

FACHKLINIK ALTE ÖLMÜHLE MAGDEBURG

Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen

Kompetenzzentrum für Suchttherapie mit stationärer,
ganztägig ambulanter und ambulanter Rehabilitation,
Adaption und Kombinationstherapie

Therapiekonzept

Therapiekonzept – Kurzfassung



Medinet
GmbH

Therapiekonzept – Kurzfassung

- Stationäre Rehabilitation
- Ganztägig ambulante Rehabilitation
- Ambulante Rehabilitation
- Adaption
- Kombinationstherapie

Stand Januar 2013

Dr. med. Lukas Forschner

Chefarzt

Medinet GmbH Fachklinik Alte Ölmühle
Rehabilitationsfachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
Berliner Chaussee 66, 39114 Magdeburg
Tel.: 0391 8104-0, Fax: 0391 8104-106
E-Mail: alte-oelmuehle@medinet-gmbh.de
www.fachklinik-alte-oelmuehle.de

Die Medinet GmbH ist ein Unternehmen der SRH.

Geschäftsführer: Klaus-Jürgen Winter

Eingetragen: Amtsgericht Stendal HRB 18888

Inhaltsverzeichnis

0	Einleitung	6
1	Allgemeine Angaben zur Einrichtung	7
1.1	Träger der Klinik	7
1.2	Ärztliche Leitung und Ansprechpartner	7
1.3	Kliniklage und -Größe	8
1.4	Indikationen	8
1.5	Kontraindikationen	8
1.6	Kosten- und Leistungsträger	8
1.7	Therapieangebote	9
1.8	Behandlungsdauer	9
1.10	Allgemeine Ziele der Rehabilitation	9
1.11	Therapieziele	10
2	Grundlegende Aspekte zum Krankheitsverständnis und zur Therapie	11
2.1	Allgemeine Grundlagen	11
2.2	Rolle des Therapeuten	12
2.3	Diagnostik und Planung in der Therapie	13
2.4	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	13
2.5	Behandlungsleitsätze	14
2.6	Die Phasen in der Therapie	14
3	Rehabilitationsorganisation	17
3.1	Allgemeine Aufnahmekriterien	17
3.2	Aufnahmezeitpunkt	17
3.3	Rehabilitationsdiagnostik	17
3.4	Sozialmedizin	19
3.5	Dokumentation und Qualitätssicherung	19
3.6	Gestaltung der Nachsorge	20
3.7	Die einzelnen Behandlungseinheiten	20
3.8	Sozial- und Freizeitangebote	20
3.9	Gesundheitstraining und Rehabilitandenschulung	21
3.10	Die Indikationsgruppen	21
4	Doppeldiagnosen: Psychose oder Persönlichkeitsstörungen	24
5	Tabakentwöhnung	24
6	Ganztägig ambulante und ambulante Rehabilitation	25
6.1	Allgemeines	25
6.2	Merkmale der ganztägig ambulanten Rehabilitation	26
6.2.1	— Zielgruppe	26
6.2.2	— Zugangskriterien	26
6.2.3	— Ausschlusskriterien	26
6.2.4	— Behandlungsdauer	27
6.2.5	— Besonderheiten des ganztägig ambulanten Konzepts	27

6.2.6	— Räumlichkeiten	28
6.2.7	— Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes	28
6.3	Merkmale der ambulanten Rehabilitation	28
6.3.1	— Indikationsspektrum	28
6.3.2	— Behandlungsdauer	29
6.3.3	— Medizinische Voraussetzungen	29
6.3.4	— Diagnostik	29
6.3.5	— Therapiephasen	29
6.3.6	— Therapiestruktur	30
6.3.7	— Behandlungsziele	30
7	Kombinationstherapie	31
8	Adaption	32
8.1	Ziele der Adaption	32
8.2	Prozessuale Therapiestruktur	33
8.2.1	— Aufnahme- und Überleitung	34
8.2.2	— Externe Erprobung	34
8.3	Die verschiedenen therapeutischen und medizinischen Angebote	35
8.3.1	— Gruppentherapie	35
8.3.2	— Die Einzelgespräche	35
8.3.3	— Medizinische Versorgung	36
8.3.4	— Sport- und Bewegungsprogramm	36
8.3.5	— Freizeit	36
8.3.6	— TV, PC und Internet	36
8.3.7	— Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit bzw. den Jobcentern	36
8.3.8	— Selbsthilfe	37
8.4	Räumliche Ausstattung	37
8.5	Personalplan	37
8.6	Kooperation mit Betrieben vor Ort	37
8.8	Wochenplan	38
9	Notfallmanagement	38
10	Dokumentation	39
11	Qualitätssicherung	39
11.1	Internes Qualitätsmanagement	39
11.2	Externe Qualitätssicherung	39
12	Angaben zur Hygiene	40
13	Angaben zum Datenschutz	40
14	Mustertherapieplan Stationäre Rehabilitation	40
15	Mustertherapieplan Ganztägig ambulante Rehabilitation	41

*Werde nicht nur, der Du bist,
sondern erkenne Dich selbst
und hilf den anderen!*

MANFRED SPITZER

0. Einleitung

Die Fachklinik Alte Ölmühle wurde 2004 im östlichen Stadtgebiet von Magdeburg als ein kombiniertes Behandlungszentrum gegründet. Im Zuge der Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker hat die Einrichtung in Magdeburg Modellcharakter, da sie nahezu alle Anforderungen an eine individuelle und indikationsgeleitete Behandlung erfüllt:

Ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Rehabilitation sowie Adaption werden in einer Einrichtung von einem Träger vorgehalten.

Die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Modulen ist Teil des Konzeptes, sodass ein Wechsel zwischen dem stationären, ganztägig ambulanten und ambulanten Setting möglich ist. Nach stationärer Therapie ist ein Wechsel in die Adaption möglich.

2008 wurde eine Schlosserei, die direkt neben dem Klinikgelände liegt, übernommen und zu Werkstätten umgebaut. Hier befinden sich eine Metallwerkstatt, eine Holzwerkstatt und der Ergotherapieaum. Mit diesem zusätzlichen Angebot wurden Werkstätten mit einer Annäherung an reale Arbeitssituationen geschaffen. Damit ist ein verbessertes Trainingsfeld besonders für arbeitslose Rehabilitanden vorhanden.

2008 wurde die Fachklinik Alte Ölmühle von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland zur Schwerpunktambulanz für Medikamentenabhängige ernannt und eine Bettenvermehrung um 6 Betten genehmigt. Im Rahmen des Umbaus wurde die Physiotherapie erweitert und ein Körpertherapieraum eingerichtet. Ende 2009 wurde ein Wohnhaus, welches sich in direkter Nachbarschaft der Klinik befindet, übernommen. In diesem Wohnhaus werden die Wohngruppen der Adaption zusammengefasst und die Therapieräume der Adaption untergebracht. 2011 Abschluss Studie: Neuer Zugangsweg in die Entwöhnungsbehandlung für arbeitslose und suchtkranke Menschen. Modellprojekt „Magdeburger Weg“. Eine retrospektive Studie zur Katamnese der Behandlungsjahrgänge 2007, 2008, 2009. (Lukas Forschner, David Kriz & Rüdiger Nübling). Veröffentlichung in Sucht aktuell 1/2012 und Vortrag auf dem Reha-Kolloquium Hamburg 2012. Seit 2011 Studienzentrum der von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und Agentur für Arbeit geförderten multizentrischen Studie SaBiNE: „Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe“. Anfang 2012 Erweiterung der Indikationen auf Drogenabhängigkeit. Eine entsprechende Konzepterweiterung wurde von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland anerkannt.

Seit dem 19. März 2012 die Fachklinik Alte Ölmühle zertifiziert. Mit dem EQR-Zertifikat erfüllt die Fachklinik alle Anforderungen nach § 20 II a SGB IX. Das Zertifikat ist gültig bis 2015.

Das vollständige Konzept kann von unserer Homepage als PDF-Datei herunter geladen werden. Das Konzept der Fachklinik Alte Ölmühle wurde zuletzt im Dezember 2011 überarbeitet und aktualisiert.

In diesem Konzept haben wir uns entschieden, zur besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Schreibweisen zu verzichten. Es sind grundsätzlich beide Geschlechtsformen gemeint.

1. Allgemeine Angaben zur Einrichtung

1.1 Träger der Klinik

Medinet GmbH, Käthe-Kruse-Str. 2, 06628 Naumburg
Amtsgericht Stendal HRB 18888

Zur Medinet GmbH gehört neben der Fachklinik Alte Ölmühle in Magdeburg die Burgenlandklinik in Bad Kösen. Die Medinet GmbH ist ein Unternehmen der Stiftung Rehabilitation Heidelberg (SRH).

Geschäftsführer: Klaus-Jürgen Winter
Verwaltungsdirektorin: Angret Neubauer

1.2 Ärztliche Leitung und Ansprechpartner

Chefarzt: Dr. med. Lukas Forschner
Praktischer Arzt, Psychotherapie, Suchtmedizin, Qualitätsmanagement, Sozialmedizin

Oberärztin: Dipl.-Med. Gitta Friedrichs
Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Sozialmedizin, Suchtmedizin

Leitender Therapeut: Jan-Hinrich Obendiek
Diplom-Pädagoge, systemischer Familientherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Traumatherapeut (EMDR), integrativer Suchttherapeut (VDR)

Verwaltung: Andrea Noah

Die Klinik ist Mitglied im Fachverband Sucht, der Chefarzt ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), der Leitende Therapeut ist Mitglied und im Vorstand des Mitteldeutschen Verein für Systemische Beratung und Therapie e.V., Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Systemischen Gesellschaft. Der Chefarzt und der Leitende Therapeut sind Mitglieder des OPD Arbeitskreises (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und arbeiten im OPD-Arbeitskreis Abhängigkeitserkrankungen.

1.3 Kliniklage und -Größe

Die Fachklinik Alte Ölmühle befindet sich auf der östlichen Seite der Elbe aber noch sehr zentrumsnah in der Landeshauptstadt Magdeburg. Zur Innenstadt gibt es eine gute und direkte Anbindung durch Straßenbahn und Bus. Innerhalb 20 Minuten Gehstrecke sind gute Naherholungsräume wie der Elbauenpark oder der Herrenkrug-Park und eine Schwimmhalle zu erreichen.

Der stationären Rehabilitation stehen 66 Betten in 6 Einzel- und 30 Doppelzimmern zur Verfügung. Bei Bedarf können einige Doppelzimmer als Mutter-/bzw. Vater-Kind-Zimmer genutzt werden.

Für die ganztägig ambulante und die ambulante Rehabilitation sind jeweils 10 Behandlungsplätze vorhanden. Weiterhin stehen in der Adaption 16 Plätze zur Verfügung.

Die Einrichtung ist barrierefrei gestaltet. Die Rehabilitanden sind überwiegend in Zweibettzimmern untergebracht. Die Einzelzimmer verfügen über eine behindertengerechte Nasszelle. Über einen Aufzug sind alle Räume des Haupthauses erreichbar. Alle Zimmer sind mit Telefon, Dusche und separatem WC ausgestattet. Die Rehawerkstätten sind ebenerdig und auch mit Rollstuhl zu erreichen.

Es gibt eine Turnhalle und eine Außensportanlage, eine Sauna, eine Lehrküche und einen Waschlöschen. In allen Gebäuden besteht ein Rauchverbot. Eine Raucherinsel mit Überdachung ist ausgewiesen.

1.4 Indikationen

- Alkoholabhängigkeitssyndrom
- Medikamentenabhängigkeitssyndrom
- Drogenabhängigkeitssyndrom
- Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit)

In der Adaption können auch Rehabilitanden mit Erstdiagnose Pathologes Spielen aufgenommen werden.

1.5 Kontraindikationen

- Akute Psychosen
- akute Suizidalität
- ständige Pflegebedürftigkeit
- mittelgradige bis schwere Intelligenzminderung
- infektiöse Erkrankungen

1.6 Kosten- und Leistungsträger

Beleger der Fachklinik Alte Ölmühle sind die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in der Federführung der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die Heilfürsorge, die Träger der Sozialhilfe, die Beihilfestellen, Selbstzahler und private Krankenversicherungen.

1.7 Therapieangebote

In unseren Therapieangeboten orientieren wir uns in den psychotherapeutischen Bausteinen an einem tiefenpsychologischen Erklärungsmodell. In bestimmten Bausteinen haben sich familientherapeutische, systemische, gestalttherapeutische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen bewährt, die hier auch zur Anwendung kommen. Außerdem finden die Leitlinien der Deutsche Rentenversicherung und der Fachgesellschaften DG Sucht und DGPPN Anwendung in der Organisation und praktischen Anwendung der Therapie. Die Gruppen- und Einzeltherapie wird durch folgende Angebote ergänzt:

- Akupunktur nach dem NADA-Protokoll
- Angehörigenseminare
- Autogenes Training
- Entspannungstraining
- Ernährungsberatung mit Trainings- und Übungsküche
- Soziotherapie
- Ergotherapie
- Arbeitstherapie
- Gesundheitstraining (Information, Schulung und Motivation)
- Körperpsychotherapie
- Kreativtherapie
- Kunsttherapie
- Krankengymnastik einzeln und in Gruppen
- Medikamentöse Therapie
- Physikalische Therapie (Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Wärme- und Kältetherapie, Fangopackungen)
- Schuldnerberatung
- Sozialberatungen
- Sporttherapie
- Tabakentwöhnung

1.8 Behandlungsdauer

Die Regelbehandlungsdauer im stationären und ganztägig ambulanten Bereich beträgt 84 Tage. Auf Grundlage des indikationsspezifischen Zeitbudgets (97 Tage) kann die Behandlungsdauer individuell gestaltet werden.

1.10 Allgemeine Ziele der Rehabilitation

Die Rentenversicherungen erbringen medizinische Rehabilitationsleistungen für Versicherte, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung oder Beeinträchtigung der Gesundheit beseitigt oder wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit hat.

Die Ziele der Rehabilitation umfassen also nicht nur die Hilfe zu Wiedergewinnung und Erhaltung der aktiven Teilhabe am normalen Leben in Ausbildung, Beruf, Familie und Gesellschaft. Diese weitgefassen Rehabilitationsziele orientieren sich an Menschen mit bleibenden Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen. Ihnen soll dazu verholfen werden, trotz Schädigungen, Fähigkeitsstörungen

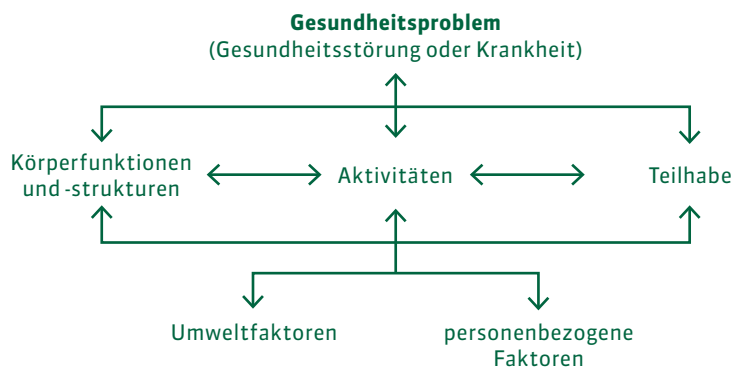
und Beeinträchtigungen durch die Entwicklung von Kompensationsstrategien sowie durch zusätzliche Hilfe ein möglichst normales Leben führen zu können, die insbesondere die Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen.

Das Therapieangebot der Fachklinik stützt sich auf ein bio-psycho-soziales Verständnis der Krankheitsentwicklung entsprechend der ICF. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. In Deutschland wurde die Gestaltung des Sozialgesetzbuches (SGB), Neuntes Buch (IX), „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, wesentlich durch die Vorläuferfassungen der ICF beeinflusst.

Der wichtigste Begriff der ICF ist der Begriff der „funktionalen Gesundheit“. Danach gilt eine Person dann als gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund ihre Körperfunktionen und –strukturen der Norm entsprechen, wenn sie alles tun kann, was von einem Menschen erwartet wird und sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen, -strukturen oder Aktivitäten erwartet wird. Der ICF Begriff Funktionsfähigkeit umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Dies ist in dem Konzept der Kontextfaktoren, dem Konzept der Körperfunktionen und –strukturen, dem Konzept der Aktivitäten und dem Konzept der Teilhabe in allen Lebensbereichen beschrieben. Damit gehen die Zielvorstellungen in der Suchtrehabilitation weit über das Ziel der Abstinenz vom Suchtmittel hinaus und beschreiben einen umfassenden ganzheitlichen Rehabilitationsauftrag.

Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF



1.11 Therapieziele

Das Hauptziel der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die berufliche Wiedereingliederung. Zur Erreichung dieses Hauptziels ist eine genauere Definition weiterer Ziele bei Suchtkranken nötig:

- Entscheidung für eine dauerhaft abstinente Lebensgestaltung.
- Wiederherstellung und Entwicklung der körperlichen, seelischen und geistigen Leistungsfähigkeit.
- Heranführen an ein alternatives Muster der gesunden Lebensgestaltung, was sich von dem alten Suchtmuster (selbstschädigende Konfliktverarbeitung) unterscheidet.
- Entwicklung von sozialen Perspektiven mit dem Ziel der Wiedereingliederung in soziale Bezüge.
- Verbesserung des Durchhaltevermögens, der Frustrationstoleranz, der Affektsteuerung mit dem Ziel einer Kompetenzsteigerung in Konfliktsituationen.

- Gesteigerte Wahrnehmung für die eigenen inneren Prozesse (Körperwahrnehmung etc.).
- Erlernen von Bewältigungsstrategien zum produktiven und konstruktiven Umgang mit kritischen Situationen (Auslöse- bzw. Rückfallsituationen).
- Auflösung der Fixierung auf offene Wünsche an die Personen der Herkunftsfamilie.
- Übernahme von Verantwortung für das eigenen Verhalten und die eigenen Gefühle und die Realisierung eigener Wünsche, abgestimmt auf den jeweiligen Kontext.
- Entwicklung einer Beziehungsfähigkeit, die eine angemessene Nähe-Distanz-Regulation beinhaltet, sodass befriedigende soziale Kontakte aufgebaut und gelebt werden können (kompetente und bewusste Beziehungsgestaltung).
- Wertschätzung der eigenen „Geschichte“ und „Autonomie“.
- Entwicklung von Coping-Strategien für berufliche Auslösesituationen wie Teamkooperation, spannungsfreier Umgang mit Mitarbeitern und Kollegen sowie konstruktivere Beziehungen zu Vorgesetzten.
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien für Zeiten der Arbeitslosigkeit. Überprüfung der individuellen und ressourcenbezogenen Kriterien zu einer erweiterten und erfolgreichen Berufswahl und Berufsfindung.

2 Grundlegende Aspekte zum Krankheitsverständnis und zur Therapie

2.1 Allgemeine Grundlagen

Neuere Ergebnisse der Hirnforschung geben deutliche Hinweise auf die besondere Wichtigkeit zweier grundlegenden menschlicher Bedürfnisse: Zugehörigkeit und Möglichkeiten der Entfaltung (Hüther, Spitzer). Ist eines oder beide dieser Bedürfnisse – besonders in der Kindheit aber auch später – über einen längeren Zeitraum oder dauerhaft gehemmt oder gestört, werden strukturellen Fähigkeiten mangelhaft entwickelt und der Boden für psychische, psychosomatische und somatische Erkrankungen geschaffen. Hier ist die Zugehörigkeit im Bereich der Familie aber auch in den weiteren wichtigen Lebensbereichen wie soziales Umfeld und Arbeit gemeint.

Daraus folgt, dass für eine Genesung Bedingungen der Zugehörigkeit und der Entwicklung für den Einzelnen zu schaffen sind. Um die Selbstwirksamkeit zu verbessern, bedarf es äußere Strukturen, an denen sich der Rehabilitand gut orientieren kann. Dies sind die Bedingungen der therapeutischen Gemeinschaft in der stationären und ganztägig ambulanten Therapie. Der Rehabilitand wird in seiner Person mit seiner Erkrankung akzeptiert und in die Gemeinschaft aufgenommen. Es besteht ein vielfältiges Angebot der sicheren sozialen Beziehungsgestaltung einerseits zu den Mitarbeitern der Klinik aber auch in der Gruppe der Mitrehabilitanden, eine definierte soziale Struktur mit Haus- und Behandlungsordnung und einem hochstrukturierten Therapieprogramm (Zeitplan, Inhalte, Aufgaben). Der Rehabilitand wird eingeladen und aufgefordert in einen Prozess der Aufarbeitung, der Nachreifung und letztlich des persönlichen Wachstums und Entwicklung einzutreten, sodass er zum Ende der Rehabilitation in der Lage ist, eigenverantwortlich suchtmittelfrei sein Leben zu gestalten.

Aufgrund des sehr hohen Anteils an Rehabilitanden ohne Arbeit halten wir, ein besonderes Thera-

pieangebot im Bereich „Arbeit und Beruf“ vor, um einerseits therapeutisch diesbezüglich belastende Erinnerungen, Kränkungen und Zurücksetzungen aufzufangen, andererseits um neue Perspektiven, Visionen und Hoffnung bei den Betroffenen zu erzeugen, die sich nach gründlicher Vorbereitung auf konkrete Maßnahmen zu Umschulung, Branchenwechsel, Mobilität und vereinzelt auch Selbständigkeit gründen.

Systemische Gedanken zur Genese der Suchtkrankheit haben in den letzten Jahrzehnten das therapeutische Handeln bereichert. Das systemische Paradigma geht von der Prämisse aus, dass die Grundeinheit des Lebens und der Entwicklung nicht allein der individuelle Organismus ist, sondern das jeweilige Bezugssystem, in das dieser eingebettet ist.

Menschliches Erleben und Verhalten ist daher nicht allein als Ergebnis eines intrapsychischen Prozesses zu verstehen, sondern zugleich auch als Resultat von Wechselwirkungen zwischen Individuum und dem ihn umgebenden Kontext. Dies gilt ebenso für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen.

In der Regel befinden sich Rehabilitanden in der Behandlung in einer Ambivalenz zwischen Veränderungswünschen infolge des erlebten Leids und einem ausgeprägten Suchtdruck (craving), die bei Applikation sofort alle Frustrationen und Unlustzustände verschwinden lässt und den Nachteilen der Veränderung in Bezug auf die vermeintliche Lösung durch das Suchterhalten für andere Probleme. Diese Unmittelbarkeit der Wirkung des Suchtmittels korrespondiert mit dem narzisstischen Wunsch nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung.

Stierlin (1987) führt für den Bereich der Familientherapie das Konzept der „Bezogenen Individuation“ ein, in dem aufgezeigt wird, dass in sog. „gesunden Familien“ deren Mitglieder ein ausgewogenes Verhältnis von Individuation (Gestaltung des eigenen Lebens) und Bezogenheit (Berücksichtigung der Interessen anderer) leben lernen. Dies gilt nicht für gestörte Familien, insbesondere nicht für Suchtfamilien, hier entwickelt sich eine andere Dynamik. Wie bereits weiter oben ausgeführt, entstehen spezifische Glaubenshaltungen und Beziehungsmuster im Interaktionsgewebe der Herkunftsfamilie (vergl. auch Stierlin 1974, 1978 und Weber/Stierlin 1989).

2.2 Rolle des Therapeuten

Aus den Erkenntnissen der Tiefenpsychologie und der systemischen Theorie lassen sich einige Aussagen über die Rolle des Therapeuten und das Setting der Klinik treffen.

Krystal und Raskin (1983, S.11) machen einige Vorschläge zur Behandlungstechnik bei Drogenabhängigen:

1. Der Therapeut und die Klinik übernehmen hilfsweise die Funktion des gestörten Ichs. Die Struktur der Klinik sowie das Therapeutenverhalten haben so zunächst Ich-stützende Funktion, insbesondere ist dabei auf ein hohes Maß an Verlässlichkeit in der therapeutischen Beziehung zu achten.
2. Zunächst wird zu Beginn der Therapie stützend und nicht aufdeckend gearbeitet, da sonst das Angstniveau zu groß wird und der Beziehungsabbruch in der therapeutischen Beziehung erfolgt. Im gestalttherapeutischen Sinne geht es hier um die Gewährleistung von Kontakt und Rückzug bei dem Rehabilitanden, die sog. konsekutive Arbeit (vergl. Schneider, 1981, S. 248).

3. Im weiteren Verlauf der Therapie erst erfolgt die Bearbeitung des für Abhängige typischen Geflechtes von Erwartungen, Hoffnungen, Phantasien und die damit verbundenen Enttäuschungen und Kränkungen. Hierbei geht es um die Aufhebung der Spaltung zwischen „Gut und Böse“ – dem typischen polaren Muster der Suchtkranken.
4. Bearbeitung des Konfliktes zwischen Erwartungen und Enttäuschungen ist permanenter Teil der therapeutischen Interaktion. Durch das abgegrenzte Verhalten des Therapeuten können schließlich die Nachreifung des Ichs und die Integration erfolgen. Die Versöhnung des Abhängigen mit seiner Realität führt zu einer neuen Form von innerer Freiheit und damit auch zur Freiheit von der Droge.

Trotz der Annahme in der systemischen Theorie, das biologische Wesen autonom sind, zeigt sich in der Therapieforschung, dass emotional klare, sichere und belastbare Beziehungen für den Therapieerfolg förderlich sind.

Viele pathologische, selbst- und fremdschädigende Reaktionen wie Sucht, Gewalt, Autoaggression, sexueller Missbrauch erhalten angesichts der Erfahrungen in der Herkunftsfamilie aus Sicht der Betroffenen eine Form von Normalität, da die Erfahrung anderen sozialen Wirklichkeit fehlt. Daher ist ein weiterer wesentlicher Aspekt der Entwöhnungsbehandlung das Angebot neuer interaktioneller Muster von Seiten der Klinik und des Therapeuten, die das internalisiertes Selbst- sowie Weltbild der Rehabilitanden perturbieren und somit die Möglichkeit der Umdeutung bzw. Neukonstruktion bieten.

2.3 Diagnostik und Planung in der Therapie

Therapie ist ein geplanter, kontinuierlicher Prozess, der auf das Erreichen zuvor zwischen Arzt, Therapeut und Rehabilitand gemeinsam festgelegter Ziele ausgerichtet ist. Um diese Aufgabenstellung zu erfüllen, bedarf es ausführlicher diagnostischer Informationen über den Rehabilitanden. Diese Informationen gewinnen wir aus einer Anamnese, die in Form eines halbstrukturierten Interviews sowohl biographische als auch suchtbetogene Fragestellungen enthält. Unterstützt durch Psycho-diagnostik und ergänzt durch ein Genogramm (graphische Darstellung der Familienstruktur), werden Daten erhoben, welche die Klassifikation der gefundenen Störungsbilder nach den Leitlinien der ICD 10 gewährleisten. Im Kontext unserer Einrichtung gilt die Abhängigkeit immer als Hauptdiagnose, hiermit verbundene andere Störungen (z.B. somatoforme) erhalten den Status von Begleitdiagnosen. Die Diagnostik wird von den Psychologen, Ärzten und speziell geschulten Diplompädagogen und Sozialpädagogen durchgeführt.

2.4 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Das tiefenpsychologisch fundierte Modell einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD2) des Arbeitskreises OPD (Herausgeber, 2006) bietet die Möglichkeit, die Psychodynamik umfassend zu diagnostizieren. Der 1992 von Psychoanalytikern, Psychosomatikern und Psychiatern gegründete Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ entwickelte ein multi-axiales Diagnostiksystem, welches 1996 erstmals erfahrenen Therapeuten zum Training und zur klinischen Anwendung zur Verfügung gestellt wurde. In der Fachklinik Alte Ölmühle wurden wiederholt Trainingsseminare von lizenzierten Trainern des OPD-AK durchgeführt und die therapeutisch tätigen Mitarbeiter geschult. Der Chefarzt und der Leitende Therapeut sind Mitglieder des OPD-Arbeitskreises Arbeitsgruppe Abhängigkeitserkrankungen.

Die Durchführung der OPD-Diagnostik ermöglicht ein ganzheitliches Verständnis des Rehabilitanden, wodurch er vom Therapeuten nicht nur unter Symptomaspekten, sondern in seinen Beziehungen, seinem Erleben, seinem Umgang mit Konflikten sowie seiner sozialen Integration und Kontaktgestaltung erfasst wird.

2.5 Behandlungsleitsätze

In der Therapie unserer Rehabilitanden gelten folgende Leitsätze für uns:

- **Motivation und Unterstützung** bei der Entscheidung für eine Suchtmittel-Abstinenz.
- **Motivation zur Einsicht** in die Notwendigkeit dieser Entscheidung durch Informationen über Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit: Erzeugen kognitiver Änderungsintention.
- **Anleitung** der Rehabilitanden, den eigenen Weg in die Abhängigkeit als, wenn auch gescheiterten, Lösungsversuch für biographisch und sozial nachvollziehbare Probleme zu würdigen und Betroffenheit darüber zuzulassen: Erzeugen emotionaler Änderungsintention.
- Ressourcenorientierte **Begleitung** der Rehabilitanden bei der Bearbeitung von Konflikten, bei der Reflexion ihrer Beziehungsgestaltung sowie ihres emotionalen Erlebens unter der Überschrift: Störung als Kompetenz für Verhaltensänderungen.
- **Anleitung** der Rehabilitanden, eingeschlifene Verhaltensweisen, die in engem Zusammenhang mit den erlebten Konflikten stehen, aufzugeben, und mit neuem Verhalten zu experimentieren: Verhaltensänderung als Kompetenzerweiterung.
- **Stabilisierung** erfolgreich erprobter Verhaltensweisen im Klinikalltag, Vorbereitung der Verhaltensgeneralisierung in das häusliche Umfeld unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen: Etablierung der erweiterten Kompetenz.

2.6 Die Phasen in der Therapie

Die Unterscheidung von Behandlungsphasen im Therapieverlauf erleichtert in diesem Zusammenhang die Orientierung, wo der Rehabilitand gerade steht, sodass jeweils angemessene Interventionen eingesetzt werden können, die den Rehabilitanden nicht überfordern und seinem individuellen „Therapietempo“ Rechnung tragen. Die sich daraus ergebenden Feedbackschleifen zwischen Arzt, Therapeut und Rehabilitand, aber auch zwischen Rehabilitand und Mitrehabilitanden werden zur Entwicklung weiterer notwendiger Verhaltensänderungen bzw. zu Verhaltensstabilisierungen genutzt.

Das Erleben des Rehabilitanden, seine emotionale Beteiligung an Ereignissen im Therapieprozess und die diesbezügliche Analyse von Einstellungen und Verhaltensmustern sollen ihm Hinweise geben, was künftig erfolgversprechend für ihn sein wird und was nicht. So wird der Rehabilitand zunehmend befähigt, eigenverantwortlich und kontinuierlich einen Lernprozess zur Krankheitsbewältigung zu vollziehen. Der Arzt und der Therapeut als professionelle Begleiter unterstützen ihn auf diesem Weg und nehmen gemeinsam mit ihm gegebenenfalls an bestimmten Punkten Modifikationen im Behandlungsplan vor.

Aufnahme- und Orientierungsphase

Jeder neue Rehabilitand wird einer Bezugsgruppe zugeordnet, die von einem Gruppentherapeuten geleitet wird. Der Gruppentherapeut und der zuständige Arzt sind im Team die Haupt-Bezugspersonen für die Rehabilitanden.

In der 1. Woche machen sich die Rehabilitanden mit den Therapie- und Tagesabläufen sowie der Behandlungsordnung in der Klinik vertraut. Im Kontakt mit den Rehabilitanden hat der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung oberste Priorität.

Die ambivalente Haltung gegenüber der Behandlung, die viele Rehabilitanden bei Aufnahme mitbringen, muss durch eine gute Bindung an den Gruppentherapeuten, den Arzt und die therapeutische Gemeinschaft aufgefangen werden. Die Auseinandersetzung von Rehabilitanden mit ihrer Biographie und ihrer Abhängigkeitsentwicklung im Aufnahmegespräch hat nicht nur diagnostischen, sondern auch therapeutischen Wert: Es werden gemeinsame Therapieziele formuliert und Visionen für die Zeit der Behandlung entwickelt, die bei den Rehabilitanden Hoffnung auf einen Therapieerfolg erzeugen und ihnen das Gefühl geben, die Behandlungszeit sinnvoll nutzen zu können. Einen wichtigen Raum nimmt dabei die psychotherapeutische Diagnostik ein, die vom Gruppentherapeuten im Erstgespräch nach folgenden Richtlinien erhoben wird:

- störungsspezifisch nach ICD 10 Abbildung eines Störungsprofil- Diagramms zur Verdeutlichung für den Rehabilitanden im Hinblick auf die Entwicklung von Therapiezielen. Diagnostik nach OPD. Verifizierung der erhobenen Diagnosen durch psychodiagnostische Verfahren.
- systemisch mittels eines klinikinternen Anamnesebogens für den Therapeuten, ergänzt durch einen Fragebogen für den Rehabilitanden. Verdeutlichung der Zusammenhänge für den Rehabilitanden durch Erstellen eines Genogramms (graph. Darstellung der Familienstruktur).
- berufs-/arbeitsspezifisch mit einem klinikinternen Fragebogen, der Prozess (Schule und beruflicher Werdegang) und Status (aktuelle Situation) erfasst.

Zusammen mit Arzt und Gruppentherapeut wird während der 2. Woche gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Therapiezieldefinition vorgenommen und dabei ein Therapieplan aufgestellt. Hierbei werden neben Indikationsgruppenzuordnungen und Planung von Familien- und Paargesprächen von Beginn an ergo- und physiotherapeutische Behandlungen einbezogen. Gleich zu Behandlungsbeginn werden der Grad der körperlichen Belastbarkeit und die berufliche Situation des Rehabilitanden soweit abgeklärt, dass sie in die Therapieplanung einbezogen werden können.

Integrationsphase

Um eine maximale Offenheit und Bereitschaft unserer Rehabilitanden für intensive therapeutische Erfahrungen zu erreichen, ist eine gute Vorbereitung notwendig. Daher nehmen die Rehabilitanden zunächst an übenden Indikationsgruppen teil (z.B. WS-Gymnastik, Freizeitgruppe, Mentales Training, imaginative Entspannung, Meditation), die in offener Form stattfinden. Hier werden sie für die geplanten Therapieinhalte sensibilisiert, bauen Vorbehalte und Ängste ab und entwickeln die Bereitschaft, mit neuem Verhalten zu experimentieren. Die Bezugsgruppe als „sichere Basis“ vermittelt durchgängig Stabilität und Kontinuität; hier können Rehabilitanden die ersten Versuche wagen, offen über ihre Probleme zu sprechen.

Die Teilnahme an den themenzentrierten hausinternen Selbsthilfegruppen ist ein wichtiges Übungsfeld, Eigeninitiative im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln und Berührungsängste im Umgang mit Selbsthilfegruppen zu überwinden. Dies erleichtert den Schritt, sich nach der stationären Therapie einer Selbsthilfegruppe am Heimatort anzuschließen. In der Großgruppe unter Leitung des Chefarztes oder des Leitenden Therapeuten trainieren die Rehabilitanden die Fähigkeit, vor mehreren Personen zu ihrer Krankheit zu stehen und zu therapierelevanten Themen in freier Rede Position zu beziehen.

Eine Sensibilisierung für die therapeutische Arbeit erfolgt in Partner- und Familiengesprächen auch für die Angehörigen, sowohl im individuellen Setting mit dem Bezugstherapeuten als auch im Rahmen eines Angehörigenseminars.

Phase der Durcharbeitung und Neuorientierung

In dieser Phase fördern wir die intensive Auseinandersetzung des Rehabilitanden mit den seine Abhängigkeitserkrankung aufrechterhaltenden Bedingungen. Dies sind in der Regel innere und äußere Konflikte (z.B. Schuldgefühle, Probleme in Partnerschaft und Familie), Störungen der persönlichen Erlebnisverarbeitung (z. B. Angst, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) und Probleme in sozialer (z.B. Schulden) und beruflicher (z. B. Arbeitsplatzverlust) Hinsicht. Im Unterschied zum vorangegangenen Behandlungsstadium nimmt er nun an geschlossenen psychotherapeutischen Indikationsgruppen teil, die mehr konfrontativ-lösungsorientiert (z.B. Angstbehandlung, Stressbewältigung) bzw. mehr erlebnisorientiert ausgerichtet sind (Körperpsychotherapie, Familienskulpturen). Im Rahmen der Therapieverlaufsplanung entscheidet der Gruppentherapeut mit dem Rehabilitanden über die Kombination verschiedener Indikationsgruppen-Module. Bei der Koordination berücksichtigt er auch eine eventuelle Teilnahme am körperpsychotherapeutischen Intensivseminar, das in einem externen Rahmen als „Hütten-Marathon“ auf freiwilliger Basis stattfindet.

In der Bezugsgruppe setzt sich der Rehabilitand mit dem Thema „Rückfallprophylaxe“ auseinander. Dies beinhaltet die Früherkennung eines drohenden Rückfalls (Warnsignale), die bewusste Wahrnehmung künftiger rückfallauslösender Situationen und Erlebnisse und den Entwurf eines Notfallplanes zum rechtzeitigen Krisenmanagement vor einem drohenden bzw. kurz nach einem erfolgten Rückfall. Unter diesem Aspekt geht der Gruppentherapeut auf die Gefährdung eines effektiven Krisenmanagements durch das Abstinenzverletzungssyndrom ein, was durch starke Scham- und Schuldgefühle des Rehabilitanden bestimmt ist und die Bereitschaft zur Annahme von Hilfsangeboten in einer Rückfall-situation hemmt. Rollenspiele besonders gefährdender Situationen in Form eines Ablehnungstrainings sowie gemeinsam in der Gruppe erarbeitete individuelle Coping-Strategien runden die Thematik ab.

In der Ergo- und Arbeitstherapie nimmt der Rehabilitand speziell an den Therapien teil, die ihn auf seine beruflichen Ziele vorbereiten: Handwerkliches Gestalten mit Eigenverantwortung für seine Arbeitsergebnisse, selbstkritische Reflexion seiner Leistungen unter Einbeziehung von Rückmeldungen der ergo- und arbeitstherapeutischen Fachkräfte, Überprüfung von Anspruchs- und Eignungsniveau, ggf. Thematisierung dysfunktionaler Kognitionen wie z.B. Selbstüberforderungen, unrealistische Erwartungen (z.B. im Hinblick auf Arbeitsplatz und Vergütung).

Phase der Ablösung und Wiedereingliederung

Hier geht es um eine verstärkte Außenorientierung des Rehabilitanden. D.h. bei bestehender Arbeits-

losigkeit Kontakt zur Agentur für Arbeit, bei bestehendem Arbeitsverhältnis Kontakt zum Arbeitgeber und zum Suchtberater der Beratungsstelle aufzunehmen. Der Transfer bisher geleisteter therapeutischer Arbeit in das gewohnte Lebensumfeld ist das Hauptziel dieses Therapieabschnitts. Diese Intention bestimmt auch die Auswahl von Indikationsgruppen. Verbesserung der psychischen Belastbarkeit, Durchsetzungsfähigkeit, kommunikativer Fertigkeiten und EDV-Kenntnisse sind in diesem Zusammenhang wichtige Ziele. Indikationsgruppen wie Selbstsicherheit, Bewerbungstraining und PC-Kurse tragen diesem Bedarf Rechnung.

3 Rehabilitationsorganisation

3.1 Allgemeine Aufnahmekriterien

Voraussetzung für eine Aufnahme ist die **Rehabilitationsfähigkeit** und eine **Kostenzusage**. Unter Rehabilitationsfähigkeit verstehen wir einerseits einen komplett durchgeführten Entzug vom Suchtmittel und andererseits die Fähigkeit, die Grundbedürfnisse selbständig zu befriedigen. Zu diesen Grundbedürfnissen gehören Aktivitäten wie Essen, Körperpflege, An- und Auskleiden, Harn- und Stuhlkontrolle, ausreichende Mobilität und ausreichende Fähigkeiten, sich zeitlich und räumlich zu orientieren. Eine ausreichende körperliche und psychosoziale Belastbarkeit und die Voraussetzungen für eine aktive Mitarbeit an der Rehabilitation müssen gegeben sein.

Die **Rehabilitationsbedürftigkeit** und die **Reha-Erfolgsprognose** werden bei der Antragsstellung überprüft. Besonders bei Suchterkrankungen ist die **Reha-Motivation** ein kontinuierlicher Prozess, der in einer Art Intentionsbogen bis in die medizinische Rehabilitation, im Sinne von noch bestehenden Ambivalenzen, hineinreichen kann und ständiger Beachtung bedarf.

In einem **ambulanten Vorgespräch** können sich Rehabilitanden, Angehörige und Betroffene im Vorfeld einer Beantragung einer Leistung informieren über die Behandlung, Beantragungswege und auch sozialmedizinische Fragen. Gegebenenfalls wird der Kontakt zu weiteren Behandlern im Suchthilfesystem hergestellt.

3.2 Aufnahmezeitpunkt

Die Rehabilitanden werden nach Eingang der Kostenzusage angeschrieben und dabei wird ein Aufnahmetermin mitgeteilt. Außerdem werden sie schriftlich auf die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung vor Aufnahme zur Entwöhnungsbehandlung hingewiesen. Begleitend wird mit der zuweisenden Stelle, meist eine Beratungsstelle, telefonisch Kontakt aufgenommen, um Besonderheiten für die Rehabilitation zu klären.

3.3 Rehabilitationsdiagnostik

Eine umfassende und gezielte Diagnostik bildet die Grundlage jeder rehabilitativen Maßnahme, wobei sie während der stationären, ganztägig ambulanten und ambulanten Rehabilitation insbesondere als

Aufnahme- und Verlaufsdiagnostik eingesetzt wird. Die hierbei verwendeten diagnostischen Methoden aus Medizin, klinischer Psychologie und anderen Disziplinen werden auf rehabilitationsspezifische Ziele und Fragestellungen angewendet. Schwerpunkte sind die Diagnostik auf der Ebene der Schädigungen als Voraussetzung für eine angemessene Leistungsbeurteilung, die Diagnostik auf der Ebene der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Anforderungen in Alltag und Beruf, das Erfassen individueller Kontextfaktoren durch Einbeziehung relevanter Persönlichkeitsmerkmale, Lebensbedingungen und Aspekte des Krankheitsverhalten, die Gesamtbeurteilung der Krankheits- und/oder Behindertensituation und eine kontinuierliche Verlaufskontrolle.

Die Diagnostik der Erkrankung und - soweit möglich - auch der Schädigung und Fähigkeitsstörung sollten bereits rasch und frühzeitig vor der medizinischen Rehabilitation, auch bezüglich der Begleiterkrankungen, abgeschlossen sein und der Rehabilitationsklinik zu Beginn der Rehabilitation vorliegen, um die Behandlung zügig und zielgerichtet beginnen zu können.

Die diagnostischen Maßnahmen während der Rehabilitation sind auf diejenigen Aspekte konzentriert, die zur Einleitung einer zielgerichteten raschen rehabilitativen Therapie und zur abschließenden Beurteilung notwendig sind. Hier sind vor allem die diagnostischen Möglichkeiten anzuwenden, die den Übergang in die Beschäftigung erleichtern, wie z.B. in der Fähigkeitsidentifikation oder aber auch in der Entwicklung kommunikativer Kompetenz, die in einschlägiger Literatur auch als die „soft skills“ bezeichnet werden, die es ermöglichen, auch im schwierigen Arbeitszusammenhang wie z.B. Mobbing, Stress etc. kompetent zu bleiben.

Außerdem sind jene Beeinträchtigungen diagnostisch zu erfassen, die in der vorrehabilitativen Phase nicht diagnostisch erfasst wurden, aber für den Rehabilitationsprozess wichtig sind. Hier ist speziell an Begleit- und Folgeerkrankungen zu denken. Gegebenenfalls sind externe Fachärzte hinzu zu ziehen.

Im Einzelnen wird in der medizinische Diagnostik bei Aufnahme eine Laboruntersuchung mit den üblichen Parametern für Blutbild und Stoffwechsel durchgeführt. Pathologische Werte werden in angemessenen Abständen kontrolliert. Bei Bedarf können durch das externe Kooperationslabor alle notwendigen Laboruntersuchungen innerhalb 24 Stunden durchgeführt werden. Regelmäßig werden Abstinenzkontrollen entweder durch Atemalkoholmessung oder durch Untersuchungen des Urins durchgeführt. Bei Aufnahme werden außerdem an technischen Untersuchungen ein Ruhe-EKG, eine Spirometrie und eine Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane durchgeführt. Nach etwa 8 Wochen wird ein Belastungs-EKG durchgeführt, um das allgemeine Belastungsniveau sichtbar zu machen. Bei entsprechender Indikation kann ein EEG bei einem niedergelassenen Neurologen abgeleitet werden.

Die psychologische Diagnostik umfasst eine standardisierte Aufnahme- und Entlassungsdiagnostik zu Persönlichkeitsmerkmalen (RSQ Beziehungsfragebogen, GT-S Gießen Test, PSSI Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar, BSI Brief Symptom Inventory, KAZ-35 Kurzfragebogen Abstinenzsicherheit) und bezüglich Merkmalen im Arbeitsleben (AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebnismuster, MELBA Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit, SIBAR Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation).

Bei entsprechender Indikation werden diagnostische Fragebögen zu Angststörung oder Depression angewandt und bei Hinweis auf eine relevante kognitive Störung eine entsprechende Diagnostik der Intelligenz, des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsleistung durchgeführt.

Folgende Testverfahren werden bei entsprechender Indikation durchgeführt:

- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)
- Raven Standard-Progressive Matrices (SPM)
- Leistungsprüfsystem (LPS, und LPS 50+)
- Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIE-R)
- Frankfurter Aufmerksamkeitsinventar (FAIR)
- Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT)
- d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test
- KVT-C Konzentrations-Verlaufs-Test

Zur Demenzabklärung können folgende Screeningverfahren eingesetzt werden:

- Mini-Mental-Status (MMST), PANDA, Uhrentest, c.I. Test (cerebraler Insuffizienz-Test) und DemTect.

Die Ergebnisse der Diagnostik werden über eine zentrale elektronische Rehabilitandenakte den therapeutisch tätigen Mitarbeitern sichtbar gemacht und mit dem Rehabilitanden entweder in der ärztlichen Sprechstunde und/oder in dem Therapiezielgespräch mitgeteilt. Auf dem Boden der multiprofessionellen Eingangsdiagnostik und der daraus resultierenden Therapieziele wird ein individueller Therapieplan erstellt. Alle Therapiepläne werden individuell und in Kooperation mit dem Rehabilitanden erstellt. Aufgrund der rehabedürftigen Komorbidität weichen unter Umständen die individuellen Termine für die Therapie erheblich von den Standards ab. Dieser Therapieplan wird dem Rehabilitanden schriftlich ausgehändigt und gegebenenfalls im Verlauf angepasst.

Zur Testung der Belastung kann auch eine geeignete 14-tägige externe Belastungserprobung durchgeführt werden. Die Klinik steht diesbezüglich mit ca. 100 Betrieben in Magdeburg in Kooperation, sodass nahezu jede berufliche Tätigkeit angeboten werden kann.

3.4 Sozialmedizin

Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung gehört zu den wichtigen Aufgaben der Ärzte. Beginnend mit der Aufnahmeuntersuchung und bei Einleitung von diagnostischen Schritten sind sozialmedizinische Überlegungen mit einzubeziehen. Diese wie ein roter Faden sich durch die Rehabilitation ziehenden Überlegungen werden in der ärztlichen Sprechstunde, bei Vereinbarung der Therapieziele, bei Fragen des Therapieverlauf und der Therapiedauer und Fragen der nachfolgenden Maßnahmen berücksichtigt. Sowohl der Chefarzt als auch die Oberärztin haben eine sozialmedizinische Ausbildung. Regelmäßig finden spezielle sozialmedizinische Sprechstunden statt, an denen auch bei Bedarf der Gruppen-, Ergo- oder Sporttherapeut teilnimmt.

Interne wie externe Belastungserprobungen werden unter sozialmedizinischer Sichtweise durchgeführt und mit den Ärzten abgesprochen. In regelmäßigen Abständen erfolgt die Einladung der Reha-Berater der Deutsche Rentenversicherung, um geeignete Rehabilitanden vorzustellen und schon frühzeitig notwendige Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Teilhabe einzuleiten.

3.5 Dokumentation und Qualitätssicherung

Die medizinische Dokumentation liegt in der Verantwortung der Ärzte und entspricht den gesetz-

lichen Bestimmungen und den Anforderungen der Leistungsträger. Die Krankenakte enthält z. B. eine Anamnese, sämtliche Befunde, Verlaufsberichte, Briefe und Befunde anderer Krankenhäuser bzw. Institutionen oder niedergelassener Ärzte. Die Krankenakte dokumentiert insbesondere die individuelle Problematik des jeweiligen Patienten und die sich daraus ergebenden Rehabilitationsziele. Der Rehabilitationsprozess wird lückenlos von Beginn bis Ende der Maßnahme in schriftlicher Form nach fachspezifischen Standards festgehalten. Das Datenschutzgesetz wird eingehalten. Alle Daten bleiben grundsätzlich in der Patientenakte. Das Versenden von Arztbriefen erfolgt nach den Bestimmungen der Kostenträger unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen (siehe bitte auch Kapitel 10 und 11).

3.6 Gestaltung der Nachsorge

Die „Ambulante Nachsorge Sucht“ wird spätestens 14 Tage vor Entlassung beim Leistungsträger beantragt. Der Rehabilitand nimmt mit der entsprechenden Beratungsstelle bei seiner Heimfahrt nach der 8. Therapiewoche Kontakt auf und vereinbart den ersten Termin der Nachsorge.

3.7 Die einzelnen Behandlungseinheiten

Wir halten eine stationäre, eine ganztägig ambulante und eine ambulante Behandlungseinheiten und die Adaption als Behandlungseinheit vor. Die Rehabilitanden der stationären Therapie werden jeweils einer Bezugsgruppe mit 10 oder 12 Rehabilitanden zugeordnet und von einem Bezugstherapeuten betreut. Die Ärzte sind jeweils für die Rehabilitanden mehrere Gruppen zuständig.

Eine Gruppe („Fördergruppe“), die mehr die Förderung der sozialen und kognitiven Kompetenz in den Vordergrund stellt, ist für Rehabilitanden mit deutlichen kognitiven Defiziten vorbehalten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Rehabilitanden eine besondere Aufmerksamkeit und ein vermehrt sozialtherapeutisches Programm brauchen.

Eine weitere Gruppe ist den Rehabilitanden mit **Medikamentenabhängigkeit** vorbehalten, weil es hier zusätzliche Behandlungsangebote wie Körpertherapie und Kreativtherapie gibt. Außerdem werden die Rehabilitanden mit Drogenabhängigkeit vorwiegend in einer Gruppe zugeteilt. Die Rehabilitanden der ganztägig ambulanten Therapie und der Adaption bilden jeweils eine Gruppe, die eigene Gruppenstunden haben, getrennt von den stationären Rehabilitanden. Innerhalb der jeweiligen Behandlungseinheiten sollte sich auf diese Weise eine Form von Nähe und Bezogenheit, ohne jedoch symbiotischen Charakter anzunehmen, entwickeln. Dadurch entsteht eine Therapeutische Gemeinschaft in Form von aktiv funktionierenden Gruppen mit der Förderung von Genesung durch die Faktoren: Zugehörigkeit und Möglichkeit der Entfaltung (vergl. 2.1).

3.8 Sozial- und Freizeitangebote

Die Rehabilitanden bilden mit Unterstützung der Mitarbeiter der Klinik Freizeitgruppen, um auch alternative Modelle der Freizeitgestaltung zu entwickeln. In der Rehaforschung zeigte sich, dass oft die zur Vereinsamung führenden Freizeitgewohnheiten, wie allein vor dem Fernseher sitzen etc., die Rückfallhäufigkeit erhöhen. Es ist daher sinnvoll, alternative Freizeitmodelle zu entwickeln, um hier eine aktive Teilhabe in der Freizeit zu entwickeln.

- Leseräume mit medialen Angeboten
- Sauna
- Sportangebote, Wanderungen
- Zusätzliche Angebote aus dem kulturellen Angebot der Stadt Magdeburg.
- TV und Internetzugang (zeitlich begrenzt)

3.9 Gesundheitstraining und Rehabilitandenschulung

In den Infoveranstaltungen wird den Rehabilitanden die gezielte Auseinandersetzung mit sucht-spezifischen Themen geboten. Hierbei können aktuelle Ereignisse in den Behandlungseinheiten aufgegriffen und auf ihre suchtspezifische Dynamik hin reflektiert werden.

Themen der Rehabilitandenschulung in der Großgruppe sind:

- Grundlagen von Abhängigkeitserkrankungen
- Wissensvermittlung über Begleit- und Folgeerkrankungen
- Allgemeine Information über Kommunikation und Beziehungsgestaltung
- Allgemeine Information über Zusammenhang von emotionalem Erleben, Kognition und praktischem Handeln
- Allgemeine Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und der Rückfallbehandlung
- Allgemeine Maßnahmen zur Wiedererlangung und Erhaltung der Gesundheit wie Gesunde Ernährung, Sport- und Bewegung, Rückentrainingsprogramm
- Möglichkeiten und Indikationen der beruflichen Rehabilitation

In den Bezugsgruppen und themenzentrierten Kleingruppen werden diese Themen weiter aufgegriffen und auch durch praktische Beispiele und Übungen vertieft.

3.10 Die Indikationsgruppen

soll eine fortgesetzte Selbstbehandlung mit Alkohol Die individuelle Ausrichtung der Therapie erfordert neben den therapeutischen Interventionen spezielle indikative Angebote, um den jeweiligen Problemfeldern der Rehabilitanden besser gerecht werden zu können. Indikationsgruppen dienen dazu, lebenspraktische Fertigkeiten und Fähigkeiten, die für die Zeit nach der Therapie hilfreich sein könnten, zu entwickeln und zu trainieren. Folgende Indikationsgruppen bieten wir an:

Körperwahrnehmung

Ziel der Indikationsgruppe ist es, durch therapeutisch angeleitete, behutsame und in ihrer Intensität abgestufte Körperübungen eine generelle Sensibilisierung der Körperwahrnehmung bei den Rehabilitanden zu erreichen. Die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse nach Nähe, aber auch nach Abgrenzung sowie die Sensibilisierung für unterschiedliche Botschaften, die Körpersignale vermitteln (Erregung, Müdigkeit, Anspannung z.B.), sollen den Rehabilitanden helfen, den durch die Abhängigkeit gestörten körperlichen Selbstbezug wieder herstellen zu können.

Stressbewältigung

Die in der Indikationsgruppe „Stressbewältigung“ entwickelten neue und hilfreiche Einstellungen und Verhaltensweisen in sozialer Kommunikation können in dem „Experimentierfeld Klinik“ erprobt werden. Des Weiteren lernen die Teilnehmer, sich durch aktive Entspannungstechniken (imaginative Meditation, Progressive Muskelrelaxation) Wohlbefinden zu verschaffen, indem sie ihr inneres Erregungsniveau auf ein für sie ertragbares Maß reduzieren können.

Diese als Problemlösegruppe konzipierte Einheit ist auf die aktive Mitarbeit der Teilnehmer angewiesen, wobei der Gruppenleiter den theoretischen und methodischen Input gibt und die teilnehmenden Rehabilitanden sich fallbezogen gegenseitige Hilfestellung geben. Es wird hierbei viel Wert darauf gelegt, dass alle Teilnehmer selbst Lösungen für ihre spezifischen Problemsituationen entwickeln und keine vorgefertigten Lösungsmuster übernehmen, die ihrer Persönlichkeit nicht gerecht werden. Abschließend wird bilanziert, in wieweit das in der „Stressmanagement“ entwickelte und erprobte Verhalten in den individuellen Notfallplan zur Rückfallprophylaxe integriert werden kann.

Gesunde Ernährung

Gesunde Ernährung ist nicht nur bei bestimmten Erkrankungen (Diabetes, chronischer Pankreatitis, Leberschädigung, Adipositas oder Essstörungen) sondern bei allen Rehabilitanden ein die Genesung fördernder Aspekt. Durch Einzel- und Gruppenberatung und eine Lehrküche verbunden mit entsprechender Einkaufsplanung bei kleinem Budget werden die Möglichkeiten aufgezeigt und trainiert, Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Soziale Kompetenz

Ziel der Indikationsgruppe Soziale Kompetenz ist es, den Rehabilitanden zu ermöglichen, verbale und nonverbale (mimische und gestische) Fertigkeiten zu erwerben, um kritische soziale Situationen künftig gut bewältigen zu können.

Familientherapie

In der Indikationsgruppe Familientherapie lernen die Rehabilitanden, problematische Interaktionsmuster mit ihren Angehörigen wahrzunehmen, zu benennen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, die dann in Familien- und Angehörigengesprächen in der Klinik sowie auf Reha-Heimfahrten bereits ansatzweise in der Realität erprobt und weiter gestaltet werden können. Durch Psychodramaübungen und Rollenspiele wird die Bewusstheit für kommunikative Muster in der Herkunftsfamilie, der aktuellen Familie und anderen Beziehungen verbessert. Durch Familienskulpturen werden Beziehungskonflikte verdeutlicht und neue Perspektiven ermöglicht sowie neue Verhaltensoptionen eingeübt.

Rückfallprävention

Ziel dieser Indikationsgruppenarbeit ist es, unsere Rehabilitanden zu befähigen, an ihren eigenen physiologischen, emotionalen und kognitiven Signalen (z.B. Schwitzen, Gereiztheit, häufige Gedanken

an den „Stoff“) rechtzeitig potentiell rückfallgefährdende Situationen zu erkennen und dem damit verbundenen starken Verlangen nach dem Suchtmittel stabile und für sie selbst überzeugende Problemlösungs-Verhaltensmuster entgegenzusetzen.

Frauengruppe

Diese Gruppe bietet den Frauen in unserer Klinik einen Freiraum, in dem spezielle Probleme von Frauen im Suchtbereich ungehemmt reflektiert werden können. In erster Linie sind hier zum einen die Unterrepräsentation weiblicher Rehabilitanden in der stationären Suchtkrankenbehandlung sowie die gegenüber Männern deutlich ausgeprägte Scham- und Schuldproblematik aufgrund der Erkrankung zu nennen.

Arbeit und Beruf

In der Indikationsgruppe werden schwerpunktmäßig folgende Themen behandelt:

- Herausarbeiten der Bedeutung von Arbeit und Arbeitslosigkeit sowie von Arbeitslosigkeit und Sucht
- Klärung individueller Probleme auf dem Gebiet Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit (z.B. Fremdschuldzuweisung, „Wendeproblematik“ etc.)
- Tagesstrukturierung (Zeitkreis unter Berücksichtigung des instrumentellen und sozioemotionalen Bereiches der Arbeit).
- Erlernen neuer Fähigkeiten in der Kommunikation und Interaktion mit Anderen
- Spielerisch-praktische Elemente zum Training von Teamfähigkeit
- Gestalten und Differenzieren persönlicher Visionen der beruflichen Zukunft.

Persönlichkeitsstile

In der Indikationsgruppe Persönlichkeitsstile setzten sich die Rehabilitanden mit verschiedenen Persönlichkeits- und Kommunikationsstilen auseinander. Gefördert werden die Selbstwahrnehmung und das Verständnis für das eigene Verhalten, seine Ursachen und seine Auswirkungen und das Entdecken von Alternativen für dysfunktionale Kommunikationsstile. Durch die Beschäftigung mit verschiedenen Persönlichkeits- und Kommunikationsstilen wird die Eigen- und Fremdwahrnehmung der Rehabilitanden gefördert, um mehr Verständnis und Toleranz für das Verhalten anderer zu entwickeln. Anhand ausgewählter Übungen und Rollenspiele werden neue Erfahrungen und Fertigkeiten im Denken, Erleben und Verhalten ermöglicht.

Angst verstehen

Hier werden einerseits edukative und narrative Elemente und andererseits meditative Achtsamkeitsübungen angewandt, um die Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, kompetenter mit der Angsterkrankung umzugehen und zu einer allmählichen Symptomreduktion zu kommen. Letztlich, Drogen oder Medikamenten verhindert werden.

4. Doppeldiagnosen: Psychose oder Persönlichkeitsstörungen

Menschen mit so genannten Doppeldiagnosen sind in der Suchtkrankenhilfe in den letzten Jahren zunehmend ins Blickfeld gerückt. Mit Doppeldiagnosen ist das gleichzeitige Bestehen einer schweren psychischen Störung und einer Suchterkrankung gemeint, ohne eine Aussage über Ätiologie und Beziehung der beiden Erkrankungen zu machen. Das Gebiet der Doppeldiagnosen ist sehr komplex. Es reicht von überwiegenden Suchterkrankungen mit begleitenden Persönlichkeitsstörungen bis zu schweren Psychosen mit regelmäßigem Konsum von Rauschdrogen. Die bei Menschen mit Doppeldiagnosen häufigen und relevanten psychischen Störungen sind: affektive Störungen, Angststörungen, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

In den letzten Jahren ist ein steigender Bedarf an Therapieplätzen für Menschen mit Doppeldiagnosen festzustellen, ohne dass diese Therapieplätze in ausreichender Zahl vorhanden sind. Sowohl in den USA wie in Europa gibt es parallel existierende Versorgungssysteme für psychiatrische Patienten und Suchtpatienten. Wobei letztere noch einmal aufgeteilt sind in Alkohol- und Drogenpatienten. Dies hat die Entwicklung von Behandlungsangeboten für Patienten mit Doppeldiagnosen behindert. Unterschiedliche Finanzierungswege und Behandlungsschwerpunkte sind zu Hindernissen in der Entwicklung von Therapiemodellen geworden. Außerdem widersprechen sich oft die therapeutischen Behandlungsanleitungen, die sich für eine der beiden Störungen als wirksam erwiesen haben, (z. B. Konfrontation vs. Schutzmaßnahmen) und stellen Therapeuten vor scheinbar unüberwindbare Hindernisse.

Das Behandlungskonzept der Fachklinik Alte Ölmühle in Magdeburg für Menschen mit Suchterkrankung und Psychose oder schwerer Persönlichkeitsstörung können Sie in der Klinik anfordern.

5. Tabakentwöhnung

Lange Zeit war der begleitende Tabakkonsum ein eher unterschätztes Thema und die Rehabilitationsmaßnahmen richteten sich vornehmlich in Richtung Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit. Der Anteil an Rauchern und Raucherinnen unter Alkohol- und Drogenabhängigen ist sehr hoch. Viele geben an, ihnen falle der Verzicht auf die Zigarette schwerer als die Drogen- bzw. Alkoholabstinenz.

Der gleichzeitige starke Konsum von Tabak und Alkohol geht mit einer deutlich erhöhten Sterblichkeit einher. Das relative Krebsrisiko steigt bei einem kombinierten Konsum stark an. Die Mehrheit der drogen- und alkoholabhängigen Patienten ist kaum in der Lage, langfristig tabakabstinent zu leben. Die Fachklinik Alte Ölmühle ist konzeptionell von Anfang an eine rauchfreie Zone, d.h. im Gebäude der Klinik darf nicht geraucht werden, auch nicht von Mitarbeitern, und auf dem Klinikgelände darf nur in einem bestimmte kleinen Areal geraucht werden. Dies ist in der Hausordnung verankert und wird auch überwacht. Bei Verstoß wird dies angesprochen und auf die Hausordnung verwiesen.

Bei wiederholten Verstößen gegen die Hausordnung folgen disziplinarische Maßnahmen.

Der Tabakkonsum der Rehabilitanden wird von ärztlicher Seite erfasst und im Rahmen der medizinischen Diagnostik werden Folgeschäden z.B. Lungenfunktionseinschränkungen festgestellt. Ein bestehender Tabakkonsum wird in der ärztlichen Sprechstunde thematisiert und für eine Abstinenz motiviert. Es werden die Möglichkeiten der Entwöhnung besprochen. In regelmäßig statt findenden medizinischen Informationsveranstaltungen werden alle Rehabilitanden über Tabakabhängigkeit und die Folgeerkrankungen sowie Möglichkeiten der Entwöhnung informiert. Ein Tabakentwöhnungsprogramm wird für Rehabilitanden und Mitarbeitern angeboten. Ausführlicher wird das Konzept zur Tabakentwöhnung im Anhang beschrieben.

6. Ganztägig ambulante und ambulante Rehabilitation

6.1 Allgemeines

Neuere Ansätze der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen berücksichtigen sowohl die individuelle Dynamik des Suchtkranken als auch die Wechselwirkungen, die diese Dynamik mit dem ihn umgebenden Kontext hat. Diese finden sich in dem **bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (ICF)** wieder. In diesen Zusammenhang gehören auch flexiblere Behandlungszeiten, da sich die gesellschaftlichen Bedingungen der Rehabilitation wandeln und flexible Behandlungszeiten der sich verdichtenden Intensität der Rehabilitation Rechnung tragen und so ein stärker individualisiertes und aktiveres Angebot begünstigen.

Die **ganztägig ambulante und die ambulante Rehabilitation** bieten in dieser Perspektive besonders günstige Bedingungen, da der Rehabilitand tagtäglich das Gelernte auch in seinem persönlichen Kontext umsetzen kann. Zudem bekommen die Angehörigen regelmäßig die Gelegenheit, in den zweiwöchentlich stattfindenden Angehörigengruppen ihre Sichtweise der möglichen Verhaltensänderungen einzubringen. Der gesamte familiäre Kontext kann so die Gelegenheit allgemeiner familiärer Veränderungsmöglichkeiten in einem Rehabilitationskontext reflektieren und auch weiterentwickeln.

Es gelten alle Bestimmungen der zugehörigen gesetzlichen Regelungen (SGB VI, z.B. § 13 und SGB IX z.B. §3) und der Indikationskriterien für ganztägig ambulanten Rehabilitation Sucht in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2002 sowie den gemeinsamen Leitlinien der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ganztägig ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen vom 9. März 1995 (sowie Empfehlungsvereinbarungen 1991, 1996 bzw. Vereinbarung „Abhängigkeitsvereinbarungen“ 2002).

Das Versorgungsgebiet der ganztägig ambulanten Rehabilitation umfasst neben der Landeshauptstadt Magdeburg mit 230 000 Einwohnern auch Teile der angrenzenden Landkreise wie den Bördekreis, den Landkreis Jerichower Land, den Ohrekreis und den Landkreis Schönebeck. Diese Region hat insgesamt 680 000 Einwohner und umfasst damit 23% der Bevölkerung des Landes Sachsen-Anhalt.

6.2 Merkmale der ganztägig ambulanten Rehabilitation

6.2.1 Zielgruppe

Zielgruppe für die ganztägig ambulante Rehabilitation sind alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr nach erfolgter Entzugsbehandlung. Insbesondere bestehen bei dieser Rehabilitandengruppe weitgehend noch intakte psychosoziale Strukturen, die die Rückkehr in die eigenen häuslichen Verhältnisse begünstigen, wie Ehe- und Lebenspartner oder weitere stabile familiäre Beziehungen. Es ist auch erwünscht, dass dieses psychosoziale Umfeld in die Behandlung z. B. in den Angehörigenseminaren mit einbezogen werden kann.

6.2.2 Zugangskriterien

Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist ein wohnortnahes Angebot. Dabei sollte in der Regel die Fahrzeit zwischen Wohnung und Rehabilitationseinrichtung nicht mehr als 45 Minuten bzw. die Entfernung sollte nicht mehr als 50 km betragen. Die Rehabilitationseinrichtung sollte in der Regel unter Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel ohne Begleitung erreichbar sein. Die Rehabilitanden sollten dazu über die erforderliche Mobilität und körperliche wie psychische Belastbarkeit verfügen. Außerdem sollten die allgemeine Rehabilitationsfähigkeit und eine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegen. Eine ganztägig ambulante Rehabilitation kommt also in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- a. Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ganztägig ambulante Rehabilitation Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Rehabilitation nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- b. Das soziale Umfeld des Abhängigkeitserkrankten hat (noch) stabilisierende und unterstützende Funktion. Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden können.
- c. Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse zu erwarten sind.
- d. Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und Einhaltung des Therapieplanes in Bezug auf die ganztägig ambulante Rehabilitation vorhanden ist. Der Abhängige ist bereit und in der Lage suchtmittelfrei am ganztägig ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- e. Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h. die täglich An- und Abfahrt z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der Rehabilitand muss in der Lage sein, innerhalb von ca. 45 Minuten die Einrichtung zu erreichen. (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen v. 4.5.01)

6.2.3 Ausschlusskriterien

Eine ganztägig ambulante Rehabilitation ist ausgeschlossen, wenn eine stationäre Rehabilitation notwendig und eine ambulante Rehabilitation nicht ausreichend ist, bei starker Multimorbidität, bei ungenügender körperlicher und psychischer Belastbarkeit, bei fehlender sozialer Unterstützung und

Versorgung im häuslichen Milieu, bei zu geringer Fähigkeit eine Abstinenz bezüglich des Suchtmittels am Abend und am Wochenende zu Hause und wenn eine zeitlich vorübergehende Distanzierung vom sozialen Umfeld z.B. bei einem trinkenden Umfeld oder einem sehr Konflikt beladenen Umfeld zur Aufrechterhaltung der Abstinenz und zur Bearbeitung entsprechender Themen notwendig ist.

6.2.4 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 12 Wochen. Sie richtet sich nach den individuellen Therapiezielen der Rehabilitanden. Verkürzungen der Behandlungszeiten können durch folgende Voraussetzungen eintreten:

- durch frühzeitiges Erreichung der Therapieziele,
- vorausgegangen war bereits eine stationäre oder ambulante Rehabilitation mit entsprechender Vorbereitung zur Erreichung der Therapieziele.
- Die Indikation zur ganztägig ambulanten Rehabilitation muss im Verlauf zu einer stationären Rehabilitation korrigiert werden, weil der Rehabilitand mit den Bedingungen einer ambulanten Rehabilitation beispielsweise überfordert ist.

6.2.5 Besonderheiten des ganztägig ambulanten Konzepts

Das Konzept der ganztägig ambulanten Rehabilitation bezieht sich in einigen Kriterien auf die bewährten Behandlungsmodulare der stationären Rehabilitation, auch um eine Wiedererkennung schon bestehender Therapieerfahrungen aufzugreifen oder aber, falls nötig, die stationäre Rehabilitation im Sinne eines leichter zu bewältigenden Übergangs zu erleichtern. Die wichtigen Unterschiedsdimensionen zur stationären Rehabilitation sind dann:

- Hochstrukturiertes Tagesprogramm mit Bezug auf die Zeit zu Hause im Sinne von Förderung sozialer und auch kommunikativer Kompetenz.
- Hochfrequente tägliche Therapieeinheiten mit flexibler Therapiedauer, beginnend mit einem Zeitmodul von 4 Wochen.
- Breit gefächerte Behandlungsressourcen mit medizinischen, psycho-, sozio- und adjuvant-therapeutischen Behandlungsmethoden. Begleitende Selbsthilfegruppenanbindung.
- Hohe personale Integration im Behandlungsteam.
- Komprimiertes Behandlungsprogramm in einer therapeutischen Gemeinschaft.
- Die Anzahl der therapeutischen Modelle werden auf ein kleines Team begrenzt, dadurch werden das Lernen in der therapeutischen Gemeinschaft und das Üben im tatsächlichen Alltag in eine tägliche Rückkopplung genommen.
- Tägliche Rückkehr in das soziale Milieu wird therapeutisch genutzt (z.B. Rückfallprävention, Angehörigenarbeit, Arbeitssuche, Hausaufgaben, Übungsprogramme etc.).
- Konzentrierte Peergruppenerfahrung, d. h., hier ist das Verhaltenslernen in der engen therapeutischen Beziehung erleichtert.
- Das Risiko eines Rückfalls im Vergleich zur stationären Rehabilitation ist zwar erhöht, kann aber die konkreten Auslösebedingungen zeitnahe darstellen und konkret durch neues Verhaltenslernen bearbeiten.
- In der 14tägigen Samstagsgruppe mit Angehörigen werden diese in den therapeutischen Prozess mit eingebunden und ein Abstinenz förderndes soziales Umfeld geschaffen.

6.2.6 Räumlichkeiten

Die ganztägig ambulante Rehabilitation verfügt über einen eigenen Gruppentherapieraum, einen eigenen Aufenthaltsraum mit eigenem Eingang, eigene Duschen und Toiletten sowie Schließfächer. In der Sport- und Bewegungstherapie, Ergo- und Arbeitstherapie und den Veranstaltungen der Therapeutischen Gemeinschaft werden die gleichen Räume wie in der stationären Rehabilitation genutzt.

6.2.7 Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes

Die ganztägig ambulante Rehabilitation eignet sich besonders zur „in-vivo“-Bearbeitung sozialer Beziehungsstörungen. Das in der Therapie aktuell Erfahrene kann sofort in der gelebten Beziehung dem Realitätstest unterzogen werden. Andererseits kann der Therapeut mittels Paargesprächen und Familienseminaren mit den Angehörigen eine Realitätsprüfung vornehmen. Das soziale Umfeld des Suchtkranken wird so in die Behandlung der Abhängigkeit mit einbezogen.

6.3 Merkmale der ambulanten Rehabilitation

Zielgruppe für die ambulante Rehabilitation sind alkohol- und medikamentenabhängige und polytoxikomane Frauen und Männer ab dem vollendeten 18. Lebensjahr nach erfolgter Motivations- und Entgiftungsbehandlung mit anschließender Abstinenz. Dieses Rehabilitationsangebot ist besonders für Rehabilitanden geeignet, die in einem festen und/oder neuen Arbeitsverhältnis stehen und bei denen eine ambulante Rehabilitation zur Erreichung einer dauerhaften Abstinenz ausreicht und eine stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitation nicht indiziert ist.

6.3.1 Indikationsspektrum

Eine ambulante Rehabilitation kommt in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- a. Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung erfolgversprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- b. Das soziale Umfeld des Abhängigkeitserkrankten hat (noch) stabilisierende und unterstützende Funktion. Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden können.
- c. Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse zu erwarten sind.
- d. Der Abhängigkeitserkrankte ist beruflich noch ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Rehabilitation nicht aus.
- e. Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die ambulante Rehabilitation vorhanden ist.

- f. Der Abhängige ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- g. Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d.h. die täglich An- und Abfahrt z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der Rehabilitand muss in der Lage sein, innerhalb von ca. 45 Min die Einrichtung zu erreichen.

6.3.2 Behandlungsdauer

Die Regelrehabilitationsdauer beträgt neun bis zwölf Monate mit maximal 80 Einzel- und Gruppengesprächen plus vier Einzelgesprächen mit Angehörigen. Die Regelrehabilitationsdauer wird an den verschiedenen Phasen der ambulanten Rehabilitation ausgerichtet (Initialphase vier bis sechs Wochen, Aktionsphase vier bis fünf Monate, Integrationsphase zwei Monate und Neuorientierungsphase vier bis sechs Wochen).

6.3.3 Medizinische Voraussetzungen

Vor Antritt der Rehabilitation muss eine Entzugsbehandlung abgeschlossen sein. Weitere medizinisch notwendige Behandlungen müssen abgeschlossen sein, um die anstehende ambulante Rehabilitation nicht zu gefährden.

6.3.4 Diagnostik

Die Diagnostik der Erkrankung und - soweit möglich - auch der Schädigung und Fähigkeitsstörung sollten bereits rasch und frühzeitig vor der medizinischen Rehabilitation, auch bezüglich der Begleiterkrankungen, abgeschlossen sein und der Rehabilitationsklinik zu Beginn der Rehabilitation vorliegen, um die Behandlung zügig und zielgerichtet beginnen zu können. Die diagnostischen Maßnahmen während der ambulanten Rehabilitation sind auf diejenigen Aspekte konzentriert, die zur Einleitung und Fortführung einer zielgerichteten Rehabilitation und zur abschließenden Beurteilung notwendig sind.

Dabei sind besonders all jene Bereiche zu berücksichtigen, die bei bestehendem Arbeitsplatz für eine Weiterbeschäftigung dienlich sind oder bei Arbeitslosigkeit eine Rückkehr an einen Arbeitsplatz hilfreich sind. Damit sind z.B. die Entwicklung kommunikativer Kompetenzen gemeint, die in einschlägiger Literatur auch als die „soft skills“ bezeichnet werden, die es ermöglichen, auch im schwierigen Arbeitszusammenhang wie z.B. Mobbing, Stress etc. kompetent zu bleiben.

6.3.5 Therapiephasen

Auch in der ambulanten Rehabilitation gliedert sich die Behandlung in vier Phasen. Die Unterschiede zur stationären Behandlung sind im Folgenden beschrieben. Der therapeutische Prozess wird nach dem tetradischen Modell nach Petzold (1999) strukturiert, was sich als therapiespezifische Ausformung allgemeiner synergetischer Prozesse verstehen lässt. Der Prozess läuft über eine ordnende Phase hin zu einer Phase, die rigide oder/und dysfunktionale Prozesse auflöst, was Krisen und Erschütterungen nach sich ziehen kann, und zu einer Phase, die Neues integriert und schließlich zu einer abschlie-

ßenden Phase, die das Neue konsolidiert. Dieses Modell unterteilt sich in vier therapeutische prozesshafte Phasen, die verschiedene Ebenen des Lernens fördern:

Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase, Neuorientierungsphase.

6.3.6 Therapiestruktur

Die Behandlung beginnt nach den Vorgesprächen zunächst in therapeutischen Einzelgesprächen. Nach entsprechender Eingewöhnungszeit erfolgt zusätzlich die Teilnahme auch an der einmal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapie. Die Teilnehmer dieser Gruppentherapie setzen sich aus den Rehabilitanden der ambulanten Rehabilitation zusammen. Es werden zusätzlich auch nonverbale Verfahren wie z.B. Kunst- und Körpertherapie angeboten. In Analyse des sozialen Umfelds werden Bezugspersonen in die Behandlung mit einbezogen. Regelmäßig werden Angehörigenseminare angeboten. Die Termine werden mit den Arbeitszeiten der Beteiligten abgestimmt.

Die Therapieangebote sind im Einzelnen:

- Einzelgespräch einmal pro Woche 50 min.
- Gruppentherapie einmal pro Woche 100 min.
- Angehörigengespräche maximal 4 x 50 min.
- Arztprechstunde nach Bedarf jederzeit möglich

Folgende therapeutische Angebote richten sich nach dem Bedarf des Rehabilitanden:

- Sozialberatung
- Partner- und Familiengespräche
- Kontaktgespräche zum beruflichen Umfeld
- Körpertherapie
- Kreativ-/Kunsttherapie
- Frauengruppe
- Psychologische und medizinische Informationsveranstaltungen 2mal wöchentlich

6.3.7 Behandlungsziele

1. Nachhaltige Weiterentwicklung und Festigung der schon bestehenden Motivation zu einem suchtmittelfreien Leben.
2. Entwicklung von Strategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.
3. Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit
4. Entwicklung von nachhaltigen Strategien zur Rückkehr ins Erwerbsleben.
(Dies gilt besonders für Langzeitarbeitslose, vor allem bei schon bestehender Tendenz zur Desintegration aus wichtigen sozialen und zeitlichen Strukturen.)
5. Reintegration in den sozialen Kontext.
6. Rückfallprophylaxe (Burn-out-Prophylaxe).
7. Organisation der Nachsorge z.B. mit Besuch von Selbsthilfegruppen, weitere Kontakte zu sozialen Unterstützungsinstitutionen.
8. Entwicklung von Bewältigungsstrategien für Zeiten der Arbeitslosigkeit.
Überprüfung der individuellen und ressourcenbezogenen Kriterien zu einer erweiterten und

erfolgreichen Berufswahl und Berufsfindung.

9. Entwicklung von Copingstrategien für berufliche Auslösesituationen wie:

Teamkooperation und –fähigkeit, spannungsfreier Umgang mit Mitarbeitern und Kollegen sowie konstruktivere Beziehungen zu Vorgesetzten.

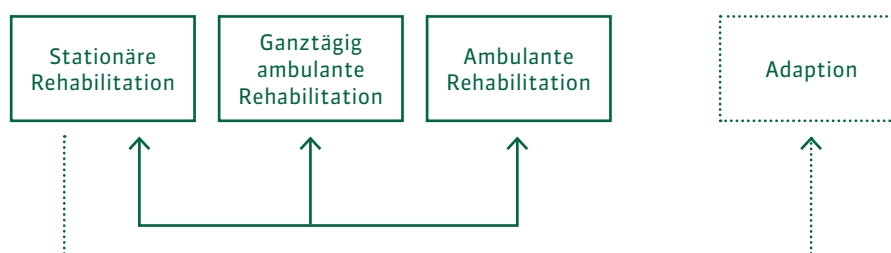
7 Kombinationstherapie

Besonderes Merkmal der Fachklinik Alte Ölmühle ist die Möglichkeit einer Kombinationstherapie. Die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Modulen ist Teil des Konzeptes, sodass ein Wechsel zwischen dem stationären, ganztägig ambulanten und ambulanten Modul möglich ist. Nach stationärer Therapie ist ein Wechsel in die Adaption möglich.

Als wesentliches Merkmal wird herausgestellt, dass die Übergänge von einem Modul zum anderen konzeptionell angelegt sind, um eine Optimierung des Behandlungskonzeptes auch bezüglich Umfang und Kosten zu erreichen. Diese Kombination der Module – stationäre, ambulante und ganztägig ambulante Rehabilitation – ist für Rehabilitanden mit nachfolgenden Indikationen geeignet.

Indikationen für eine Kombinationstherapie:

- Zu Beginn der Therapie ist eine stationäre Behandlung notwendig, um die für die Therapie notwendige Abstinenz zu garantieren und/oder die Distanz zum häuslichen Umfeld ist zum Einstieg in die Therapie und zur Bearbeitung z.B. familiärer Konflikte zunächst notwendig.
- Ein Übergang in den ambulanten Bereich nach stationärer Behandlung, um Therapieergebnisse zu festigen und in den Alltag zu übertragen im Sinne einer ganztägig ambulanten oder ambulanten Behandlung, ist möglich und notwendig.
- Eine vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung ist durch Erreichen einer stabilen Abstinenz und bei Notwendigkeit spezieller Bearbeitung von häuslich-familiären Belastungen angezeigt. (Z.B. 8 Wochen stationär und 4 Wochen ganztägig ambulant).
- Eine notwendige Verlängerung der Behandlung erfordert nicht mehr ein stationäres Setting, sondern kann auf Grund Erreichens ausreichend stabiler Abstinenz bei Fortsetzung der Therapie und bei Notwendigkeit thematischer Bearbeitung z.B. familiärer Belastungen im ganztägig ambulanten oder ambulanten Setting durchgeführt werden.



8 Adaption

Die Adaption ist Teil der medizinischen Rehabilitation. Sie ist die Fortsetzung des in einer stationären Entwöhnungsbehandlung begonnenen Rehabilitationsprozesses auf Grundlage der in einer medizinischen Rehabilitation geltenden Voraussetzungen bezüglich der Rehabilitanden und der Einrichtung. Ein Teil der Rehabilitanden/innen, die eine stationäre Rehabilitation durchlaufen haben, benötigen spezifische weiterführender Maßnahmen, um die Ziele zu erreichen. Bei einem Hintergrund von z. B. Arbeitslosigkeit, eines stark suchtmittelkonsumierenden Umfelds, eines sozial wenig unterstützenden Umfelds oder Wohnsitzlosigkeit ist die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsergebnisse ohne weitere Maßnahmen häufig stark gefährdet.

Die Rehabilitationsziele der stationären Behandlung sind in dem Sinne nur teilweise erreicht worden, dass eine Überprüfung und Stabilisierung durch Anwendung in der Praxis fehlt. Nach durchlaufener Entwöhnungsbehandlung ist die Erwerbsfähigkeit soweit wiederhergestellt, dass die Rehabilitanden an einem externen Berufspraktikum teilnehmen können. Es kann davon ausgegangen werden, dass für diese Rehabilitanden über eine zeitlich begrenzte Maßnahme bei konkreter Zielsetzung neben dem Erlangen einer psychisch und sozial gefestigten Situation und damit einer Stabilisierung der Abstinenz, eine berufliche Wiedereingliederung möglich wird.

Aufgenommen werden alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden sowie auch Polytoxikomane und pathologische Glückspieler, die erfolgreich eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert haben. Bei den Indikationen setzt sich die Adaption von den übrigen Modulen ab, da in der Adaption die Unterschiedlichkeit der Suchtmittel in den Hintergrund treten. Die Adaption, d. h. Anpassung an die Realität außerhalb des Klinikkontextes und die Umsetzung der in der stationären medizinischen Rehabilitation gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sowie der erreichten Verhaltensänderungen in der Praxis des Lebensalltags, ist die letzte stationäre Phase der Rehabilitation im Sinne von § 9 i. V. m. § 15 SGB VI. In dieser Phase ist die Stabilisierung der gewonnenen Genesung bezüglich Körper und Psyche und damit der Abstinenz und die stabile Eingliederung oder Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft das Ziel. Damit wird Teilhabe in allen Dimensionen des Lebens als Rehabilitationsziel umgesetzt, wie in den Überlegungen des ICF beschrieben.

8.1 Ziele der Adaption

Vornehmliches Ziel ist die Wiederherstellung der sozialen Kompetenzen, bei inzwischen wiederhergestellter Erwerbsfähigkeit unter realen Lebens- und Arbeitsbedingungen und Erhaltung der Abstinenz. Im Besonderen heißt das:

- Normalisierung“ des Alltags: weg von der therapeutischen, „klinischen“ Orientierung hin zu einer eigenständigen Lebensgestaltung; eigene Versorgung, mit eigener Nahrungszubereitung, Zimmerreinigung, Wäsche waschen usw.;
- der Tagesablauf ist so strukturiert, dass er den realen Lebensbedingungen entspricht und somit eine Adaption an die eigenverantwortlichen Lebensbewältigung ermöglicht;

- Arbeit wird erlebt als sinnvoller Wert, der Abstinenz einerseits erfordert und andererseits dazu motiviert;
- Förderung der psychischen und körperlichen Belastbarkeit;
- Erhöhung der Frustrationstoleranz durch Entwicklung von erstrebenswerten Perspektiven;
- stabile, suchtmittelfreie Lebensgestaltung.

Durch die Anwendung der ICF (International Classification of Functioning) und des SGB IX sind in der Rehabilitation auch die Ziele anderer Leistungsträger z.B. aus dem Bereich der Sozialhilfe zu berücksichtigen.

8.2 Prozessuale Therapiestruktur

Die Adaption umfasst in der Regel einen Zeitraum von drei Monaten. Die Gliederung der Adaption wird im wesentlichen bestimmt durch die individuell bestehenden Voraussetzungen bei den Rehabilitanden, wobei davon abhängig zunächst eine interne Erprobung notwendig wird, die zeitlich sehr individuell bestimmt werden sollte mit einer anschließenden externen Erprobung, wobei die externe Erprobungsphase mit möglichst vollständiger Eigenversorgung zügig angestrebt werden sollte.

Die Adaption gliedert sich in 2 Hauptphasen, die fließend ineinander greifen:

- Aufnahme- und Überleitung
- Externe Erprobung

Es ist davon auszugehen, dass sich die angegebene Zeitdauer der jeweiligen Phase nach den ersichtlichen Erfordernissen individuell verändert und sich nach dem vereinbarten Adaptionsplan richtet. Im Wochenplan sind fokussierte therapeutische und sozialarbeiterische Angebote enthalten. In der Woche finden zwei Gruppensitzungen statt, in der die anfallenden Erfahrungen, Probleme, aber in erster Linie die positiven und förderlichen Aspekte besprochen werden. Hinzu kommen Sprechstunden, die als Einzelgespräche genutzt werden können. Hier sind die individuellen Belange zu berücksichtigen. Bei vielen Rehabilitanden sind ebenfalls noch umfassende sozialarbeiterische Themen zu bearbeiten, von einer gezielten Schuldnerberatung bis hin zur Wohnraumbeschaffung.

Die therapeutischen Angebote sind so strukturiert, dass die Eigenverantwortlichkeit der Rehabilitanden gefördert und gefordert wird. In der Therapiezielplanung ist z. B. in der Abschlussphase die Terminierung der Einzelgespräche eher im Freizeitbereich der Rehabilitanden angesiedelt. Mit den Rehabilitanden sind jedoch regelmäßig die einzelnen Schritte zu überprüfen und eventuelle Modifikationen und neue Vereinbarungen zu treffen.

Mit jedem einzelnen Rehabilitanden ist also ein individueller Adaptionsplan zu entwickeln, der sich nahtlos an die vorausgegangene stationäre Maßnahme anschließt. Die gemeinsamen Vereinbarungen werden regelmäßig auf ihre Effizienz hin überprüft. Hierbei besteht für die zuweisende Fachklinik die Möglichkeit, in enger Kooperation bereits diese Zielsetzungen vorzubereiten.

8.2.1 Aufnahme- und Überleitung

Die Aufnahme- und Überleitungsphase sollte nicht länger als zwei Wochen dauern. Zielsetzung ist primär die Umstellung der Rehabilitanden auf die für ihn neue soziale Situation, der Kontakt zu den Therapeuten und zu den Mitrehabilitanden. Ferner erfolgt die Klärung der wichtigen Belange des Rehabilitanden (finanzielle Fragestellungen, Wohnungsaufösungen etc.), sodass eine möglichst störungsfreie Ausrichtung auf die Adaption erfolgen kann. Die Fragestellung in dieser Phase wäre: „Was muss vordringlich noch geklärt werden?“

In dieser Behandlungsphase macht sich der Rehabilitand mit den verschiedenen Möglichkeiten der Adaptionseinrichtung vertraut und entwickelt Zielsetzungen für die interne Erprobungsphase. Bei Rehabilitanden aus der Rehabilitationsfachklinik „Alte Ölmühle“ ist davon auszugehen, dass dieser Behandlungsabschnitt fast vollständig zugunsten der internen und externen Erprobungsphase entfallen kann.

8.2.2 Externe Erprobung

Die externe Erprobungsphase dauert i. d. R. 8 Wochen. Der Rehabilitand absolviert in einem Betrieb ein Praktikum. Die Fachklinik Alte Ölmühle hat Kooperationsverträge mit mehr als hundert Firmen im Magdeburger Raum. Alle therapeutischen Angebote finden außerhalb des Berufspraktikums statt, sodass insgesamt konkrete Erfahrungen bezüglich einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung ermöglicht werden. Die Adaptionseinrichtung hält ihrerseits ständigen Kontakt zu den Praktikumsbetrieben, sodass auch gemeinsame Auswertungen stattfinden können. Die Fragestellung in dieser Phase lautet: „Wie ist die psychische Belastbarkeit und die Einhaltung der Abstinenz in den neuen und fordernden Situationen? Was ist noch konkret notwendig, um ein eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen und eine abstinenten Zukunft vorzubereiten?“

In diesem Behandlungsabschnitt muss auch die Zeit nach der Rehabilitation vorbereitet werden. Der Übergang in ein eigenverantwortliches Leben war in allen vorangegangenen Behandlungsschritten ein latentes Thema, da die einzelnen Aspekte (Wohnraumbeschaffung, Arbeitsplatz, Regelung der finanziellen Situation etc.) einen entsprechenden Vorlauf benötigen. Sollte die externe Erprobungsphase zunächst scheitern, besteht die Möglichkeit, diesen Enttäuschungsprozess therapeutisch aufzuarbeiten und auch ausnahmsweise ein internes Arbeitstraining, z.B. in der Rehabilitationsfachklinik Alte Ölmühle, anzusetzen.

Die Arbeitserprobung stellt einen wesentlichen Aspekt der Adaption dar. In möglichst realistischen Betriebsabläufen soll der Rehabilitand Erfahrungen machen, die seine berufliche Orientierung und Wiedereingliederung erleichtern. Viele unserer Rehabilitanden verfügen durchaus über berufliche Kompetenz, sie ist jedoch im Laufe ihrer Suchtentwicklung in Vergessenheit geraten. Die Arbeitserprobung gliedert sich in zwei Phasen, mit jeweils eigenen Zielsetzungen.

Schon während der stationären Entwöhnungsbehandlung aber auch in der ersten Phase der Adaption können Rehabilitanden der Fachklinik Alte Ölmühle an internen Praktika teilnehmen, um ihre Belastung zu erproben und sich in einen durch Aktivität und reale Anforderungen geprägten Alltag zu erleben. Hier gibt es außerdem die Möglichkeit der „kurzen Wege“, um sich mit dem therapeutischen Personal auszutauschen in Bezug auf ein angemessenes Gleichgewicht zwischen Forderung und Förderung als ersten Schritt in den Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit und/oder andere Lebensmodelle. Dieses Praktikum bereitet die Rehabilitanden auf die externen Praktika vor. Eine ressourcenorientier-

te Diagnostik, die die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitanden berücksichtigt und in vielen Fällen erst wieder entdeckt wird, ist Bestandteil dieses Ansatzes. Die Rehabilitanden werden in ihrem beruflichen Handeln bestärkt und bei dem Prozess der beruflichen Selbstfindung zu unterstützt.

Für Rehabilitanden aus anderen stationären Entwöhnungseinrichtungen besteht durch das interne Praktikum die Möglichkeit, sich auf die Belastung außerhalb des geschützten Rahmens einer stationären Einrichtung vorzubereiten. Beim Übergang von der internen zur externen Erprobungsphase werden mit dem Rehabilitanden konkrete Zielsetzungen vereinbart, die sich aus der Reflexion der internen Phase ergeben. Der Rehabilitand hat nun Gelegenheit, sich in einem externen Betrieb zu erfahren und unter „normalen“ betrieblichen Bedingungen seine Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit zu erproben. Die therapeutische Begleitung findet nun primär außerhalb des Berufspraktikums statt, sodass somit auch eine Adaption an reale Lebensbedingungen möglich ist. Somit ist eine Kontinuität der gesamten Entwicklung in der Adaption gewährleistet, die auch den Rehabilitanden aus seiner Sicht sinnvolle Schritte ermöglicht und therapeutische Überforderungen ausschließt. Während dieser externen Phase halten wir ständigen Kontakt mit dem Praktikumsbetrieb, es finden vor Ort gemeinsame Gespräche mit unmittelbaren Vorgesetzten statt, um belastende, aber auch positive Entwicklungen rechtzeitig thematisieren zu können.

8.3 Die verschiedenen therapeutischen und medizinischen Angebote

8.3.1 Gruppentherapie

Im Rahmen der Gruppentherapie steht die weitere Festigung der Abstinenz unter Berücksichtigung der positiven Erfahrungen der Rehabilitanden im Vordergrund. Reflektiert werden die einzelnen Schritte, die der Rehabilitand im Rahmen der Übernahme immer größerer Eigenverantwortung in der Regelung seines Lebens u.a. im internen/externen Betriebspraktikums erlebt hat wie z.B.:

- Wie gelingt es mir, mit der größeren Eigenverantwortung umzugehen?
- Wie gestaltet sich die Kommunikation mit anderen?
- Wie erlebe ich mich in der Auseinandersetzung mit meinen Arbeitskollegen?
- Wie erlebe ich mich im Arbeitsprozess?
- Wie sehen meine Ansprüche an mich selbst aus?
- Was sind die vermuteten und tatsächlichen Erwartungen der Anderen?
- Wie ist mein Umgang mit frustrierenden Situationen?
- Welche Rückschlüsse kann ich aus dem eigenen Erleben und den Erfahrungen der Anderen auf meine Lebenszielplanung ziehen?
- Welche Zielsetzungen (Werte) in meinem Leben untermauern meine Abstinenz?

Die Gruppentherapie ist themenzentriert, stellt eine Unterstützung in dem jetzt anstehenden Aktivierungsprozess dar. Sie ist in diesem Sinne keine Fortsetzung der klinischen psychotherapeutischen Arbeit, kann aber, wenn nötig, durch Einzelgespräche intensiviert werden.

8.3.2 Die Einzelgespräche

Die Einzelgespräche dienen zunächst der Therapiezielplanung und dann der Aufarbeitung von spezifischen Problemen und der Überprüfung des Therapieverlaufs. Ziel ist die zunehmende Selbständigkeit des/der Rehabilitanden/innen. Deshalb ist die therapeutische Arbeit konsequent lösungsorientiert

ausgerichtet. In der Aufnahmephase sind meistens mehrere Einzelgespräche pro Woche notwendig. In der Phase der internen und externen Erprobung sollte jedoch zunehmend der/die Rehabilitand/in die Initiative für die Vereinbarung von Einzelgesprächen übernehmen. Vorrangig sollte dann jedoch die Klärung im Rahmen der Gruppentherapie erfolgen.

Zusätzliche Einzelgespräche können jederzeit vereinbart werden bei aktuellen Krisen, bei Rückfälligkeit und zur psychischen Stabilisierung. Es ist jedoch konsequent darauf hinzuwirken, dass im Einzelgespräch zukunfts- und lösungsorientierte Sicht- und Verhaltensweisen entwickelt werden.

8.3.3 Medizinische Versorgung

Die medizinische Betreuung der Rehabilitanden erfolgt direkt durch die Ärzte und das Pflorgeteam der Fachklinik. Zu Beginn steht eine vollständige medizinische Untersuchung, wobei Voruntersuchungen berücksichtigt werden. Rehabilitanden der Adaption können die tägliche Arztprechstunde in Anspruch nehmen. Bei Bedarf werden niedergelassene Fachärzte hinzugezogen. Regelmäßige Abstinenzkontrollen werden durchgeführt. Die entsprechende Labordiagnostik steht zur Verfügung.

8.3.4 Sport- und Bewegungsprogramm

Dies findet in der Freizeit statt, damit eine möglichst realitätsnahe Erfahrung auch hier möglich ist. Dieser Bereich wird jedoch von den Rehabilitanden möglichst eigenverantwortlich gestaltet werden, in der Regel ist davon auszugehen, dass eine sport- bzw. physiotherapeutische Begleitung nicht mehr notwendig ist. Eine Einbindung in regionale Sportvereine ist durchaus gewünscht. Die Sportgeräte, Sportraum und Außensportplatz der Fachklinik können in der Freizeit auch von Rehabilitanden der Adaption genutzt werden.

8.3.5 Freizeit

Die Freizeit wird möglichst eigenständig vom Rehabilitanden geplant und ausgeführt. Im Umfeld der Adaptionseinrichtung können vielfältige Freizeiteinrichtungen genutzt werden. In den Gruppengesprächen findet darüber gemeinsam mit der Gruppe ein Erfahrungsaustausch statt. Die Sauna der Fachklinik kann zu den vorgesehenen Zeiten auch von Rehabilitanden der Adaption genutzt werden.

8.3.6 TV, PC und Internet

Jede Wohnung verfügt im Wohnbereich über ein TV-Gerät zur gemeinsamen Benutzung. Im Büro der Adaption kann ein Computer mit Drucker zur Erstellung von Briefen und Bewerbungsunterlagen genutzt werden. Im PC-Raum der Fachklinik können Recherchen im Internet, wie z. B. zur Wohnungs- und Jobsuche gemacht werden.

8.3.7 Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit bzw. den Jobcentern

Wir arbeiten eng mit der regionalen Agentur zusammen, um Fördermöglichkeiten im Anschluss an die Adaption rechtzeitig einleiten zu können. Ebenso sind regelmäßige Beratungsgespräche zur beruf-

lichen Planung und Wiedereingliederung Bestandteil der Adaption.

8.3.8 Selbsthilfe

Die Rehabilitanden besuchen einmal wöchentlich eine klinikinterne Selbsthilfegruppe und werden angehalten, sich außerhalb auch in der Selbsthilfe anzubinden.

8.4 Räumliche Ausstattung

Die Rehabilitanden werden in 3-4er-Wohngruppen untergebracht, die neben den Zimmern auch über eine gemeinsame Küche und einen Wohnraum verfügen. Außerdem gibt es eine große Gemeinschaftsküche und einen Speiseraum für alle Rehabilitanden der Adaption, wo einmal wöchentlich ein von den Rehabilitanden zusammengestelltes Abendessen stattfindet. Der Gruppenraum und die Büros der Therapeuten befinden sich in direkter Nähe der Wohnungen.

8.5 Personalplan

Die Adaption steht in vollem Umfang unter der Verantwortung und ärztlichen Leitung des Chefarztes, der gegebenenfalls durch die Oberärztin bzw. durch den Leitenden Therapeuten vertreten wird. Die medizinische Betreuung der ambulanten Rehabilitanden und die Supervision des psychotherapeutischen Prozesses erfolgt durch den Chefarzt.

Zwei Gruppentherapeuten/-in (Sozialpädagogen) begleiten die Rehabilitanden und sind für die Einzel- und Gruppengespräche sowie für die Unterstützung bezüglich aller sozialen und beruflichen Angelegenheiten verantwortlich.

Ergänzende Angebote durch Arbeitstherapeut, Diätassistenz, Physiotherapie und Pflege stehen bei Bedarf durch den Verbund mit der Fachklinik zur Verfügung.

8.6 Kooperation mit Betrieben vor Ort

Die Adaptionseinrichtung kooperiert mit Betrieben, die sich in der Region und im Umfeld der Klinik befinden. Von diesen Betrieben werden Praktikumsplätze angeboten. Die Mitarbeiter der Klinik gehen in die Betriebe, um ihre suchtherapeutischen Fachkenntnisse in die Betriebe zu bringen und die Führungskräfte zu beraten und mit den Mitarbeitern der Betriebe Schulungen durchzuführen. Es werden regelmäßig Bilanzierungsgespräche mit dem Betrieb und dem Rehabilitanden durchgeführt.

Die Ergebnisse fließen in den Entlassungsbericht ein. Der Rehabilitand erhält von dem Praktikumsbetrieb ein Zeugnis.

Einmal im Jahr findet in der Fachklinik Alte Ölmühle ein Treffen mit Vertretern der Praktikumsbetriebe statt, in dem einerseits das Konzept der Adaption vorgestellt wird und die Betriebe Gelegenheit haben sich mit den Mitarbeitern der Klinik auszutauschen.

8.8 Wochenplan

Im Wochenplan sind fokussierte therapeutische und sozialarbeiterische Angebote enthalten. In der Woche finden zwei 90-minütige Gruppengespräche statt, in der die anfallenden Erfahrungen, Probleme, aber in erster Linie die positiven und förderlichen Aspekte besprochen werden.

Hinzu kommen Einzelgespräche in denen die individuellen Belange zum Beispiel Schuldnerberatung oder Wohnraumbeschaffung besprochen und geplant werden. Die therapeutischen Angebote sind so strukturiert, dass zunehmend die Eigenverantwortlichkeit der Rehabilitanden/innen gefördert wird. Mit den Rehabilitanden/innen sind jedoch regelmäßig, die einzelnen Schritte zu überprüfen und eventuelle Modifikationen und neue Vereinbarungen zu treffen.

Mit dem Rehabilitanden ist ein individueller Adaptionsplan zu entwickeln, der sich nahtlos an die vorausgegangene stationäre Maßnahme angliedert. Diese gemeinsame Vereinbarung wird regelmäßig auf seine Effizienz hin überprüft. Hierbei besteht für die überweisende Fachklinik die Möglichkeit, in enger Kooperation bereits diese Zielsetzungen vorzubereiten. Die Mitarbeiter der Adaption können ebenfalls hierbei mit einbezogen werden, in Form gemeinsamer planerischer Gespräche.

9 Notfallmanagement

Klinik interne Bereitschaft: Die Fachklinik verfügt über einen Arzt mit Fachkundenachweis Rettungswesen, sowie über zwei weitere Ärztinnen. Es besteht kein ständiger ärztlicher Präsenzdienst, aber eine 24 Stunden Anwesenheit einer examinierten Pflegekraft und eine ständige telefonische Bereitschaft eines Arztes/Ärztin. Die ärztliche Bereitschaft wird in einem Dienstplan verbindlich geregelt und dokumentiert. Ebenso wird ein verbindlicher Dienstplan der Pflegekräfte erstellt und dokumentiert.

Darüber hinaus besteht über den Rettungsdienst der Landeshauptstadt Magdeburg eine Notfallversorgung bezüglich Rettungsdienst und Notarzt mit drei Notarztstandorten in Magdeburg. Diese Notfallversorgung wird zentral über den Notruf 112 geregelt und kann die Klinik in 5-10 Minuten erreichen. Augenärztlicher, HNO-ärztlicher und zahnärztlicher Notdienst werden einzeln über direkte Notdienstnummern geregelt. All diese Notrufnummern sind gut sichtbar im Dienstzimmer der Pflegekräfte und des Arztes angebracht. Die Notrufnummer 112 ist an mehreren Stellen in der Klinik als Notrufnummer kenntlich gemacht.

Als technische Ausrüstung für Notfälle verfügt die Klinik über einen Notfallkoffer (Ulmer Koffer II) mit Sauerstoffflasche und Absaugmöglichkeit sowie Defibrillator. Diese Geräte werden monatlich auf ihre Einsatzfähigkeit überprüft und dokumentiert. Sowohl der Notfallkoffer als auch der Defibrillator befinden sich im medizinischen Funktionsraum im Obergeschoss und sind jederzeit zugänglich.

10 Dokumentation

Die medizinische Dokumentation entspricht der gesetzlichen Bestimmung und den Anforderungen der Leistungsträger. Die Krankenakte enthält z. B. eine Anamnese, sämtliche Befunde, Verlaufsberichte, Briefe und Befunde anderer Krankenhäuser bzw. Institutionen oder niedergelassener Ärzte. Die Krankenakte dokumentiert insbesondere die individuelle Problematik des jeweiligen Rehabilitanden und die sich daraus ergebenden Therapieziele. Der Rehabilitationsprozess wird lückenlos von Beginn bis Ende der stationären Maßnahme in schriftlicher Form nach fachspezifischen Standards festgehalten. Die Anwesenheit der Rehabilitanden wird durch ein Anwesenheitsbuch, in das sich alle Rehabilitanden ein- bzw. austragen müssen, kontrolliert und dokumentiert. Für Rehabilitanden der stationären oder ganztägig ambulanten Therapie besteht während der Therapiezeiten Anwesenheitspflicht (siehe Therapiepläne). Ausgangszeiten sind durch die Hausordnung geregelt. Ausnahmen können nur durch den Chefarzt genehmigt werden.

Der Reha-Entlassungsbericht baut sich Software-unterstützt im Verlauf der Therapie auf, sodass er entsprechend den Vorgaben der Leistungsträger kurz nach der Entlassung versandt werden kann. Inhalte des Entlassungsberichtes entsprechen den Vorgaben des Leitfadens Deutsche Rentenversicherung.

11 Qualitätssicherung

11.1 Internes Qualitätsmanagement

Die Fachklinik Alte Ölmühle verfügt über ein wissenschaftlich begründetes Konzept, das regelmäßig entsprechend dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand überprüft und aktualisiert wird. Es besteht ein klinikinternes QM-System (IQMP-Reha) und die Zertifizierung erfolgte im März 2012 und ist bis 2015 gültig.

11.2 Externe Qualitätssicherung

Die Fachklinik Alte Ölmühle nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teil. Die leitenden Ärzte und der leitende Therapeut haben die Schulung zum Peer-Review-Verfahren durchlaufen und arbeiten als Peer.

12 Angaben zur Hygiene

Ein ärztlicher und pflegerischer Hygienebeauftragter wurden benannt, die an regelmäßigen spezifischen Fortbildungen teilnehmen. Ein Hygieneplan ist schriftlich niedergelegt und mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt.

13 Angaben zum Datenschutz

Ein durch die Klinik benannter Datenschutzbeauftragter überprüft die Anforderungen des Datenschutzgesetzes. Alle Daten bleiben grundsätzlich in der Rehabilitandenakte. Das Anfordern von Patientenunterlagen, die Kommunikation innerhalb und außerhalb der Klinik und das Versenden von Entlassungsbriefen erfolgen nach den Bestimmungen der Leistungsträger unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

14 Mustertherapieplan Stationäre Rehabilitation

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag / Sonntag
7.00 – 7.30 Uhr	Frühsport	Frühsport	Frühsport	Frühsport	Frühsport	
7.30 – 8.00 Uhr	Frühstück					
8.30 – 9.00 Uhr	Arztvisite – Einzelgespräche – Rückenschule – Sozialer Dienst					Informationsveranstaltungen externer Selbsthilfegruppen oder Angehörigen-seminar
9.00 – 10.00 Uhr	Gruppenpsychotherapie	Gruppenpsychotherapie	Kreativtherapie (3) / Chefarztvisite	Körpertherapie (2)	Gruppenpsychotherapie	
10.30 – 12.00 Uhr	Sporttherapie	Ergotherapie	Gruppenpsychotherapie	Ergotherapie	Sporttherapie	
12.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen					
13.00 – 13.30 Uhr	Einzelgespräche – Entspannung – Bürozeiten					
13.30 – 15.00 Uhr	Großgruppe	Körpertherapie (2)	Patientenforum	Ergotherapie	Film	
15.30 – 17.00 Uhr	Medizinische Information	Indikationsgruppen (1)	Ergotherapie	Psychologische Information	Filmdiskussion	Selbsthilfegruppe (sonntags)
18.00 – 19.00 Uhr	Abendessen					
19.00 – 20.00 Uhr	Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	

1 Indikationsgruppen: Entspannungstraining, Selbstsicherheitstraining, Familientherapie, Kreativtherapie, Gedächtnistraining

2 Körpertherapien: speziell für Medikamentenabhängige

3 Kreativtherapien: speziell für Medikamentenabhängige

15 Mustertherapieplan Ganztägig ambulante Rehabilitation

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag 14-tägig
8.30 – 9.00 Uhr		Arztsprechstunde – Verwaltung – Rückenschule			Arztsprechstunde – Verwaltung	Lehrküche
9.00 – 10.00 Uhr		Arbeitstherapie	Arbeitstherapie		Bewegungstherapie	Gemeinsames Frühstück
10.00 – 10.30 Uhr	(Arzt) Einzelgespräche	Pause	Pause	(Arzt) Einzelgespräche	Pause	Pause
10.30 – 12.00 Uhr	Bezugsgruppe	Bezugsgruppe	Selbsthilfegruppe / Arztvisite	Bezugsgruppe	Bezugsgruppe	Angehörigen- gruppe
12.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen					
13.00 – 13.30 Uhr	Entspannung	Entspannung	Entspannung	Entspannung	Entspannung	
13.30 – 15.00 Uhr	Großgruppe	Indikationsgruppe	Forum	Arbeitstherapie	Wochenbericht bis 14.30 Uhr	
15.30 – 17.00 Uhr	Med. Info			Psycho-Info		
Therapiezeit	10.00 – 17.00 Uhr	8.30 – 15.00 Uhr	8.30 – 15.00 Uhr	10.00 – 17.00 Uhr	8.30 – 14.30 Uhr	8.30 – 12.00 Uhr

Medinet
GmbH

**MEDINET GMBH
FACHKLINIK ALTE ÖLMÜHLE**

Berliner Chaussee 66

39114 Magdeburg

Tel.: 0391 8104-0

Fax: 0391 8104-106

E-Mail: alte-oelmuehle@medinet-gmbh.de

www.fachklinik-alte-oelmuehle.de