



Fachklinik Schönaau

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

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

www.fachklinik-schoenau.de

Verfasser: Dr. Josef Heine,
Thomas Richter, Therapeutischer Leiter
Stand: Februar 2013

Inhalt

Einleitung	3
1. Beschreibung der Einrichtung	4
2. Rehabilitationskonzept	6
2.1 Theoretische Grundlagen	6
2.2 Indikationen und Kontraindikationen	8
2.3 Rehabilitationsziele	9
2.4 Rehabilitationsdauer	10
2.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	11
2.6 Rehabilitationsprogramm	12
2.7 Rehabilitationselemente	14
2.7.1 Aufnahmeplanung	14
2.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	14
2.7.3 Medizinische Therapie	15
2.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	15
2.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	17
2.7.6 Sport- und Bewegungstherapie	19
2.7.7 Freizeitangebote	20
2.7.8 Sozialdienst	21
2.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung	21
2.7.10 Angehörigenarbeit	22
2.7.11 Rückfallkonzept	23
2.7.12 Pflege	24
2.7.13 Weitere Leistungen	24
2.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	25
3. Personelle Ausstattung	26
4. Räumliche Gegebenheiten	26
5. Kooperation und Vernetzung	27
6. Maßnahmen der Qualitätssicherung	27
7. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	29
8. Notfallmanagement	30
9. Fortbildung	30
10. Supervision	31
11. Hausordnung/Therapievertrag	31
Literatur	32

Einleitung

Seit der Eröffnung im Jahr 1973 hat sich die Fachklinik Schönau unter Berücksichtigung der Gender-Aspekte auf die stationäre Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Männer spezialisiert und sich entsprechend der veränderten Rahmenbedingungen, der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und eigener klinischer Erfahrungen ständig weiterentwickelt. Wichtige **Grundlagen** für die Weiterentwicklung des Rehabilitationskonzeptes und die Durchführung der Leistungen bilden hierbei

- die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. 05. 2001
- die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12, 2006
- das Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung vom 01. 04. 2009
- der ärztliche Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009
- die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtungen vom Mai 2010
- die Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen vom April 2010
- Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit vom 01. 01. 2010
- der Gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Stand 23. September 2011.

Das Rehabilitationskonzept basiert auf den bio-psycho-sozialen Modellvorstellungen der ICF sowie aktuellen Erkenntnissen und Behandlungsmethoden der Lerntheorie und Verhaltenstherapie. Unter besonderer Berücksichtigung des Resilienzkonzeptes legen wir einen besonderen Schwerpunkt in unserer Behandlung auf die Entwicklung und Stärkung persönlicher Fähigkeiten und sozialer Ressourcen. Entsprechend sehen wir als wesentliche Rehabilitationsziele nicht nur die Erreichung und dauerhafte Erhaltung der Alkoholabstinenz sowie die körperliche und seelische Gesundung, sondern vor allem auch die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. Das Rehabilitationskonzept ist so ausgerichtet, dass eine – ggf. auch nur drohende Behinderung, Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit positiv beeinflusst wird.

Da es uns ein großes Anliegen ist, die Qualität unserer Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln haben wir uns schon immer an den Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung beteiligt. Darüber hinaus haben wir bereits im Jahr 2001 mit der Einrichtung eines anerkannten Qualitätsmanagementverfahrens begonnen. Die erste Zertifizierung erfolgte im Jahr 2003 nach DIN EN ISO 9001:2000 und gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (deQus). Aktuell orientieren wir uns an den Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX, die Zertifizierung ist von der BAR anerkannt.

1. Beschreibung der Einrichtung

Mit ihren **32 Therapieplätzen** gehört die Fachklinik Schönau zu den kleinen Einrichtungen, die von vielen Patienten wegen ihrer guten Überschaubarkeit, der familiären Atmosphäre und des persönlichen Kontakts zu Therapeuten und Mitpatienten besonders geschätzt wird.

Im Jahr 2007 wurde ein spezielles **Behandlungsprogramm für alkoholranke (Früh-)Rentner und Pensionäre** entwickelt, um auch dieser Personengruppe eine stationäre Suchtbehandlung möglich zu machen. Im Rahmen der angebotenen Behandlungsmodule haben die Patienten die Chance, sich sowohl mit ihrer Suchtproblematik als auch mit den besonderen Problemen und Themen des Älterwerdens und der Suche nach einer sinnvollen Freizeitgestaltung auseinanderzusetzen. Die Gruppe der (Früh-)Rentner und Pensionäre wird von den anderen Patienten nicht isoliert. Im Gegenteil, gerade die Integration der älteren Patienten in das allgemeine Behandlungsprogramm soll dazu beitragen, dass alle Patienten die Gemeinsamkeiten ihrer Suchtprobleme erkennen und in einem offenen Erfahrungsaustausch voneinander lernen können.

In der Fachklinik Schönau sind die folgenden **Behandlungsformen** möglich:

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

Die Behandlungsdauer orientiert sich an den Richtwerten der Leistungsträger und den individuellen Erfordernissen und Bedürfnissen des einzelnen Patienten. Eine Verkürzung oder Verlängerung im Rahmen des Behandlungstagebudgets ist grundsätzlich möglich.

Die Fachklinik Schönau liegt im landschaftlich reizvollen Westallgäu zwischen Lindau/Bodensee und Kempten. Die nächste Bahnstation befindet sich 3 Kilometer entfernt in Röthenbach/Allgäu, die nächstgelegene Bushaltestelle ist 800 Meter von der Klinik entfernt. Die gesamte Klinikanlage vermittelt eine angenehme, offene und freundliche Atmosphäre. Alle Gebäude liegen nahe beieinander und in ruhiger, naturnaher Lage. Die Außenanlagen bieten mit Bocciabahn, Grillplatz, Pflanzgarten und Tiergehege viele Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. An der Klinik vorbei führen attraktive Radwege, Wanderwege und Loipen. Geeignete Fahrräder und Langlaufausrüstungen hierfür sind reichlich vorhanden.

Die Klinik ist ausgestattet mit Sauna, chlorfreiem Schwimmbad, Sport- und Mehrzweckhalle, Kegelbahn, Speisesaal, Bibliothek, PC-Raum, Fernsehraum, Aufenthaltsraum mit Wintergarten, mehreren Gruppenräumen, Wäscherei, Werkräumen und einer kleinen Schreinerei.

Der medizinische Bereich ermöglicht in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten, einem Laborinstitut und umliegenden Kliniken die differenzierte Behandlung aller körperlichen Begleit- und Folgekrankheiten. Die apparative Basisdiagnostik mit EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und Sonographie erfolgt in der internistischen Gemeinschaftspraxis Dres. Stuhler/Müller im Ort, mit der eine Kooperationsvereinbarung besteht. Die übrige, nichtapparative Basisdiagnostik einschließlich der wichtigsten physiologischen Parameter, Blutabnahme, somatischer Status und Suchtmittelscreening sowie allgemeinmedizinische Behandlungsmaßnahmen finden im Haus selbst statt. Für unsere Hausapotheke besteht ein Versorgungsvertrag mit der Beilharz Apotheke in Isny zur zweckmäßigen Versorgung unserer Patienten mit sämtlichen Arzneimitteln. Patienten, bei denen im Verlauf eine Indikation zur stationären internistischen, chirurgischen, orthopädi-

schen, HNO-ärztlichen oder urologischen Behandlung eintritt, vermitteln wir in die Rotkreuzklinik Lindenberg, und Patienten, bei denen eine Indikation zur stationären psychiatrischen Behandlung entsteht, in das Bezirkskrankenhaus Kempten.

Rund um die Uhr ist für Notfälle überwiegend medizinisches Personal, ansonsten therapeutisches Personal anwesend. Alle Mitarbeiter werden für Notfälle einmal jährlich geschult. Ein Notfallkoffer einschließlich Defibrillator und Möglichkeit zur Sauerstofftherapie steht bereit.

Seit der **Fertigstellung des Neubaus im Herbst 2003** wohnen die Patienten in freundlichen Doppel- und Einzelzimmern, wobei alle Zimmer mit Dusche, WC und Telefon ausgestattet sind und über einen Balkon oder eine Terrasse verfügen.

Im Jahr **2008 erfolgte eine grundlegende und umfassende Sanierung und Modernisierung** der Einrichtung: Der medizinische Bereich wurde völlig neu gestaltet und ausgestattet, es wurden neue Therapieräume geschaffen, die Küche und der Speisesaal wurden komplett erneuert, der Aufenthaltsraum wurde um einen schönen Wintergarten erweitert, eine Cafeteria mit großzügiger Terrasse wurde neu eingerichtet. Im Zuge der Installation eines modernen Notrufsystems wurde den Patienten ein kostenfreies Telefonieren vom Zimmer aus ermöglicht, das Internetcafe modernisiert und die Außenanlagen neu gestaltet.

Die Fachklinik Schönau ist nach dem Umbau **barrierefrei** und damit auch für gehbehinderte (im begrenzter Platzzahl auch für Rollstuhlfahrer) zugänglich.

Federführender **Leistungsträger** ist die Deutsche Rentenversicherung Schwaben. Belegt wird die Fachklinik Schönau von den Deutschen Rentenversicherungen Bund, Schwaben, Bayern Süd, Nordbayern, KnappschaftBahnSee sowie von den Krankenkassen und von Selbstzahlern.

Eine **enge Zusammenarbeit** besteht mit der 35 Kilometer entfernten **Fachklinik Legau für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen**. Bei entsprechender Planung und Vorbereitung können Paare in demselben Zeitraum aufgenommen und die Behandlungsmaßnahmen, insbesondere die Teilnahmen an angehörigenorientierten Interventionen in geeignetem Maße abgestimmt werden.

2. Rehabilitationskonzept

2.1 Theoretische Grundlagen

Die Alkoholabhängigkeit betrachten wir im Wesentlichen als ein erlerntes Verhalten. Entsprechend orientieren wir uns im theoretischen Verständnis und in der praktischen Durchführung der Behandlung vorwiegend an **lerntheoretischen und verhaltenstherapeutischen Modellen und Behandlungsmethoden (Vollmer 2000, Rist 2002)**.

Bei der Frage nach den Faktoren, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit beteiligt sind, beziehen wir uns auf das **bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der ICF**. Wir gehen davon aus, dass grundsätzlich jeder Mensch potenziell gefährdet ist, in irgendeiner Form suchtkrank bzw. alkoholabhängig zu werden und substanzbezogene Störungen zu entwickeln. Ob und in welchem Maße dies geschieht, ist beeinflusst von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge, in dem genetische und biologische Faktoren, psychische und soziale Faktoren und die pharmakologischen Eigenschaften des Suchtmittels eine wichtige, im Einzelfall jedoch unterschiedliche Rolle spielen (Soyka 1995, Lindenmeyer 1999, Wanke und Bühringer 1991, Tretter 2012). Die mit einem Aufschaukelungsprozess verbundenen Folgeschäden der zunehmenden Alkoholabhängigkeit haben ebenfalls individuell unterschiedliche Auswirkungen auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene (Lindenmeyer 1999) und werden teilweise selbst zu aufrechterhaltenden Faktoren der Sucht und Abhängigkeit.

Alkoholabhängigkeit ist aber nicht nur ein erlerntes Verhalten, sondern eine eigenständige Krankheit. Das Erlernen des kontrollierten Trinkens ist bei einer bestehenden Alkoholabhängigkeit nicht mehr möglich. Die völlige Alkoholabstinenz betrachten wir als eine wesentliche Voraussetzung für notwendige Veränderungen und nachhaltigen Therapieerfolg.

Die Entwicklung und Festigung der Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation ist daher ein wesentlicher Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung. In einem weiteren Schritt geht es für den Patienten darum, die psychische Bedeutung des Alkoholkonsums zu erkennen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse führen anschließend zur Suche nach alternativen Einstellungen, Verhaltensweisen und Bewältigungsformen, die im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung gelernt, geübt und nach der Rückkehr in den normalen Lebensalltag im Rahmen der Nachsorgemaßnahmen weiter gefestigt werden müssen.

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

Das Resilienzkonzept orientiert sich an den persönlichen und sozialen Ressourcen des Menschen (American Psychological Association 2007, Hermann 2005, Rampe 2005, Reddemann 2005) und ist eng verbunden mit Konzepten der erfolgreichen Bewältigung von Stress (Tausch 1996)

und kritischen Lebensereignissen („coping“), der kognitiven Verhaltenstherapie (Rist 2002), der Lösungs- und Ressourcenorientierung und der Salutogenese.

Die Klinik orientiert sich weitgehend an den anerkannten verhaltenstherapeutischen Verfahren. In Ergänzung zur Lerntheorie und Verhaltenstherapie sind unser Menschenbild und die Behandlung unserer Patienten geprägt von der **Humanistischen Psychologie** und den mit ihr verbundenen therapeutischen Ansätzen (Quitmann 1985, Moreno 1973, Rogers 1976, Ploeger 1983, Reymann 2002).

Eine zentrale Rolle spielt hier das Konzept der Selbstverwirklichung. In jedem Menschen gibt es eine innere Antriebskraft, zu wachsen und sich dem eigenen Wesen gemäß zu entwickeln. Da die Entwicklung und Selbstentfaltung des Menschen jedoch nie ganz abgeschlossen ist, sind immer Ressourcen und latente Fähigkeiten im Menschen enthalten, die noch entdeckt und gelebt werden möchten.

Sehr bedeutsam für die Humanistische Psychologie ist die Subjektivität des persönlichen Erlebens. Für den Therapeuten ist es daher ein wichtiges Anliegen, die subjektiv erlebte Wirklichkeit des anderen nachzuvollziehen und verstehen zu können. Wenn der Patient in diesem Prozess lernt, sich selbst besser zu verstehen und neue Sichtweisen zu entwickeln, werden entsprechende Verhaltensänderungen vor allem auch deswegen leichter möglich sein, weil diese Veränderungen intrinsisch motiviert sind und als zugehörig zur eigenen Person erlebt werden.

Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die Freiheit zur Wahl und Entscheidung. Innerhalb eines bestimmten Rahmens hat jeder Mensch einen Entscheidungsspielraum. Die persönliche Freiheit besteht darin, innerhalb dieses Spielraums zwischen mehreren Alternativen zu wählen und sich für ganz bestimmte Verhaltens- und Lebensweisen, für ganz bestimmte Objekte und Personen zu entscheiden. Für diese Entscheidungen ist jeder Mensch selbst verantwortlich.

Im dem Maße, in dem wesentliche Fähigkeiten eines Menschen durch die bestehende Alkoholabhängigkeit beeinträchtigt und in der Weiterentwicklung behindert wurden, dienen die in der Fachklinik Schönau angewandten therapeutischen Maßnahmen im umfassenden Sinne dem Ziel,

- den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstentfaltung des Patienten zu fördern bzw. wieder in Gang zu setzen,
- den Zugang zum eigenen inneren Erleben zu verbessern und Impulse zu vermitteln für einen adäquaten Umgang mit den bestehenden Problemen, Konflikten und Belastungen,
- den persönlichen Freiheitsspielraum des einzelnen Patienten zu erweitern und ihm dabei zu helfen, eigene bewusste Entscheidungen zu treffen und damit Verantwortung für sich und seine Umwelt zu übernehmen,
- die soziale Kontakt- und Beziehungsfähigkeit zu verbessern und damit die Voraussetzungen zu schaffen für eine angemessene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

2.2 Indikationen und Kontraindikationen

Hauptindikation

Alkoholabhängige erwachsene Männer – ICD 10 F 10.2

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

Das verbindende Element der Alkoholabhängigkeit fördert die Bildung einer therapeutischen Gemeinschaft, in der ein hohes Maß an Offenheit, Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung möglich ist. Hier wird auch die Grundlage dafür gelegt, dass sich die Patienten nach der Entlassung weiterhin in Selbsthilfegruppen engagieren.

Nebenindikationen

Mit der Alkoholabhängigkeit sind häufig komorbide Störungen und Erkrankungen verbunden. Das Therapiekonzept der Fachklinik Schönau macht es möglich, Patienten mit Erschöpfungssyndrom (Z73.0), depressiven Störungen (F32/F33), Angststörungen (F41/F60.6), Persönlichkeitsstörungen (F60), einer leichten bis mittelgradigen Intelligenzminderung (F70/F71) oder auch mit anderen psychischen Begleiterkrankungen mit zu behandeln. Im Zweifelsfall wird ein Vorstellungsgespräch mit dem betreffenden Patienten durchgeführt.

Darüber hinaus bietet die Fachklinik Schönau den folgenden Zielgruppen ein besonders günstiges Behandlungssetting.

Nikotinabhängige – ICD 10 F 17.2

In der indikativen Gruppe „Nichtrauchermotivation“ erhalten die Patienten Anregungen, wie es ihnen gelingen kann, mit dem Rauchen aufzuhören.

Patienten mit Problemen in der Haushaltsführung

Vor allem alleinlebenden Patienten bietet die Fachklinik Schönau ein spezielles Haushaltstraining an.

(Früh-)Rentner und Pensionäre

Die (Früh-)Rentner und Pensionäre werden in das **allgemeine Behandlungsprogramm** integriert, erhalten aber auch **altersgemäße Behandlungsmaßnahmen**, bei denen die speziellen Fragen, Themen, Bedürfnisse und Einschränkungen der älteren Patienten in besonderem Maße berücksichtigt werden. Hierzu gehört insbesondere das indikative Angebot „Dritter Lebensabschnitt“, in der vorwiegend themenzentriert gearbeitet wird, sowie ggf. die Gruppe „Haushaltstraining“ (vgl. 2.7.5).

Kontraindikation

Patienten mit akuter Psychose, akuter Suizidgefährdung oder ständiger Pflegebedürftigkeit können nicht aufgenommen werden.

Aufnahmekriterien

Voraussetzung für die Aufnahme sind die schriftliche Kostenzusage des Leistungsträgers, der Sozial- und Arztbericht, eine Zahnsanierungsbescheinigung sowie körperliche Entgiftung bzw. Abstinenz.

2.3 Rehabilitationsziele

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

Alkoholabstinenz

Hierzu gehören die folgenden *spezifischen Behandlungsziele*:

- Erarbeitung, Vertiefung und Festigung von Krankheitseinsicht, Abstinenzmotivation und Behandlungsmotivation
- Erkennen möglicher Suchtverlagerungen auf andere Verhaltensbereiche (z. B. Rauchen, Medikamentenmissbrauch, Essen, Arbeiten, Spielen, Fernsehen)
- Erkennen von Umweltfaktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit beigetragen haben
- Erkennen der funktionalen Bedeutung des Alkoholkonsums
- Erlernen von Alternativen zum Suchtmittelkonsum
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Stärkung der Bereitschaft, auch nach der Entwöhnungsbehandlung Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen

Körperliche und psychische Gesundheit

Hierzu gehören die folgenden *spezifischen Behandlungsziele*:

- Verbesserung oder Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit
- Entwicklung und Stärkung der Resilienzfähigkeiten
- Erlernen eines konstruktiven, lösungsorientierten Umgangs mit psychischen, zwischenmenschlichen und sozialen Problemen/Konflikten/Belastungen
- Förderung einer befriedigenden Freizeitgestaltung
- Förderung einer selbstbestimmten Lebensführung (Selbstmanagement)
- Nutzung und Weiterentwicklung der bestehenden persönlichen und sozialen Ressourcen

Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Hierzu gehören die folgenden spezifischen Behandlungsziele:

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

Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

Hierzu gehören die folgenden Maßnahmen:

- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe
- ambulante Weiterbehandlung im Sinne der Nachsorge
- Weiterbehandlung in einer Adaptionseinrichtung
- Verlegung in eine andere Einrichtung
- Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- ambulante Psychotherapie

2.4 Rehabilitationsdauer

Langzeitbehandlung: 15 Wochen

Normalerweise gehen wir von einer 15-wöchigen Behandlungsdauer aus. Im Sinne der Individualisierung und Flexibilisierung ist jedoch eine Verlängerung oder Verkürzung möglich, sofern die wesentlichen Behandlungsziele erreicht sind oder wenn kein weiterer Fortschritt in der Therapie mehr zu erwarten ist.

Die Initiative zur Verkürzung oder Verlängerung der Rehabilitationsdauer kann sowohl vom Patienten als auch vom Bezugstherapeuten und/oder Arzt ergriffen werden. Anträge werden im Rehabilitationsteam besprochen. Die letzte Entscheidung über eine Verkürzung oder Verlängerung trifft unter Berücksichtigung des Behandlungstagebudgets der ärztliche Leiter der Einrichtung. Der Patient wird grundsätzlich in die Entscheidungsfindung mit eingeschlossen.

Wiederholungs-/Auffangbehandlung: 8–10 Wochen

Eine gezielte Rückfallanalyse bildet die Grundlage dafür, angemessene Rückfallpräventionsmaßnahmen zu erarbeiten und durchzuführen. Die Teilnahme an der indikativen Gruppe „Rückfallprävention“ ist Pflicht.

Im Einzelfall sind auch bei der Wiederholungs- und Auffangbehandlung Verkürzungen und Verlängerungen möglich.

Kombitherapie: 8 Wochen

In der Regel beginnt die Kombitherapie mit einer 8-wöchigen stationären Behandlung und wird anschließend ambulant in einer Suchtberatungs- und behandlungsstelle fortgesetzt.

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

Am Aufnahmetag wird der Patient in eine bestehende Bezugsgruppe integriert. Die Behandlung orientiert sich schwerpunktmäßig an den Therapiezielen, die im Zeitraum der vorhergesehenen 8 Wochen realisiert werden können.

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

2.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die aktive Einbeziehung des Patienten in die Planung, Durchführung und Auswertung der Therapie während der gesamten Rehabilitationsdauer ist für uns ein wichtiges Anliegen. So werden beispielsweise schon während des Aufnahme- und Anamnesegesprächs zusammen mit dem Patienten mithilfe eines Formulars erste Therapieziele besprochen.

In der darauffolgenden Therapieplanungskonferenz des gesamten Behandlungsteams werden mit dem Patienten zusammen wichtige Therapieziele festgelegt, die während der stationären Entwöhnungsbehandlung erreicht werden sollen.

Spätestens zum Zeitpunkt des Entlassungsgesprächs, nach Möglichkeit jedoch schon in der Phase der Zwischenbilanz wird mit dem Patienten zusammen geklärt, ob ein weiterer bestehender Teilhabebedarf besteht und mithilfe welcher (Nachsorge-)Maßnahmen der entsprechende Teilhabebedarf realisiert werden kann. Aufgrund der großen Bedeutung der Planung von arbeitsbezogenen Leistungen bzw. Angeboten für die berufliche Reintegration werden je nach Bedarf und Möglichkeit auch weitere Leistungsanbieter (z. B. Rehafachberater, Agentur für Arbeit) mit einbezogen.

Der gesamte Behandlungsverlauf lässt sich in der zeitlichen Abfolge grob in die folgenden Phasen aufteilen:

Aufnahmeplanung

Bereits in der Aufnahmeplanung werden auf der Grundlage von Vorbefunden relevante Auffälligkeiten gesichtet und erste Überlegungen zur Therapieplanung getroffen.

Aufnahme und Eingangsdiagnostik

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

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

Therapieplanungskonferenz

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

- Zusammenschau der verschiedenen Informationen und diagnostischen Ergebnisse
- Aufstellen eines Therapieplanes
- Zuweisung zu geeigneten Therapiemodulen

Anschließend werden die Ergebnisse der Therapieplanungskonferenz dem Patienten vermittelt, mit dessen eigenen Vorstellungen abgeglichen und die nächsten Behandlungsschritte mit ihm zusammen festgelegt.

Verlaufskontrolle

Je nach Behandlungsverlauf und auf der Grundlage der Veränderungen beim Patienten werden von den einzelnen Berufsgruppen

- ergänzende diagnostische Verfahren durchgeführt,
- die Prioritäten von Therapiezielen verändert,
- entsprechende therapeutische Maßnahmen durchgeführt (einschließlich der Zuweisung in halboffene und geschlossene indikative Gruppen),
- weitere Leistungsanbieter einbezogen (z. B. Rehafachberater, Agentur für Arbeit).

Bei Bedarf wird der Patient in der externen Supervision vorgestellt.

Schlussdiagnostik

Am Behandlungsende besprechen jeweils der Arzt, der Bezugstherapeut und der Arbeitstherapeut mit dem Patienten zusammen die Behandlungsergebnisse sowie die empfohlenen Nachsorgemaßnahmen.

2.6 Rehabilitationsprogramm

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

Ergänzt wird das Pflichtprogramm der Standardtherapie durch eine **indikative Therapie**, die vorwiegend in Form von Gruppen stattfindet. Grundlage für die Zuweisung in die verschiedenen indikativen Gruppen ist die individuelle Diagnostik und Therapieplanung, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach Absprache mit dem Patienten erfolgt (siehe 2.5 Individuelle Rehabilitationsplanung). Der Ablauf der Therapie ist dem allgemeinen Therapieplan (**Anlage 1**) und dem Wochenplan für indikative Gruppen zu entnehmen.

Bei der Planung und Durchführung des Rehabilitationsprogramms orientieren wir uns an den Rehabilitationsstandards der Deutschen Rentenversicherung.

Die Einteilung in die psychotherapeutischen Gruppe erfolgt durch den jeweils verantwortlichen Bezugstherapeuten des Patienten, auch hier in Absprache mit dem Patienten im Rahmen der Einzeltherapie oder der Bezugsgruppe. Hier erfolgt auch die Auseinandersetzung mit sinnvollen und notwendigen Nachsorgemaßnahmen, beispielsweise die Reha-Beratung durch einen Vertreter des federführenden Leistungsträgers, der Besuch der Beratungsstelle, die die Nachsorge übernehmen wird, oder das Probewohnen in der Adaptionseinrichtung, in der die stationäre Entwöhnungsbehandlung fortgesetzt werden soll.

In den Fachbereichen Ergotherapie und Sport- und Bewegungstherapie erfolgt die Einteilung in die fortlaufenden indikativen Gruppen durch die jeweils verantwortlichen Gruppenleiter. So trifft zum Beispiel die Sporttherapeutin in Absprache mit dem Patienten die Entscheidung darüber, ob dieser am Zirkeltraining, am Freizeitsport oder an der Entspannungsgymnastik teilnimmt und ob zusätzlich die Teilnahme an der Wirbelsäulengymnastik oder Wassergymnastik indiziert ist.

Um die notwendige Kompetenz im therapeutischen Setting bezüglich Indikation und Therapieziel zu gewährleisten, werden entsprechend den Vorgaben in der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) therapeutische Maßnahmen nur von Mitarbeitern geleitet und durchgeführt, die über die entsprechende Ausbildung und Zusatz-Quali-

fikation verfügen. Hierzu gehören in der Fachklinik Schönau ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, examinierte Krankenpfleger und Krankenschwestern, ein approbierter psychologische Psychotherapeut, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, Ergo- und Arbeitstherapeuten, eine Sporttherapeutin und eine Diätassistentin.

Da im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung die Patienten von verschiedenen Berufsgruppen und Personen behandelt werden, müssen alle wichtigen Informationen regelmäßig und im erforderlichen Umfang ausgetauscht werden. Nur so kann die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit durch das Rehabilitationsteam gewahrt werden.

Diesem Austausch dienen insbesondere die täglichen Teambesprechungen und die mindestens einmal wöchentlich stattfindenden Fallbesprechungen. Darüber hinaus gibt es regelmäßige Besprechungen in den berufsbezogenen Fachteams und im Lenkungskreis des Qualitätsmanagements (siehe 7. „Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation“).

2.7 Rehabilitationselemente

2.7.1 Aufnahmeplanung

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

2.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

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

- somatische Diagnostik
- psychische Diagnostik
- soziale Diagnostik
- arbeitsbezogene Diagnostik
- Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren
- Entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik
- Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

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

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

Der Münchner Alkoholismus-Test (**Malt**) soll dabei helfen, die Diagnose Alkoholabhängigkeit zu verifizieren.

Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (**FTNA**) ermöglicht die Diagnosestellung und Graduierung der Nikotinabhängigkeit.

Das Brief Symptom Inventory (**BSI**) ist eine Kurzform der SCL-90-R und dient der Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

Die Allgemeine Depressionsskala (**ADS**) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster erfragt.

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

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

2.7.3 Medizinische Therapie

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

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

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

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

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

2.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Wir orientieren uns an den Vorgaben der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit zur formalen Ausgestaltung der evidenzbasierten Therapiemodule sowie an den Vorgaben der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL). Die Gruppengröße liegt demzufolge zwischen 8 und 12 Patienten.

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

Psychotherapie einzeln

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

Psychotherapie in der Gruppe

Die Gruppentherapie in der Bezugsgruppe findet dreimal pro Woche mit einer Gesamtdauer von 240 Minuten statt. Es gibt insgesamt vier Gruppen, wobei je zwei Bezugstherapeuten sich wechselseitig vertreten.

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

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

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

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

Resilienz und Achtsamkeit

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

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

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

Ergänzt wird das Konzept durch achtsamkeitsbasierte Techniken zur Rückfallvorbeugung.

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

Umgang mit Gefühlen

Im Mittelpunkt dieser Gruppe steht das Erlernen der Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, in ihrer seelischen und sozialen Bedeutung zu erkennen und in angemessener Form zum Ausdruck zu bringen.

Kommunikationstraining

Im Kommunikationstraining auf der Basis der gewaltfreien Kommunikation nach Marshall Rosenberg gilt es, sowohl auf Sprecher- als auch auf Zuhörerseite Fertigkeiten zu entwickeln, die einen verständnisvollen und wertschätzenden Umgang miteinander fördern und ein konstruktives Kontakt- und Beziehungsverhalten ermöglichen. Es wird deutlich gemacht, dass die Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Beteiligten und das gemeinsame Finden von Strategien, die die Erfüllung der Bedürfnisse aller zum Ziel haben, Konflikte lösen helfen und die Zufriedenheit und Lebensqualität aller Kommunikationspartner steigern.

Therapeutisches Bogenschießen

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

2.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

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

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

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

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

Im Folgenden werden die wichtigsten arbeitsbezogenen Interventionen, die in der Fachklinik Schönau durchgeführt werden, etwas näher beschrieben.

Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie gehört zum Standardprogramm für alle Patienten. Im Mittelpunkt steht die Überprüfung, Förderung und Festigung von Grundarbeitsfähigkeiten und psychosozialen Kompetenzen wie Selbstvertrauen, Verantwortungsfähigkeit, Belastbarkeit und Konzentration, Ausdauer, Erfassen von Arbeitsanweisungen, Einhaltung von Zeitstrukturen und Teamfähigkeit.

Arbeitstherapiegruppe

In einzelnen Arbeitsbereichen finden regelmäßig Besprechungen statt, die sowohl die Klärung institutioneller Regeln als auch die Stärkung psychosozialer Kompetenz zum Inhalt haben.

Externes Praktikum

Als Ergänzung zur Arbeitstherapie ermöglichen wir unseren Patienten zur Belastungserprobung sowie zur Förderung beruflicher Kompetenzen bei entsprechender Indikation ein zweiwöchiges externes Praktikum.

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der Firma Liebherr-Aerospace in Lindenberg, die Arbeitsplätze in verschiedenen Bereichen zur Verfügung stellt, von der Produktion bis in den Verwaltungsbereich. Im Einzelfall ist ein Praktikum auch in anderen Betrieben möglich, z. B. in einer Gärtnerei oder in einem Pflegeheim.

Die Betreuung der Praktikumsplätze erfolgt durch unsere Arbeitstherapeuten. Die Praktikanten erhalten von der Firma ein Zeugnis.

Berufsintegrierende Maßnahmen

Bei jedem Patienten erfolgt durch den Bezugstherapeuten oder Ergotherapeuten eine sozialrechtliche Beratung zu den beruflichen Perspektiven bzw. eine Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Empfehlung berufsfördernder Maßnahmen nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung. Bei entsprechender Indikation wird diese klinikinterne Beratung ergänzt durch eine Reha-Beratung, die von dem Reha-Berater der DRV Schwaben durchgeführt wird.

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

Im ärztlichen Entlassungsgespräch wird geprüft, ob für den betreffenden Patienten eine stufenweise Wiedereingliederung indiziert ist.

Beratung zur Kraftfahreignung („Führerscheinberatung“)

Für Chancen auf dem heutigen Arbeitsmarkt ist Mobilität wichtig. Entsprechend ist die fehlende Fahrerlaubnis ein Handicap für die Erhaltung des Arbeitsplatzes und bei der Stellensuche. Die Führerscheinberatung ist daher eine wichtige Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der Realisierung wichtiger sozialer Kontakte. Eine entsprechend ausgebildete Mitarbeiterin vermittelt die erforderlichen Informationen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung, erklärt die Abläufe der Fahrerlaubniserteilung und erörtert die Überbrückungsmöglichkeiten. Die Beratung wird in der Regel in einer Kleingruppe durchgeführt, bei Bedarf ist auch eine Beratung in Form eines Einzelgesprächs möglich.

Ergotherapie

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

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

Aufgrund von Trennung oder Scheidung oder nach dem Auszug aus dem Elternhaus sehen sich viele männliche Patienten mit dem Problem einer selbstständigen Haushaltsführung konfrontiert. Aus diesem Grunde bieten wir eine indikative Gruppe **„Haushaltstraining“** an mit dem Ziel, die Eigenständigkeit und persönliche Unabhängigkeit des Patienten zu fördern und die Fähigkeit sich eine wohltuende Umgebung zu schaffen. Die angemessene Reinigung und Pflege von Wäsche, Möbeln, Haushaltsgegenständen, Wohnräumen, Gebrauchsgegenständen sowie Grundfertigkeiten in der Nahrungszubereitung stehen im Mittelpunkt dieses Haushaltstrainings. Individuell ist eine weiterführende Beratung jederzeit möglich.

2.7.6 Sport- und Bewegungstherapie

Für die Patienten ist es Pflicht, im Rahmen des Standardtherapieprogramms an einer der folgenden Behandlungsmodule teilzunehmen:

- Zirkeltraining
- Freizeitsport
- Entspannungsgymnastik

Zusätzlich zum Pflichtprogramm können die Patienten indikativ an den folgenden sporttherapeutischen Maßnahmen teilnehmen:

- Wirbelsäulengymnastik
- Wassergymnastik
- Nordic Walking

Die Einteilung in die für den Patienten geeignete Gruppe erfolgt durch die Sporttherapeutin innerhalb der ersten Behandlungswoche nach dem Einzelgespräch mit dem neu aufgenommenen Patienten, sofern der Patient aus medizinischen Gründen nicht vom Sport befreit ist (siehe Befreiungsliste).

Je nach Indikation oder auf Wunsch des Patienten kann der Patient im Behandlungsverlauf auch an einer anderen Gruppe des Standardtherapieprogramms oder an einer indikativen Gruppe teilnehmen. Die Entscheidung trifft jeweils die Sporttherapeutin.

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

Entspannungstraining

In der Regel wird die progressive Muskelentspannung nach Jacobson als indikative Gruppe durchgeführt. Um das Spektrum der Entspannungsmöglichkeiten zu erweitern, werden jedoch auch andere Entspannungsverfahren angeboten und geübt.

2.7.7 Freizeitangebote

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

Therapeutische Maßnahmen

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

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

Kegeln

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

Gruppenausflug mit Bezugstherapeut

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

Eigenständige Freizeitgestaltung

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

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

2.7.8 Sozialdienst

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

Die erforderlichen Maßnahmen des Sozialdienstes werden für den Patienten durch den zuständigen Bezugstherapeuten erbracht. Bei spezifischen sozialrechtlichen Fragen hat der Bezugstherapeut jedoch die Möglichkeit, den Patienten an diejenigen Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen zu vermitteln, die hausintern als Ansprechpartner für berufliche Reintegration, Schuldnerberatung und Adaption/Nachsorge zur Verfügung stehen.

2.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung

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

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

Vortrag

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

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

Patientenvortrag

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

Nichtraucher motivation

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

Im Kurs werden drei Phasen durchlaufen:

Verhaltens-/Selbstbeobachtung – Verändern – Stabilisieren.

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

Ernährungsberatung

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

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

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

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

2.7.10 Angehörigenarbeit

Die Suchterkrankung betrifft neben dem Patient auch die Partnerin, die Familie und das gesamte Umfeld. Partnerinnen tragen oft unbewusst zur Beibehaltung des Suchtverhaltens der Betroffenen bei. Häufig stehen sie unter dem gleichen Leidensdruck und bedürfen der Unterstützung durch Beratungsstellen oder die Angehörigengruppen der Selbsthilfeorganisationen.

Die Beziehungen zu den Partnerinnen und nächsten Angehörigen spielen in der Einzel- und Gruppentherapie eine wichtige Rolle. Dabei stellen sich oft wichtige Themen heraus, die es mit den Angehörigen zu besprechen und zu klären gilt. Der Patient hat dazu Gelegenheit bei Besuchswochenenden und Heimfahrten. Wir bieten aber auch von Seiten der Klinik die Möglichkeit zu therapeutischen Gesprächen mit Angehörigen. Dabei ist das Ziel, das Bewusstsein für die Veränderungen durch die Therapie und das Wegfallen des Alkohols zu vertiefen, Probleme zu erkennen und Anstöße für neue Möglichkeiten in den familiären Beziehungen zu geben. Bei ausreichender Motivation der Partnerinnen können bis zu 3 Angehörigengespräche im Verlauf der Behandlung durchgeführt werden.

Das gleiche gilt für die familiensystemische Arbeit mit angehörigen Kindern.

2.7.11 Rückfallkonzept

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

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

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

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

Die Rückfallgefährdung und der konstruktive Umgang mit einem erfolgten Rückfall werden als ein zentrales Thema in der Bezugsgruppe, in den Einzelgesprächen und im Vortrag mit den Patienten besprochen. Eine **indikative Gruppe „Rückfallprävention“** wird regelmäßig durchgeführt.

Rückfallprävention

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

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

2.7.12 Pflege

Das Krankenpflegepersonal ist für die Durchführung des Pflegedienstes und die Betreuung der Patienten entsprechend dem Therapiekonzept zuständig.

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

2.7.13 Weitere Leistungen

Dritter Lebensabschnitt

Am indikativen Angebot „Dritter Lebensabschnitt“ nehmen nur (Früh-)Rentner und Pensionäre teil. Hier können die Patienten angstfrei und ohne Scham sowohl ihre Suchtprobleme als auch ihre spezifischen altersgemäßen Themen besprechen und nach individuellen Lösungen suchen.

Themen sind:

- positiver Umgang mit dem Abbau von Fähigkeiten, Vitalität, Unabhängigkeit
- Suche nach neuem Lebenssinn und Möglichkeiten der Überwindung von Depressionen, Angst, Einsamkeit
- konstruktive Bewältigung der Trauer über den Tod von Angehörigen
- Aufbau und Nutzung sozialer Netzwerke
- Gestaltung des Alltags nach dem Motto: Die beste Gelegenheit ist jetzt!

Hausversammlung

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

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

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

Teilnahme an Selbsthilfegruppen

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

Es gehört daher zum Pflichtprogramm des Patienten, während der stationären Behandlung mindestens viermal an einer Selbsthilfegruppe in den umliegenden Städten Lindenberg, Isny und Wangen teilzunehmen.

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

2.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Beendigungskriterien

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

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

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

Vorbereitung auf die Entlassung und Entlassungsuntersuchung

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

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

Nachsorgeleistungen und weitere Maßnahmen

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

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

Zeitnahe Erstellung und Versendung des Entlassungsberichts

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

3. Personelle Ausstattung

Die Fachklinik Schönau verfügt über ein qualifiziertes interdisziplinäres Team, der Personalschlüssel und die Qualifikation der Mitarbeiter entsprechen den Anforderungen der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.

Zum **Behandlungsteam** gehören alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter: der leitende Arzt und der therapeutische Klinikleiter, 4 Bezugstherapeuten (davon 1 approbierter Psychologischer Psychotherapeut, 1 Dipl.-Sozialpädagoge, 1 Dipl.-Sozialpädagogin und 1 Dipl.-Pädagoge), 1 Ergotherapeut, 1 Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin, 4 Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger sowie eine Sporttherapeutin.

Die Mitarbeiter im Behandlungsteam verfügen über die erforderlichen Ausbildungen und Zusatzqualifikationen. Die Vertretungsregelung erfolgt durchgängig im Tandem-System, d. h. je zwei Mitarbeiter aus demselben Arbeitsbereich vertreten sich wechselseitig.

Zum **Gesamtteam** gehören zusätzlich noch die Mitarbeiterinnen in der Verwaltung, ein Hausmeister und eine Reinigungskraft.

4. Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik Schönau liegt im landschaftlich reizvollen Westallgäu zwischen Lindau/Bodensee und Kempten. Die nächste Bahnstation befindet sich 3 Kilometer entfernt in Röthenbach/Allgäu. Die gesamte Klinikanlage vermittelt eine angenehme, offene und freundliche Atmosphäre. Alle Gebäude liegen nahe beieinander und in ruhiger, naturnaher Lage. Die Außenanlagen bieten mit Bocciabahn, Grillplatz, Pflanzgarten und Tiergehege viele Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. An der Klinik vorbei führen attraktive Radwege, Wanderwege und Loipen. Fahrräder, Nordic-Walking-Stöcke und Langlaufausrüstungen hierfür sind reichlich vorhanden.

Die Klinik ist ausgestattet mit Sauna, chlorfreiem Schwimmbad, Sport- und Mehrzweckhalle, Kegelbahn, Speisesaal, Bibliothek, PC-Raum mit modernem Internetcafe, Fernsehraum, Aufenthaltsraum mit Wintergarten und schöner Terrasse, einer Cafeteria, mehreren Gruppenräumen, Wäscherei, Werkräumen, Schreinerei und einer kleinen Schlosserei.

Seit der Fertigstellung des Neubaus im Herbst 2003 wohnen die Patienten in freundlichen Doppel- und Einzelzimmern, wobei alle Zimmer mit Dusche, WC und Telefon ausgestattet sind und über einen Balkon oder eine Terrasse verfügen. Für gehbehinderte Patienten bestehen barrierefreie Zugangswege, ein modernes Alarmierungssystem ermöglicht schnelle Hilfe im Notfall.

5. Kooperation und Vernetzung

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

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

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

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

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

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

6. Maßnahmen der Qualitätssicherung

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

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

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

Bereits im Jahr 2001 hat die Fachklinik Schönau begonnen, gemäß dem Konzept der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus) vom 01. September 2000 ein anerkanntes einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Seit dem 22. Juli 2003 ist die Fachklinik Schönau nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert, wobei auch der Nachweis erbracht wurde, dass die Anforderungen der deQus erfüllt sind.

7. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

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

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

Die **Teamsitzungen des Behandlungsteams** finden täglich von 08.00–08.25 Uhr statt. Zu den wesentlichen Inhalten der Teamsitzungen gehören

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

In der Therapieplanungskonferenz, die je nach Bedarf ein- bis zweimal die Woche stattfindet, werden die folgenden Themen besprochen:

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

Ergänzt wird die Therapieplanungskonferenz durch eine Therapieverlaufsbesprechung, die einmal die Woche stattfindet.

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

8. Notfallmanagement

Die Notfallversorgung ist gewährleistet durch die ständige Präsenz des medizinisch-therapeutischen Personals und die gute Anbindung an das externe medizinische Versorgungssystem. Im Falle des Auftretens einer ernsthaften akuten Erkrankung erfolgt eine sofortige Überweisung zum Hausarzt oder die Einweisung in das Lindenberger Krankenhaus.

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

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

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

- mindestens 1x pro Jahr Schulung zur Ersten Hilfe und Reanimation,
- die regelmäßige Kontrolle der Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften und Regeln zum vorbeugenden Brandschutz,
- die Kontrolle der Einhaltung von Hygieneplänen,
- alle Maßnahmen des Sicherheits- und Risikomanagements (siehe Kernprozess „Sicherheits- und Risikomanagement“).

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

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

9. Fortbildung

Der Fortbildungsbedarf gemäß den Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 wird unter Einbeziehung der Mitarbeiter auf allen Betriebsebenen festgestellt. Interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten werden allen Mitarbeitern rechtzeitig bekannt gemacht. Der Fort- und Weiterbildungsplan wird jährlich überprüft und fortgeschrieben.

10. Supervision

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

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

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

11. Hausordnung/Therapievertrag

Die allgemeinen Regeln und Hinweise (Anlage 2) sind auf ein Minimum beschränkt. Sie müssen unter verschiedenen Gesichtspunkten beachtet werden:

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

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

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

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

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

Literatur

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

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

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

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

Deutsche Rentenversicherung: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der
gesetzlichen Rentenversicherung vom 01. 04. 2009.

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

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

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

Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit vom 01. 01. 2010

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

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

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

Hermann, Corinna A.: Veranstaltungsbericht „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“.
Internationaler Kongress vom 09. 02. bis am 12. 02. 05 in Zürich, Schweiz (16.4.2005), in
„systemmagazin – Online-Journal für systemische Entwicklungen“

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

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

- Moreno, J. L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme 2. Aufl. 1973.
- Ploeger, Andreas: Tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie. Kohlhammer 1983.
- Quitmann, H.: Humanistische Psychologie. Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1985.
- Rampe, M.: Der R-Faktor – Das Geheimnis unserer inneren Stärke. Knaur Taschenbuch 2005.
- Reddemann, L.: Stichwortmanuskript eines Vortrags ‚Trauma und Resilienz‘, gehalten in Tübingen am 16. November 2005.
- Rist, F.: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv – verhaltenstherapeutischer Verfahren. Sucht 43 (2002) 171–181.
- Reymann, G.: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. Sucht 43 (2002) 182 – 190.
- Rogers, C. R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Klett 1976.
- Soyka, M.: Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Chapman und Hall, Weinheim 1995.
- Sporn, H.: Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörung. Zeitschrift für Individualpsychologie, 27. Jg., S. 26–40 (2002).
- Tausch, R.: Hilfen bei Stress und Belastung. Rowohlt 1996.
- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.
- Vollmer H. C. Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In: Thomasius Rainer (Hrsg.): Psychotherapie der Suchterkrankungen 2000.
- Wanke, K., Bühringer G. (Hrsg.): Grundstörungen der Sucht. Springer-Verlag 1991.