungen,
- Unterstützung bei gerichtlichen Anliegen
- Vermittlung zum Anwalt
- ggf. bei der Wohnungssuche und Anschlussfinanzierung

Sprechstundenzeiten für die Sozialberatung entnehmen Sie bitte den Aushängen.

Sprachregelung

Während therapeutischer Veranstaltungen (Großgruppe, Kleingruppe, Arbeitstherapie, Sport, gestaltete Freizeit, etc.) wird Deutsch gesprochen. In Ihrer Freizeit können Sie sich in Ihrer Muttersprache miteinander unterhalten. Nehmen Sie dabei bitte Rücksicht auf anderssprachige Mitpatient/innen.

Tagesablauf

Der Tagesablauf ist durch die aktuell gültigen Wochen- und Therapiepläne vorgegeben. Die Teilnahme am Tagesprogramm ist verpflichtend.

Taschengeld

Während des Therapiezeitraumes können Sie über Ihr persönliches Einkommen verfügen. Dies erfolgt in Absprache mit dem Sozialdienst und Bezugstherapeuten. Hierbei werden Maßnahmen berücksichtigt wie beispielsweise eine Schuldenregulierung, Unterhaltsverpflichtungen oder Ähnliches. Voraussetzung für die monatliche (oder wöchentliche) Auszahlung ist, dass Sie über ein ausreichendes Budget verfügen. Für bestimmte Artikel (z.B. Bekleidung, Uhr, Ausflüge, etc.) kann ein gesonderter Auszahlungsantrag gestellt werden.

Ihre Bankkarte ziehen wir bei Ihrer Ankunft in der Fachklinik Wiesengrund ein und verwahren diese sicher in der Verwaltung.

Telefonieren

Nach der Eingangsphase ist privates Telefonieren von unserem klinikeigenem Telefon aus der Einrichtung möglich.

Tiere

Das Mitbringen von Tieren in die Klinik ist nicht erlaubt. Bei Besuch mit Tieren ist eine Vorabsprache mit dem Bezugstherapeuten notwendig.

Verleihen

Das Verleihen von Geld und wertvollen Gegenständen (z.B. Uhren, Radios) innerhalb der Patient/innen Gemeinschaft ist nicht gestattet. Nur in Sonderfällen und nach Absprache mit der zuständigen Therapeutin/ dem zuständigen Therapeuten besteht die Möglichkeit des Überlassens bzw. Verleihen von Gegenständen.

Waschen

Für Ihre Wäsche stehen Ihnen Waschmaschinen und Trockner sowie Trockenbereiche im und außer Haus zur Verfügung. Das Trocknen von Kleidung in den Zimmern ist nicht gestattet.

Zimmer

Die Unterbringung erfolgt in der Regel in Zweibettzimmern, bei Bedarf auch in Dreibettzimmern. Nur in Ausnahmen, bei entsprechender Indikation und Belegungsmöglichkeit auch im Einzelzimmer. Die Zubereitung und der Konsum von Kaffee, Tee oder heißen Getränken im Wohnbereich sind nicht gestattet.

Bei Besuchen von Angehörigen ist die Privatsphäre Ihrer Mitpatient/innen zu respektieren. Sie können die Gemeinschaftsräume zum gemeinsamen Verweilen mit Ihrem Besuch nutzen. Gegenseitige Besuche auf den Zimmern sind zur Wahrung der Privatsphäre nicht gestattet.

Hiermit bestätige ich, dass ich sämtliche Grundsätze, Verhaltens- und organisatorische Regeln der Hausordnung des Haus Wiesengrund gelesen und verstanden habe und dass ich mich daran halten werde. Mir ist bewusst, dass Verstöße gegen diese Hausordnung Konsequenzen nach sich ziehen und ggf. zum Ausschluss aus der Therapie (disziplinarische Entlassung) führen können.

Datum

Name / Unterschrift

Therapievertrag

Herr / Frau _____ schließt mit der Fachklinik Wiesengrund folgenden

Therapievertrag:

1. Sie haben sich für eine Behandlung Ihrer Abhängigkeitserkrankung entschieden. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der Verzicht von psychoaktiven Stoffen als auch von nichtstofflichen Suchtmitteln. Deshalb werden Sie sämtliche Stoffe weder besitzen, noch gebrauchen, auch außerhalb der Klinik. Unwiderruflich willigen Sie ein, dass solche Stoffe seitens der Klinik jederzeit eingezogen und unverzüglich vernichtet werden dürfen.

Sofern Sie auf Nikotin und Koffein nicht verzichten möchten, gehen Sie damit maßvoll unter Wahrung der in der Hausordnung genannten Regeln um.

Zur Verwirklichung Ihrer Ziele stellt die Klinik zu Beginn Ihrer Behandlung einen engen Schutzraum dar. Deshalb erwarten wir, dass Sie in den ersten 14 Tagen Ihrer Behandlung nur gemeinsam mit einem Mitarbeiter die Klinik für Spaziergänge oder Ausflüge verlassen (ausgenommen sind indikationsspezifische Regelungen durch Ihren Bezugstherapeuten).

Die Ausgangszeit richtet sich nach Ihrem aktuellen Behandlungsplan. Beim Ausgang sind eine Abmeldung und eine Rückmeldung beim Tagdienst-Mitarbeiter bzw. im Spät- oder Nachtdienst verpflichtend. Darüber hinaus tragen Sie sich bitte in das Ausgangsbuch am Empfang ein und bestätigen die Rückkehr mit Ihrer Unterschrift. (dies dient Ihrem Versicherungsschutz)

2. Ihr erster Ansprechpartner ist Ihr Bezugstherapeut bzw. zu Beginn der Therapie der Therapeut der Eingangsgruppe. Sollte dieser nicht erreichbar sein, wenden Sie sich bitte an seinen Stellvertreter. Bei körperlichen Beschwerden wenden Sie sich an das medizinische Personal der Klinik. Ihnen ist bekannt, dass Sie ohne Wissen Ihres Klinikarztes keine Medikamente einnehmen dürfen.
3. Momentan gehen Sie von einer Behandlungsdauer von _____ Wochen aus. Welche Maßnahmen angezeigt sind wird mit Ihnen und Ihrem Therapeuten vereinbart. Sie erhalten jede Woche einen neuen Behandlungsplan, den Sie stets bei sich führen. Sie verpflichten sich, an allen vereinbarten Maßnahmen aktiv teilzunehmen.
4. Sie verpflichten sich, die Hauptregeln einzuhalten.
Das Therapeutenteam der Klinik zeigt Ihnen Wege auf, mit Konflikten und Aggressionen angemessen umzugehen. Bei Störungen im Klinikablauf (Rückfälligkeit, Nichteinhaltung der Hausordnung, Androhung/Ausüben von Gewalt) stehen jeder Zeit die diensthabenden Mitarbeiter für ein vertrauensvolles Gespräch bereit.

5. Sie werden angeordneten Alkohol- und Urinkontrollen sofort Folge leisten und die Hausordnung einhalten.

Wenn Sie sich als Patient unangemessen behandelt fühlen, haben Sie das Recht auf die Anhörung Ihrer Beschwerde: wenden Sie sich in diesem Falle zuerst an den betreffenden Mitarbeiter und an unser Beschwerdemanagement. Sollte beides unbefriedigend verlaufen, wenden Sie sich bitte an die Therapeutische Leitung.

6. Sie werden sich um Klarheit und Offenheit Ihren Therapeuten und Ihren Mitpatienten gegenüber bemühen.
7. Die Mitarbeiter der Klinik sind an ihre berufliche Schweigepflicht gebunden. Davon ausgenommen sind Auskünfte, die die Klinik im Rahmen bestehender Gesetze geben muss. Innerhalb des Behandlungsteams herrscht gegenseitige Informationsoffenheit, ohne die ein ganzheitlicher Therapieansatz nicht möglich ist.

Informationen über Mitpatienten, die Ihnen im Rahmen der Behandlung zur Kenntnis gelangen, werden Sie auch nach Ihrer Behandlungszeit in der Klinik vertraulich behandeln und nicht an Dritte weitergeben.

8. Die Klinik räumt Ihnen in der Hausordnung größtmögliche Freiheitsgrade ein. Mit dieser Selbstbestimmung gehen Sie verantwortlich um.
9. Sie sind darüber informiert, dass während der Rehabilitation in der Klinik Wiesengrund kein Kfz geführt werden darf, dies gilt gleichermaßen bei Aufenthalten außerhalb der Klinik (Heimfahrten).

Pflichtverletzungen gegen diesen Therapievertrag führen zu Krisengesprächen. Bei Ausbleiben einer positiven Prognose für die Weiterführung der Therapie wird die Behandlung beendet.

Freudenstadt/Kniebis, 27.05.2015

Therapeut

Patient

Muster Behandlungsplan Fachklinik Wiesengrund

Behandlungsplan **Name:** **Muster** **Vorname:**
 Kalenderwoche vom: 06.11.2017 bis: 12.11.2017

Behandlungswochenplan KW 45

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Ab 7:00	Frühspport												
				Ab 7:00	Frühspport			Ab 7:00	Frühspport				
07:30-07:50	Frühstück	07:30-07:50	Frühstück	07:30-07:50	Frühstück	07:30-07:50	Frühstück	07:30-07:50	Frühstück	09:30-10:00	Brunch	09:30-10:00	Brunch
AT		AT		AT		AT		AT					
				9:00-9:30	Traumagruppe			8:00-8:30	Traumagruppe				
ab 8.30	Arzt- sprechstunde	ab 8.30	Arzt- sprechstunde	ab 8.30	Arzt- sprechstunde	ab 8.30	Arzt- sprechstunde	ab 8.30	Arzt- sprechstunde	11:00	Freizeitbesprechung		
10:00-11:30	Bezugsgruppe					10:00-15:00	BOSS						
		10:45-11:45	Frauengruppe	11:00-12:00	Kompetenzteam	ab 11:00	Facharztvisite						
12:00-12:30	Mittagessen	12:00-12:30	Mittagessen	12:00-12:30	Mittagessen	12:00-12:30	Mittagessen	12:00-12:30	Mittagessen				
		13:00-14:00	Qi-Gong	13:00-14:00	Frauensport	13:00-14:00	Qi-Gong						
13:00-15:30	Ernährungslehre							14:00 - 15:30	Plenum				
				14:00-15:30	Bezugsgruppe								
						15:30-17:00	Ergotherapie						
18:00-18:30	Abendessen	18:00-18:30	Abendessen	18:00-18:30	Abendessen	18:00-18:30	Abendessen	18:00-18:30	Abendessen	18:00-18:30	Abendessen	18:00-18:30	Abendessen
ab 19:00	Pflichtsport	ab 19:00	Pflichtsport/ Ergotherapie	ab 19:00	Volleyball								
		19:00-20:30											

**Einsatzzeiten in den Bereichen: Küche, Reinigungsteam, Spülküche/ Recycling und Wäscherei entnehmen Sie bitte dem AT- Zeitplan / Therapiebuch.
Einsatzzeiten in den Bereichen Holzwerkstatt, BT, Fahrradwerkstatt, Bau und Gelände NUR Montag, Dienstag und Mittwoch!**

Impressionen der Klinik

