



Therapiekonzept

Inklusive BORA-Konzept, Konzept zur
tiergestützten Therapie und StoF-Konzept



DGD Stiftung
Mehr als
Medizin

DGD Fachklinik Haus Immanuel

Konzept der medizinischen Rehabilitationseinrichtung für die stationäre Entwöhnungsbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen



Hutschdorf 46
95349 Thurnau
Telefon: 09228 – 9968 – 0
www.haus-immanuel.de

Verfasser: Gotthard Lehner, Leiter der Gesamteinrichtung
Doctor-medic Mihai-Dan Dima, Chefarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Gerhard Georg Schlenk, Facharzt Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, Palliativmedizin, suchtmedizinische Grundversorgung, Psychotherapie
Werner Wenninger, therapeutischer Leiter, Sozialtherapeut (GVS)
Jana Langguth, Psycholog. Psychotherapeutin, stellvertr. therapeutische Leitung

Basierend auf dem bisherigen Konzept u.a. von:
Dipl. Sozialpädagoge (FH) Gotthard Lehner
Sozialbetriebswirt, Diakon
und Fr. Dr. med. univ. Sabine Barry

Versionsnummer: 3.0
Stand: 04.09.2025

Inhalt

1. Vorwort	5
2. Allgemeines	7
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	8
4. Rehabilitationskonzept	9
4.1 Theoretische Grundlagen	9
4.1.1 Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell	9
4.1.2 Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeitserkrankung	12
4.1.3 Behandlungsansatz	13
4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	15
4.3 Rehabilitationsziele	15
4.4 Rehabilitationsdauer	16
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	16
4.6 Rehabilitationsprogramm	17
4.7 Rehabilitationselemente	20
4.7.1 Aufnahmeverfahren	20
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	21
4.7.3 Medizinische Therapie	22
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	22
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	23
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	25
4.7.7 Freizeitangebote	26
4.7.8 Sozialdienst	26
4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	27
4.7.10 Angehörigenarbeit	28
4.7.11 Rückfallmanagement	28
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	30
4.7.13 Weitere Leistungen	30
4.7.13.1 Seelsorge und spirituelles Angebot	30
4.7.13.2 Therapie der Essstörungen	31
4.7.13.3 Posttraumatische Belastungsstörung und Suchterkrankung	31
4.7.13.4 EMDR	33
4.7.13.5 Tiergestützte Therapie	33
4.7.13.6 Mutter-Kind-Behandlung	33
4.7.13.7 EFL	34
4.7.13.8 Weitere Angebote	35
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	35
4.8 Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (StoF)	35
5. Personelle Ausstattung	36
6. Räumliche Gegebenheiten	37
7. Kooperation und Vernetzung	38
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	38
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	39
10. Notfallmanagement	40
11. Fortbildung	43
12. Supervision	43
13. Hausordnung/Therapievertrag	44

Literatur	45
Anhänge	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Allgemeines Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell	9
Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell nach dem ICF	10
Abbildung 3: Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung	11
Abbildung 4: Teufelskreismodell der Sucht	11
Abbildung 5: Abstinenz- und Rückfallraten nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung in Deutschland für unterschiedliche Befragungszeiträume und Studien.	29
Abbildung 6: Prozentsatz der in den ersten 6 Jahren nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung abstinent gebliebenen Personen.	29
Abbildung 7: Prozess Lebensbedrohliche Notfälle	41
Abbildung 8: Prozess psychische Notfälle	42
Abbildung 9: Therapievereinbarung	44

Vorwort

Ist es angemessen nach so kurzer Zeit wieder ein neues Therapiekonzept zu verfassen? Vor rund 1 ½ Jahren hat Frau Dr. med. univ. Barry für die Fachklinik ein neues Therapiekonzept für die Kostenträger geschrieben und in ihrem Vorwort betont, dass es für jede Klinik immer wichtig sei, sich weiterzuentwickeln, aber gleichzeitig an Bewährtem festzuhalten. Manches hat sich verändert. In diesen anderthalb Jahren ist das Konzept der tiergestützten Therapie von der Rentenversicherung anerkannt worden, ebenso das „BORA Konzept“ (Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker in der medizinischen Rehabilitation). Unsere Abläufe im Klinikalltag haben sich verändert und wir wollen den Therapieerfolg unserer Klientinnen nochmals verbessern.

In der DGD Fachklinik Haus Immanuel werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf den Grundlagen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung erbracht. Die entsprechenden Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB) IX in Verbindung mit dem SGB V und VI bilden dabei die gesetzlichen Grundlagen und kommen in Betracht, wenn die jeweils ausgeführten Ziele verfolgt werden können. Besonders berücksichtigt werden auch: Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001, die BAR Arbeitshilfe für Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12) sowie alle Rahmenkonzepte, Leitfäden, Empfehlungen und Vereinbarungen – wie sie in der Literaturliste aufgeführt sind.

Es besteht ein Basisvertrag nach § 38 SGB IX mit der DRV-Bund. Weitere Rentenversicherungsträger haben sich diesem Basisvertrag angeschlossen. Mit der gesetzlichen Krankenkasse besteht ein Belegungsvertrag nach § 111 SGB V. Auch Selbstzahler können in der DGD Fachklinik Haus Immanuel aufgenommen werden.

Institutskennzeichen:	260940438
Fachleistungsschlüssel:	8501
aRESC:	e28987

Gesamt- und Verwaltungsleitung:	Gotthard Lehner
---------------------------------	-----------------

Ärztliche Leitung:	Doctor-medic Mihai-Dan Dima, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
--------------------	---

Stellvertretende ärztliche Leitung:	Dr. med. Gerhard Georg Schlenk, Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, Palliativmedizin, suchtmedizinische Grundversorgung und Psychotherapie
-------------------------------------	---

Therapeutische Leitung:	Werner Wenninger, Sozialpädagoge (FH), Suchttherapeut (GVS)
-------------------------	--

Stellvertretende therapeut. Leitung:	Jana Langguth, Psycholog. Psychotherapeutin
--------------------------------------	--

Präambel

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel ist eine Einrichtung zur Behandlung suchtkranker Frauen, überwiegend alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene. Sie ist eine Einrichtung der „Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband Stiftung gGmbH“ mit Sitz in Marburg. Die Einrichtung wurde 1907 vom damaligen Ortspfarrrer Ernst Keupp in Hutsdorf gegründet. Für ihn war die aus dem Glauben an Jesus Christus entsprungene Liebe zu den armen und bedürftigen Menschen der Beweggrund des Handelns. Gottes Liebe zu den Menschen im eigenen Handeln weiterzugeben und erfahrbar zu machen, bestimmt auch heute noch das Leben und Arbeiten in den Einrichtungen des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes. Die „Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband Stiftung gGmbH“ ist Mitglied im Diakonischen Werk.

1. Einleitung

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel behandelt seit dem 03.03.1907 alkoholabhängige Menschen. Sie ist damit die älteste Fachklinik in Bayern. In diesem Geiste der Verbesserung der Therapiequalität, v. a. der Strukturqualität, hat sich der Träger vor 12 Jahren (2012) entschlossen, das Therapieangebot der Fachklinik zu erweitern, indem er auf 60 Plätze aufstockte und auch ein Angebot für bis zu 12 Mütter mit ihren Begleitkindern vorhält. Die bisher vorgelegten Konzepte stützten sich auf eine langjährige praktische Erfahrung und theoretische wissenschaftliche Studien in der Behandlung von suchtkranken Menschen. Es konnte in jedem Konzept auf Bewährtes zurückgegriffen werden, es wurden aber auch immer neueste wissenschaftliche Erkenntnisse mitberücksichtigt und in ihrer Umsetzung für die Fachklinik beschrieben.

Die medizinische Rehabilitation Suchtkranker ist in den letzten Jahren einem starken Wandel unterworfen. In früheren Jahren war eine Behandlung nur in der Abgeschiedenheit einer Fachklinik (oder früher: Trinkerheilstätte) möglich. Es galt die Abhängigen aus ihrem sozialen Milieu herauszunehmen, sicherzustellen, dass sie keinerlei Alkohol konsumieren, sie zu entwöhnen und sie anschließend wieder gestärkt in den Lebensalltag zurück zu entlassen. In der qualifizierten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist ein sehr differenziertes, flexibles Versorgungssystem entstanden, das neben körperlichen und psychischen auch soziale Faktoren auf der strukturellen wie auch auf der inhaltlichtherapeutischen Ebene umfassend berücksichtigt, und dabei die Forderung nach einer weiteren Individualisierung der Behandlung in besonderer Weise Rechnung trägt, indem es die Vorteile von stationärer, teilstationärer und ambulanter Therapie miteinander verknüpft. In der fachlichen Diskussion wurde in den letzten Jahren verstärkt auf die Notwendigkeit einer wohnortnahen Einrichtung hingewiesen, die das soziale Umfeld stärker mit einbezieht und mehr Konstanz in der Beziehung aufweist.

Kooperation und Koordination

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel und ihre Mitarbeitenden sind in vielfältiger Weise mit anderen professionellen Hilfesystemen vernetzt. Ziel ist eine möglichst enge Kooperation im Hinblick auf Prävention, Behandlung und wohnortnaher Anschlussbehandlung.

Einbezug der bestehenden Hilfesysteme

Die Patientinnen können während ihrer Behandlung den bisherigen Kontakt zu heimatnahen Selbsthilfegruppen fortführen bzw. neu aufnehmen.

Kontinuität in der Behandlung

Die Möglichkeit einer flexiblen Behandlung mit dem Angebot des Wechselns der Behandlungsform, falls es notwendig erscheint.

Das Integrierte Konzept wird dem in besonderer Weise gerecht

Die Bandbreite der therapeutischen Angebote ermöglicht es, zu Beginn der Behandlung einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen, der den Bedürfnissen der Einzelnen entspricht. Die Behandlung beruht auf der therapeutischen Grundannahme, dass die Betroffenen sich und ihr Verhalten zum Positiven verändern und weiter entwickeln wollen. Diese Aktualisierungstendenz wird seitens der Therapeuten mittels Echtheit, Wertschätzung, Empathie und uneingeschränkter Akzeptanz unterstützt! Ein Wechsel der Priorisierung der einzelnen Behandlungsformen ist im Verlauf der Behandlung nach Rücksprache mit den Kostenträgern möglich. Durch diese Möglichkeit einer flexiblen Gestaltung der Übergänge zwischen den einzelnen Therapieangeboten kann die Häufigkeit von Therapieabbrüchen verringert werden, die Beziehungs-, Behandlungs- und Einrichtungskontinuität bleibt weitgehend gewährleistet. Das Integrierte Konzept bietet damit die Möglichkeit, die gesamte Rehabilitationsmaßnahme optimal auf die Wünsche und Erfordernisse der einzelnen Patientinnen unter der Einbeziehung ihrer Lebenswelt abzustimmen. Das vorliegende Integrierte Konzept medizinischer Rehabilitation beschreibt die Behandlungsmöglichkeiten in der DGD Fachklinik Haus Immanuel, welche von den zuständigen Kostenträgern belegt werden.

2. Allgemeines

Fachklinik

Stationäre Rehabilitation in der Fachklinik

Dauer: 15 Wochen, ggf. sind im Bedarfsfall Verkürzungen oder Verlängerungen möglich; Anzahl der Behandlungsplätze: 60

Kombinationstherapie

Der besondere Vorteil einer Fachklinik liegt darin, dass die betroffene Patientin aus ihrem häuslichen Umfeld herausgenommen werden kann. Sie kann neue Lebensentwürfe entwickeln und auch umsetzen, ohne dass sie von ihrem häuslichen Umfeld immer wieder umgestimmt wird. Diese Phase der Trennung wird im Regelfall auch von den Angehörigen als sehr positiv erlebt.

Der stationäre Teil der Kombitherapie dauert in der Regel 6 bis 8 Wochen und endet mit einem gemeinsamen Übergabegespräch mit der ambulant weiterbehandelnden Suchtberatungsstelle.

Teilstationäre Behandlungsform

Mit den GKV (gesetzlichen Krankenkassen) wurde vereinbart, drei Plätze für ganztagsambulante Behandlung zu schaffen, damit den Frauen (und deren Kindern) die Möglichkeit einer Behandlung gegeben wird. Die Voraussetzung dafür ist, dass eine positive Prognose für die 10-wöchige Behandlungsform wahrscheinlich ist.

Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (StoF)

Stabilisierungsangebot für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen, die noch nicht rückfällig geworden, aber stark rückfallgefährdet sind. Diese dauert 3 Wochen.

Nachsorge

Ambulante Nachsorge als Anschlussbehandlung

Die Patientinnen, die die Langzeittherapie regulär abgeschlossen haben und bei denen ein weiterer Behandlungsbedarf gesehen wird, werden von uns mittels Antragsformular jeweils an eine heimatnahe ambulante Nachsorgeeinrichtung vermittelt. Die Dauer dieser Anschlussbehandlung beträgt bis 6 Monate. Für Patientinnen, die in der Gegend wohnhaft sind, ist bei vorliegender Kostenzusage die Nachsorge im Einzelfall auch bei uns in der Klinik möglich.

Selbsthilfegruppe

In regelmäßigen Abständen stellen sich unseren Patientinnen in hausinternen Veranstaltungen verschiedene Selbsthilfegruppen in der Klinik vor. Ebenso findet in der Klinik seit Jahren einmal wöchentlich eine Selbsthilfegruppe statt. Diese soll unseren Patientinnen ermöglichen, ersten Kontakt mit der Suchtselbsthilfe aufzunehmen, sowie positive persönliche Erfahrungen zu machen, so dass auch zu Hause ein schneller Kontakt zu Selbsthilfegruppen möglich wird.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Träger

Der Träger der DGD Fachklinik Haus Immanuel ist die DGD Stiftung GmbH in Marburg/Lahn.

Standort

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel hat ihren Standort im Dorf Hutschdorf in der Gemeinde Thurnau in Oberfranken. Die Klinik verfügt über eine eigene Sporthalle mit Kletterwand, ein Schwimmbad, eine Kindertagesstätte, ein Beachvolleyballfeld, Trampolin, Minigolfanlage, Outdoor-Sportplatz sowie über Stallungen für tiergestützte Therapie. Das DGD Mutter-Kind-Zentrum Rückenwind, welches Platz für 12 Mütter mit deren Kindern bietet, befindet sich ebenfalls auf dem Klinikgelände. Aufgrund der ruralen Lage steht ein Fahrdienst zur Verfügung, der Patientinnen z.B. zu externen Arztterminen fahren oder auch bei Ankunft vom Bahnhof abholen kann.

Einzugsgebiet

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel nimmt alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen ab der Volljährigkeit aus dem gesamten Bundesgebiet auf, vorwiegend jedoch aus Bayern, Thüringen und Sachsen. Sie ist in das regionale und überregionale Suchthilfesystem in Deutschland eingebunden. Es bestehen Kontakte zu den Beratungsstellen, den Entgiftungsstationen und den betrieblichen Suchtkrankenhelfern in Bayern und den angrenzenden Bundesländern. Wir verstehen die Suchtkrankenhilfe eingebunden in den Gesamtkomplex von ambulanter Vorbereitung, stationärem Aufenthalt und den verschiedenen Formen der weiteren Behandlung (Tagesrehabilitation, Adaption, ambulante Nachsorge). Deshalb legen wir besonderen Wert auf die Pflege und den Ausbau von Kooperationen mit Beratungsstellen, Sozialdiensten, betrieblicher Suchtkrankenhilfe, Selbsthilfeorganisationen und Abstinenzverbänden. Stationäre Therapie greift nur in dem Maß, in dem Vorbereitung und Nachsorge gesichert sind. Wir legen daher großen Wert auf die Vernetzung unserer Arbeit mit den o. g. Verbänden und Institutionen. Dies ist insofern eine besondere Herausforderung, da die Klinik durch ihren frauenspezifischen Ansatz überwiegend überregional belegt wird.

Die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen ist hauptsächlich Patientinnen bezogen und betrifft die Abklärung der Behandlungsindikation und das Einholen fremdanamnestischer Daten, Informationen über den Therapieverlauf sowie Absprachen über die poststationäre Weiterbehandlung bzw. Nachsorge. Diese Kontakte erfolgen überwiegend telefonisch. Außerdem lädt die Klinik die Beratungsstellen und alle weiteren Vernetzungspartner regelmäßig zu Fachtagungen ein, um persönliche Begegnungen zu ermöglichen, den fachlichen Gedankenaustausch zu fördern und die Behandlungsangebote der Klinik transparent zu machen.

Anzahl der Plätze

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel hält folgende Therapieplätze vor: 60 Plätze für stationäre Therapie.

Indikationsspektrum

Alkohol- und medikamentenabhängige Frauen ab dem 18. Lebensjahr nach abgeschlossener (qualifizierter) Entgiftungsbehandlung. Die Aufnahme kann als direkte Verlegung aus Akutkliniken organisiert werden, ggf. kann die Betreffende, nach glaubhafter Abstinenzphase, auch von Zuhause aufgenommen werden. Vorliegende komorbide Störungen können mitbehandelt werden. Dies sind, z.B. Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen, Glücksspielsucht und Schlafstörungen. Die Therapiesprache ist deutsch.

Apparative Ausstattung und Diagnostik

Die apparative Diagnostik umfasst alle medizinischen Untersuchungsmethoden, die mithilfe technischer Geräte durchgeführt werden, um Krankheiten zu erkennen und zu überwachen. Diese Verfahren ergänzen die körperliche Untersuchung und liefern oft messbare Ergebnisse. Die Fachklinik Haus Immanuel verfügt über ein EKG, ein Pulsoxymeter, zwei Atemalkoholmessgeräte, drei Blutdruckmessgeräte sowie ein Blutzuckermessgerät. Zusätzlich stehen zwei Otoskope, ein AED, ein Peak-Flow-Meter und drei Thermometer zur Verfügung. In Kooperation mit der Hausarztpraxis Dr. Ipta werden weitere apparative Untersuchungen wie z. B. Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG, Ultraschall und Spirometrie durchgeführt.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Alkoholprobleme wurden über Jahrhunderte als Laster bzw. Teufelswerk moralisch verurteilt, Betroffene von der Gesellschaft bewusst ausgegrenzt. Das heutigen Behandlungsansätzen zugrunde liegende Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit wurde 1942 durch Jellinek entwickelt. Seit 1968 ist die Krankheit in Deutschland gesetzlich anerkannt, jedoch werden Alkoholprobleme in der Gesellschaft weiterhin oft negativ gesehen und als Schwäche oder Fehlverhalten interpretiert. Eindimensionale Erklärungsansätze konnten sich nicht durchsetzen, sodass heutzutage für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit das bio-psycho-soziale Modell herangezogen wird. „Bei einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich nicht um ein einheitliches Phänomen, vielmehr können ein ganz unterschiedliches Trinkverhalten sowie eine Vielfalt von körperlichen, sozialen und psychischen Folgeschäden das klinische Bild dominieren und jeweils spezifische Behandlungsangebote erforderlich machen“.

4.1.1. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

Das allgemeine bio-psycho-soziale Modell von Krankheit sieht sein Hauptziel und seinen Ansatzpunkt in der Verbesserung des Krankheitszustandes unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren und die Vermeidung von sekundären Folgeerkrankungen entsprechend den Vorgaben und Zielen der WHO wobei hier die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF, Stand 2019) zunehmend an Bedeutung gewonnen hat.

Um diese Ziele erreichen zu können, steht die Förderung der Krankheitsbewältigung, das Krankheitsmanagement, die Linderung akuter Krankheitssymptome, die Verbesserung einer eingeschränkten physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit und die soziale Unterstützung im Vordergrund der Rehabilitation.

Insbesondere werden Betroffene auch bei der Wiedererlangung ihres Führerscheins, sowie bei der Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben unterstützt.

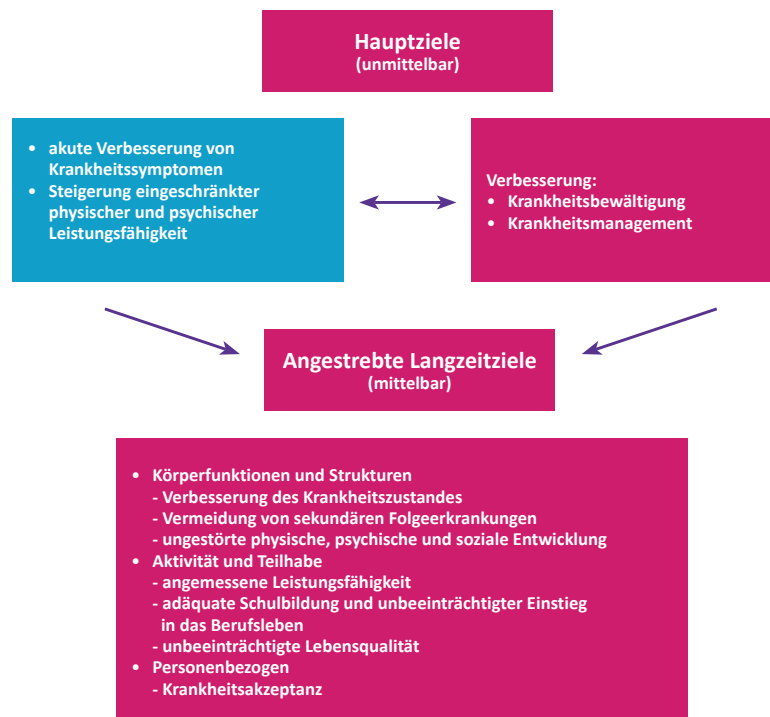


Abbildung 1: Allgemeines bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

Das bio-psycho-soziale Modell basierend auf dem ICF:

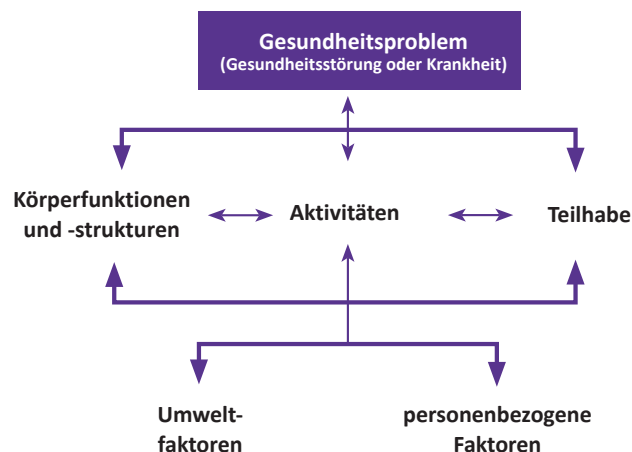


Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell nach dem ICF

Personenbezogene Faktoren:

Damit kann der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person betrachtet werden als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD-10) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, ihre Aktivität und ihre Teilhabe an Lebensbereichen.

Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des Modells kann als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden. So kann z.B. die längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Funktionsstörung) bewirken. Derartige Prozesse werden Sekundärprozesse genannt. Mit möglichen Sekundärprozessen sollte immer gerechnet werden.

Neben Sekundärprozessen sind auch induzierte Prozesse bekannt. Induzierte Prozesse können sich bei Dritten, meist nächsten Angehörigen, entwickeln, in unserem Fall Angehörige von Suchtmittel abhängigen. Die Doppelpfeile zeigen modellhaft eine allgemeine und abstrakte Wechselwirkung an. Sie bedeuten nicht, dass im Einzelfall z.B. von Einschränkungen bestimmter Körperfunktionen auf Einschränkungen bestimmter Aktivitäten geschlossen werden kann. Zwar ist dies in vielen Fällen möglich, aber nicht immer zwingend begründbar. Es müssen die Aktivitäten selbst betrachtet und beurteilt werden.

Die Behandlung für suchtkranke Menschen setzt voraus, dass:

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit bestehen
- Eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und
- Die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind, z.B. ausreichend Veränderungsbereitschaft und Motivation beim Rehabilitanden vorhanden ist.

Das bio-psycho-soziale Modell einer Abhängigkeitserkrankung:

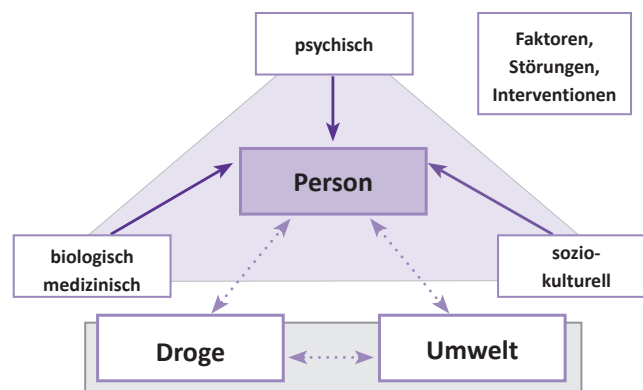


Abbildung 3: Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung

Abhängigkeitserkrankungen entwickeln sich im Bedingungsgefüge von Individuum, Umwelt und psychotroper Substanzen. In dem oben dargestellten Modell wird deutlich, in welchem Beziehungsgeflecht Suchterkrankungen entstehen. Das Individuum hat für seine Auseinandersetzung mit den Anforderungen seiner sozialen Umwelt nicht ausreichend Bewältigungsmechanismen in seiner Person zur Verfügung. Deshalb muss es durch psychotrope Substanzen (z.B. Alkohol) biochemisch ein inneres psychisches Gleichgewicht herstellen. Durch die regelmäßige Einnahme der Substanz wird einerseits ein Zugewinn an Kompetenz verhindert und andererseits erhöht sich die Konsummenge, weil eine gehirnphysiologisch bedingte Gewöhnung an das Suchtmittel eintritt. Daraus entsteht in der Regel eine Eigendynamik, bei der das körperliche und psychische Verlangen nach der psychotropen Substanz den Lebensalltag immer stärker reglementiert. Diese Dynamik wird im folgenden Modell am Beispiel des Alkohols dargestellt. Demnach sind für die Entstehung des Suchtgeschehens 3 Teufelskreise entscheidend:

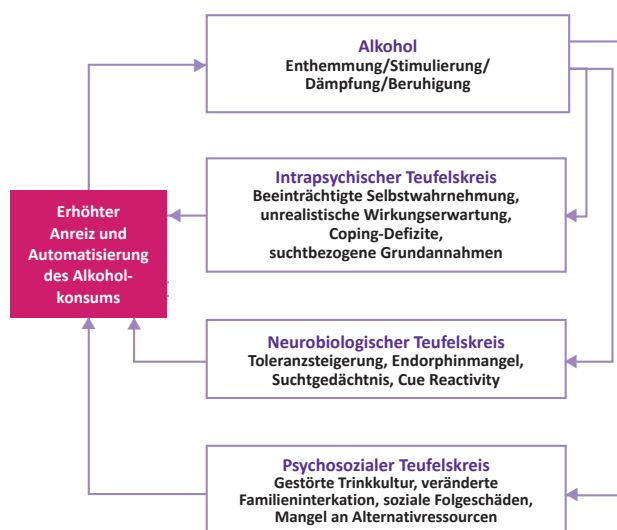


Abbildung 4: Teufelskreismodell der Sucht

Somatisch-neurobiologische Modelle der Abhängigkeit:

Abhängigkeitserkrankung hat immer eine körperliche Grundlage, aber obwohl die neurobiologische Suchtforschung in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht hat und die Theorien inzwischen sehr komplex geworden sind, so dass sie selbst von ausgewiesenen Experten nur sehr schwer nachvollzogen werden können, liegt gegenwärtig noch kein umfassendes, empirisch geprüftes und widerspruchsfreies Erklärungsmodell vor. Teilaspekte dieses Modells betreffen:

Die Stimulation des cerebralen Belohnungssystems: Im Mittelpunkt steht das die menschliche Wohlbefindlichkeit bewertende sog. Belohnungssystem im Gehirn. Eine Reihe von biochemischen Erklärungsansätzen geht davon aus, dass ein genetischer oder durch anhaltenden Alkoholkonsum erworbener Defekt verschiedener Transmittersysteme in einer mangelnden Selbstaktivierung des Belohnungssystems seinen Niederschlag findet. Bei einer Abstinenz von Alkohol entsteht nun ein Defizit an körpereigenen Endorphinen, was wiederum Suchtmittelverlangen, Reizbarkeit etc. auslöst. Erst durch die erneute Einnahme der Substanz kann der Endorphinmangel ausgeglichen werden.

Die Toleranzentwicklung: Bei regelmäßigem Alkoholkonsum können Personen eine höhere „Alkoholverträglichkeit“ entwickeln. Sie benötigen teilweise die doppelte Menge an Alkohol, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Das hat einerseits damit zu tun, dass die Leber eine größere Menge des Enzyms Alkoholdehydrogenase bereitstellt, zusätzlich läuft der Abbau auch über das sog. „Mikrosomale Ethanol Oxidations System“ (MEOS), mit dessen Hilfe der Abbau von Alkohol in der Leber durch die Zuführung von Sauerstoff beschleunigt wird.

Das Suchtgedächtnis: Verschiedene Autoren begründen die Abhängigkeit mit einem sog. Suchgedächtnis. Den Hintergrund liefern im Tierexperiment gewonnene Erkenntnisse, dass sowohl endogene Opioide als auch Glutamat - NIVIDA - vermittelte Prozesse nicht nur an der Erzeugung von Gefühlen, sondern insbesondere auch an der Gedächtnisbildung beteiligt sind. Die positiven Erfahrungen mit dem Suchtmittel bleiben deshalb dauerhaft im limbischen System des Gehirnes gespeichert und sie werden bei entsprechenden Auslösesituationen auch nach Jahren noch wieder aktiviert.

4.1.2. Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeitserkrankung

Das Suchtverhalten von Frauen unterscheidet sich in mehreren Punkten deutlich von dem der Männer:

- Frauen trinken häufiger allein und beginnen später mit problematischem Konsum.
- Sie berichten durchschnittlich von geringeren Mengen, aber erleben häufiger psycho-somatische Beschwerden.
- Die Doppelbelastung von Beruf und Haushalt (v. a. bei Alleinerziehenden) stellt ein zentrales Risiko dar.
- Frauen nehmen früher Hilfe in Anspruch, befinden sich zu diesem Zeitpunkt jedoch meist in einer ungünstigeren psychosozialen Lage, oft ohne tragende soziale Unterstützung.
- Alkoholabhängige Frauen sind häufig stärker sozial stigmatisiert als Männer.

Behandlungszugang und Erwartungen an Substanzen: Frauen nutzen seltener suchtbetonte Behandlungsangebote und bevorzugen häufig allgemeinspsychologische Einrichtungen. Ihre Erwartungen an Substanzen variieren: Während Alkohol oft mit emotionaler Entlastung assoziiert wird, dienen Medikamente häufiger zur Schmerz- oder Stressreduktion. Es gibt nicht „die“ substanzabhängige Frau – das klinische Bild ist geprägt von individuellen Belastungen, sozialen Faktoren und Lebensumständen.

Risikofaktoren: Scheidungen, Trennungen oder das Zusammenleben mit trinkenden Partnern erhöhen das Risiko eines problematischen Konsums bei Frauen.

Barrieren für die Behandlung:

Interne Barrieren: Verleugnung der Problematik, Angst vor Stigmatisierung, Schuldgefühle und Sorge um die Kinder

Externe Barrieren: Widerstand im sozialen Umfeld, Fehlende frauenspezifische Angebote (z. B. Kinderbetreuung, geschultes Personal)

Herausforderungen in der Therapie: Frauen bringen häufig ein niedriges Selbstwertgefühl, Schwierigkeiten in der Abgrenzung, Gewalterfahrungen und abhängige Beziehungsmuster mit in die Behandlung.

Medikamentenabhängigkeit bei Frauen: Diese tritt bei Frauen häufiger auf – begünstigt durch: häufigere psychosomatische Beschwerden, unauffälligen Medikamentenkonsum, Schönheits- und Leistungsdruck (z. B. durch Abführmittel, Appe-

tizügler, Stimulanzen), Mehrfachmissbrauch (z. B. Koffein, Nikotin), Wunsch nach sozialer Absicherung durch sedierende Medikamente

Multikonditionalität und Individualität

Suchterkrankungen sind komplex und erfordern ein multidimensionales, interdisziplinäres Therapieangebot. Bei jeder Patientin wird individuell geprüft, welche Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit beitragen. Dabei spielen sogenannte „Teufelskreise“ eine zentrale Rolle. Obwohl die geschlechtsspezifische Behandlung eine lange Tradition hat, wurden frauenspezifische Besonderheiten in Entstehung, Verlauf und Therapie lange Zeit vernachlässigt. Wir verstehen das Angebot einer reinen Frauenklinik nicht als Rückschritt, sondern als gezielte Möglichkeit, den spezifischen Belastungen und Lebensrealitäten süchtiger Frauen gerecht zu werden. Viele Patientinnen wählen gezielt Frauenkliniken – oft aufgrund besonderer Lebenssituationen oder negativer Erfahrungen in gemischten Einrichtungen (vgl. Winkler 2005, Ärzteblatt 2017). Frauen sind häufiger von Mehrfachbelastungen wie Mutterschaft, Pflegearbeit oder Rollenklischees betroffen, was das Suchtrisiko erhöhen kann. Der Behandlungsschwerpunkt liegt daher auf einer Stärkung der weiblichen Identität sowie auf der Förderung individueller Ressourcen – ohne dabei männliche Verhaltensmuster als Ideal zu setzen.

Essstörungen nehmen in der Behandlung zunehmend Raum ein. Weibliche Identität wird gesellschaftlich stark über das äußere Erscheinungsbild definiert. Essstörungen wie Bulimie oder Anorexie treten häufig gemeinsam mit einer Suchterkrankung auf oder wechseln sich phasenweise ab. In der Therapie wird der Umgang mit Nahrung als Teil der Identitätsentwicklung thematisiert – ein rein abstinenzorientierter Ansatz ist hier nicht anwendbar.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Auseinandersetzung mit **Sexualität**, insbesondere im Kontext von Gewalterfahrungen. Viele Patientinnen berichten von sexualisierter Gewalt in Kindheit oder Erwachsenenalter. Daher wird das Thema sensibel und geschlechtsspezifisch behandelt. Auch das Thema **Prostitution** betrifft viele suchtkranke Frauen. In einem geschützten Rahmen können Betroffene ihre Erfahrungen aufarbeiten. Unverarbeitete Erlebnisse erhöhen das Rückfallrisiko, insbesondere bei gleichzeitiger Traumatisierung. **Traumafolgestörungen**, insbesondere die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), treten bei suchtkranken Frauen häufig auf. Symptome wie Dissoziation, Intrusionen, Schlafstörungen oder ein dauerhaft erhöhtes Erregungsniveau erschweren den Alltag. In der Klinik arbeiten speziell geschulte Fachkräfte mit traumatherapeutischen Verfahren wie EMDR, Körpertherapie und Imaginationsübungen (z. B. „Sicherer Ort“), um Sicherheit und Stabilität wiederherzustellen. Unsere Arbeit orientiert sich kontinuierlich an aktuellen Erkenntnissen der Traumaforschung, um effektive und individuelle Rehabilitationsmaßnahmen für suchtkranke Frauen anbieten zu können.

Zusammenfassung: Mit diesen speziellen Angeboten können traumatisierte Patientinnen, ihrem Krankheitsbild entsprechend, suchtfreie Alternativen auf der Haltungs- und Verhaltensebene entwickeln. Im Rahmen unserer frauenspezifischen Arbeit findet die Problematik einer suchtkranken Frau und Mutter in Form der Mutter-Kind-Behandlung besondere Berücksichtigung. Hierbei sind die Probleme der Frauen, die Probleme der Kinder und die Mutter-Kind-Interaktion Therapieinhalte. Suchtkranke Mütter erleben im Laufe der Entwicklung ihrer Kinder die eigene Erziehungskompetenz in Frage gestellt. Dies äußert sich subjektiv in Nähe-Distanz-Problemen, Schwierigkeiten im emotionalen Ausdruck und der Konfliktfähigkeit, Schuldgefühlen und Unklarheiten bezüglich der Verantwortungsübernahme. Bei den Kindern tragen die süchtigen Verhaltensweisen der Eltern zu Schwierigkeiten und Störungen im körperlichen und seelisch-geistigen Bereich bei.

In einer ganzheitlichen Sichtweise sind davon wechselseitig die Sensomotorik, die emotionale, kognitive und sprachliche Entwicklung, die Bindungsfähigkeit sowie das gesamte Sozialverhalten betroffen. Familiäre Beziehungen in suchtkontextierten Kontexten weisen häufig Diskrepanzen zwischen Verhalten und Gefühlen, zwischen der sprachlichen und nichtsprachlichen Kommunikation auf. Betroffen sind das gegenseitige Abgrenzungsverhalten im interindividuellen und intergenerativen Bereich, problematisch empfundene Koalitionsbindungen und Parentifizierungen sowie destruktive Formen der Konfliktausprägung.

4.1.3. Behandlungsansatz

Die theoretische Grundlage unseres Behandlungsansatzes bezieht sich größtenteils auf das Selbstmanagementmodell. So stellt das Selbstmanagementmodell die aktive Einbeziehung der Patienten bei gleichzeitiger Förderung ihrer Selbstkont-

rollkompetenzen bzw. Entwicklung von aktiven und selbstbestimmenden lebensbewältigenden Problemlösestrategien in den Mittelpunkt. „Selbstmanagement ist inzwischen zu einem Sammelbegriff für verschiedene Therapieansätze geworden, die aber alle gemeinsam haben, dass der Klient befähigt werden soll, möglichst aktiv zur Bewältigung seiner Probleme beizutragen. Wenn dieser Lernprozess erfolgreich verläuft, ist der Patient wieder in der Lage, sein Leben ohne externe professionelle Hilfe, seinen Zielen entsprechend, zu gestalten. Das Modell des Selbstmanagements hebt sich damit von einem klassisch-medizinischen Verständnis von Therapie (mit dem Therapeuten als alleinigem Experten) ebenso ab, wie von einem falsch verstandenen humanistischen Konzept, wonach der Patient allein aufgrund seiner Selbstheilungskräfte zu einer Veränderung seiner Probleme in der Lage ist“ (Kanfer et al. 2012⁴). Mit Hilfe der Einleitung eines therapeutischen Prozesses soll also der Patient befähigt werden, im Rahmen seiner Ressourcen und Grenzen ein möglichst hohes Maß an Autonomie und Selbstbestimmung, aber auch an sozialen Kompetenzen, die die Voraussetzung zur Erlangung von Wertschätzung darstellen, zu erreichen. Wie bereits erwähnt, bedeutet für uns die Anwendung des Selbstmanagementansatzes nicht die Beschränkung auf eine einzige therapeutische Vorgehensweise. Vielmehr bietet er die Möglichkeit unterschiedlicher Methoden, wie z.B.: Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Systemisch orientierte Verfahren, Psychoanalyse, Gestalttherapie. Zum besseren Verständnis unserer Vorgehensweise sollen im Folgenden die wesentlichen suchtspezifischen Aspekte der unserem Vorgehen zugrunde liegenden Therapieansätze sowie die integrative Verbindung dieser Ansätze in der Therapie kurz skizziert werden.

Verhaltenstherapeutische Ansätze: Der verhaltenstherapeutisch begründete Ansatz bietet plausible Modelle für unterschiedliche Aspekte der Suchtmittelabhängigkeit wie etwa das sog. „Craving“, den Kontrollverlust, das Problemtrinken oder den Rückfall. Dabei spielen sowohl Theorien des klassischen Konditionierens, des operanten Konditionierens, des sozialen Lernens und insbesondere die auf der Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura, 2009) beruhende sozialkognitive Lerntheorie eine wesentliche Rolle.

Psychoanalytische Ansätze: Für die psychotherapeutische Arbeit mit Abhängigkeitskranken bietet die psychoanalytische Sichtweise mit ihrem Erklärungsmodell der oralen Fixierung eine wesentliche Grundlage. Aufgrund der Weiterentwicklung der Psychoanalyse, insbesondere unter Würdigung der spezifischen Problematik bei Suchtkranken in Verbindung mit neueren ich-psychologischen und objektpsychologischen Ansätzen, wurde eine sinnvolle Erweiterung des psychotherapeutischen Verständnisses über das klassische psychoanalytische Persönlichkeitsmodell mit den Instanzen Esch-Überich und das daraus resultierende klassische Neurosenmodell hinaus möglich. Diente das triebpsychologische Konzept eher dazu, normales von süchtigem Trinken zu unterscheiden (Trinken mit Krankheitswert zu erkennen), so bietet das Ich-psychologische Modell, das die Substanz als Selbstheilungsversuch sieht, schon wesentlich schlüssigere Erklärungshilfen für die psychoanalytisch orientierte Suchttherapie. Aufgrund der bei chronifizierten Suchtverläufen häufig auftretenden, tiefgreifenden Störungsbilder (sogenannte „frühe Störungen“ wie narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, aber auch psychosomatische Erkrankungen und Psychosen) ist eine therapeutische Ausrichtung an Ich-Funktionsdefiziten für die Behandlung nicht ausreichend. Die Sucht äußert sich bei dieser Klientel häufig mit ausgeprägt selbstzerstörerischen Tendenzen und spiegelt auf der Persönlichkeitsebene tiefe Objektbeziehungsstörungen wieder. In diesem Kontext wird Sucht als Beziehungsstörung zu sich und zu anderen verstanden und fixiert sich aus psychoanalytischer Sicht in einem sehr frühen Entwicklungsstadium – nämlich im Wechsel von der primären Symbiose zur Individuation {M. Klein, 1972, 1\1. S. Mahler 1980, 1. v. Viebahn, 1986}.

Gesprächspsychotherapeutische Ansätze: Einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Suchtpsychotherapie ist eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung. In einem verlässlichen, bewertungsfreien Beziehungsrahmen kann der Patient zu sich finden und Potenziale wiederentdecken. Gesprächstuntersuchungen profitieren besonders Selbstwertstörungsbefallenen Patienten, wie Suchtkranke häufig sind. Das Erleben von Angenommen- und Wertschätzung erhöht Selbstwert und Selbstwahrnehmung, was zu besserem Zugang zu Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen führt. Die gesteigerte Selbstannahme verbessert die innere Kommunikation: Der Patient versteht besser, woher Gefühle kommen und welche Auswirkungen sie auf Verhalten und Beziehungen haben. Für Suchtpatienten ist die gestärkte Selbstexplorationsfähigkeit ein zentrales Element der Auseinandersetzung mit früheren Rückfällen und damit eine Grundlage der Rückfallprophylaxe.

Systemische Ansätze: Systemische Ansätze gewinnen in Psychotherapie und Suchttherapie an Bedeutung. Symptome psychischer Krankheiten werden im Zusammenhang mit einem vernetzten Gesamtsystem gesehen: Veränderungen eines Elements beeinflussen andere. Dem Symptom wird Sinnhaftigkeit zugeschrieben (z. B. Helferimpulse durch Suchterkrankung

⁴ Kanfer et al. Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis

eines Familienmitglieds). Isolierte Behandlung reicht oft nicht aus; der Einbezug des Gesamtsystems (Familie) und das Verständnis funktionaler Zusammenhänge sind entscheidend für nachhaltige Therapieerfolge. Das gilt besonders für Angehörigenseminare, Familien- und Paartherapie. In der Gruppentherapie shiftet der Fokus von Defiziten hin zu Ressourcen und Kompetenzen des Betroffenen. Der lösungsorientierte Ansatz begleitet den Patienten im Kontext seiner Wertsysteme und sozialen Rahmenbedingungen und verzichtet auf grundsätzliche Neuorientierung, sondern verfolgt einen dem Kontext angepassten Lösungsweg.

Gestalttherapeutische Ansätze: Die Gestalttherapie ist eine humanistische, erfahrungsorientierte und erlebnisaktivierende Psychotherapie. Ihre Begründer sind Fritz Perls, Laura Perls und Paul Goodman. Das Paradigma der Gestalttherapie entwickelte sich zu weiten Teilen aus der Psychoanalyse und aus einer Kritik und Abgrenzung zu ihr. Quellen der Entwicklung sind außerdem die Gestaltpsychologie sowie das holistische, phänomenologische, existenzielle und hermeneutische Denken des 20. Jahrhunderts. Ziel ist Stimmigkeit und Integration psychischer Prozesse und differenzierende Reifung der Persönlichkeit nach innen und außen. Die vier zentralen Methoden bzw. Vorgehensweisen in der Gestalttherapie sind: dialogisch, feldtheoretisch, phänomenologisch und existentialistisch, wobei verschiedenen Techniken, Übungen, Hausaufgaben, Experimente sowie Interventionen zur Anwendung kommen. Wichtig ist hierbei, dass sich der Therapeut nicht als Produzent der Veränderung der Patientin sieht, sondern als partnerschaftlicher Begleiter. Außerdem bleibt der Therapeut stets authentisch und macht transparent, was mit einer bestimmten Technik erreicht werden soll. Therapeut und Patientin reflektieren die Techniken gemeinsam und verändern die Techniken gegebenenfalls oder ziehen sie sogar zurück.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Der Indikationsbereich für die Fachklinik umfasst Störungen durch folgende Substanzen:

- Störungen durch Alkohol (F10)
- Störungen durch Sedativa und Hypnotika (F13)
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch aus dem legalen Bereich, z.B. Alkohol (F10) und Nikotin (F17)

Primärindikation: Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit

Komorbide Störungen:

- Psychiatrische Diagnosen: Depression (F32/F33), Angststörungen (F4), Persönlichkeitsstörungen (F60/F61), Essstörungen (F50), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie weitere traumareaktive Erkrankungen, Pathologisches Spielen (F63.0), Somatoforme Schmerzstörung (F45), Schlafstörungen (F51)
- Internistische Diagnosen: Steatosis Hepatis (K76), Pankreatitis (K86), Leberzirrhose (K70), Gastritis (K29), Arterielle Hypertonie (I10), Kardiomyopathie (I42), Polyneuropathie (G62).

Kontraindikationen: Suizidalität, akute Psychosen, schwere hirnorganische Beeinträchtigungen, schwerwiegende Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, Unfähigkeit zur aktuellen Dauerabstinenz sowie schwere körperliche Erkrankungen, die eine intensive pflegerische und/oder medizinische Versorgung nötig machen.

4.3 Rehabilitationsziele

Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vorbeugung vor Erwerbsunfähigkeit die übergeordnete Aufgabe jeder medizinischen Rehabilitation. Nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis ist dieses übergeordnete Ziel nur durch völlige Abstinenz von psychotropen Substanzen zu erreichen.

Deshalb gelten als übergeordnete Therapieziele der stationären Behandlung:

- Stabilisierung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Abstinenz von psychotropen Substanzen

Aus den beiden oben genannten Rehabilitationszielen lassen sich folgende Gruppen von Teilzielen ableiten, welche zu Therapiebeginn mit den Patientinnen besprochen und zu Therapieende evaluiert werden:

Suchtspezifische Ziele: Erkennen der Behandlungsnotwendigkeit der Abhängigkeitserkrankung, Stärkung der Abstinenzmotivation, Stabilisierung der Dauerabstinenz, Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells für die Abhängigkeitsentstehung und Funktion des Suchtmittels, Entwicklung eines tragfähigen Konzeptes zum Umgang mit Rückfällen, einschließlich konkreter Handlungsanweisungen.

Allgemeine psychotherapeutische Ziele: Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, Erkennen und Entwickeln von eigenen Ressourcen, Förderung der Konfliktfähigkeit, Förderung der Genussfähigkeit, Entwickeln von Selbstsicherheit und des Selbstwertgefühles, Förderung der Binnen- und der Außenwahrnehmung, Förderung der Affektwahrnehmung, -differenzierung und -toleranz, Förderung der Selbstregulation und Impulskontrolle, Reduktion von Vermeidungsverhalten und Fluchtverhalten („Problemflucht“), Stärkung der Introspektionsfähigkeit, Sensibilisierung für die eigenen Grenzen, Förderung der Kommunikationsfähigkeit, Behandlung von psychischen Begleiterscheinungen

Soziale Therapieziele: Sicherung der Lebensgrundlagen, z.B. im finanziellen Bereich, u. U. Schuldnerberatung, Wohnungssicherung, Klärung rechtlicher Fragen, Trainieren lebenspraktischer Fähigkeiten, Auseinandersetzung mit der beruflichen Realität und Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven, Verbesserung der Eigenwahrnehmung, Erkennen eigener Defizite und Stärken, Erweiterung sozialer Kompetenzen und Aufbau eines sozialen Netzwerkes, Entwickeln von Freizeitkompetenz, Entwickeln von Lebensperspektiven, Klärung der Beziehungen zur Familie, Partnerschaften und evtl. Herkunftsfamilie, Förderung des Kontaktes zu Selbsthilfegruppen

Somatische Ziele: Behandlung der Begleit- und Folgeerkrankung, Förderung der Körperwahrnehmung, Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten, Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Erkennen der eigenen körperlichen Leistungsgrenzen, Ernährungsberatung

Arbeits- und Erwerbsbezug: Siehe eigenständiges BORA Konzept (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker)

4.4 Rehabilitationsdauer

Regelbehandlung: Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 15 Wochen. Eine Verlängerung kann im Rahmen des vom Leistungsträger vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Verantwortung von der Klinik umgesetzt werden. Verlängerungen und Verkürzungen werden individuell mit der Patientin und im Behandlungsteam besprochen. Im Rahmen einer integrierten Therapie (Kombitherapie) sind auch Verbindungen von ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungen je nach den individuellen Erfordernissen der Patienten möglich.

Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (StoF)

Diese Behandlungsform mit einer Dauer von 3 Wochen bietet ein individuell angepasstes Stabilisierungsangebot für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen, die noch nicht rückfällig geworden, aber stark rückfallgefährdet sind.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Behandlungsplan: Der Behandlungsplan wird gemeinsam mit der Patientin erstellt. Der Therapieplan soll alle Möglichkeiten einer Differenzierung anbieten und sich am individuellen Behandlungsbedarf der Patientin orientieren. Auf der Basis einer ausführlichen somatischen, psychischen und sozialen Diagnostik wird für die Patientin ein individueller Therapieplan erstellt. Dieser Plan wird regelmäßig überprüft und kann, falls es sich als notwendig erweist, ergänzt und auch verändert werden. Der Behandlungsplan soll so flexibel gehandhabt werden, dass er kurzfristig auf aktuelle Veränderungen eingehen kann.

Bei einer positiven Veränderung kann die Behandlung in einer teilstationären oder ambulanten Maßnahme fortgesetzt werden. Dort kann mit wenigen therapeutischen Maßnahmen der Therapieerfolg gesichert werden. Häufig reicht dazu eine Selbsthilfegruppe nicht aus, da im Rahmen der stationären Behandlung doch tiefer gegangen werden kann. Im Rahmen der langfristigen Sicherung des Therapieerfolges nach dem Ende der stationären Maßnahme soll weiter der Kontakt zu einer professionellen Einrichtung der Suchtkrankenhilfe aufrechterhalten werden. Es wird deshalb jeder Patientin empfohlen, den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle aufrecht zu erhalten und zumindest eine ambulante Nachsorge und/oder eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Sollte eine ambulante Therapie notwendig sein, würde auch diese – im Rahmen der teilstationären Behandlung – empfohlen.⁶

Mit einem Therapievertrag (siehe Kapitel 13) wird der Rahmen der Behandlung schriftlich vereinbart. Therapie ist ein Prozess, der Veränderung und Wachstum indiziert. Dies ist nur aufgrund gemeinsamer Absprachen möglich und setzt die Freiwilligkeit und innere Einwilligung der Patientin als Selbstverständlichkeit voraus.

In der sogenannten Fokusrunde erfolgen für jede Patientin alle 3 Wochen gemeinsame Absprachen über Therapieziele und Reha-Maßnahmen. Zusätzlich erfolgt regelmäßig ein Abgleich über den Grad der Zielerreichung mit der betreffenden Rehabilitandin. Teilnehmende Personen der Fokusrunde: Fachärzte, Bezugstherapeut/in, Therapeutische Leitung, Sozialdienst, Krankenpflege, Sport-, Arbeits- und Ergotherapie.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Aufnahmevoraussetzung ist eine schriftliche Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers und möglichst eine vorausgehende Motivationsphase, z.B. durch den Besuch einer Beratungsstelle. Vor Beginn der stationären Behandlung wird mit jeder Patientin ein Therapievertrag abgeschlossen. Es wird in diesem Gespräch auf die Richtlinien des jeweiligen Kostenträgers verwiesen.

Am Aufnahmetag findet die fachärztliche Aufnahmeuntersuchung mit einer ausführlichen Anamneseerhebung statt, welche im Behandlungsverlauf durch Mitarbeitende anderer Berufsgruppen zeitnah ergänzt wird (erfolgt durch Chef- oder Oberarzt). Die ärztliche Leitung ist endverantwortlich für die gesamte Behandlung. Am Aufnahmetag findet der Erstkontakt der Patientin mit ihrem Bezugstherapeuten/Bezugstherapeutin statt (Sucht-, Sozial- oder Psychotherapeut). Dabei wird der individuelle Behandlungsplan erstellt und besprochen, welchen die Patientin jede Woche neu erhält. Der/die Bezugstherapeut/-in führt sie in die Bezugsgruppe ein. In dieser ersten Zeit setzt sich die Patientin vor allem mit ihrer eigenen Suchtgeschichte auseinander. Haupttherapieziel der ersten Behandlungsphase ist das Gewinnen von Einsicht in die eigene Suchterkrankung. Es werden in dieser Zeit Kenntnisse des bio-psycho sozialen Modells der Abhängigkeitserkrankung vermittelt und zugleich die Introspektions- und Selbstwahrnehmungsfähigkeit der Patientin gefördert.

Die Gruppentherapie findet kontinuierlich dreimal in der Woche statt. Die Therapiegruppe umfasst i. d. R. bis zu 12 Personen. Die Gruppe wird halb offen geführt, deshalb können neue Patientinnen kurzfristig integriert werden, aber auch das Ende ist individuell gestaltbar. Die Gruppen werden von einer therapeutischen Fachkraft geleitet (Sucht-, Sozial oder Psychotherapeut). Den Schwerpunkt der Therapie bildet die Gruppentherapie, sie wird entscheidend von den Einzelgesprächen unterstützt. Diese sollen den Gruppenprozess vertiefen und gleichzeitig helfen, über sehr schambesetzte Inhalte zu sprechen, sie aufzuarbeiten und ggf. in den Gruppenprozess einzubringen. Darüber hinaus soll das Einzelgespräch helfen, sehr konfliktreiche Erlebnisse innerhalb des Gruppengeschehens zu thematisieren und aufzuarbeiten. Die Gruppe soll zur Konfliktfähigkeit, aber auch wieder zum Erlernen der Erfahrungen von Zusammengehörigkeit und Vertrauen führen.

Der Therapieplan orientiert sich am individuellen Behandlungsziel der Patientin. Er wird indikationsbezogen erstellt, und falls notwendig, modifiziert. „Jede psychische Störung ist eine Beziehungsstörung“⁷, damit auch die Abhängigkeitserkrankung. Eine verlässliche vertrauensvolle Beziehung der Patientin zu ihrem/r Bezugstherapeuten/in ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

⁶ Wichtig ist hierbei, ob die Suchtberatungsstelle von einem Rentenversicherungsträger als Behandlungsstätte für eine ambulante Therapie nach der Empfehlungsvereinbarung (EVARS) anerkannt wird.

Gerade Patientinnen, die in ihrer Ich-Stärke und Ich-Funktion schwer gestört sind, benötigen eine stabile, verlässliche therapeutische Beziehung zur Entwicklung einer guten Übertragungsbeziehung und Objektkonstanz. So dient die erste Phase der Behandlung auch zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Auf diesem Boden kann dann z.B. die Arbeit an der Frustrationstoleranz erfolgen, Scham- und Schuldgefühle eingebracht werden, Verluste und Depressionen thematisiert werden. Der Inhalt der Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen hängt von vielen Faktoren ab: Vom Abstand zum Suchtmittel, von dem darunter liegenden Störungsniveau, von der Behandlungsdauer, von intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten, von der Introspektionsfähigkeit und von somatischen Begleiterkrankungen der Patientin. In der 2. Hälfte der stationären Maßnahme stehen gezielte Rückfallprävention und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation im Vordergrund. Es wird im Rahmen der Arbeitstherapie die Bewältigung von Belastung im erlernten oder ausgeübten Beruf getestet. Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Arbeit mit den Bezugspersonen. Es sollen die engsten Familienangehörigen (Partner, Eltern, Kinder – jeweils nach Bedarf) mit in die Behandlung einbezogen werden. Es gilt, die belastete häusliche Situation zu besprechen und neue Wege zu einem gemeinsamen Miteinander zu finden. Dabei sollen auch die neuen Erfahrungen während der Behandlung immer wieder thematisiert werden. Es soll die Mauer des Schweigens durchbrochen und Veränderungen im familiären Beziehungssystem gefunden werden. Es soll, soweit noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist, gemeinsam mit den Vorgesetzten über die Zeit nach dem stationären Aufenthalt gesprochen werden. Falls es sinnvoll erscheint (räumliche Entfernung), kann auch ein Betriebspraktikum im eigenen Betrieb durchgeführt werden. Rückfallprävention ist, unabhängig von einem aktuellen Rückfall, regelmäßiger Bestandteil der themenzentrierten Gruppentherapie.

Zum Abschluss der stationären Maßnahme sind die zukünftige Lebensplanung hinsichtlich Familie, Beruf und Freizeit sowie die Neugestaltung des Lebensalltages die wichtigsten Themen. Dabei wird nochmals sehr ausführlich über die Rückfallproblematik gesprochen, die Lösung aus der Therapiegruppe sowie die Einbindung in die Selbsthilfegruppe werden vorbereitet. Gemeinsam mit der Patientin wird über die Weiterbehandlung gesprochen. Hierbei soll entschieden werden, welche Behandlungsform für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt sinnvoll erscheint, ob eine ambulante Nachbetreuung ausreicht, ob eine weiterführende Maßnahme noch notwendig erscheint oder ob im Ausnahmefall eine Umwidmung der Maßnahme beim zuständigen Kostenträger beantragt wird.

Ärzte	Fachärztliche Aufnahme, Einführung Therapie + Entspannung, wöchentliche Visten, Krisenintervention, Rückfallgespräche, ärztliches Entlassgespräch, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Supervision
Bezugstherapeuten	Therapeutische Aufnahme, Diagnostik, Gruppentherapien, Indikativgruppen, Einzelgespräche, Krisenintervention, Angehörigengespräche, Entspannungstherapie, therapeutisches Abschlussgespräch, psychoedukative Vorträge, Nachsorgeplanung, Supervision, therapeutisches Entlassgespräch, interdisziplinäre Fallbesprechungen
Ergo-/Arbeitstherapeuten	Berufsanamnese, offene Werkgruppen, ausdruckszentrierte Gruppen, Kreativangebote, Arbeitstherapie, Arbeitsbeobachtung, Bewerbungstraining, IG Lebewelt, Genusstraining, interne Belastungserprobung, kognitives Training, Einführungskurse AT / ICF, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Supervision
Physiotherapeuten	Einführung in Fitnessgeräte / Badeordnung, e-bikes, Frühsport, Frühschwimmen, Sporttherapie, Rückenschule, Entspannungstherapie, ärztl. verordnete Einzelbehandlungen, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Supervision
Sozialdienst	Sozialanamnese, Einführungskurs klinischer Sozialdienst, BORA Gruppen, Sozialberatung insbesondere bzgl. beruflicher Perspektive, Unterstützung bei Klärung sozialrechtlicher Angelegenheiten, bei Bedarf Begleitung zu Gerichtsverhandlungen / Einrichtungsbesichtigungen etc., interdisziplinäre Fallbesprechungen, Supervision
Diätassistenz	Beratung, Lehrküche, Vorträge, spezielle Mahlzeitenzubereitung, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Supervision

⁷ Zitiert nach E. Scharrer, Vortrag 1995, Klinik Hohe Mark

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Nach der Anmeldung in der Fachklinik erfolgt am Aufnahmetag die pflegerische und fachärztliche Aufnahme. Im Rahmen der pflegerischen Aufnahme werden die Vitalzeichen und die Größe ermittelt sowie ein Urindrogen-Screening und ein Urinstatus durchgeführt. Zusätzlich finden eine Medikamentenerhebung sowie eine Erhebung von Allergien statt. Ein EKG wird geschrieben und eine Blutentnahme durchgeführt. Anschließend erfolgt die fachärztliche Aufnahme. Dabei werden Daten wie z. B. Behandlungsanlass, aktuelle Beschwerden, Vorerkrankungen und Behandlungen sowie vegetative, gynäkologische und medikamentöse Anamnese, Einschränkungen und psychopathologischer Befund erhoben.

Zusätzlich wird eine fachärztliche Aufnahmeuntersuchung durchgeführt, die die Untersuchung des Bewegungsapparats, einen internistischen und einen neurologischen Aufnahmebefund beinhaltet. Auch am Aufnahmetag lernt die Patientin die/den Bezugstherapeut/in kennen. Im Rahmen des Aufnahmeprozesses findet eine Erstdiagnostikdokumentation statt. Dabei werden alle Informationen und Ergebnisse, die im Rahmen der ersten Untersuchung erhoben werden, systematisch erfasst und aufgezeichnet.

Jede Patientin erhält zu Beginn der Maßnahme eine/n Bezugstherapeuten/in, welche/r die zentrale Schaltstelle für die Therapie zwischen dem komplexen Behandlungsangebot der Fachklinik und der individuellen Problematik der Patientin darstellt. Eine vertrauensvolle, offene, wertschätzende und kooperative Beziehung zwischen Bezugstherapeut und Patientin ist dabei eine wichtige Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg.

Die Einführung der Rehabilitandinnen in den Rehabilitationsablauf erfolgt schrittweise und umfasst mehrere Phasen: Zunächst werden die Rehabilitandinnen informiert und vorbereitet, dann folgt die eigentliche Rehabilitation und abschließend die Nachsorge. Ziel ist es, die Rehabilitandinnen umfassend zu informieren, ihre Erwartungen zu klären und sie aktiv in den Prozess einzubinden.

Detaillierter Ablauf:

1. Information und Vorbereitung:

- **Vor der Aufnahme:** Die Rehabilitandin erhält Informationen über die Rehabilitationseinrichtung, den Ablauf, die Ziele und die Inhalte der Rehabilitation. Die Aufnahmepreparation erfolgte durch unsere Aufnahmeabteilung in Kooperation mit dem Vermittler. Dies kann durch Informationsmaterial, Internetseite, Gespräche oder eine persönliche Führung erfolgen.
- **Aufnahme:** Am ersten Tag erfolgt eine ausführliche Aufnahmeuntersuchung und ein Gespräch mit dem Facharzt und Therapeuten. Dabei werden die individuellen Ziele und Erwartungen des Rehabilitanden besprochen und ein individueller Therapieplan erstellt.

2. Rehabilitationsphase:

- **Individuelle Therapieplanung:** Die Rehabilitandin wird aktiv in die Therapieplanung einbezogen, um ihre Bedürfnisse und Wünsche zu berücksichtigen.
- **Regelmäßige Gespräche:** Während der Rehabilitation finden regelmäßige Gespräche mit dem behandelnden Facharzt und Therapeuten statt, um den Fortschritt zu überwachen und den Therapieplan bei Bedarf anzupassen.
- **Teilnahme an verschiedenen Therapien:** Die Rehabilitandin nimmt an verschiedenen therapeutischen Maßnahmen teil, die auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt sind.

3. Nachsorge:

- **Planung und Vorbereitung:** Vor der Entlassung wird gemeinsam mit dem Rehabilitandin die Nachsorge geplant. Dies kann ambulante Therapien, Selbsthilfegruppen oder andere Unterstützungsangebote umfassen.
- **Unterstützung nach der Rehabilitation:** Die Rehabilitationseinrichtung unterstützt den Rehabilitandin auch nach der Entlassung bei der Umsetzung der erlernten Strategien und der Integration in den Alltag.

4. Weitere wichtige Punkte:

- **Transparenz:** Die Rehabilitandin wird über alle Aspekte der Rehabilitation informiert, um eine aktive Teilnahme zu ermöglichen.
- **Partizipation:** Die Rehabilitandin wird aktiv in den Rehabilitationsprozess eingebunden und kann ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern.
- **Ressourcenorientierung:** Der Fokus liegt auf der Stärkung der Ressourcen der Rehabilitandinnen sowie auf der Förderung ihrer Selbstständigkeit.

Die Einführung in den Rehabilitationsablauf ist ein wichtiger Schritt, um Rehabilitandinnen einen erfolgreichen und zufriedenstellenden Rehabilitationsverlauf zu ermöglichen.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Diagnostik orientiert sich an der von der WHO in der 10. Revision vorgestellten Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10.

Die Eingangsdiagnostik erfolgt am Aufnahmetag: die somatische Untersuchung und Anamnese, die Erhebung der Förderfaktoren und Barrieren, sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen, die psychische Diagnostik im Rahmen der therapeutischen Anamnese und der fachärztlichen Untersuchung.

Die somatische Diagnostik umfasst verschiedene Methoden wie die körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen sowie ein EKG. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung führen Fachärzte eine Reihe von Untersuchungen durch, wie beispielsweise das Abhören von Herz und Lunge, das Abtasten des Bauches sowie die Überprüfung von Reflexen, Muskelkraft und Koordination. Laboruntersuchungen: Es werden Blut und Urinuntersuchungen inklusive Drogenscreening durchgeführt. Diese Untersuchungen können auf Infektionen, Entzündungen oder andere Anomalien hinweisen. Bei jeder Patientin wird ein EKG zur Aufnahme und Entlassung geschrieben, um Herzerkrankungen wie Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkte und Störungen der Erregungsleitung im Herzen festzustellen. Zusätzliche EKG-Untersuchungen werden im Laufe der Rehabilitation durchgeführt, um beispielsweise medikamentöse Ein- oder Umstellungen zu überwachen. Die somatische Diagnostik ist entscheidend für die Diagnose verschiedener Krankheiten, einschließlich infektiöser Krankheiten, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und neurologischer Störungen.

Der Bezugstherapeut führt die psychologische Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik durch. Die Diagnostik der psychischen und psychosozialen Störungen und Probleme umfasst die Sichtung und Beurteilung verfügbarer psychologischer und psychiatrischer Vorbefunde, die Erhebung der biographischen und psychosozialen Eigen- und Fremdanamnese sowie die Verhaltensbeobachtung. Im Rahmen einer funktionalen Verhaltensanalyse werden die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen für das Suchtverhalten erhoben. Als Standard-Eingangsdiagnostik setzen wir mehrere Testverfahren ein: Symptomcheckliste SCL-90 R, Beck Depressions-Inventar (BDI II), Beck Angstinventar (BAI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Social interaction and anxiety scale (SIAS) und Social phobiascale (SPS), D2-R (Konzentrationstest), Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE), Wechsler Intelligenztest (WIE) und Mehrfach-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B), Impact of event – scale revised (IES-R), Interview zur komplexen Post-traumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS), Assessment of DSM-IV personality disorders (ADP-IV) oder Strukturiertes Interview für DSM-IV (SKID), Hamburger Zwangsinventar (HZI-K), Mini-Mental-Status-Test oder DemTec. Je nach Verdachtsdiagnose werden die etablierte neuropsychologische und klinisch-psychologische Testverfahren ausgewählt. Die Durchführung dieser Testverfahren ermöglicht die Zuteilung zu verschiedenen Indikativgruppen, die individuelle Behandlungsplanung und das Erreichen der besprochenen Therapieziele bei komorbiden psychischen Störungen.

Die soziale Diagnostik erfolgt durch unseren Sozialdienst in den ersten Wochen, ebenso die arbeitsbezogene Diagnostik durch die Arbeitstherapeuten (Mini ICF App). In der ersten Behandlungswoche wird eine eingehende Exploration der Berufs- und Arbeitssituation sowie des Beschäftigungsverhaltens des Patienten durchgeführt.

Hierzu verweisen wir hier auf den Ordnungspunkt 4.7.5. einschließlich der differenzierten Angaben zu BORA.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die Ärztliche Leitung trägt die Gesamtverantwortung für die medizinische Rehabilitation in der DGD Fachklinik Haus Immanuel. Die Fachärzte führen sämtliche ärztliche Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen durch und erstellen unter Berücksichtigung aller bekannten Befunde die Diagnosen der Patientin. Bei der fachärztlichen Eingangsuntersuchung wird die Reha-Fähigkeit aus medizinischer und psychiatrischer Sicht überprüft. Eine systematische Diagnostik ist die unabdingbare Voraussetzung für eine gezielte und individuelle Rehabilitationsplanung. Die Eingangsdiagnostik mit psychopathologischem Befund, internistischem und neurologischem Status, EKG, Blutdruck, Puls, Gewicht, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenscreening, sowie einem ausführlichen Labor, bildet gemeinsam mit der psychosozialen Anamnese die Grundlage für das weitere medizinische Vorgehen und den therapeutischen Behandlungsplan. Diese Screening-Untersuchungen (Diagnostik in die Breite) haben das Ziel, einen systematischen Überblick über mögliche vorhandene Störungen, aber auch Ressourcen, zu erhalten. Sämtliche erwähnten erhobenen Befunde werden im Haus direkt ausgewertet, und ggf., bei pathologischen Werten, im Ermessen des jeweiligen Facharztes zeitnah kontrolliert. Diese Assessment-Untersuchungen werden mit dem Ziel der weiteren Klärung (Diagnostik in die Tiefe) eingesetzt, z.B. um Verdachtsdiagnosen zu sichern oder den Ausprägungsgrad oder das Stadium einer Erkrankung festzulegen.

Bei pathologischen Befunden, welche vor Ort nicht behandelbar sind, oder welche die Intervention eines Facharztes eines anderen Bereiches benötigen, wird die Zusammenarbeit niedergelassener Praxen oder des Klinikums Kulmbach in Anspruch genommen. Die betreffenden Patientinnen werden dann zumeist mit unserem hauseigenen Fahrdienst zu dem externen Facharzt gefahren und bekommen von uns eine konsiliarische Fragestellung mit, welche extern beantwortet wird. Die jeweilige Therapieempfehlung wird zeitnah umgesetzt.

Es finden für alle Patientinnen verpflichtende Facharztvisiten statt, bei Bedarf, z.B. Notfälle, Nebenwirkungen einer Medikation, etc. können sich die Betroffenen auch außerhalb der Visitenzeiten vorstellen. Zusätzlich übernehmen die Fachärzte die ärztliche Einführungsveranstaltung, um wichtige medizinische und organisatorische Informationen an die neuen Patientinnen weiter zu geben.

Zum Abschluss der Therapie nehmen die Fachärzte die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vor und erstellen in Zusammenarbeit mit den übrigen therapeutischen Mitarbeitern den integrierten Entlassungsbericht nach den Vorgaben der RV-Träger. Sollte aufgrund eines Krankheitsfalles keine ausreichende sozialmedizinische Kompetenz im Hause sein, wird die Beurteilung von einem ausgebildeten Arzt der DGD Fachklinik Elbingerode übernommen. Insbesondere im Rahmen der Arbeitstherapie werden berufsübergreifende Schlüsselqualifikationen wie Zuverlässigkeit, Konzentrationsvermögen und Belastbarkeit überprüft und gefördert. Der im Team entstandene Gesamteindruck der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Patientin wird regelmäßig besprochen und ist wesentlicher Bestandteil dieser abschließenden Beurteilung.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Einzelgesprächstherapie: Es werden in der Regel einmal wöchentlich einzeltherapeutische Gespräche mit den Patientinnen geführt, diese dauern mindestens 30min. Darüber hinaus finden in Akut- und in Krisensituationen zusätzliche Gespräche statt.

In der Einzelpsychotherapie werden bereits in der Aufnahmephase die biographische Anamnese erhoben, die individuellen Therapieziele erarbeitet und der Behandlungsplan besprochen und vereinbart. Im Verlauf der Therapie findet eine Vertiefung und Verknüpfung der in den übrigen Therapieeinheiten gemachten Erfahrungen statt. Notwendige Modifikationen für Therapie- und/oder Lebensplanung werden hier besprochen und umgesetzt. Der Schwerpunkt der Gespräche liegt in der Identifizierung und Durcharbeitung der Abhängigkeitserkrankung, der Motivation zur Abstinenz und Entwicklung von Verhaltensalternativen. Besondere Berücksichtigung findet hierbei die emotionale Auseinandersetzung, insbesondere mit Scham und Schuldgefühlen, (sexuellen) Gewalterfahrungen, etc. Es wird ein Zusammenhang zwischen persönlichen Lebensproblemen und dem individuellen Suchtverhalten hergestellt. Darüber hinaus wird mit der Patientin geklärt, inwieweit Angehörige in die Therapie einbezogen werden. Außerdem dienen die Einzelgespräche der Vor- bzw. Nachbereitung von Heimfahrten und therapeutischen Aufgaben, der Krisenintervention sowie der spezifischen Behandlung komorbider Störungen.

Die Einzelgespräche werden durch die/den Bezugstherapeuten/in angeboten. Ein wichtiger Schwerpunkt in der Behandlung ist dabei die Förderung der Selbstwahrnehmung, die (Be)-Achtung und Steuerung von Gefühlen und die Komplettierung von neuen Schritten in der Selbstannahme und -fürsorge. Für Patientinnen mit gravierenden Erlebnissen von Verletzungen (Gewalterfahrungen und andere Traumata) ist es häufig leichter, in diesem Setting, das von Nähe und Vertrautheit gekennzeichnet sein kann, ihre belastenden Erfahrungen anzusprechen und zu bearbeiten. Mit unterschiedlichen Methoden aus der Psychotherapie (analytisch-systemischer Familientherapie, tiefenpsychologisch fundierter Therapie, Gesprächspsychotherapie, integrativer und lösungsorientierter Therapie, analytisch orientierter Sozialtherapie, Traumatherapie und der Verhaltenstherapie) begleiten die Therapeuten(innen) die Patientinnen ein Stück weit auf dem Weg aus ihrer Abhängigkeitserkrankung.

Gruppentherapie: Die interaktionelle Gruppe findet drei Mal wöchentlich unter Leitung des Bezugstherapeuten statt. Die Teilnahme der Patientinnen ist verpflichtend, diese Gruppe bildet das Fundament der Therapie. Die Gruppentherapien dauern 90min, die Gruppengröße überschreitet in der Regel nicht mehr als 12 Personen.

Die jeweilige Bezugsgruppe ist halb offen. Sie dient der Klärung zwischenmenschlicher Beziehungen und trägt zur konstruktiven Lösung von psychischen und/oder sozialen Problemen bei. Im Mittelpunkt steht die Begegnung einzelner Individuen mit den Möglichkeiten des Austauschs von unterschiedlichen Erfahrungen, Beobachtungen, mit den Möglichkeiten des Verständnisses miteinander, des Einübens/Verstärkens gegenseitiger Akzeptanz und respektvollen Umgangs. Sie dient der Auseinandersetzung mit der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit, dem Erlernen suchtspezifischer Kenntnisse und der Integration rückfallprophylaktischer Fähigkeiten.

Die Gruppe fördert die Wiederintegration der Einzelnen in gesellschaftliche Bezüge durch freie und spontane Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern, also der Patientinnen untereinander und der Patientinnen mit dem Gruppentherapeuten. Häufige Themen in der Bezugsgruppe sind: Rückfälle: Bedeutung, Vorbeugung, Bearbeitung, Rückfallaufarbeitung im konkreten Fall, Alkohol in Lebensmitteln, Ablehnen von Alkohol, Konfrontation im alten Umfeld, Umgang mit Risikosituationen/ Versuchungssituationen, Tagesaktuelle Themen/Informationen, Therapeutische Elemente (Arbeit mit Einzelnen, Kleingruppen, Rollenspiel, ...), die in der Bezugsgruppe ihren Platz haben, Umgang mit Ärger und Verletzungen (z. B. Gruppenkonflikte), Selbsthilfegruppen und deren Arbeitsweisen, Umgang mit Angehörigen, Umgang mit Suchterkrankung am Arbeitsplatz.

Neben der interaktionellen Standardgruppentherapie werden folgende indikative (störungsspezifisch und/oder themenzentriert) Gruppenpsychotherapien z. Zt. angeboten: Depressionsgruppe, Traumagruppe, Angstgruppe, Gruppentherapie für Patientinnen mit gestörtem Essverhalten, Raucherentwöhnung, Soziales Kompetenztraining, Rückfall-Präventionstherapie, Medikamentenabhängigkeit, Stressbewältigung, kognitives Training, Yoga, therapeut. Klettern. Nach Rücksprache mit dem Bezugstherapeuten erfolgt die Teilnahme entsprechend der individuellen Behandlungsplanung, abhängig von Komorbidität oder Problemstellung. Im Behandlungsverlauf können Änderungen bzw. Ergänzungen erfolgen.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Die sogenannte „Arbeitstherapie“ ist seit Beginn der Behandlung von suchtmittelabhängigen Menschen integraler Bestandteil des Behandlungsprogrammes. In einer Hausordnung unserer Fachklinik aus den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wird das „Erwachung des Arbeitstriebs“ als ein zentrales Ziel genannt. Im Jahr 2015 entwickelten die Deutsche Rentenversicherung und die Suchtverbände gemeinsam das Konzept BORA (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker).

Unser Konzept vom Oktober 2023 zur Umsetzung der BORA-Leitlinien bildet die Grundlage für ein individuelles berufsbezogenes Behandlungsprogramm, das dem jeweiligen Bedarf unterschiedlicher Erwerbs- und Lebenssituationen gerecht werden möchte. Es bleibt nicht nur auf die Bereiche Ergo- und Arbeitstherapie beschränkt, sondern stellt vielmehr einen „roten Faden“ in der Ausrichtung der gesamten Behandlungsplanung dar. Die ausführliche Darstellung der relevanten Grundlagen, Zielsetzung sowie Umsetzung sind im BORA-Konzept der Fachklinik (siehe Anhang) zusammengefasst. Unser Gesamtkonzept zielt darauf ab, jeder Patientin ein auf ihre persönliche Problematik zugeschnittenes individuelles Behandlungsangebot zu machen.

Arbeitstherapie:

Wir verfügen über einen großen Gartenbereich mit Hochbeeten sowie eigene Bienenvölker, darüber hinaus werden die Bereiche Hauswirtschaft (Reinigung, Wäsche) sowie Küche für BORAspezifizierte arbeitstherapeutische Ziele genutzt. Darüber hinaus stehen 12 PC-Arbeitsplätze für den AT-Bereich Büro zur Verfügung. Begleitet werden die Patientinnen von Ergotherapeuten und Arbeitsanleitern. Mit der zum Einsatz gebrachten Arbeits- und Sozialdiagnostik kommen wir gleichzeitig auch der Forderung nach, nach den Kontextfaktoren aus dem ICF (internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu diagnostizieren. Bei Bedarf setzen wir eine Leistungs-(Arbeits-)erprobung ein. Das sechsstündige Verfahren besteht aus handwerklichen Tätigkeiten und aus Übungen, die der Hirnleistungsdiagnostik zugeordnet sind und dienen der Beurteilung von Kurzzeitgedächtnis und Konzentration als auch körperliche Belastbarkeit und Durchhaltevermögen. In den ersten drei Behandlungswochen finden für die Patientinnen Einführungsvorträge zum Thema Arbeitstherapie und ICF statt. Hier werden Fachbegriffe sowie der arbeitstherapeutische Prozess erklärt. Auch die Selbsteinschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit gemäß Mini ICF erfolgt. Daneben wird die berufliche Situation in sozialarbeiterischen Einzelgesprächen reflektiert und ggf. werden Alternativen entwickelt.

Ergotherapie:

In der Ergotherapie werden ergänzend verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art (ICF) durch entsprechende Therapiemodule verbessert, so dass die Patientin die größte mögliche Selbstständigkeit im Alltags- und Berufsleben erreichen kann. Bei Patientinnen mit einem individuellen Rehabilitationsbedarf kognitiver und/oder somatischer Defizite werden vorhandene geistige und körperliche Fähigkeiten gefördert und stabilisiert, Defizite ausgeglichen, sowie neue Interessen geweckt, um so die Selbstständigkeit und das Leben im gewohnten Umfeld zu erhalten bzw. die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Eine ausführliche Beschreibung der ergotherapeutischen Aufgaben und Zielsetzungen siehe BORA-Konzept im Anhang. Die Mitarbeiter in der Ergotherapie verwenden zur Leistungsbewertung das BORA System.

Beschäftigungs-/Kreativtherapie:

Kreatives Gestalten (Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard): Das kreative Gestalten fördert eine bewusste Wahrnehmung und Wertschätzung der eigenen Ausdrucksfähigkeit und dient der Entwicklung des zwar vorhandenen, oft jedoch nicht mehr zugänglichen kreativen Potenzials. Ein bewusst nicht leistungsbezogener Umgang sowie ein in erster Linie zweckfreies Arbeiten mit unterschiedlichen Materialien und Techniken vermitteln neue Erfahrungen und helfen, Widerstände vor gestalterischer Arbeit abzubauen. Das Kennenlernen und Vertraut werden mit unterschiedlichen Ausdrucks- und Gestaltungsmöglichkeiten steht im Vordergrund. Die kreative Gruppenarbeit gibt daneben zahlreiche Anregungen für eine individuelle, aktive Freizeitgestaltung. Im kreativen Gestalten wird beispielsweise mit folgenden Materialien gearbeitet: Farbe, Ton, Holz, Perlen, Seide, Makramee, Papier, Textiles, Filzwolle.

Ausdruckszentrierte Ergotherapie (Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard): Ausdruckszentrierte Ergotherapie ist ein ergotherapeutischer Ansatz, der sich auf die Förderung der Selbstwahrnehmung, Ausdrucksfähigkeit und Kreativität der Patienten konzentriert. Dies geschieht durch kreative, gestalterische Aktivitäten wie Malen, Basteln oder Modellieren, die dazu dienen, innere Empfindungen und Wünsche auszudrücken und zu verarbeiten. Nach der kreativen Arbeit findet eine Reflexionsphase statt, in der die entstandenen Werke und Gefühle im Gespräch mit dem Therapeuten oder in der Gruppe besprochen und verarbeitet werden. Patienten sollen lernen, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse besser wahrzunehmen und zu verstehen.

Berufsintegrierende Maßnahmen:

Kognitives Training: Anleitung zum Gedächtnistraining (Bora Zielgruppe 1 – 5 bei individueller Notwendigkeit): nach zuvor erfolgter Merkfähigkeitstestung der verbalen Gedächtnisleistung

Bewerbungstraining (Bora Zielgruppe 3 + 4): Das Bewerbungstraining besteht aus mehreren praxisnahen Einheiten, die je nach Gruppendynamik individuell oder in der Gruppe durchgeführt werden. Ziel ist die Unterstützung bei der beruflichen Orientierung und Bewerbung.

1. Anschreiben und Lebenslauf: Vermittlung grundlegender Inhalte zu Aufbau und Gestaltung. Ergänzend werden Arbeitsmaterialien eingesetzt. Je nach Aktivität der Gruppe kann die Bearbeitung in Gruppenarbeit erfolgen.

2. Vorstellungsgespräch: Themen sind u. a. typische Fragen, angemessenes Auftreten und Vorbereitungsmöglichkeiten.
3. Eigene Stärken und Interessen: Mit Hilfe eines Arbeitsblatts reflektieren die Teilnehmerinnen ihre Fähigkeiten und Interessen – als Grundlage für Bewerbungsschreiben und Gespräche.
4. Stellensuche: Die aktive Suche nach Stellen wird eingeübt, z. B. über Online-Plattformen. Die Teilnahme an dieser Einheit ist verpflichtend.
5. Unterlagencheck und praktische Umsetzung: Es besteht die Möglichkeit, Bewerbungen am PC zu erstellen oder zu überarbeiten. Eine verpflichtende Abgabe wird nicht vorausgesetzt – individuelle Wege wie persönliche Vorstellung werden berücksichtigt.

IG Lebewelt (Bora Zielgruppe 3 + 4): Dies ist ein halboffenes Gruppenangebot mit besonderem Fokus auf die Klientenorientierung, sowie Betätigungs- und Zukunftsorientierung. Bestehend aus zwei Gruppenkonzepten „Lebewelt“ und „Berufswelt“, werden Betätigungsprobleme aus allen Lebensbereichen, so konkret und realitätsnah wie möglich, thematisiert. Das Gruppenangebot lebt vom Austausch und Miteinander der Patientinnen. So werden Lösungen und Strategien für die Bewältigung der Schwierigkeiten des Berufs- und Privatlebens, selbst erarbeitet.

Ergänzende arbeitsbezogene medizinische Leistungen:

- Ärztliches Beratungsgespräch zur Überprüfung einer stufenweisen Wiedereingliederung (Bora Zielgruppe 2 – 4 Standard)
- Ärztliche Diagnostik und Beratungsgespräch zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeit (Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard)

Ergänzende arbeitsbezogene psychotherapeutische Leistungen:

- Psychotherapeutisches Beratungsgespräch zu arbeitsbezogenen Themen. (Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard)
- Psychotherapeutisches Gespräch mit Betriebsangehörigen und Rehabilitanden (Bora Zielgruppe 2 bei individuellem Bedarf)

Folgende teilhabeorientierte Fähigkeiten werden in verschiedenen Handlungsfeldern gefördert: Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration, Merkfähigkeit), Soziale Fähigkeiten (Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe) und Selbstbild (Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit).

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Die physiotherapeutischen Maßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung. Sie dienen grundsätzlich der Stärkung der psychophysischen Funktionen. Sie verfolgen somatische Zielsetzungen, insbesondere die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit als Grundlage für den Erhalt oder die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Außerdem sollen die Patientinnen, deren Körperwahrnehmung oft schwer gestört ist, dadurch wieder eine Achtsamkeit dem eigenen Körper gegenüber erwerben. Wöchentliche Sport- und Frühsporteinheiten finden in der Bezugsgruppe statt. Verschiedene Entspannungseinheiten (PMR nach Jacobson, Autogenes Training, Yoga und NADA-Akupunktur) dienen der Konzentration auf den eigenen Körper und vermittelt zugleich Hilfen zur Stressbewältigung. Das NADA-Protokoll ist ein einfaches, standardisiertes und wirkungsvolles Behandlungsverfahren. Ziel ist es, Körper und Geist zur Regulation anzuregen. Es wirkt universell: Es bedarf weder einer besonderen Indikation noch gibt es Kontraindikationen. Die Behandlung erfolgt ohne Vorbedingungen, wohlwollend und respektvoll ohne Konfrontation in einem weitgehend „nonverbalen“ Behandlungsstil, typischerweise in einer Gruppe. Das NADA-Protokoll eignet sich besonders gut als „Basisbehandlung“ zum komplementären Einsatz in einem therapeutischen Gesamtkonzept. Das geschulte Team akupunktiert sowohl die Ohren als auch den Schlafkranz am Kopf.

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel bietet an: Schwimmen, Rückenschule, Massagen, Kneippsche Anwendungen, Wärmebehandlung, Strombehandlung, Training an Fitnessgeräten, Hydrojetbehandlung, Nordic Walking, Spaziergänge und ggf. Wanderungen. Die Verordnung der körperorientierten Therapie erfolgt individuell und richtet sich nach dem Behandlungsbedarf der Patientin. Entsprechend den Verordnungen finden ggf. physiotherapeutische Einzelbehandlungen statt.

Der klinikeigene Fitnessraum, Gymnastikräume, die Turnhalle, das Schwimmbad sowie der Outdoor-Gerätepark können nach entsprechender Eiweisung auch Selbstständig in der Freizeit genutzt werden. Im Rahmen der Klinikkonzeption ist die Sport- und Körpertherapie ein wichtiger Bestandteil, der handlungsorientiert und auf nonverbaler Ebene die psychotherapeutische Behandlung ergänzt. Viele Frauen kommen nach jahrelanger sportlicher Zurückhaltung in die Klinik und fallen durch verringerte Bewegungserfahrungen, einen untrainierten Körper und multiple Verspannungen auf. Alle Patientinnen werden sukzessive an körperliche Aktivitäten herangeführt. Aktivierung und Steigerung der Fitness werden für eine Reihe von psychosozialen Zielsetzungen im Rahmen der Sporttherapie angestrebt. Beispielsweise kann eine Patientin über eine Differenzierung der Körperwahrnehmung einen neuen Bezug zum eigenen Körper und zur persönlichen Ausdrucks- und Leistungsfähigkeit erlernen. Die erlebnisintensiven sportlichen Erfahrungen können auch dazu beitragen, die Wahrnehmung und das Interaktionsverhalten in sozialen Situationen zu verbessern. Freude an Bewegung und positives Körpererleben sind Zielsetzungen im Rahmen einer affektiven Stabilisierung, die mit Hilfe der Sporttherapie realisiert werden können. Neben den verbindlichen Sportangeboten stehen in der Freizeit die Turnhalle, ein Gymnastikraum, eine Boulderwand, ein Fitnessraum, das Schwimmbad sowie verschiedene Angebote im Außenbereich (u.a. Beachvolleyballfeld, Sportplatz, Gerätepark, Minigolfplatz) den Patientinnen zur Verfügung.

4.7.7 Freizeitangebote

Die Integration der individuellen Freizeitgestaltung in das Behandlungsangebot hat die Aufgabe, Störungen im Freizeitverhalten aufzudecken und neue Möglichkeiten der Freizeitgestaltung wieder zu entdecken. Im Mittelpunkt steht die Erweiterung des Interessenhorizontes, Aufbau mitmenschlicher Kontakte, Vermittlung des Gemeinschaftserlebnisses, Entwicklung von Genussfähigkeit, die Schaffung von Ausgleichsmöglichkeiten, sowie die sinnvolle Gestaltung von Freizeit. Angeboten werden u. a. Minigolf, klinikeigenen Fahrräder, Volleyball, Wanderungen, Nordic Walking, Fitnesstraining, Schwimmen.

4.7.8 Sozialdienst

Die Aufgabe der klinischen Sozialarbeit besteht vornehmlich darin, die Patientinnen bei der Klärung und Bewältigung von beruflichen, rechtlichen und finanziellen Schwierigkeiten zu unterstützen. Der Bereich der sozialen Rehabilitation unterstützt in Kooperation mit den anderen Therapiebereichen mit konkreten Hilfestellungen den Ablauf und den Erfolg der Therapie und bereitet mittelfristig die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld und den Beruf vor. Dabei geht es vorrangig um die Stärkung der sozialen Kompetenzen. Die Patientinnen werden, soweit notwendig, in der Klärung der u. g. Punkte unterstützt, wobei sie zu möglichst eigenständiger Arbeit angehalten werden.

Soziale Rehabilitation verfolgt im Wesentlichen folgende Aufgaben:

Abklärung der wirtschaftlichen Absicherung/ Schuldenregulierung: Während der stationären Therapie bezieht die Patientin Übergangsgeld, Krankengeld, in Ausnahmefällen noch Kindergeld oder ist über Leistungen Dritter abgesichert. Welche Unterstützung der Patientin zusteht, ergibt sich aus den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen. In den meisten Fällen ist die Beantragung vor der Aufnahme gewährleistet, falls sie jedoch noch nicht in die Wege geleitet worden ist, übernimmt der klinische Sozialdienst diese Aufgabe. Er unterstützt dann die Beantragung und Durchsetzung des Anspruches. Verbunden damit werden bei der Betroffenen erste Schritte einer Schuldenregulierung eingeleitet; dazu gehört das Erstellen eines Ordners über die Forderungen der einzelnen Gläubiger und die Kontaktaufnahme zu diesen. Wenn notwendig, wird die Patientin an anerkannte professionelle Schuldenberatungsstellen in den jeweiligen Heimorten vermittelt.

Klärung der Wohnsituation: Entscheidet sich eine Patientin während der stationären Therapie, eine eigene Wohnung zu nehmen, unterstützt sie der klinische Sozialdienst, indem er über Förder- und Leistungsansprüche berät, bei der Beantragung von Wohnberechtigungsscheinen, Wohngeld und Listen öffentlich geförderter Wohnungen behilflich ist. Wir helfen beim Suchen und der Bewerbung nach einer geeigneten Wohnung.

Klärung der beruflichen Situation/Bewerbungstraining: Interessierten Patientinnen vermitteln wir zunächst Einzeltermine bei der Agentur für Arbeit. Mit den dort erhaltenen Informationen zu Förderungsmöglichkeiten etc. ist es uns möglich, ein Anforderungsprofil zu erstellen und konkrete erste Schritte einzuleiten bzw. Kontakte zur Agentur für Arbeit aufzunehmen.

Wir bieten ein interaktives Bewerbungstraining, um die Patientinnen auf zukünftige Bewerbungssituationen vorzubereiten. Bei Bedarf erfolgt Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen

Klärung des Bedarfs ambulanter, teilstationärer und stationärer Nachsorgen: Die Patientinnen erhalten eine umfassende Beratung zu allen Möglichkeiten der ambulanten, teilstationären und stationären Nachsorge. Der Fachbereich soziale Rehabilitation hat Adressen und Konzepte bundesweiter Angebote vorrätig und hilft bei Kontaktaufnahme, Bewerbung, Organisation des Probewohnens und Kostenübernahmebeantragung. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzten und den Bezugstherapeuten.

Beratung in rechtlichen Fragen: Diese findet statt, soweit sie in unserem Rahmen möglich ist. Bei sehr spezifischen Fragestellungen arbeiten wir mit Anwälten vor Ort und den Anwälten der jeweiligen Patientinnen zusammen.

Falls es nötig sein sollte, begleiten wir Betroffene zu Gerichtsverhandlungen und polizeilichen Vernehmungen. In der Klinik können Termine mit einem Berater der örtlichen DRV zur Klärung von Fragen zur Teilhabe am Arbeitsleben stattfinden. Ebenso unterstützen wir bei der Wahrnehmung von Terminen im Wohnumfeld der Patientin.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Essen und Ernährung: In der DGD Fachklinik Haus Immanuel wird auf frisch zubereitete und bewusste Ernährung großen Wert gelegt. Essenszeiten zählen für unsere Patientinnen als Therapiezeiten und demzufolge herrscht Anwesenheitspflicht. Jede Patientin bekommt zu Therapiebeginn einen festen Sitzplatz zugewiesen. Frühstück und Abendessen wird in Buffetform angeboten, wobei es eine große Auswahl an verschiedenen Broten, Aufschnitt, Marmeladen u.ä. gibt. Abends gibt es zusätzlich ein kleines kaltes Gericht. Das Mittagessen wird täglich in der eigenen Zentralküche frisch zubereitet, wobei es jeweils zwei Gerichte zur Auswahl gibt, eines mit Fleisch und ein vegetarisches. Freitags gibt es statt Fleisch ein Gericht mit Fisch zur Auswahl. Sollte es Patientinnen mit speziellen Bedürfnissen geben (z.B. Laktoseintoleranz, Glutenunverträglichkeit, veganer Lebensstil, Verzicht auf Schweinefleisch), wird von Seiten der Küchenleitung selbstverständlich darauf eingegangen. Für die Betroffenen wird extra ein entsprechendes Menü zubereitet.

Fachvorträge Ernährung: Alle Patientinnen erhalten Fachvorträge zu den Themen gesunde Ernährung sowie zu risikohaftem Ernährungsverhalten und Essstörungen durch unsere Diätassistentin. Ebenso findet für jede Patientin Ernährungsunterricht mit dem Thema „Alkohol in Lebensmitteln“ statt. Zusätzlich erfolgen individuelle Einzelberatungen über persönliche Risikofaktoren wie falsche Ernährung, Bluthochdruck, Rauchen und Aufklärung über alkoholinduzierte Erkrankungen. Eine diätetische Küche ist vorhanden, ebenso kann eine gut ausgestattete Lehrküche genutzt werden. Die Therapieeinheit „Lehrküche“ soll ermöglichen, kochen ohne alkoholhaltige Lebensmittel, gesunde Ernährung, Freude am Kochen zu entdecken und geregelte Mahlzeiten in den Tagesablauf zu integrieren. Die Gruppengröße besteht in der Regel aus 4-6 Patientinnen, wird durch die Diätassistentin betreut und findet einmal im Therapieverlauf statt. Im Rahmen der Gesundheitserziehung findet für jede Patientin einmalig Ernährungsunterricht mit dem Thema: „Alkohol in Lebensmitteln“ statt. Der Besuch der Lehrküche hat das Ziel, gesunde Ernährung, Freude am Kochen zu entdecken und sich eine geregelte Tagesstruktur anzueignen.

Ernährungsberatung: Bei Bedarf wird für jede Patientin individuell eine Ernährungsberatung durch unsere Diätassistentin ermöglicht. In einem persönlichen Beratungsgespräch wird über Risikofaktoren falscher Ernährung und alkoholinduzierte Erkrankungen informiert und aufgeklärt, Essverhalten analysiert und zur Änderung der Lebensführung motiviert. Fachärztlich verordnete Diäten werden mit der Patientin besprochen, bereitgestellt und ihre Einnahme kontrolliert. Die Häufigkeit und Frequenz der Beratung orientiert sich am Bedarf der jeweiligen Patientin.

Nikotinentwöhnung: Für alle rauchenden Patientinnen findet ein Pflichtvortrag zum Thema „Nikotin und seine Konsequenzen“ statt. Nach diesem Vortrag können die Patientinnen entscheiden, ob sie an einem Nikotinentwöhnungsprogramm teilnehmen möchten, dies wird durch therapeutisches Personal angeleitet. Neben Motivationsarbeit und individueller Zielsetzung wird u.a. mittels Verhaltensreflexion/Selbstbeobachtung, Raucherprotokollen gearbeitet.

Psychoedukation zu somatischen Folgeerkrankungen: Alle Patientinnen nehmen turnusmäßig an der Psychoedukation zu den körperlichen Schäden von Alkoholabhängigkeit teil. Die Psychoedukation wird von einem Facharzt durchgeführt. Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum wird als mitverursachend für ca. 200 Krankheiten angesehen. Es gibt kein Organ des menschlichen Körpers das nicht durch Alkoholkonsum geschädigt wird, selbst beim Konsum geringer Mengen. Es werden exemplarisch Krankheiten des Nervensystems, des Herz-Kreislaufsystems, des Magen- und Darmtrakts, des Stoffwechsels und des Immunsystems vorgestellt. Dabei werden die Pathogenese, die Symptome, Auswirkungen und Folgen für den betroffenen vorgestellt. Als Besonderheit wird das fetale Alkoholsyndrom erörtert. Therapie und Prophylaxe gleichermaßen stellt einzig die Abstinenz dar. Der Abstinenzvorschuss wird im Anschluss interaktiv in Gruppenarbeiten mit Hilfe des Züricher Ressourcen Modells verstärkt.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die therapeutische Arbeit mit Angehörigen unterteilt sich in Angehörigenseminar und Paar- und Familiengespräche.

Angehörigenseminar: Zusammen mit den Angehörigen nehmen die Patientinnen an unserem zweitägigen Seminar teil. Insgesamt geht es um ein besseres Verständnis der Sucht in ihren Auswirkungen auf Beziehungen. Dabei wird die Entwicklung der Abhängigkeit als ein Interaktionsbeitrag verstanden, eine „Lösung“ die zum Problem geworden ist. Zum Seminar können die wichtigsten Bezugspersonen aus Herkunftsfamilie, gegenwärtiger Familie und Partnerschaft eingeladen werden. Spezifische Aspekte der Beziehungsdynamik und die Eigenheit der Patientin werden durch die besondere Art der familiären Interaktion besser verstehbar. Hier können einerseits Impulse für Veränderungen der Probleme suchstabilisierender Beziehungsmuster („Co-Abhängigkeit“) in Familie und Partnerschaft gesetzt und andererseits bereits eingeleitete Neuorientierungsprozesse in Familie und Partnerschaft weitergeführt werden. Thematisch relevant sind zudem der Umgang mit Rückfallgefahren und Verhalten im Krisenfall sowie die Verbesserung von Krankheitsverständnis und gegenseitiger Offenheit.

Familien- und Paargespräche: Die Angehörigenseminare werden durch Familien- oder Paargespräche ergänzt, die sich von der Aufnahme bis zur Entlassung je nach Indikation durch den gesamten Behandlungsverlauf ziehen können. Im gemeinsamen Gespräch können teilweise sehr schambesetzten Themen besprochen. In der Arbeit mit Familienangehörigen oder Partnern der Patientinnen wird in verstärktem Maße die Beratungsstelle einbezogen, die häufig in der Nachsorge die Beratung und Therapie der gesamten Familie oder einzelner Familienmitglieder übernimmt.

Ziele der Angehörigenarbeit: Familien- und Beziehungsdiagnostik, Erkennen der problemstabilisierenden Muster in der Interaktion, Gezielte Veränderungsinterventionen, Abklärung der Bedeutung von Abhängigkeit im Beziehungsgefüge, Förderung der Bereitschaft der Angehörigen zur Mitarbeit, Weiterführung der eingeleiteten Neuorientierung in Familie und Partnerschaft, Neudefinition von Rollen- und Generationsgrenzen, Vorbereitung und Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen.

4.7.11 Rückfallmanagement

Grundüberlegungen zum Rückfall: Obwohl die Erfolge der therapeutischen Behandlung des Missbrauches und der Abhängigkeit unbestritten sind (Süß, 1995), sind Rückfälle im therapeutischen Alltag genauso wie nach einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation keine Ausnahme, sondern ein Ereignis, mit dem es sich auseinanderzusetzen gilt. Verschiedene Studien belegen diese subjektiv festgestellte Wahrnehmung:

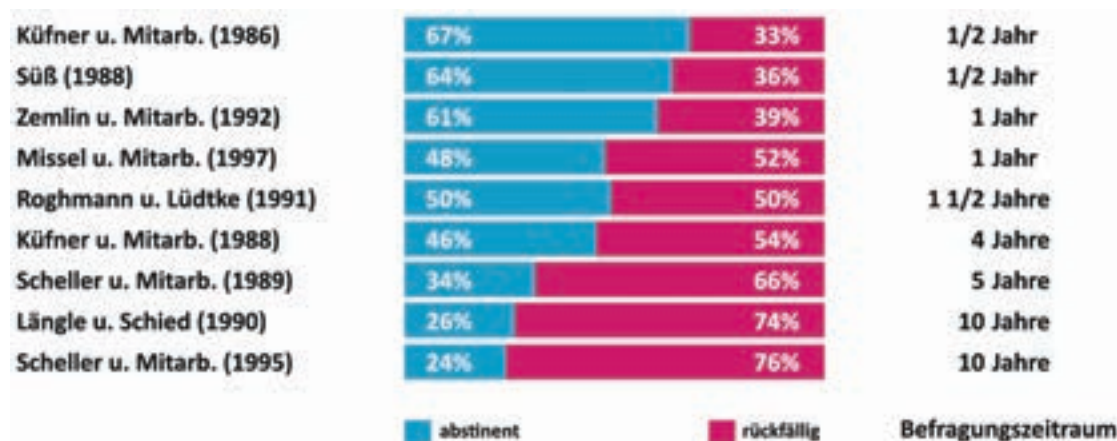


Abbildung 5: Abstinenz- und Rückfallraten nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung in Deutschland für unterschiedliche Befragungszeiträume und Studien. ⁸

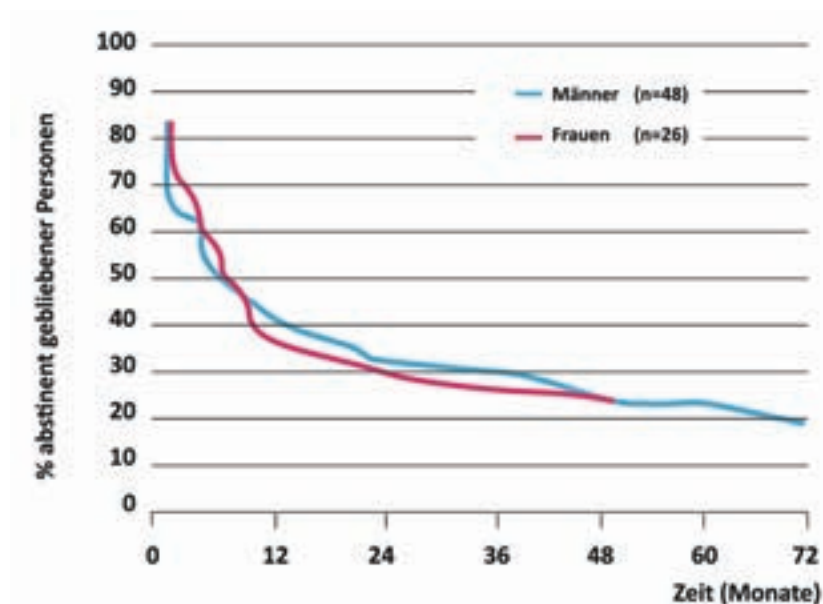


Abbildung 6: Abstinenz- und Rückfallraten nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung in Deutschland für unterschiedliche Befragungszeiträume und Studien

Rückfallprävention: Es gilt, sich nun auf diese Rückfälle einzustellen, in dem bereits während des stationären bzw. teilstationären Aufenthaltes das Rückfallthema enttabuisiert in einem gezielten Rückfallprogramm auf verschiedene Gefährdungssituationen hingewiesen wird und konkrete Möglichkeiten zur Rückfallvermeidung besprochen werden. Die unten aufgeführte Aufzeichnung verdeutlicht, dass ca. 2/3 aller Rückfallbedingungen in intrapersonalen Einflussfaktoren zu sehen sind und die interpersonalen Einflussfaktoren weit weniger von Bedeutung sind. Hier muss im teilstationären Setting auf die individuellen Einflussfaktoren eingegangen und gemeinsam nach Lösungsmodellen gesucht werden. Körkel gibt folgende Empfehlungen zu

Vorbeugung und Umgang mit Rückfällen: Offensiver Umgang mit den Alkoholproblemen, überdenken des eigenen Rückfallverständnisses, Vernetzung im Suchthilfesystem, Kontinuität des Kontaktes, Prophylaktische Thematisierung des erneuten Alkoholkonsums, Bedachter Umgang mit dem Thema Alkoholverlangen („craving“), Bedachtes Vorgehen nach Eintritt von Ausrutschen/Rückfällen, Vermeidung von Behandlungsabbrüchen, Einbeziehung des sozialen Umfeldes

⁸ Körkel, J.: Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit in Tretter, F. Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht, Hogrefe (2001).

Rückfall während einer therapeutischen Maßnahme: Ein Rückfall während einer therapeutischen Behandlungsmaßnahme verdeutlicht, dass die Selbstkontrollfähigkeiten der Patientin nicht ausreichen, sondern dass sie einen Ausweg in die Sucht wählte. Es ist damit ein Hinweis, dass im therapeutischen Prozess nicht genügend neue Verhaltensweisen eingeübt werden konnten, welche sich in der aktuellen Situation als tragfähig erwiesen. Es ist aufgrund der Vorerfahrungen nur zu verständlich, dass die Patientinnen versuchen mit den ihnen vertrauten Abwehrmechanismen, den Rückfall zu bagatellisieren, zu verheimlichen oder herunterzuspielen. Oft entsteht schon aus dem Scheitern ein Gefühl der Minderwertigkeit und Schuld. Es muss nun innerhalb des therapeutischen Settings eine Möglichkeit gegeben werden, sich mit diesen sehr destruktiven Gefühlen auseinanderzusetzen. Aus diesem Grunde kann ein Rückfall nicht zu einer automatischen Beendigung des Therapievertrages führen, sondern es gilt diesen im therapeutischen Prozess zu nutzen. Wenn die Bereitschaft und das Interesse für eine Weiterbehandlung der Therapie erkennbar sind, verbleibt die Patientin in stationärer Behandlung.

Es gilt zunächst eine medizinische Versorgung/-Abklärung vorzunehmen. Der Arzt entscheidet über die Weiterbehandlungsmöglichkeiten. Es gilt zu klären, inwieweit aus medizinischer Sicht eine Weiterbehandlung möglich ist oder ob sie unterbrochen werden muss (Entgiftung). In der Phase der Intoxikation erfolgt keine therapeutische Zuwendung. Erst wenn der Patient die akute Krisensituation überwunden hat, wird ihm die Möglichkeit gegeben über seine Erfahrungen zu sprechen. In einem anschließenden Gespräch mit dem Einzeltherapeuten (Bezugstherapeuten), dem therapeutischen Leiter und dem Facharzt wird gemeinsam über die Fortsetzung der Maßnahme entschieden. Sollte der Rückfall gegen Ende der Therapie erfolgen, ist zu prüfen, ob es sinnvoll ist, die Maßnahme zu verlängern und/oder die Patientin, nach entsprechender Vorbereitung, erneut mit der Risikosituation zu konfrontieren. Sie kann dann neue Erfahrungen sammeln und ihre Abstinenzsicherheit wieder erhöhen. Das Rückfallgeschehen und die therapeutische Bearbeitung werden in den Berichten dokumentiert. Sollte im Rahmen des Rückfallgesprächs die Fortsetzung der Maßnahme befürwortet werden, wird eine „Rückfallvereinbarung“ mit der Rehabilitandin besprochen und schriftlich festgehalten. Diese beinhaltet u. a. eine „Probezeitvereinbarung“ von 2 Wochen. Nach dieser Zeit findet ein erneutes gemeinsames Gespräch statt, in dem abschließend besprochen wird, ob die Therapie fortgesetzt wird.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Im Rahmen seiner 24-stündigen Dauerpräsenz stehen die examinierten Pflegekräfte während, vor allem aber auch außerhalb der Kernarbeitszeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen den Rehabilitandinnen als fachliche Ansprechpartnerinnen zur Verfügung. Neben der somatischen pflegerischen Versorgung liegen die unterstützenden Angebote vor allem in folgenden Bereichen:

- Allgemeine Gesundheitsinformation und -förderung
- Vermittlung von gesundheits- und indikationsspezifischen Krankheitsinformationen
- Motivationsförderung.

Die suchtmmedizinische Krankenpflege ist in die rehabilitationsrelevante Dokumentation und den interdisziplinären Informationsaustausch eingebunden.

4.7.13 Weitere Leistungen

4.7.13.1 Seelsorge und spirituelles Angebot

Hinter süchtigem Verhalten steht oft der Wunsch nach bedingungsloser Akzeptanz sowie nach Wert und Sinn im Leben. Die Logotherapie betrachtet Sinnsuche als primäre menschliche Motivation. In unserer Fachklinik gibt es daher ein spezielles geistliches/spirituelles Angebot mit offener Auseinandersetzung zu diesen Grundfragen. Wöchentliche Andachten und auf Wunsch Gespräche mit der Klinik-Seelsorgerin ermöglichen persönliche Glaubens- und Lebensfragen, ggf. einen neuen Zugang zu Gott. Der sonntägliche Gottesdienst wird in der Kirchengemeinde Hutschdorf gefeiert, um religiöse Isolation während der Therapie entgegenzuwirken und die Verbindung zur Bevölkerung zu stärken. Die Teilnahme an geistlichen Angeboten ist freiwillig.

4.7.13.2 Therapie der Essstörungen

Neben substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen haben manche Frauen zusätzlich eine Essstörung, die in unserer Klinik als komorbide Störung mitbehandelt wird. Eine indikationsbezogene Gruppentherapie für Patientinnen mit Essstörung findet bei Bedarf wöchentlich statt. Bei entsprechender Symptomatik ist die Teilnahme verpflichtend. Es wird ein Therapievertrag erstellt und ausführlich besprochen, um eine lang geübte Anpassungsleistung zu vermeiden und ein Commitment zu erreichen (DBT-Inspiration). Der Therapievertrag umfasst u.a.: regelmäßige Teilnahme an der Indikativgruppe Essstörung, regelmäßige und lückenlose Mahlzeiten, regelmäßiges Wiegen, Einhaltung von Ruhezeiten nach Mahlzeiten, Verzicht auf Laxantien, Anpassung von Co-Therapien und sportlicher Aktivität an das Basisgewicht, Führen eines Ess-Tagebuches.

4.7.13.3 Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung

Es ist bekannt, dass unter suchtmittelkranken Frauen die Diagnose PTBS dreimal häufiger auftritt als unter suchtkranken Männern, was das integrierte Therapieangebot Haus Immanuel besonders sinnvoll macht. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Patientinnen in dem Suchtmittelgebrauch eine Art Selbstmedikation betrieben haben. Nun wird (plötzlich) eine völlige Abstinenz erwartet, und die Patientinnen müssen auf ihr probates Mittel verzichten, das ihnen sehr effizient half, Symptome wie Hyperarousal, Panikattacken, Flashbacks, u.a. zu ertragen. Außerdem haben suchtmittelabhängige Frauen mit Symptomen einer PTBS mehr soziale, rechtliche, medizinische und psychische Probleme (u. a. Najavits et al 2019). Frauen mit dieser Doppeldiagnose sind meist Opfer früher Traumatisierung gewesen (im Kindesalter – Najavits et al 2019) und scheinen, nach einer Zusammenstellung weltweiter Daten aus dem Jahr 2004 durch die Vereinten Nationen, besonders unter Scham und Stigma zu leiden. Sie sind nach o. e. Daten besonders häufig körperlicher und sexueller Gewalt in Beziehungen ausgesetzt, leider mehr als andere suchtmittelabhängige Frauen unter der Angst, Kinder oder den Partner zu verlieren. Sie neigen eher als Männer dazu, dissoziative Symptome zu entwickeln und entwickeln eher ein posttraumatisches Belastungssyndrom als traumatisierte alkoholranke Männer (Lageland 2005). Außerdem ist bekannt, dass sie häufiger ihre Therapien abbrechen (Brady et al 1994, Thomas und Kingery 1998), dass sie unter häufigeren Suchtmittelrückfällen leiden (Brown, Stout and Mueller 1996), dass sie eine hohe Rate psychischer Störungen wie Angsterkrankungen, Depressivität, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, etc. zeigen (z. B. Brown et al 1995) und insgesamt mehr gesundheitliche, rechtliche und soziale Probleme aufweisen. Sie kommen signifikant häufiger in das Hilfesystem nach einer Studie aus Hamburg von 2009 (Schäfer et al 2000) und weisen in vielen anderen Lebensbereichen größere Problembereiche als nichttraumatisierte Suchtpatientinnen auf (Schäfer et al 2009) z.B. ist der Prozentsatz von Frauen, die keine Berufsausbildung haben, mehr als doppelt so hoch, sie haben mehr Schulden, häufiger keine feste Beziehung, wenden häufig selber körperliche Gewalt an (mit und ohne Alkohol), haben häufiger Kinder, die nicht mehr bei ihnen leben oder leben können, sind häufiger alleinerziehend im Vergleich zu Alkoholpatientinnen ohne Hinweis auf Traumatisierung. Diese Daten zeigen deutlich die Herausforderung für das Suchthilfesystem in der integrativen Behandlung von alkoholkranken Patientinnen, die gleichzeitig an Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden.

Definition: Unter „Trauma“ verstehen wir ein „vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Schutzlosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt“ (Fischer und Riedesser, 2003).

Diagnostik: Bereits in der Anamnese werden systematisch belastende, traumatische Erfahrungen vorsichtig erfragt, in einem vertiefenden Gespräch bei ausreichendem Vertrauen werden diese diagnostisch vertieft mit z. B. Fragen wie „Wie wirken sich diese Erlebnisse heute für Sie aus? Welche Konsequenzen könnten sich für die Planung der Therapie ergeben? Welche Unterstützung wäre Ihnen hilfreich?“.

Neben den diagnostischen Explorationen können auch Screening-Verfahren eingesetzt werden wie z. B. das PTSD-Kurz-Screening oder das Short-Screening Scale (Universität Hamburg, Suchtforschung). Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung wird nach ICD-10 gestellt.

In der Fachklinik werden nur abstinenten Patientinnen nach der Entgiftung aufgenommen. Das bedeutet, dass die Patientinnen womöglich nun „ungeschützt“ durch das Suchtmittel den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörungen ausgesetzt sind mit Alpträumen, Ängsten, Hyperarousal, etc. Dem muss in der stationären Therapie Rechnung getragen

werden. V.a. bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (DESNOS, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) treten vermehrt, neben Veränderung von Affektregulation und Impulskontrolle, Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen auf sowie interpersonelle Störungen, beeinträchtigtes Identitätsgefühl und allgemeiner Sinnverlust. Die Patientinnen leiden unter chronischer Anspannung und der mangelnden Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, zeigen z. T. anderes selbstverletzendes Verhalten (außer des Suchtmittelkonsums), die therapeutische Beziehung kann u. U. erschwert werden durch eine Unfähigkeit, Vertrauen zu finden. Zu den interpersonellen Störungen zählen der soziale Rückzug und die Gefahr, erneut Opfer zu werden neben der o. e. Unfähigkeit, vertrauen zu können.

Therapie: Eine traumasensible Behandlung bedeutet in unserem Hause: Die Symptome und/oder traumatischen Ereignisse werden aktiv, empathisch und vorsichtig erfragt und auch deren Auswirkungen. Es werden die emotionalen Bedürfnisse der Patientinnen erfragt. Es werden zeitnah Beruhigungs-/Sicherungstechniken nach Luise Reddemann im Einzelgespräch vermittelt, ggf. auch in Gruppengesprächen. Es bestehen Rückzugsmöglichkeiten für die Patientinnen durch Einzelzimmer, durch die geschlechtsspezifische Behandlung und durch einen „Stillerraum“. Es werden Kenntnisse über die beiden Erkrankungen Sucht und posttraumatische Belastungsstörungen in Vorträgen und Gruppen vermittelt, im Einzelgespräch dann vertieft. Alle Mitarbeitenden der Fachklinik verfügen mindestens über Grundkenntnisse vom Umgang mit traumatisierten Patientinnen, z. B. im Umgang mit Sicherungstechniken. Alle Einzeltherapeutinnen/-therapeuten verfügen über vertiefte Kenntnisse über Traumatisierungen und den Umgang mit traumatisierten Patientinnen neben der selbstverständlichen Ausbildung zur Suchttherapeutin/-therapeuten.

In der Traumatherapie richten wir uns nach den Phasen der Traumatherapie nach Herrmann, 2018 „Narben der Gewalt“. Zuerst ist demnach eine Stabilisierung der Patientinnen notwendig, indem sie lernen, akute Symptome zu kontrollieren. Hier haben Elemente der Psychoedukation ihren Platz, Imaginationstechniken (Reddemann) oder Elemente aus der DBT, die in der entsprechenden Indikativgruppe vermittelt werden. Während dieser Zeit sollten sie auch ihre eigenen Ressourcen identifizieren und aufbauen. Im zweiten Schritt kann in unserer Klinik die Traumabearbeitung begonnen werden, indem die Patientinnen dem Trauma „geplant und dosiert begegnen“ können und damit eine neue Bewertung der traumatischen Ereignisse erfolgen kann. Die letzte Phase, die sogenannte Reintegrationsphase, kann z. T. schon hier in der Klinik beginnen, wo ein Trauern und ein Neubeginn schon möglich sind. Nach Schäfer und Kraus, 2006, sind folgende Therapien bei Suchtkranken erfolgreich: Stabilisierung in der Einzeltherapie, Imaginations- und Distanzierungstechniken, dialektisch behaviorale Therapie (DBT; M. Linehan), expositionsbasierte Verfahren, EMDR, Innere-Kind-Arbeiten. Das u. g. Therapieprogramm „Sicherheit finden“ wird seit einigen Jahren in Deutschland erfolgreich eingesetzt; das deutsche Manual stammt von 2009.

Patientinnen mit den Doppeldiagnosen Suchterkrankung und Posttraumatische Belastungsstörung werden zunächst regulär in ihre Bezugsgruppe integriert und bauen eine Beziehung zu ihrem Einzeltherapeuten auf. Die ersten drei Wochen dienen dazu, sich in ihrer Bezugsgruppe zu integrieren, die Anamnese zu erheben und sich insgesamt in das Haus zu integrieren. Parallel dazu können schon, je nach Schwere der Symptomatik, neben Einzelgesprächen, Übungen zur inneren Sicherheit eingeübt werden (Reddemann), damit so schnell wie möglich eine Kontrolle über Intrusionen, Flashbacks oder ähnliches der Patientin möglich ist. Weiter erfolgt in dieser Zeit die Diagnoseerhebung. Nach drei Wochen ist dann die Teilnahme an der Indikationsgruppe für traumatisierte Patientinnen nach Najavits „Sicherheit finden“ möglich. Diese Gruppe umfasst maximal 12 Patientinnen. Die Gruppe wird als halboffene Gruppe geführt, d. h. es können zu jeder Zeit Patientinnen hinzukommen oder auch ausscheiden. Die Teilnahme an dieser Gruppe ist freiwillig, sie erfolgt in Anlehnung an das Therapiemanual „Sicherheit finden“ aus dem Lehrbuch „Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch“ (Najavits, 2019). In der Regel erfolgt die Teilnahme an dieser Gruppe während der gesamten weiteren Therapiezeit.

Das Programm „Sicherheit finden“ wurde speziell für Suchtpatientinnen mit PTBS entwickelt, ist jedoch auch einsetzbar, wenn keine voll ausgebildete PTBS-Symptomatik vorliegt. In dem Programm wird das Trauern noch nicht bearbeitet, sondern der Schwerpunkt liegt auf Psychoedukation und sicheren Copingstrategien nach dem Motto „safety first“. Der Vorteil des Programms ist, dass es auch von Therapeuten ohne spezifische Traumatherapieausbildung angeboten werden kann, und es ist eines der wenigen Therapieprogramme, zu denen Studien zur Wirksamkeit vorliegen.

Eine Traumakonfrontation kann schon während der Therapie sinnvoll sein. Sie ist möglich bei ausreichender körperlicher Stabilität, einer vertrauensvollen Beziehung zum Einzel- und Traumatherapeuten sowie bei ausreichender Fähigkeit zur Selbstberuhigung. Auch die Teilnahme an dieser Gruppe ist freiwillig, da die Selbstbestimmung der Patientin unbedingt

unterstützt und respektiert werden muss. In einem geschützten Rahmen und mit speziell in Traumatherapie ausgebildeten Therapeuten läuft die Behandlung so:

- Halb offene Traumagruppe (max. 10 Patientinnen) trifft sich einmal wöchentlich, strukturiert, um Erlebnisse zu besprechen; Ziel: Schweigegebot überwinden, heilsames Verstehen, Vereinzelung abbauen. Gruppenleiter kann Berichte begrenzen, wenn jemand überfordert wird.
- Window of Tolerance beachten; Teilnahme an der Indikativgruppe möglich bis zum Therapieende, auch vorzeitig beendbar.
- Bei Stabilität: ergänzende EMDR-Sitzungen nach fachärztlicher Indikation durch EMDR-erfahrene Therapeuten. Therapien durch ergotherapeutische und körpertherapeutische Maßnahmen ergänzt.
- Stationäre Therapie: Nachstationäre Weiterbehandlung wird vorbereitet; obligatorische Suchtnachsorge und erste Kontakte zu weiterführenden psychotherapeutischen Angeboten (z. B. intermittierende stationäre Psychotherapie) erfolgen.
- Bei emotionaler Instabilität: Teilnahme an einer Emotionsregulationsgruppe nach DBT; Vermittlung einer ambulanten und/oder stationären DBT-Behandlung.

4.7.13.4 EMDR

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine psychotherapeutische Behandlungsmethode zur Verarbeitung belastender Erinnerungen, insbesondere bei posttraumatischen Belastungsstörungen. Nach intensiver Exploration werden mehrere Einheiten durchgeführt. Die Patientin folgt den Fingerbewegungen des/der Therapeuten/en, um beide Gehirnhälften zu stimulieren und die Selbstheilungskräfte zu aktivieren, was die Integration und Verarbeitung von Traumata unterstützt.

EMDR ist teildienlich für verschiedene Traumafolgestörungen sowie für begleitende Störungen (Anpassungsstörungen, traumatische Trauer, akute Belastungsreaktionen, Depression, Angststörungen, kindliche Traumafolgestörungen). Neuere Studien zeigen Wirksamkeit auch bei Depressionen, Phantomschmerzen und Rückfallrisiko bei Alkoholabhängigkeit (z. B. Verweise auf Ostacoli 2018, Hase 2008, Schneider 2007). EMDR-Sitzungen können nach Diagnostik, Belastungserhebung und Stabilisierung Teil der Behandlung in der Fachklinik sein; andere Traumatherapien (z. B. IRRT) können ergänzend eingesetzt werden. Häufig liegt der Fokus jedoch vor allem auf Stabilisierung, bevor eine weiterführende Traumatherapie erfolgt.

4.7.13.5 Tiergestützte Therapie

Tiergestützte Therapie ist Beziehungsarbeit mit Tieren, umgesetzt in Wechsel aus Gespräch und tierischer Arbeit. Wesentlich sind zielführende Therapieziele und entsprechende Dokumentation. Das Tier ist Kommunikations- und Sozialpartner, Katalysator und Symbolträger auf dem Weg zu besserer Sozialkompetenz. Der Ansatz nutzt die Mensch-Tier-Symbiose, um soziale Kompetenzen und psychische Gesundheit zu fördern. Tiere erhöhen emotionales Wohlbefinden, Bindungskräfte aktivieren das Oxytocin-System und lösen beziehungsfördernde, angst- und stressreduzierende Effekte aus. Dadurch fällt es Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen leichter, Beziehungen aufzubauen und soziale Ängste zu reduzieren. Sichere Bindungen gelten als wichtiger protektiver Faktor für soziale, emotionale und kognitive Entwicklung. Tiergestützte Therapie kann zu Therapiebeginn eine Schlüsselrolle spielen, indem sie Vertrauen aufbaut, Selbstwert stärkt und Stress/Angst reduziert. Studien belegen u.a., dass pferdegestützte Therapie bei jungen Erwachsenen mit substanzbedingten Störungen zu längerer Behandlung und höherer Abschlussquote führen kann.

4.7.13.6 Mutter-Kind-Behandlung

Für die Behandlung suchtkranker Mütter mit Begleitkindern ergeben sich zusätzliche Anforderungen in der Therapiegestaltung. Die Beziehung zwischen Eltern und Kind stellt wohl eine der wesentlichen sozialen Beziehungen dar und ist für die Entwicklung des Kindes von großer Wichtigkeit. Mit jeder Suchterkrankung ist auch eine Störung in dem Beziehungsgeflecht der betroffenen Personen verbunden. Für das Kind bedeutet das Großwerden in einem gestörten sozialen Umfeld eine Gefährdung oder eine Verzögerung der eigenen Entwicklung. Je früher die Entwicklungsstörungen des Kindes,

teilweise auch traumatische Erlebnisse, erkannt und behandelt werden, desto besser wird das Kind Lebensmut und Integrationsbereitschaft entwickeln. Die Mutter erfährt auf diese Weise Entlastung und Verstärkung einer stabilen Abstinenz.

Je früher die Möglichkeit besteht, Störungen durch Suchtmittelkonsum, Verhaltensauffälligkeiten oder sonstige medizinische, psychische oder soziale Störungen unter Mitarbeit der direkten Bezugsperson, also der Mutter, zu behandeln und auch vorbeugend die Zukunft des Kindes in einer gesunden sozialen Umwelt zu sichern, umso größer sind die Erfolgsaussichten, dass das Kind die teilweise traumatischen Erlebnisse, die durch die Suchterkrankung der Mutter und/oder des Vaters hervorgerufen wurden, ohne dauerhafte oder zumindest mit möglichst geringen Schäden überwinden kann.

Somit darf der Aufenthalt des Kindes in einer Rehabilitationseinrichtung nicht zur reinen „Verwahrung“ werden, vielmehr müssen die Chancen, die sich in der therapeutisch betreuten Umgebung bieten, zum Nutzen des Kindes und damit natürlich auch der Mutter herangezogen werden. Mit ihren Kindern gemeinsam können die Frauen wieder Freude am Leben empfinden und auch wieder lernen, Verantwortung zu übernehmen und Anteil an anderen Personen zu nehmen. Die Frauen können in der Erziehung und der Beziehungsgestaltung Versäumtes nachholen oder Verschuldetes versuchen aufzuarbeiten. Die innere und äußere Entfremdung von Müttern und Kindern wird durch die gleichzeitige Aufnahme bearbeitet. Die Mütter können lernen, sich in ihrer Mutterrolle zu akzeptieren, können mit Unterstützung der therapeutischen Mitarbeiter einen kompetenteren Erziehungsstil entwickeln und eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung aufbauen.

Das Betreuungsangebot: In einem ersten Schritt soll zunächst eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Kind und seinen Betreuern (Erzieher, Kinderpflegerin, Ergotherapeuten, etc.) hergestellt werden. Es gilt, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und ihm einen Ort der Sicherheit und emotionalen Stabilität und klaren Grenzen zu geben, aber auch seine Stärken zu fördern. Während der Therapiezeiten der Mütter werden die Kinder in der klinikeigenen Kindertagesstätte betreut, für die jüngeren (0-3 Jahre) gibt es dort eine gesonderte Krabbelgruppe. Für die bereits schulpflichtigen Kinder findet am Nachmittag eine Hausaufgabenbetreuung statt. Außerhalb der Öffnungszeiten der Kindertagesstätte ist die Mutter für ihr Kind verantwortlich.

Schwerpunkte der Arbeit sind: altersgerechte Angebote in Kleingruppen (z.B. Malen, Basteln, Musizieren, Bewegung), Förderung des Sozialverhaltens und der Gruppenfähigkeit, Mutter-Kind-Aktivitäten (z.B. Freizeitaktivitäten), Mutter-Kind-Schwimmen

Sehr wichtig ist für die Behandlung von Mutter und Kind die regelmäßig stattfindenden Mütter-Gespräche, in welchen Erziehungsfragen, Probleme und Konflikte sowie organisatorische Fragen geklärt werden können. Die Mitarbeitenden aus der Kindertagesstätte treffen sich regelmäßig mit dem therapeutischen Team, um sich über ihre Erfahrungen und Beobachtungen auszutauschen. In Einzelfällen wird von uns durch speziell ausgebildetes Personal Einzelförderung (z.B. logopädische Förderung, etc.) für die Kinder angeboten.

Auf der Mutter-Kind Station ist ein Spielzimmer vorhanden. Dort besteht die Möglichkeit, dass die Mutter und das Kind wieder einen neuen Umgang miteinander erlernen, um die Freizeit nach der Therapiezeit sinnvoll zu gestalten. Die Kinder bewohnen gemeinsam mit der Mutter ein 2-Zimmer-Appartement. Die Kosten für den Aufenthalt sind im Rahmen der Therapiebeantragung zu klären. Sie werden im Regelfall von der Deutschen Rentenversicherung übernommen, im Einzelfall aber auch von Jugend- oder Sozialämtern. Der Aufenthalt nicht behandlungsbedürftiger Kinder wird über einen festgelegten Tagessatz in der Höhe einer Haushaltshilfestelle abgerechnet. Die Kostenübernahme ist vorher abzuklären.

4.7.13.7 EFL

Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach WORKWELL/ISERNHAGEN ist eine international angewandte Standard-Assessmentmethode zur Beurteilung arbeitsbezogener Leistungen. Mit standardisierten funktionellen Leistungstests wird die Belastbarkeit für die häufigsten physischen Anforderungen der Arbeitswelt untersucht. Das EFL-Assessment erfasst die aktuelle motorische Leistungsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte oder die angestrebte berufliche Tätigkeit des Patienten bzw. der Patientin.

Durchführung: Die Feststellung der Indikation für eine EFL-Diagnostik erfolgt nach der medizinischen Eingangsdiagnostik, Feststellung der BORA-Kategorie und Auswertung des PACT-Fragebogens (Performance Assessment Capacity Test), den alle Patientinnen in der ersten Behandlungswoche erhalten. Die Testung erfolgt zu Beginn und zum Ende der Behandlung und umfasst 4 individuell ausgewählte Module zur Feststellung der körperlichen Belastbarkeit unter standardisierten Bedingungen. Die Ergebnisse fließen in die sozialmedizinische Begutachtung im Abschlussbericht ein und ergänzen die suchtmmedizinische Beurteilung der Arbeits- und Leitungsfähigkeit. Sollten im Behandlungsverlauf Einschränkungen zu vermuten sein, die bei Aufnahme noch nicht erkennbar waren, kann nach entsprechender Einschätzung ebenfalls eine EFL-Testung durchgeführt werden.

„Ärztliche Aufgaben“: Interpretation und Vermittlung des EFL-Assessments: Die Ergebnisse des EFL-Assessments stehen häufig im Widerspruch zum subjektiven Empfinden der Rehabilitandin. Die Interpretation und insbesondere die ausführliche Vermittlung der Ergebnisse durch eine*n Ärzt*in ermöglicht Nachvollziehbarkeit und Verständnis durch die Rehabilitandin, die Ableitung gemeinsame Ziele für die Arbeitstherapie sowie die systematische Verwertung der Ergebnisse in der sozialmedizinischen Begutachtung.

4.7.13.8 Weitere Angebote

Als weitere Angebote bieten wir Yoga, therapeutisches Klettern, Akupunktur nach dem NADA Protokoll und kognitives Training (Hirnleistungstraining)

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Rechtzeitig vor der Entlassung (im Regelfall ca. 4 Wochen) wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden überprüft, welche medizinischen, therapeutischen und ggfs. auch pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Behandlung durchgeführt werden müssen. Bereits im Rehatraining (verlängertes Wochenende) werden mit den Nachbehandlungsstätten verbindliche Termine z.B. bei der Suchtberatungsstellen, den Selbsthilfegruppen, den verschiedenen Hausärzten etc. Fachärzten vereinbart.

Den Klienten wird ein vorläufiger standardisierter Entlassungsbericht ausgehändigt. Das Entlassungsmanagement dient zu einer sachgerechten Anschlussversorgung nach der Rehabilitation unserer Klientinnen und einer Vernetzung von stationären und ambulanten Versorgung.

4.8 Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (StoF)

Bei dem von der DRV Braunschweig-Hannover und den Fachkliniken St. Marien und St. Vitus entwickelten und erprobten Programm handelt es sich um Rehabilitationsleistung gem. § 15 SGB VI. Der Schwerpunkt liegt auf Problemlagen, Veränderungen der Lebenssituation und Krisen im Verlauf der bisherigen Abstinenz, die sich destabilisierend auf die psychische und physische Stabilität auswirken und somit die Teilhabe an Alltag, Gemeinschaft und Erwerbstätigkeit gefährden.

Diese Behandlungsform mit einer Dauer von 3 Wochen bietet ein individuell angepasstes Stabilisierungsangebot für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen, die

- aktuell noch abstinent leben, deren Abstinenz jedoch akut und erheblich gefährdet ist
- ambivalent in ihrer Abstinenzentscheidung sind
- sich aufgrund von Überforderung in persönlichen, sozialen und/oder beruflichen Situationen als labil und rückfallgefährdet einschätzen
- sich in psychischen Krisen befinden
- bei sich eine Entwicklung hin zu gefährdenden Verhaltensmustern leiden, für die keine ausreichenden Bewältigungsstrategien verfügbar sind

Zielsetzungen:

- Förderung der dauerhaften Abstinenz
- Aufarbeitung individueller Konsummuster und psychosozialer Hintergründe
- Stärkung der Selbstkontrolle und Rückfallprophylaxe
- Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit
- Reintegration in Alltag, Arbeit und soziale Netzwerke
- Verbesserung der Lebensqualität und Selbstwirksamkeit

Durchführung:

Die Behandlung erfolgt integriert in die regulären Bezugsgruppen. Ziele werden zu Beginn der Behandlung mit der Patientin definiert und es wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Dieser enthält folgende Grundbausteine:

- Gruppentherapie
- Therapeutische Einzelgespräch inkl. individueller Risikoanalyse
- Rückfallprävention
- Indikationsgruppen, ausgerichtet an den individuellen Problemlagen der Patientin (z.B. Konflikte am Arbeitsplatz, soziales Kompetenztraining, Ablehnungstraining von Konsumangeboten)
- Psychoedukation (z.B. Vorträge)
- Sport- und Entspannungstraining

Ergänzt werden die Inhalte durch weitere spezifische Angebote, wie z.B. Sozialberatung, Angehörigen- und Arbeitgebergespräche, Angebote zur Alltagsstrukturierung, themenzentrierte Gruppen (z.B. Konflikte am Arbeitsplatz), u.a.

5. Personelle Ausstattung

Die Behandlung wird durch ein interdisziplinär zusammen gesetztes Behandlungsteam gewährleistet. Die gesamte medizinische Rehabilitation in der Fachklinik wird von unserem leitenden Arzt verantwortungsvoll geleitet. Alle therapeutischen Mitarbeiter verfügen über eine formale Qualifikation, die den Anforderungen der Kosten- und Leistungsträger entspricht. Sowohl die ärztliche als auch die therapeutische Leitung vertreten sich gegenseitig.

Chefarzt	Doctor-medic Mihai-Dan Dima Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Stellv. Chefarzt	Dr. med. Gerhard Georg Schlenk Facharzt für Allgemeinmedizin Notfallmedizin, Palliativmedizin, suchtmedizinische Grundversorgung, Psychotherapie
Therapeutischer Leitung	Werner Wenninger Sozialtherapeut (PA)
Stellv. Therapeutisch Leitung	Jana Langguth Psychologische Psychotherapeutin
Soll-Stellenplan siehe Anhang	

6. Räumliche Gegebenheiten

Gelände:

Der Gesamtkomplex der Klinik wurde 2012 neu gebaut. Auf dem Klinikareal sind folgende Gebäude vorhanden: Ein Hauptgebäude mit den verschiedenen Funktionsdiensten und Wohngruppen, eine große Sporthalle mit Kletterwand, Outdoor-Fitnessanlage (6 Fitnessgeräte), eine kleinere Turnhalle, ein Schwimmbad, eine Kindertagesstätte, eine Minigolfanlage, ein Trampolin, ein Beachvolleyballfeld, Stallungen sowie das DGD Mutter-Kind-Zentrum Rückenwind. Das Klinikareal umfasst ca. 10.000 Quadratmeter.

Patientenzimmer:

48 Einzelzimmer mit Nasszelle zu je 17,85 Quadratmeter. 11 Einzelzimmer mit Nasszelle und Kinderzimmer zu je 26,95 Quadratmeter, zwei barrierefreie Einzelzimmer mit Nasszelle zu je 26,85 Quadratmeter, ein barrierefreies Einzelzimmer mit Nasszelle und Kinderzimmer zu 35,43 Quadratmeter und drei Einzelzimmer mit Nasszelle zu je 45 Quadratmeter.

Gemeinschaftsräume:

- 4 Wohngruppenräume zu je 26,53 Quadratmeter
- 1 Wohngruppenraum zu 32,89 Quadratmeter
- 1 Speisesaal zu 66,67 Quadratmeter
- 1 Speisesaal für Mütter mit Kindern zu 39,41 Quadratmeter
- 1 Spielzimmer zu 26,05 Quadratmeter
- 1 Vortragsraum, Größe durch Raumteiler variabel gestaltbar
- 2 Barrierefrei erreichbare Aufzüge, Liegendtransport ist möglich

Medizinischer Bereich:

- 1 Arztbüro leitender Arzt zu 36,53 Quadratmeter
- 1 Arztbüro zu 20,15 Quadratmeter
- 1 Arztbüro zu 27,77 Quadratmeter
- 1 Überwachungszimmer zu 27,77 Quadratmeter
- 1 Nachtbereitschaftszimmer zu 16,54 Quadratmeter
- 2 Behandlungs-/Untersuchungszimmer zu je 14,6 Quadratmeter
- 1 Behandlungs-/Untersuchungszimmer mit EKG-Gerät zu 13,33 Quadratmeter
- 1 Pflegestützpunkt zu 26,84 Quadratmeter
- 1 Wartezimmer zu 30,60 Quadratmeter
- 1 Sekretariat zu 18,67 Quadratmeter

Funktionsräume:

- 1 Lehrküche zu 31,59 Quadratmeter
- 2 Physiotherapiebehandlungsräume (gleichzeitig als Büro genutzt) zu 28,06 Quadratmeter
- 3 Gruppentherapieräume zu je 25,77 Quadratmeter
- 3 Ergotherapieräume zu je 26,08 Quadratmeter
- 1 Ergotherapieraum zu 47,56 Quadratmeter
- 2 Ergotherapeutenbüros zu je 16,48 Quadratmeter
- 1 Computerschulungsraum bzw. Raum für Arbeitstherapie zu 25,37 Quadratmeter
- 1 EDV-Raum bzw. Raum für Arbeitstherapie zu 25,37 Quadratmeter
- 1 Büro Diätassistentin
- 7 Therapeutenbüros in unterschiedlicher Größe
- 2 Besprechungsräume

7. Kooperation und Vernetzung

Kooperationen innerhalb der Einrichtung: Die interne Kooperation ist eingebettet in ein Netz von Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen innerhalb der Fachabteilungen, die einen optimalen Verlauf der Behandlung gewährleisten sollen. Innerhalb der verschiedenen Bereiche ist die notwendige Kooperation durch mehrmals wöchentlich stattfindende Teamsitzungen sichergestellt. Sie dienen dem Informationsaustausch, der fachlichen Diskussion, der Koordination unterschiedlicher Arbeitsaufgaben sowie der Planung und der Strukturierung der internen Arbeitsabläufe.

Fallbezogene Kooperation: Innerhalb der Fachabteilungen wird der therapeutische Prozess systematisch reflektiert. Dies geschieht zum einen durch sorgfältige Dokumentation aller beteiligten Therapeut*innen, zum anderen in wöchentlichen Fallbesprechungen, an der alle Therapeut*innen der jeweiligen Fachabteilung teilnehmen.

Vernetzung in der Stadt und im Landkreis Kulmbach: Die DGD Fachklinik Haus Immanuel ist fest verankert in den Strukturen der Gemeinde Thurnau und des Landkreises Kulmbach. Dies zeigt sich an der Zusammenarbeit mit örtlichen Vereinen, Kirchengemeinden oder kulturellen Veranstaltungen.

Vernetzung mit der professionellen Suchtkrankenhilfe: Ziel der Vernetzung im professionellen Suchthilfesystem ist der fachliche Austausch über unterschiedliche Ansätze und Behandlungsmodelle, die Abstimmung fachlicher und ökonomischer Notwendigkeiten sowie die Entwicklung von Kooperationsmodellen. Dies ist gewährleistet durch die Mitarbeit in regionalen und überregionalen Facharbeitskreisen, welche hauptsächlich durch den kaufmännischen Klinikdirektor wahrgenommen wird.

Vernetzung mit medizinischen und psychosozialen Hilfesystemen: Die Nähe zur Stadt Kulmbach ermöglicht eine enge Kooperation mit anderen medizinischen oder psychosozialen Hilfeinrichtungen. Gerade vor dem Hintergrund, der immer häufiger werdenden Komorbiditäten der Patientinnen ist eine enge Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess.

Die Kooperation umfasst:

- Stationäre und ambulante medizinische Fachabteilungen (Fachärzte, Klinikum Kulmbach, Bezirkskrankenhaus Bayreuth)
- Einrichtungen zur beruflichen Förderung und Fortbildung (Agentur für Arbeit, ARGE, Beratungsstelle für Arbeitslose etc.)
- Beratungsstellen für spezifische Problemstellungen (Schuldnerberatung, Familien- und Erziehungsberatungsstellen etc.)

Vernetzung im Bereich Freizeitgestaltung und Kultur: Am öffentlichen und kulturellen Leben wird diesem Bereich ein großer Wert gegeben (Volkshochschulen, Vereine, Freizeitmöglichkeiten etc.). Es ist dafür ein eigenständiger Fahrdienst eingerichtet

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Dokumentation: Die DGD Fachklinik Haus Immanuel nimmt an der Basisdokumentation Ebis teil und stellt den Kerndatensatz für statistische Zwecke zur Verfügung. Die Klinik dokumentiert ihre erbrachten Leistungen im integrierten Entlassungsbericht. Dort werden alle therapeutischen Leistungen (KTL) erfasst. Weitere Leistungen werden in der Patientenakte festgehalten.

Zum Abschluss der Therapie nehmen die Fachärzte die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vor und erstellen in Zusammenarbeit mit den therapeutischen Mitarbeitern den integrierten Entlassungsbericht nach den Vorgaben der RV-Träger.

Qualitätssicherung: Die DGD Fachklinik Haus Immanuel verpflichtet sich, am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilzunehmen und ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Daneben nimmt die Fachklinik an einem einrichtungsübergreifenden Qualitätszirkel von Fachkliniken teilzunehmen.

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel ist seit Juni 2009 zertifiziert und erfüllt die Anforderungen nach DIN ISO 9001:2015, die Anforderungen der deQus 3.0 und verfügt über die BAR-Anerkennung. Die aktuelle Zertifizierung erfolgte am 15.07.2024 nach den DIN ISO 9001:2015 Kriterien.

Hygienemanagement: Das Hygienemanagement umfasst den sachgerechten Umgang mit allen hygiene-assoziierten Strukturen und Prozessen der DGD Fachklinik Haus Immanuel und dient der Vermeidung und der Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten. Der Hygieneplan umfasst Arbeits- und Verfahrensanweisungen, den Reinigungs- und Desinfektionsplan, den Hautschutz, Regelungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten sowie die Dokumentation der regelmäßigen Fortbildung und die Unterweisung der Mitarbeitenden. Insgesamt sollten Hygienemaßnahmen die Übertragung von Krankheitserregern zum Schutz der Patientinnen und der Mitarbeitenden verhindern, bzw. zumindest das Risiko einer Übertragung minimieren. Außerdem soll durch den Einsatz von hygienisch einwandfreien Produkten und dem hygienischen Umgang mit diesen das Risiko von Infektionen durch diese Produkte ausgeschlossen werden.

Alle Beschäftigten müssen einmal jährlich die Hygieneschulung im Rahmen einer auf unser Haus konfigurierten Onlinefortbildung absolvieren und den Nachweis im Klinikleitungssekretariat hinterlegen. Wenn Mitarbeiter darüber Bescheid wissen, dass sie womöglich infektiöse Erreger ausscheiden, sollten sie ihre jeweilige Führungskraft darüber informieren. An allen Schlüsselstellen der Klinik (z.B. Eingangsbereich, Toiletten, Essensausgabe, medizinischer Bereich) befinden sich Desinfektionsmittelspender, welche mit dem Ellbogen zu bedienen sind. An allen Waschbecken sind zusätzlich zum Desinfektionsmittel Seifenspender und Hautschutz sowie Hautpflegecremes vorhanden. Gut sichtbar hängen neben den Waschbecken Hautschutz- und Händedesinfektionspläne aus. Die zuständige Hygienefachkraft für die Unterweisung neuer Mitarbeitenden und die Bekanntmachung allgemeiner Hygieneregeln achtet darauf, dass die allgemeinen Anforderungen erfüllt sind. Das sind z.B. ein sauberes und ordentliches Erscheinungsbild, ein gepflegter Zustand der Hände (kurze und unlackierte Nägel) und das Ablegen von Uhren und Schmuckstücken bei pflegerischen Maßnahmen am Patienten. Invasive Tätigkeiten, wie z.B. die intravenöse Blutentnahme, werden ausschließlich mit Schutzhandschuhen durchgeführt. Die korrekt durchgeführte Händehygiene ist als wichtigste Maßnahme der Basishygiene integraler Bestandteil aller KRINKO-Empfehlungen, welche von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention herausgegeben werden. Sie besteht aus Hautwaschung, hygienische Händedesinfektion, Hautschutz und Hautpflege. Laut dem RKI gelten die Hände des Personals als die wichtigsten Überträger von Krankheitserregern, da diese potenziell am häufigsten bei Kontakt mit dem Patienten oder seiner direkten Umgebung kontaminiert werden können.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen macht ein multidisziplinäres Vorgehen notwendig, damit alle somatischen, psychischen und sozialen Ziele berücksichtigt werden können. Eine Übersicht über die bei uns angebotenen Veranstaltungen findet sich in der Graphik „Therapieplan“ am Ende von Kapitel 4.6.

Multiprofessionelles Arbeiten ist das Zusammenarbeiten der Mitarbeitenden mit ihren unterschiedlichen (beruflichen) Qualifikationen, Fähigkeiten, Kompetenzen sowie Erfahrungshintergründen an einem Ort, zu einer Zeit und in einem Team. Einen hohen Stellenwert hat die multiprofessionelle Zusammenarbeit in Hinblick auf die bedarfsadäquate Behandlung der multifaktoriell belasteten Zielgruppe. Dabei ergänzen sich die einzelnen Berufsgruppen durch ihre speziellen Fähigkeiten, Aufgabenbereiche und ihre spezielle Sicht auf die Patientinnen.

Die medizinische und fachliche Behandlungsleitung erfolgt durch die ärztliche Leitung (bzw. bei Abwesenheit durch die Stellvertretung), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die die Informationen zusammenführt, bewertet und gemeinsam mit dem gesamten Team einen individuell auf die Patientin zugeschnittenen Behandlungsplan erarbeitet. Dabei bilden der kontinuierliche Austausch innerhalb unseres Teams und der intensive Dialog mit unseren Patienten die Voraus-

setzung für eine bestmögliche Rehabilitationsbehandlung. Die interdisziplinäre Teambesprechung findet wöchentlich statt und jede Patientin wird längstens alle 3 Wochen besprochen, im Bedarfsfall auch häufiger.

10. Notfallmanagement

Diverse Begleit- und Folgeerkrankungen des Suchtmittelkonsums stellen nicht selten ein hohes Gefährdungspotenzial für die Rehabilitandinnen dar. Zur Sicherstellung einer adäquaten und leitliniengerechten notfallmäßigen Versorgung gibt es standardisierte Vorgehensweisen und regelmäßige jährliche Schulungen für alle Mitarbeitenden. Um das Risiko eines Notfalles von vornherein zu minimieren, kommt ein vorstationäres Risikomanagement zum Einsatz. Vor der geplanten Aufnahme der Rehabilitandinnen erfolgt eine fachärztliche Aktensichtung hinsichtlich somatischer sowie psychischer Erkrankungen unter Berücksichtigung besonderer Risiken oder Erfordernisse im Rahmen der kontrollierten Aufnahmesteuerung und zur Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit. Ggf. erfolgt eine Rücksprache mit den zuvor behandelnden Ärzten um offene Fragen und mögliche Kontraindikationen sowie Risikofaktoren zu klären. Eine Dokumentation dieses Vorgangs erfolgt sowohl handschriftlich als auch digital.

Um aktuelle Gesundheitsstörungen, welche einer Aufnahme zur Rehabilitation entgegenstehen, zu erfassen, werden am Aufnahmetag eine körperliche Untersuchung durch einen Facharzt sowie eine psychologische Aufnahmebefragung durch den Bezugstherapeuten durchgeführt und dokumentiert, ggf. erfolgt eine weitere Diagnostik an den Folgetagen. Zur Notfallausrüstung gehört der Notfallkoffer mit Notfallmedikamenten und Intubationsbesteck (einfach anwendbare Larynxtu-ben), sowie ein Pulsometer und ein Defibrillator. Alle Mitarbeitenden des medizinischen Bereichs werden regelmäßig nach Vorschrift einmal jährlich im Umgang mit der Notfallausrüstung geschult. Im korrekten Umgang mit dem Defibrillator und dem Notfallmanagement werden sämtliche Beschäftigten geschult.

Zusätzlich finden alle zwei Jahre eine zweitägige Reanimationsschulung durch einen qualifizierten externen Kursleiter statt. Zur Notfallbehandlung steht ein entsprechender Raum, das Überwachungszimmer, zur Verfügung, für den Fall, dass die betreffende Person bewegt werden kann und nicht z.B. direkt vor Ort wiederbelebt werden muss. Der Überwachungsraum befindet sich direkt neben dem Nachtdienstzimmer der Pflegekräfte.

Der Notfallkoffer wird einmal pro Monat durch das Pflegepersonal überprüft und ggf. bestückt. Das AED wird täglich durch das Pflegepersonal auf Einsatzbereitschaft überprüft (z.B. Batterieladung). Einmal pro Monat wird die volle Funktionsfähigkeit getestet und das Verfallsdatum des Verbrauchsmaterials (Elektroden) kontrolliert. Notrufschalter stehen u.a. in allen öffentlichen Bereichen (z.B. öffentliche Toiletten, Gruppen- bzw. Therapieräume, dem Schwimmbad, etc.) sowie Patientenzimmer zur Verfügung.

Jeder, der einen Menschen in einer Notfallsituation wahrnimmt, egal ob im Gebäude oder im Gelände, ist dazu angehalten sofort die Krankenpflege unter der Notfalltelefonnummer 222 oder per Notruftaste zu verständigen. Notfälle können unterteilt werden in lebensbedrohliche medizinische Notfälle, sowie psychische Notfälle. Für beide Arten gibt es ein standardisiertes Vorgehen, die sogenannte Notfalkette, welches sich am besten anhand von den beiden folgenden Graphiken verdeutlichen lässt. Lebensbedrohliche Notfälle: Ein Notruf geht bei der Krankenpflege unter der Telefonnummer 222 oder per Notruftaste ein. Die Pflegekraft verständigt telefonisch einen anwesenden Facharzt, bzw., falls sich das Geschehen außerhalb der regulären ärztlichen Arbeitszeit ereignet, den im Hintergrunddienst zur Verfügung stehenden Facharzt. Die Krankenpflege, oder bei Anwesenheit auch der Facharzt, eilt zum Standort des Notfalls, wobei die Krankenpflege den Defibrillator mitnimmt und der Facharzt den Notfallkoffer. Sofort werden Bewusstsein, die Atmung und der Puls der Person, die vom Notfall betroffen ist, geprüft. Ggf. werden weitere Mitarbeiter zur Hilfe aktiviert, und, falls die Situation als nicht mit den Mitteln des Hauses managebar eingeschätzt wird, wird sofort der Notarzt hinzugezogen. Die Notfallpatientin wird bei vorhandenen Basisfunktionen in eine stabile Seitenlage gebracht. Ggf. werden bei fehlenden Überlebensfunktionen Wiederbelebensmaßnahmen eingeleitet, Medikamente gegeben und der Defibrillator angelegt und dessen Anweisungen beachtet. Das Haus verfügt über einen handelsüblichen Defibrillator mit Sprachanweisung. Sobald der Notarzt eingetroffen ist, übernimmt dieser die Versorgung und das Kommando über die Notfallsituation. Im Falle der Notwendigkeit der

weiteren stationären Versorgung in einem somatischen Krankenhaus (z.B. Klinikum Kulmbach) wird der Transport auf Anweisung des Notarztes organisiert. Um den Prozess noch einmal zu veranschaulichen dient die Grafik auf der folgenden Seite:

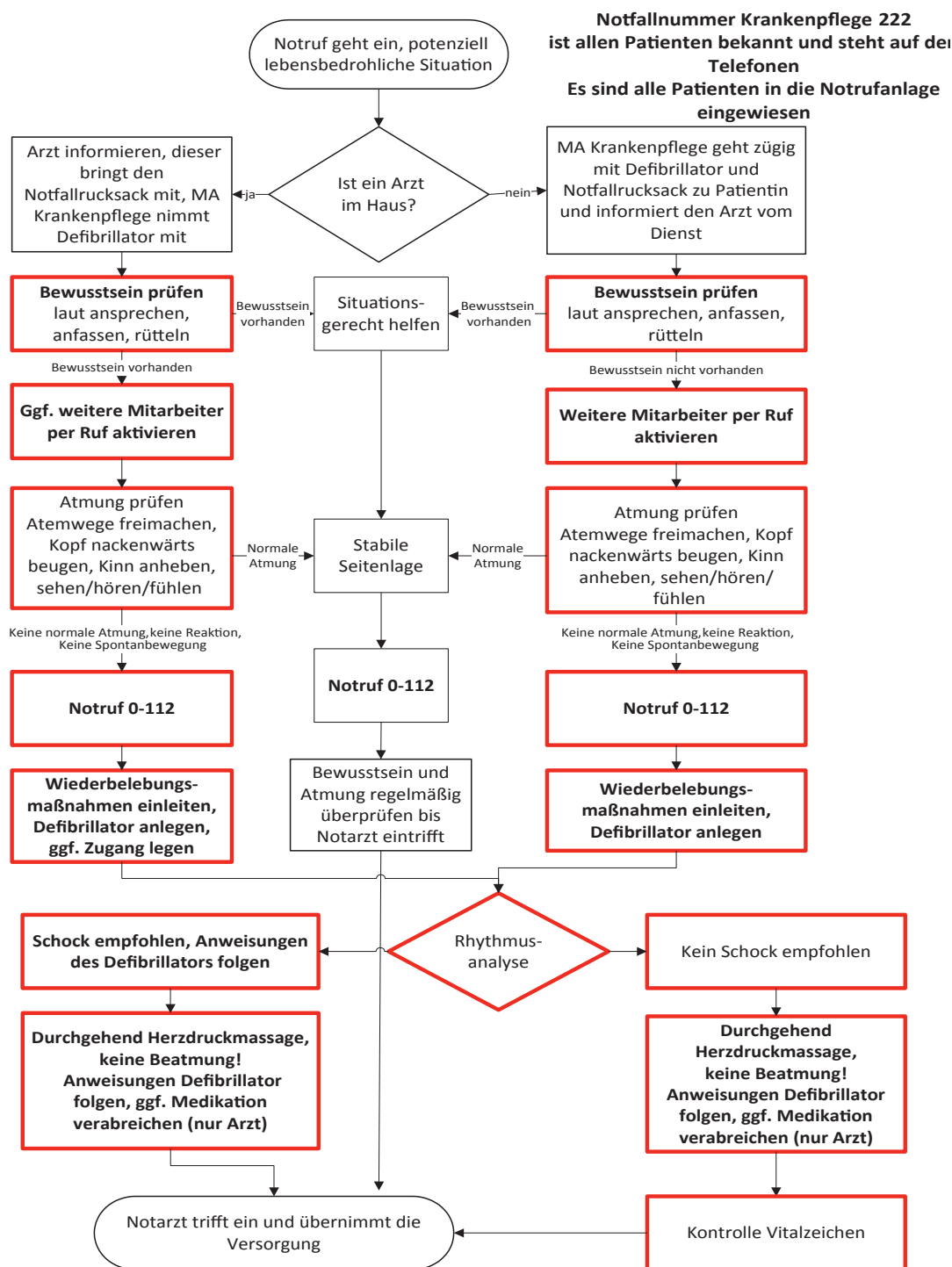


Abbildung 7: Prozess Lebensbedrohliche Notfälle

Psychische Notfälle:

Vorgehensweise bei psychischen Notfällen:

Eine psychisch auffällige Person meldet sich entweder selbst bei der Krankenpflege oder sie wird von Mitpatientinnen dort gemeldet. Die Krankenpflege verständigt einen anwesenden Facharzt oder informiert ggf. den im Hintergrunddienst tätigen Facharzt. Ist ein Facharzt im Haus, regelt dieser die Situation, bis sie sich geklärt bzw. stabilisiert hat. Die meisten psychischen Notfälle, mit denen wir es zu tun haben, sind eher Krisen (siehe Kapitel 8.1.) und lassen sich durch ein beruhigendes

und stützendes Gespräch lösen. Wenn kein Facharzt im Haus ist, kann der Dienstarzt entscheiden, ob es, laut Schilderung der Krankenpflege, erforderlich ist, in die Klinik zu kommen oder ob er die Situation telefonisch klärt. Ein persönliches Telefonat mit der betroffenen Patientin ist nicht verpflichtend vorgesehen aber oft hilfreich. Anschließend liegt es am Arzt zu entscheiden, ob die Situation sich so weit beruhigt hat, dass die Notfallpatientin im Haus bleiben kann, ob sie ggf. eine Medikation nehmen soll, oder ob der Transport in die nächstgelegene psychiatrische Klinik (Bayreuth) organisiert werden soll. Bei einer Verlegung meldet der Facharzt die Patientin in der Klinik an und macht eine Übergabe und die Pflegekraft bestellt die Sanitäter ein. Zu jeder Zeit des Ablaufes kann durch jeden beteiligten Mitarbeiter die Polizei zur Unterstützung hinzugezogen werden, falls eine Situation bedrohlich eskaliert oder vermutlich kurz davor ist.

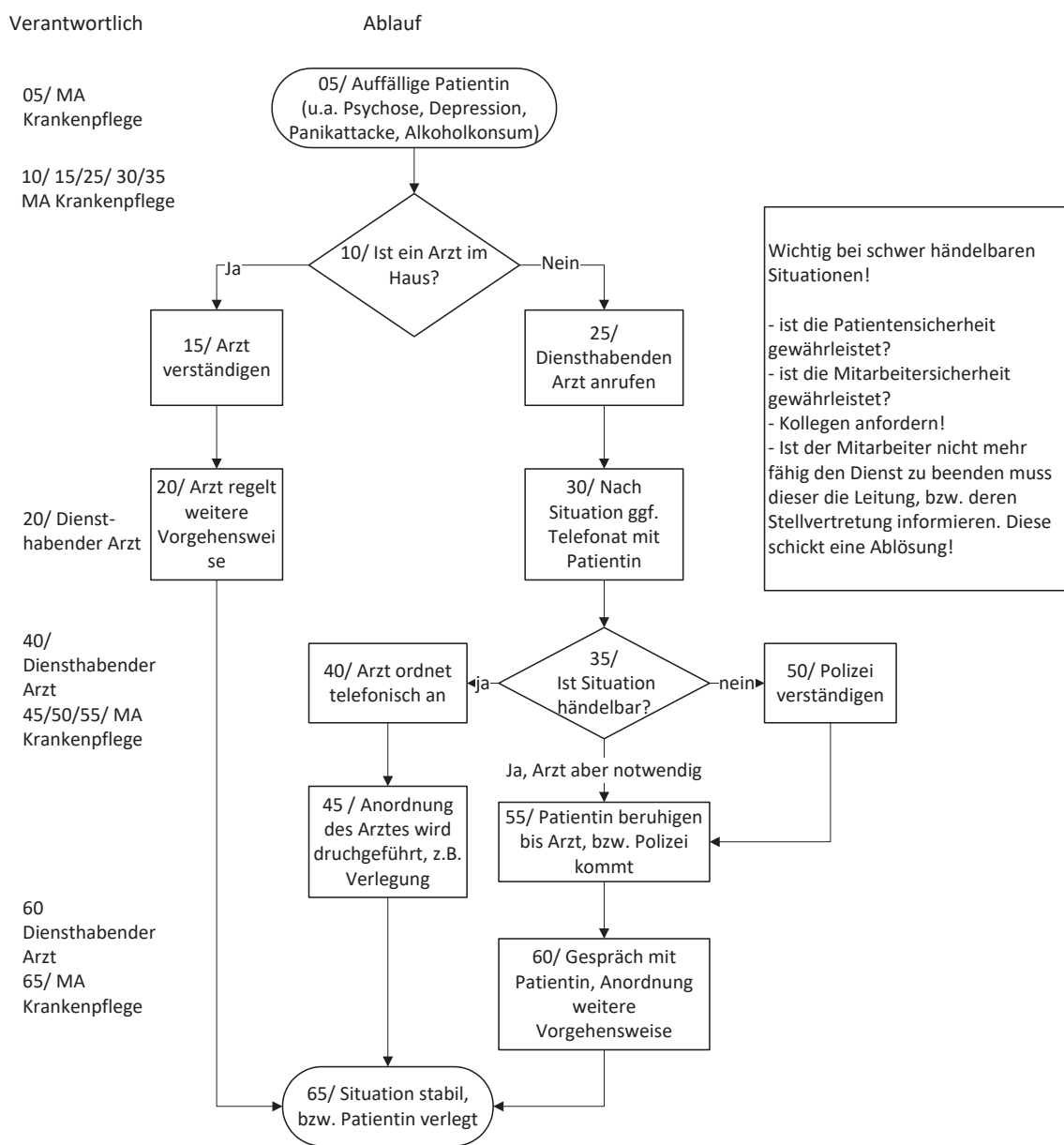


Abbildung 8: Prozess psychische Notfälle

11. Fortbildung

Die DGD Fachklinik Haus Immanuel fördert die Weiterbildung aller Mitarbeitenden und unterstützt alle Berufsgruppen bei ihrem Wunsch der Fortbildung. Die Modalitäten sind im Qualitätshandbuch der Fachklinik festgelegt. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird jährlich durch das Klinikleitungssekretariat überprüft und dokumentiert.

12. Supervision

In der DGD Fachklinik Haus Immanuel wird regelmäßig Teamsupervision durch einen anerkannten externen Supervisor durchgeführt. Sie findet alle 6-8 Wochen statt und dauert 120 Minuten. Supervision ist eine wichtige Beratungsform für berufliche Fragestellungen, wird interdisziplinär durchgeführt und hat das Ziel, zwischenmenschliche Beziehungen und Kommunikation zu klären und optimieren. Dies geschieht durch das Einbeziehen unterschiedlicher Sichtweisen und aus unterschiedlichen Positionen (mehrperspektivisch). Supervision ist ein Reflexionsprozess, in dem die Zusammenhänge personenabhängiger, situativer, systemischer und institutioneller Faktoren analysiert, transparent und bewusst gemacht werden. Damit wird Veränderung ermöglicht und die persönliche und emotionale, soziale und fachliche Kompetenz des Teams gestärkt und erhöht. Die Mitarbeiter verpflichten sich, regelmäßig an internen und externen Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen.

13. Hausordnung/Therapievertrag

Therapievereinbarung für eine medizinische Rehabilitation in der **Fachklinik Haus Immanuel**

zwischen der **Fachklinik Haus Immanuel** und

Frau geb.

Anschrift:

Zimmer-Nr. bei Aufnahme

Sie haben sich zu einer stationären Rehabilitation in unserem Hause entschlossen. Voraussetzungen und Bedingungen hierfür sind:

- Sie haben sich freiwillig für die Behandlung in einer Fachklinik entschieden und verpflichten sich, die Hausordnung einzuhalten.
- Wesentlich ist Ihr Wunsch nach dauerhafter Suchtmittelabstinenz und der Wille, sich mit den Hintergründen Ihrer Suchtproblematik auseinander zu setzen.
- Die Einbeziehung Ihrer Angehörigen in die Behandlung ist wichtiger Bestandteil der Therapie.
- Die mit Ihnen verabredeten und im Behandlungsplan festgelegten therapeutischen Maßnahmen sind verbindlich, und wir setzen eine aktive Teilnahme voraus.
- Während Ihres Aufenthaltes liegt die Verantwortung für Ihre medizinische Behandlung bei unseren Ärzten*innen. Befreiungen von therapeutischen Maßnahmen aus gesundheitlichen Gründen können nur über Ihre*n Arzt*in erfolgen. Alle Medikamente dürfen nur in ärztlicher Absprache eingenommen werden, dies gilt auch für rezeptfreie Arzneimittel. Behandlungen bei auswärtigen Ärzten*innen sind nur in Absprache möglich.
- Sollte eine erneute Entgiftungsbehandlung im Krankenhaus nötig werden, können Sie die Therapie nur dann bei uns fortsetzen, wenn Sie den dazu nötigen Krankenhausaufenthalt regulär beendet haben. Die Weiterbehandlung in unserer Klinik wird danach mit Ihnen ausführlich besprochen und setzt u.a. das Offenlegen des Suchtmittelrückfalls voraus.
- Sie verpflichten sich, die Schweigepflicht zu beachten, d.h. Namen und Informationen über andere, die Sie in der Therapie erhalten, dürfen nicht weitergegeben werden.

Sie sind damit einverstanden, dass Ihr*e Hausarzt*in:

.....

Ihre weiterbehandelnde Einrichtung:

.....

sonstige Einrichtungen:

.....

eine Kopie des Abschlussberichtes erhalten. Außerdem sind Sie damit einverstanden, dass sich die Klinik mit oben genannten Einrichtungen über Ihren Therapieverlauf austauscht.

- Die Klinik verpflichtet sich, Ihnen Fähigkeiten und Erfahrungen auf dem Weg in die Suchtmittelfreiheit zukommen zu lassen. Die Klinik bietet die jeweils erforderlichen therapeutischen Maßnahmen an.
- Die Klinik sichert eine Beachtung der Schweigepflicht nach außen zu. Innerhalb der Klinik findet in Form von Fallkonferenzen ein intensiver Austausch statt. Es kann notwendig sein, Ihren Therapieverlauf mit einem*r externen Supervisor*in zu thematisieren.

.....
Datum

.....
Für die Klinik

.....
Unterschrift Patientin

Abbildung 9: Therapievereinbarung

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Lambertus, 1997
- Ärztblatt Heft 12, Dezember 2003, Psychoanalyse bei Suchtpatienten: Rechtzeitig entgegensteuern, 2003
- Bandura, Lernen am Modell: Die sozial-kognitive Lerntheorie, GRIN Verlag, 2009
- Bauer, Robert: Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche. Tübinger Studien zur Ethik, Francke Verlag, 2014
- Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung; Hrsg von Wolfgang Schubert: Manuela Huetten, Caroline Reimann; Matthias Graw; überarbeite und erweiterte 3. Auflage, Kirschbaum, 2018
- Berglund, M. et al. (Hrsg.): Treating alcohol und drug abuse. An evidence-based review, Wiley: London, 2003
- Bischoff, H.-P., Moll, H.: Lehrbuch der Manuellen Medizin: Chirodiagnostische und chirotherapeutische Technik, Spitta GmbH, 2018
- Burtscheidt, Wilhelm: Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit, Springer, 2001
- Carletto, S.: EMDR as add-on treatment for psychiatric and traumatic symptoms in patients with substance use disorder, Frontiers Media S.A., 2018
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.)
- Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Juli 2014
 - Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von stoffgebunden Abhängigkeitserkrankungen, 2018
 - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, 2015
 - Reha-Therapiestandards. Berlin, 2016
 - Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin, 2016
 - Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen. Berlin, 2016
 - Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Verbesserung des Zugangs nach qualifizierten Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. 2017
 - Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und zur Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. 2011
 - Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). 2014
 - Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit/ohne Verkürzung der vorherigen Phase. 2015
 - Gemeinsames Rahmenkonzept zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. 2014
 - Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker. 2012
 - Der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin, 2015
- Deutscher Dachverband GESTALTHERAPIE für approbierte Psychotherapeuten e.V. DDGAP eV, https://www.ddgap.de/Anhang_I_Gestalttherapie.pdf, abgerufen Juni 2021
- DHS Jahrbuch Sucht 2023, Pabst 2023
- Elleser, Karin & Sartory, Gudrun: Medikamentenabhängigkeit, Hogrefe, 2001 Fachverband Sucht: Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie, Neuland 2001
- Fachverband Sucht: Perspektiven für Suchtkranke, Teil habe fördern - fordern - sichern, Neuland, 2005 Feuerlein, Wilhelm, Küfner Heinrich & Soyka, Michael: Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit, Thieme, 2008 Fuchs, Peter: Ergotherapie im Suchtbereich, moderneslernen, 2000
- Fullilove, M. T., Fullilove, R. E., Smith, M, Winkler, K., Michael, C., Panzer, P. G. & Wallace, R. (1993). Violence, trauma and post-traumatic stress disorder among women drug users, Journal of Traumatic Stress, 6 (4), 533-543.
- Funke, W. und Scheller, R.: Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung. Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, 10 (3), 5. 63 - 77, 2004
- Fürchtenschnieder, 1 & Petry, J.: Glücksspielsucht, München, 1998

- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne: Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis: Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie, Steinkopff, 2007
- Gupta, H.: Suchttherapie mit Yoga, Die Naturheilkunde, 04/2016
- Hansjürgens, Rita, Schulte-Derne, Frank (Hrsg.): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe. Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit. Vandenhoeck & Ruprecht Verlage, 2020
- Hase, M., et al.: EMDR Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-Up, Journal of EMDR Practice and Research, Volume 2, Number 3, 2008
- Heide, M. (Hrsg.): Wenn ich erst wieder Arbeit habe..., Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker, Neuland, 2001
- Hoffmann, S., Hochapfel, G. u.a.: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Schattauer, 2009 Jahrreis, R., Schuhler, P.: Alkohol- und Medikamentenmissbrauch psychosomatisch Kranker, 1996
- Kanfer et al., Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, Springer 2012
- Kapfhammer et al., Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Springer, 2017
- Kemmner, C., Klein, M., Zemlin, U. (2004): Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. Suchttherapie, 5, 124-131.
- Kern-Godal (u.a.) 2015. Substance use disorder treatment retention and completion
- Kolitzus, H.: Die Liebe und der Soff, Kösel-Verlag, 2013
- Köllner, V. et al.: Praktische Verhaltensmedizin, 4. Teil Psychische Störungen in der ärztlichen Praxis, 21 Alkohol- und Medikamentenabusus, Thieme 2005
- Körkel, J.: Praxis der Rückfallbehandlung, Blaukreuz, 1998
- Körkel, J.: Rückfall muss keine Katastrophe sein, Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer, Blaukreuz, 2010
- Körkel, J.: Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Springer, 2003
- Kofoed, L., Friedmann, M. J. & Peck, R. (1993). Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. Psychiatrie Quarterly, 64, 151-171.
- Krausz, Michael & Haasen, Christian (Hrsg.): Kompendium Sucht, Thieme, 2004
- Krausz, M. & Briken, P. (2002). Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen Frauen in Relation zu biografischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik. Suchttherapie, 3, 178-183.
- Krekel S. & Jösch (2014), Tiere als Co-Therapeuten in der Suchtrehabilitation, praxis ergotherapie, 5 (5).
- Kutscher, S., Hayatghebi, S., et al. (2002). Traumatische Lebensereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei alkoholabhängigen Patienten. Nervenarzt, Suppl. 1, 200-201.
- Laging, Marion: Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden, 2. Akt. Aufl. Kohlhammer 2020
- Landgraf, Mirjam N.; Hoff, Tanja: Fetale Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Therapie, Prävention, Kohlhammer, 2019
- Leibing, E, et al.: Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 3: Verhaltenstherapie, Psychosozial-Verlag, 2019 Linehan, Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychosozial-Verlag, 2008
- Lindenmeyer, J., Alkoholabhängigkeit, Fortschritte in der Psychotherapie, Horgrefe, 2016
- Levinson, B.M. (1962). The dog as a „co-therapist“. Mental Hygiene, 46 – 55, Abstract
- Levinson, B.M. Pet-oriented child psychotherapy. Springfield, IL:Thomas
- Lindenmeyer, Johannes: Lieber schlau als blau, Beltz, 10. Auflsge, 2022
- Löcherbach, Peter u.a. (Hrsg.): Case Management, Luchterhand, 2003 Mayer, Gerhard & Bachmann, Meinolf: Spielsucht, Springer, 2005
- Mentzos, Stavros und Münch, Alois (Hrsg.): Psychose und Sucht, Vandenhoeck und Rupprecht, 2003 Miller, William R., Rollnick, St.: Motivierende Gesprächsführung, Lambertus, 2009
- Neumann, E., Martens, M. S. & Buth, S. (2004). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e. V. (Hrsg.) Hamburg, Kreuzfeldt.
- Ostacoli et al.; Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial, Frontiers in Psychology, 2018
- Petry, J.: Differentialpsychologische Aspekte bei pathologischem Glücksspielen, Bayrischer Fachkongress „Ambulant trifft Stationär“ am 24. / 25. Juni 2010 in München

- Petry, J.: Psychotherapie des Glücksspiels, Weinheim, 1996 Quimette, P. C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1999). Two-year post treatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder Psychology of Addictive Behaviors, 13, 105-114.
- Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Hrsg von Oliver Bilke-Hentsch, Klaus Wölfling, Anil Batra; Thieme, 2014
- Raben, R., Suchtakupunktur nach dem „NADA Protokoll“, Deutsche Akupunktur Gesellschaft, <https://deutsche-akupunkturgesellschaft.de/suchtakupunktur-nach-dem-nada-protokoll.htm1>, abgerufen 06/2021
- Rogers, Carl, R., Eine Theorie der Psychotherapie, Ernst Reinhardt Verlag, 2020
- Root, M. P. (1989). Treatment failures: The role of sexual victimization in women's addictive behaviour. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 542-549.
- Rost, Wolf-Detlef: Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett, 2009
- Ruegg, Johann Caspar: Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn, Schattauer, 2003
- Rummel, Christina; Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Kohlhammer 2020
- Schäfer, I. & Najavits, L. M. (2007), Clinical challenges in the treatment of patients with PTSD and substance abuse. Current Opinion in Psychiatry, 20, 614-618.
- S 3 Leitlinie: „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, AWMF – Register Nr. 076-001, Langfassung (Aktualisierte Version 2020), AWMF Online
- Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, I., Haasen, C. & Karow, A. (2007), Dissociative symptoms in alcohol dependent patients: Associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. Comprehensive Psychiatry, 48, 539-545.
- Schneider, J., et al.: EMDR and Phantom Limb Pain Theoretical Implications, Case Study, and Treatment Guidelines, Journal of EMDR Practice and Research, Volume 1, Number 1, 2007
- Schnell, T.: Verhaltenstherapie der Sucht, Kohlhammer, 2019
- Schober, Franziska; Peukert, Peter; Wernz, Frederike; Batra, Anil: Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen, Verlag W. Kohlhammer 2013
- Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.): Alkoholismus als psychische Störung, Springer, 1997 Süß, Heinz-Martin: Evaluation von Alkoholismustherapie, Huber, 1988
- Thomasius, Rainer: Psychotherapie der Suchterkrankungen, Thieme 2000
- Tretter, F.: Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis, Schattauer, 2016
- Tretter, Felix & Müller, Angelica (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht, Hogrefe, 2001
- Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung, Beurteilungskriterien, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Verkehrspsychologie und Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin, überarbeitete und erweiterte 4. Auflage, Kirschbaum Verlag
- Vernooij/Schneider (2008) Handbuch tiergestützter Intervention
- Walitzer, K.S. Connors, G. J., Gender und treatment of alcoholrelated problems. In: Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C. (eds) Gender and alcohol: Individual und social perspectives. New Brunswick: Rutger Center of Alcohol Studies, 1997
- Wittchen & Hoyer, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Springer, 2011
- Wohlfahrt u.a. (2012) Wirksamkeitsmechanismen tiergestützter Therapie. Theoretische Überlegungen und empirische Fundierung. Zugriff am 20.06.2018: www.tiere-begleiten-leben.de/fileadmin/medien/tiere-begleiten-leben/Forschung/Forschungsbericht_4_Wirkmechanismenmendd_Tgt.pdf
- Wolff, Melanie (Hrsg.); Looser, Winfried (Hrsg.); Cvetanovska- Pllashniku (Hrsg.): Multiprofessionelle Behandlung von Suchterkrankungen. Praxisbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. Hogrefe, 2021
- Zenker, C., Bammann, K. & Jahn, I. (2002), Ursachen und Differenzierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Sucht aktuell, 2, 15-20.

Anhänge

Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Prävention und Rehabilitation
Dezernat 8022
Hohenzollernstraße 46/47, 10713 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-82953
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung
Fachklinik Haus Immanuel
Thurnau-Hutschdorf

-- Vorschlag der DRV Bund --

Dieser Stellenplan gilt für die Abteilung / Fachabteilungsschlüssel

Alkohol/Med. incl BORA 8501

Anzahl der Rehabilitationsplätze / Rehabilitationsbetten in der Abteilung

60

Personalsollstellenplan - Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Rehabilitationseinrichtung haben sich auf den folgenden Personalsollstellenplan für die genannte Abteilung verständigt.

Die Rehabilitationseinrichtung richtet die Personalbesetzung daran ab 01.11.2024 aus.

Medizinisch-therapeutisches Personal:

Personalsollstellenplan		Vollzeitstellen Soll	Bemerkungen
1	Leitende Ärztin / Chefarztin Leitender Arzt / Chefarzt	1	
2	Vertretung Chefarztin / Chefarzt Oberärztin / Oberarzt	0,5	Im Vertretungsfall in Vollzeit
3	weitere Fachärztin / weiterer Facharzt		
4	Assistenzärztin / Assistenzarzt (ohne Facharztanerkennung)	0,75	
5	weitere Ärztin / weiterer Arzt (z. B. in Kooperation, auch mit Berufserlaubnis)		zusätzl. Internist/Allgem.med. in Kooperation
6	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut / Fachpsychotherapeutin / Fachpsychotherapeut	2,75	max 1,25 in Weiterb. RL-Psychotherapie
7	approbierte Psychotherapeutin / approbierter Psychotherapeut (nicht Ziffer 6)		
8	Psychotherapeutin / Psychotherapeut in Ausbildung - PIAs (nicht Ziffer 7)		
9	Psychologie Diplom, MA (nicht Ziffer 6 bis 8)		
10	Psychologie, BA		
11	Suchttherapie Mit anerkannter Weiterbildung Suchttherapie; Sozialarbeit / Sozialpädagogik, Diplom, MA Sozialarbeit / Sozialpädagogik, BA Psychologie Diplom, MA Psychologie, BA	2,75	incl. 0,25 VK für tiergestützte Therapie
12	weitere zuzuordnende Mitarbeiterin / weiterer zuzuordnender Mitarbeiter		

Personalsollstellenplan		Vollzeitstellen Soll	Bemerkungen
13	Pflegepersonal (2/3 examiniert, 1/3 med. Fachpersonal)	6	zur Realisierung der 24 Std-Anwesenheit
14	Erzieherinnen / Erzieher		
15	Physiotherapeutin / Physiotherapeut	0,5	
16	Masseurin / medizinische Bademeisterin Masseur / medizinischer Bademeister		
17	Sportlehrerin / Sportlehrer Diplom, MA Sportwissenschaftlerin / Sportwissenschaftler Diplom, MA Sportlehrerin / Sportlehrer, BA Sportwissenschaftlerin / Sportwissenschaftler, BA	1	ggf. ersetzbar durch Physiotherapie
18	Gymnastiklehrerin / Gymnastiklehrer Bewegungstherapeutin / Bewegungstherapeut		
19	weitere Mitarbeiterin Bewegungstherapie / weiterer Mitarbeiter Bewegungstherapie		
20	Ergotherapeutin / Ergotherapeut	3,5	davon max. 1,25 VK aus Zeile 21/22
21	Berufstherapeutin / Berufstherapeut (z. B. Berufspädagogin / Berufspädagoge, Arbeitserzieherin / Arbeitserzieher)		
22	Kreativtherapeutin / Kreativtherapeut (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik-, Theatertherapie)		
23	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter beschäftigungsbezogene Therapie (auch BORA)		
29	weitere Therapeutin / weiterer Therapeut		
30	Diätassistentin / Ökotrophologin Diätassistent / Ökotrophologe	0,25	
31	Klinisch: Sozialarbeit / Sozialpädagogik, Diplom, MA Sozialarbeit / Sozialpädagogik, BA	1	
33	Medizinische Fachangestellte - Diagnostik / Medizinischer Fachangestellter - Diagnostik		
34	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter		

Bei allen im Soll angegebenen Stellen handelt es sich um Vollzeitstellen, soweit nicht anders aufgeführt.
Das angegebene Personal wird ausschließlich für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation eingesetzt.

Grundlagen für den Personalsollstellenplan sind die Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für
Rehabilitation, die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Strukturqualität von
Rehabilitationseinrichtungen, das medizinisch-therapeutische Konzept und / oder medizinisch-indikationsspezifische
Besonderheiten der Rehabilitationseinrichtung.

09.10.2024 S. Morch
Datum, Deutsche Rentenversicherung Bund

Datum, Name der Verwaltungsleiterin / des Verwaltungsleiters
beziehungsweise Name der Geschäftsführerin / des Geschäftsführers

QM Zertifikate

deQus

ZERTIFIKAT

Die Zertifizierungsstelle CERT IQ GmbH bescheinigt der Rehabilitationseinrichtung

DGD Stiftung gGmbH
Stresemannstr. 22
35037 Marburg

am Standort
DGD Fachklinik Haus Immanuel
Hutschdorf 46
95349 Thurnau

IK-Nummer: 260 940 438

für den Geltungsbereich
**Stationäre ärztliche, therapeutische und pflegerische
Rehabilitandenbetreuung, Diagnostik und
Behandlung von alkohol- und
medikamentenabhängigen Frauen sowie
Schnittstellen zu den zentralen Verwaltungs- und
Versorgungseinrichtungen**

die Erfüllung der Anforderungen gemäß:
deQus [Version 4.0]

Dieses Qualitätsmanagement-Verfahren ist von der BAR
anerkannt [Mittteilung vom 12.01.2010] und erfüllt somit die
Anforderungen nach § 37 Abs. 3 SGB IX.

Dieses Zertifikat ist nur in Verbindung mit der erfolgreichen
Durchführung der Überwachungsaudits gültig.

Zertifikatsnummer: CERT 2023 8928
Berichtsnummer: AB-CERT-2023-8928-deQus-DH-WA

Datum Erstzertifizierung: 15.07.2009
Zertifikat gültig ab: 15.07.2024
Zertifikat gültig bis: 14.07.2027
Datum Rezertifizierung: 12.07.2024

Fürth, den 22.07.2024


Andrea Tinner
Leiterin der Zertifizierungsstelle

CERT IQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH
Gustav-Weißkopf-Str. 5
90768 Fürth
www.cert-iq.de




Fachklinik
Haus Immanuel






Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-284 58074-40-00

ZERTIFIKAT

Die Zertifizierungsstelle CERT IQ GmbH bescheinigt, dass das Unternehmen

DGD Stiftung gGmbH
Stresemannstr. 22
35037 Marburg

am Standort
DGD Fachklinik Haus Immanuel
Hutschdorf 46
95349 Thurnau

für den Geltungsbereich
**Stationäre ärztliche, therapeutische und pflegerische
Rehabilitandenbetreuung, Diagnostik und
Behandlung von alkohol- und
medikamentenabhängigen Frauen sowie
Schnittstellen zu den zentralen Verwaltungs- und
Versorgungseinrichtungen**
ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt hat und anwendet.

Durch ein Audit wurde der Nachweis erbracht,
dass die Forderungen der
DIN EN ISO 9001:2015
erfüllt sind.

Dieses Zertifikat ist nur in Verbindung mit der erfolgreichen
Durchführung der Überwachungsaudits gültig.

Zertifikatsnummer:	CERT 2023 8928
Berichtsnummer:	AB-CERT-2023-8928-de-Qus-DH-WA
Datum Erstzertifizierung:	15.07.2009
Zertifikat gültig ab:	15.07.2024
Zertifikat gültig bis:	14.07.2027
Datum Rezertifizierung:	12.07.2024

Fürth, den 22.07.2024



Andrea Tinter
Leiterin der Zertifizierungsstelle

CERT IQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH
Gustav-Weillkopf-Str. 5
90768 Fürth
www.cert-iq.de

CERT IQ
Zertifizierungsdienstleistungen GmbH



**Fachklinik
Haus Immanuel**



DAKKS
Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-52074 Aachen



**Fachklinik
Haus Immanuel**

**Konzept der DGD Fachklinik Haus Immanuel Hutschdorf
zum Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation
bei Abhängigkeitserkrankungen für die BORA Zielgruppen**

Gotthard Lehner, Klinikleiter
Doctor-medic Mihai-Dan Dima, Chefarzt
Werner Wenninger, Therapeutischer Leiter

Stand: 15.10. 2024

Vorwort

Die sog. „Arbeitstherapie“ ist seit Beginn der Behandlung von suchtmittelabhängigen Menschen integraler Bestandteil des Behandlungsprogrammes. In einer Hausordnung unserer Fachklinik aus den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wird das „Erwachung des Arbeitstriebs“ als ein zentrales Ziel genannt.

Im Jahr 2015 entwickelten die Deutsche Rentenversicherung und die Suchtverbände gemeinsam das Konzept BORA (Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) und nach fast zehn Jahren möchten wir unser Konzept wieder erneuern und erweitern.

In unserer Sozialgesetzgebung ist heute die Teilhabe ein wesentlicher Aspekt und wir wollen die Menschen mit Einschränkungen nicht ausschließen, sondern ihnen die Möglichkeit geben, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Hierzu soll das BORA-Konzept einen wichtigen Anteil haben.

Gotthard Lehner
Leiter der Fachklinik Haus Immanuel

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	4
1.1 Definition der BORA-Zielgruppen	4
1.2 Kontraindikationen	5
1.3 Therapieziele allgemein	5
1.4 Integration in das Gesamtkonzept	6
2. Einrichtungsbezogene Struktur	8
2.1 Größe der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen indikationsbezogen	8
2.2 Personalausstattung	8
2.3 Spezifische Ausstattung von Räumen	9
2.4 Spezifischer Aus- und Fortbildungsstand bei Mitarbeiter*innen	10
3. Einrichtungsbezogene Organisation für BORA-Zielgruppen	11
3.1 Spezifiziertes Assessment zum Erwerbsbezug vor Aufnahme im Einladungsschreiben	11
3.2 Zusammensetzung und Organisation des BORA-Zielgruppen zugeordneten Teams	11
3.3 Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechung	11
3.4 Zusammenarbeit mit externen Institutionen und Organisation der Belastungserprobung	12
3.4.1 Externe Institutionen	12
3.4.2 Organisation der Belastungserprobung	15
4. Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen	15
4.1 Multiprofessionelle Eingangsdiagnostik	15
4.2 Sozialmedizinische Eingangsuntersuchung durch Klinikärzt*innen mit Diagnosestellung	16
4.3 Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik	16
4.4 Arbeitsplatzanalyse	17
4.5 Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils	17
5. Medizinisch-berufliche, BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie	17
5.1 Ärztliche Aufgaben	17
5.2 Vorträge/Seminare	19
5.3 Berufs- und Sozialberatung	19
5.4 Konzeption berufsbezogener Gruppen	20
5.4.1 Therapeutische Gruppen	20
5.4.2 Sport-/Physiotherapie	20
5.4.3 Ergotherapie	21
5.4.4 Lehrküche und Ernährungsberatung	21
5.5 Berufsbezogene Darlegung spezieller arbeitstherapeutischer Ansätze	22
5.5.1 Einführung in die Arbeitstherapie	22
5.5.2 Arbeitsbeobachtung	22
5.5.3 Arbeitstherapie	22
5.6 Arbeitsplatztraining/Belastungserprobung	23
5.6.1 Interne Belastungserprobung	23
5.6.2 Projektwochen	23
5.7 Beteiligte Berufsgruppen	24
5.8 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge	24
6. Dokumentation einschließlich KTL-Codierung	25
7. Therapieplanung	26
Literaturverzeichnis	27

1. Einführung

1.1 Definition der BORA-Zielgruppen

BORA Zielgruppe 1: Rehabilitandinnen in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen

Bei dieser Zielgruppe sind die Therapieinhalte überwiegend auf Stabilisierung der Patientin im beruflichen Kontext sowie den Erhalt der Arbeitsstelle ausgerichtet. Als individuelle Behandlungsangebote können gemeinsame Arbeitgebergespräche, die Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie die Durchführung einer stufenweisen Weiteingliederung angeboten werden. Im sozialen Kompetenztraining kann die Patientin für den Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung am Arbeitsplatz hilfreiche Strategien entwickeln. Für die Vorbereitung des beruflichen Wiedereinstiegs bilden Arbeitstherapie, Ergotherapie sowie Sozialberatung wichtige Bausteine.

BORA Zielgruppe 2: Rehabilitandinnen in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen

Hier ergeben sich als wesentliche Behandlungsziele der Erhalt des Arbeitsplatzes, die Verbesserung spezifischer Problemlagen sowie das Verhindern eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben. Wesentliche Behandlungsinhalte bilden u.a. Problemlöse- und Konfliktbewältigungsgruppen, Arbeitgebergespräche, ggf. Training kognitiver Fähigkeiten, Sozialberatung, Arbeitstherapie sowie Ergotherapie.

BORA Zielgruppe 3: Arbeitslose Rehabilitandinnen nach SGB III (Bezug von ALG I)

Auch Erwerbstätige, die während Krankschreibung arbeitslos werden, (z.B. befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag) sind in der Regel BORA 3 zuzuordnen. Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II. Diese Rehabilitandinnen werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

Für diese sind insbesondere Therapieangebote vorgesehen, die einen zügigen Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit unterstützen. Hierfür sind u.a. Bewerbungstraining, Sozialberatung, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Arbeitsbeobachtung, Umgang mit Ängsten und Konflikten, Assessmentverfahren sowie ggf. Kontakt zu Reha-Berater*innen und dem Jobcenter vorgesehen.

BORA Zielgruppe 4: Arbeitslose Rehabilitandinnen nach SGB I (Bezug von ALG II). Hier steht die Überwindung individueller Vermittlungshemmnisse im Vordergrund, um trotz längerer Arbeitslosigkeit die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Hier stehen zusätzlich zu den Angeboten für die BORA 3 Zielgruppe Behandlungsmaßnahmen zur Motivationsförderung und Selbstwirksamkeitssteigerung, Belastungserprobung sowie die Einleitung weiterer Maßnahmen (z.B. Adaption, berufliche Reha) im Mittelpunkt.

BORA Zielgruppe 5: Zur besseren Differenzierung des Leistungsangebotes wurde in der Fachklinik Haus Immanuel für Rehabilitandinnen, die keine (Re-)integration in den Arbeitsmarkt anstreben (Altersrentnerinnen, Hausfrauen ohne Option auf berufliche Reintegration, Zeitrentnerinnen kurz vor Altersrente, u.a.), die BORA-Kategorie 5a eingeführt. In dieser Kategorie sind Angebote zur beruflichen Orientierung nicht sinnvoll.

BORA Zielgruppe 5a: Hierzu zählen zum Beispiel Schülerinnen, Studentinnen, Hausfrauen, Zeitrentner*innen und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine Re-Integration in den Arbeitsmarkt anstreben. Je nach individueller Situation spielen besonders Angebote zur Motivation und beruflichen (Neu) Orientierung sowie zur Gestaltung realistischer Arbeits- und Lebensmodelle (z.B. nach Elternzeit) eine wesentliche Rolle. Bedarfsorientiert erfolgen nach entsprechender Analyse ggf. dieselben Angebote wie für BORA 3 und BORA 4.

1.2 Kontraindikationen

Grundlage für die Behandlung in der Fachklinik Haus Immanuel sind Rehabilitationsfähigkeit sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Abstinenzorientierten Behandlung.

Als kontraindiziert zur Aufnahme gelten:

- Suizidalität
- akute Psychosen
- schwere hirnorganische Beeinträchtigungen
- schwerwiegende Beeinträchtigung der individuellen Leistungsfähigkeit
- Unfähigkeit zur aktuellen Dauerabstinenz
- schwere körperliche Erkrankungen, die eine intensive pflegerische und /oder medizinische Versorgung benötigen

1.3 Therapieziele allgemein

„Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wieder herzustellen bzw. zu erhalten.“

(Deutsche Rentenversicherung Bund: Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, S.2, 2014)

Unter Berücksichtigung der multifaktoriellen Genese, spezifischen Symptomatik und Aufrechterhaltungsfaktoren der Suchterkrankung gilt es, die Entwicklung und Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen zu unterstützen. Als Grundlage dient das Teilhabemodell der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (M. Linden u.a., 2022, S. 49 ff.).

Zur Erreichung dieses Vorhabens gilt nach der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., 2020) Abstinenz weiterhin als wichtigste Voraussetzung. Das Konsumieren trotz daraus resultierender negativer Folgen würde die Möglichkeit, am Erwerbsleben teilzunehmen, massiv gefährden oder sogar verhindern.

Neben grundlegenden suchtspezifischen, psychotherapeutischen, sozialen und somatischen Zielen ergeben sich in der berufsorientierten Behandlung folgende BORA-spezifische Behandlungsziele:

BORA Zielgruppe 1:

- Erhalt und Stabilisierung der Arbeitsplätze
- Erhalt der Arbeitsmotivation und Unterstützung bei beruflichen Fragestellungen
- Entwicklung einer stabilen Grundhaltung für den Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung am Arbeitsplatz

BORA Zielgruppe 2:

- Sicherung des Arbeitsplatzes
- Überwindung, Reduktion oder Kompensation berufsbezogener Einschränkungen und Defizite
- Stärkung berufsspezifischer Fähigkeiten und Ressourcen
- Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (z.B. stufenweise Wiedereingliederung)

BORA Zielgruppe 3:

- Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
- Entwicklung einer realistischen beruflichen Perspektive
- Überwindung bzw. Reduktion von Vermittlungshemmnissen
- Erweiterung der berufsbezogenen Fähigkeiten und Ressourcen
- Identifikation des individuellen Unterstützungsbedarfs bei der bei der Suche nach einem Arbeitsplatz sowie Verbesserung des Bewerbungsprozesses

BORA Zielgruppe 4:

- Steigerung von Motivation und Zuversicht für einen Wiedereinstieg in das Erwerbsleben
- Entwicklung einer realistischen beruflichen Perspektive
- Erweiterung der berufsbezogenen Fähigkeiten und Ressourcen
- individuelle Maßnahmeplanung, orientiert an den teilhabebezogenen Einschränkungen und Ressourcen (z.B. berufliche Reha, Adaption, ehrenamtl. Engagement)
- Einschätzung der persönlichen Leistungsfähigkeit
- Überwindung bzw. Reduktion von Vermittlungshemmnissen
- Identifikation des individuellen Unterstützungsbedarfs bei der bei der Suche nach einem Arbeitsplatz sowie Verbesserung des Bewerbungsprozesses

BORA Zielgruppe 5:

- realistische Planung des beruflichen Wiedereinstiegs
- Motivation zur (Wieder)aufnahme einer beruflichen Tätigkeit
- Entwicklung einer realistischen beruflichen Perspektive
- Erweiterung der berufsbezogenen Fähigkeiten und Ressourcen
- Identifikation des individuellen Unterstützungsbedarfs bei der bei der Suche nach einem Arbeitsplatz sowie Verbesserung des Bewerbungsprozesses

1.4 Integration in das Gesamtkonzept

Ausgehend von den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskran-ker (DRV Bund, Berlin 2014) wurde die Ausrichtung des Behandlungskonzeptes der Fachklinik Haus Immanuel in den letzten Jahren systematisch am individuellen Bedarf der BORA-Zielgruppen orientiert.

Die Teilhabeorientierung gilt grundsätzlich für alle Patientinnen. Zusätzlich erfolgt eine Differenzierung entsprechend dem BORA-Status, die sich in zusätzlichen, zielgruppenspezifischen Behandlungsmodulen widerspiegelt. Die Gestaltung des Behandlungsprogramms für die BORA-Zielgruppe 5/5a richtet sich nach der individuellen Situation der Rehabilitandin und wird entsprechend ausgewählt.

Interdisziplinäre Fallbesprechung (FOKUS)

Sozialmedizinische Eingangsuntersuchung, Diagnostik und psychotherapeutische Anamneseerhebung

Berufsanamnese durch Ergotherapie. (Fragebogen im Vorfeld + persönliches Interview in der ersten Behandlungswoche)

Erfassung beruflicher Problemlagen (Mini-ICF APP/AVEM/Würzburger Screening) und Zuordnung zur BORA-Zielgruppe

Festlegung der BORA-spezifischen Behandlungseinheiten

IG BORA 1 + 2
- Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz
- Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Berufswegplanung

Interaktives Bewerbungstraining BORA 3,4, 5a

Sozial-/Berufs-/Reha-Beratung individuell BORA 1-5/5a

Arbeitsbeobachtung BORA 3,4,5a

Interne Belastungserprobung individuell BORA 1-5/5a

IG LeBeWelt 1
BORA 1,2

IG LeBeWelt 2
BORA 3,4,5a

Berufsbezogene Sport- und Bewegungseinheiten individuell BORA 1-5/5a

Arbeitgebergespräche BORA 1,2

Projektwoche BORA 3,4,5a

Körperliche Leistungsdiagnostik EFL Individuell BORA 1-5/5a

Arbeitstherapie Büro/Garten/Küche/Hauswirtschaft BORA 3,4,5a

Kognitives Training individuell BORA 1-5/5a

Genusstraining individuell BORA 1-5/5a

Therapeutisches Klettern individuell BORA 1-5/5a

2. Einrichtungsbezogene Struktur

2.1 Größe der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen indikationsbezogen

Die Fachklinik Haus Immanuel verfügt über 60 Plätze für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen einschl. 12 Plätzen für Frauen mit Begleitkindern. Die Aufteilung erfolgt auf 5 Stationen. Diese definieren die fünf Bezugsgruppen. Basierend auf den Auswertungen seit Veröffentlichung der BORA-Empfehlungen (2016 – 2023) ergibt sich folgende Verteilung der BORA-Zielgruppen in unserer Klinik:

BORA 1:	2,2 %
BORA 2:	37,4 %
BORA 3:	11,3 %
BORA 4:	17,5 %
BORA 5:	31,6 %

Aufgrund der Belegungsstruktur unseres Hauses ist auch in der Zukunft mit ähnlichen Zahlen zu rechnen.

2.2 Personalausstattung

In der Fachklinik Haus Immanuel besteht keine spezielle Abteilung für die Durchführung der BORA-Maßnahmen, da diese in das Gesamtkonzept integriert sind. Seit Veröffentlichung der Empfehlung der DRV Bund (Berlin 2014) wurde die Gestaltung der Behandlungsschwerpunkte schrittweise in Richtung Teilhabeorientierung weiterentwickelt. Die Umsetzung erfolgte in allen Abteilungen. Aus den Erfahrungen der letzten Jahre lassen sich weitere sinnvolle Schritte zur Weiterentwicklung ableiten, die jedoch mit einer Erweiterung des Stellenschlüssels einhergehen. Besonderes Potential sehen wir in den Bereichen der Funktionsdiagnostik mit EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) sowie in der alltagsnahen prozess- und produktorientierten Arbeitstherapie, die im Rahmen des Betriebs einer Selbstversorgerstation umgesetzt werden kann. Bei Erweiterung des Stellenplans um 2 x 0,5 Stellen wäre die Umsetzung schnell und dauerhaft möglich. Nähere Ausführungen zu den Bereichen folgen auf den nächsten Seiten.

Personalsollstellenplan der Fachklinik Haus Immanuel:

Berufsgruppe	Vollzeitstellen Soll
Leitende Ärztin/leitender Arzt Chefärztin/Chefarzt	1,0
Oberärztin/Oberarzt	0,90
Approbierte psychologische Psychotherapeut*innen	2,80
Diplom-Sozialarbeiter*in therapeutisch/ Diplom-Sozialpädagog*in therapeutisch	2,40
Weitere*r zuzuordnende Mitarbeiter*in	0,15
Gesundheitspfleger*in oder Krankenpfleger*in	6,0
Erzieher*in	1,0
Diplom-Sportlehrer*in	1,50
Ergotherapeut*in	2,0
Arbeitstherapeut*in	0,50
Kreativtherapeut*in	0,20
Diätassistent*in/Ökotrophologe*in	0,30
Diplom-Sozialarbeiter*in	0,60

Zuordnung der BORA-Leistungen
nach Berufsgruppen:

BORA-spezifische Leistungen	Qualification
Arbeitstherapie (Bereiche: Büro/Küche/Hauswirtschaft/Garten und Gelände/Selbstversorgerstation) Projektwoche Interne Belastungserprobung	Arbeitsanleiter*innen
Berufsbezogene Diagnostik und Identifikation beruflicher Problemlagen Sozialmedizin AVEM Mini-ICF App	Ärzte*innen Physio-/Sporttherapie Alle Berufsgruppen, v.a. Ergotherapeut*innen Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen Psycholog*innen
Arbeitsbeobachtung Würzburger Screening MELBA IDA	Ergotherapeut*innen
LeBeWelt	Ergotherapeut*innen
Bewerbungstraining	Ergotherapeut*innen
Kognitives Training	Ergotherapeut*innen Psycholog*innen
Arbeitsplatzbezogene Bewegungsangebote Outdoor Gerätepark Kletterwand Körperliche Leistungsdiagnostik EFL nach Isernhagen	Physio-/Sporttherapeut*innen
Genusstraining	Ergotherapeut*innen
Sozialmedizinische Beurteilung	Ärzte*innen
Sozial- und Berufsberatung	Sozialarbeiter*innen
BORA-Gruppe 1+2	Sozialarbeiter*innen

2.3 spezifische Ausstattung von Räumen

Für die Gesamtausstattung der Fachklinik verweisen wir auf das Gesamtkonzept. Folgenden Räumen und Ausstattungsmerkmalen sind für die BORA-Umsetzung von besonderer Bedeutung:

- PC-Raum (12 Plätze) mit Drucker
- WLAN in allen Räumen
- Kopierer
- Lager, Werkstatt
- Stallungen mit Werkzeugen und Arbeitsmaterial
- Bienenvölker mit Ausstattung zur Honigverarbeitung
- 4 Gruppenräume mit Beamer, Flipchart, Videokamera, usw.
- Vortragsraum

- Küchenarbeitsplätze (Lehrküche und Klinikküche)
- Büroarbeitsplätze
- Patientinnenbibliothek
- Boulder- und Kletterwand mit Material
- Außenbereich: Fitnessgeräte zur Funktionsdiagnostik
- 3 Werkräume für mit Werkbänken, Töpfermaterial und Brennofen
- EFL-Raum mit Komplettausstattung (29 Stationen) (geplant)
- Selbstversorgerstation (geplant)

2.4 Spezifischer Aus- und Fortbildungsstand bei Mitarbeiter*innen

Arbeitstherapie	Zusatzqualifikation arbeitstherapeutische Rehabilitation Fachlehrgang Belastungserprobung/ Arbeitstherapie nach §42 SGB V Fortbildung Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation Schulung zur Mini ICF App
Ergotherapie	IDA MELBA Fortbildung Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation EFL (geplant) Schulung zur Mini ICF App
Sucht-/Psychotherapie	Fortbildung Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation Schulung zur Mini ICF App
Sport-/Physiotherapie	Fortbildung Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation EFL (geplant) Schulung zur Mini ICF App
Ärzt*innen	Sozialmedizin EFL (geplant) Schulung zur mini ICF APP
Klinischer Sozialdienst	Fortbildung Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation Schulung zur Mini ICF App

3. Einrichtungsbezogene Organisation für BORA-Zielgruppen

3.1 Spezifiziertes Assessment zum Erwerbsbezug vor Aufnahme im Einladungsschreiben

Die Patientinnen werden im Einladungsschreiben gebeten, einen ausführlichen beruflichen Lebenslauf bei Aufnahme vorzulegen. Ein spezifisches Assessment im Vorfeld erscheint nicht notwendig. Aufgrund der ausführlichen Datenerhebung des Sozialberichtes sind auch berufliche Problemlagen meist deutlich beschrieben. Weitere notwendige Daten werden in den ersten Behandlungstagen ergänzt.

3.2 Zusammensetzung und Organisation des BORA-Zielgruppen zugeordneten Teams

Die Einordnung der Patientinnen in die jeweilige BORA-Zielgruppe erfolgt anhand der Berufsanamnese durch die Ergotherapie. Ein Großteil der spezifischen Behandlungsangebote ergibt sich bereits aus der Einordnung und wird sofort eingebucht. Eine weitere Differenzierung erfolgt im interdisziplinären Behandlungsteam. Zielgruppenspezifische Teams erscheinen daher nicht notwendig. Austausch im 14tägig stattfindenden BORA-Team, bestehend aus Ergotherapeut*innen, Arbeitsanleiter*innen, klinischem Sozialdienst und Therapeutischer Leitung stellt die organisatorischen Abläufe sowie die Passgenauigkeit der jeweiligen BORA-Leistungen und Begutachtungsinstrumente auf den individuellen Bedarf der Patientinnen sicher. Ebenso erfolgen individuelle Absprachen mit den behandelnden Ärzt*innen.

3.3 Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechung

Die interdisziplinären Fallbesprechungen finden unter dem Titel „FOKUS“ wöchentlich bezugsgruppenbezogen statt. Es nehmen Mitarbeiter*innen folgender Berufsgruppen teil:

- Ärzt*innen
- Pflege
- Sucht-/Psychotherapie
- Ergotherapie
- Sport- und Physiotherapie
- Sozialdienst
- Arbeitstherapie

Im Besprechungsraum stehen Notebook und Videobeamer zur Verfügung, so dass alle Einträge in der elektronischen Patientinnenakte (PADO) eingesehen und neue Einträge ohne Zeitverlust generiert werden können. Im Verlauf des Aufenthaltes einer Patientin finden, je nach Aufenthaltsdauer, mehrere FOKUS-Besprechungen statt. Um eine strukturierte und zielgerichtete Behandlung sicher zu stellen, sind die zentralen Punkte bereits in der Besprechungsmaske hinterlegt:

1. Fokus	2. Fokus	3. Fokus	4. Fokus
Diagnosen Medikamente BORA- Zielgruppe Auffälligkeiten Reha-Ziele	Ergebnisse der Berufsdiagnostik (Mini-ICF App etc.) Ersteinschätzung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit	Planung weiterführen der Maßnahmen (z.B. Adaption, stufenweise Wiedereingliederung, u.a.; aktuelle Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit	abschließende Beurteilung der Arbeits- und Leistungs- fähigkeit; Resümee mit Blick auf Erreichung der Reha-Ziele

3.4 Zusammenarbeit mit externen Institutionen und Organisation der Belastungs-erprobung

3.4.1 Externe Institutionen

Entsprechend dem teilhabeorientierten Behandlungskonzept besteht eine Vielzahl an Kooperationen mit externen Institutionen, u.a. zuweisende Suchtberatungsstellen und Kliniken, Kostenträger, Selbsthilfegruppen, Suchtfachverbände, örtliche Facharztpraxen, uvm..

Für die berufliche Orientierung erscheinen folgende wesentlich:

Arbeitgeber

Nach Klärung individuelle Problemlagen am Arbeitsplatz erhalten die Rehabilitandinnen auf Wunsch Unterstützung bei Arbeitgebergesprächen. Diese können sowohl telefonisch, persönlich bei uns im Haus oder per Videochat stattfinden. Ebenso erfolgt Beratung und Unterstützung bei stufenweise Wiedereingliederung über die Klinikärzt*innen sowie den klinischen Sozialdienst.

Im Realitätstraining ist grundsätzlich ein Termin beim Arbeitgeber vorgesehen.

Agentur für Arbeit/Jobcenter

Der klinische Sozialdienst unterstützt bei Angelegenheiten wie z.B. bei der Klärung von Leistungsbezug, der Organisation berufsfördernder Maßnahmen und Umschulungen sowie bei der Reduktion von Vermittlungshemmnissen. Die Rehabilitandinnen sind angehalten, bereits während der Behandlung Kontakt zum Jobcenter aufzunehmen. Dies findet auch im Realitätstraining statt.

Deutsche Rentenversicherung

In regelmäßigen Abständen führen Mitarbeitende der DRV individuelle Reha-Beratung in der Klinik durch. Die Patientinnen erhalten erste Informationen, die auch als Zielgrundlage für Gespräche mit der Reha-Beratung am Wohnort der Patientin.

Integrationsfachdienste

Die Kooperation mit den Integrationsämtern erfolgt überwiegend über den klinischen Sozialdienst.

Zentrale Inhalte der Zusammenarbeit sind Information, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und Begleitung bei Telefonaten.

Berufsinformationszentren

Die Patientinnen erhalten Informationen zum BIZ sowie die regionalen Anlaufstellen und erhalten die Möglichkeit, diese im Rahmen von Ausgang, Heimfahrt und Realitätstraining zu nutzen.

Niedergelassene Ärzt*innen/Betriebsärzt*innen

Häufig erscheint bei Patientinnen der BORA Kategorien 1 und 2 eine gesetzliche Wiedereingliederung sinnvoll. Je nach Notwendigkeit erfolgt die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Betriebsärzt*innen und dem betrieblichem Eingliederungsmanagement.

Regionale Sozialämter

Die Gewährung von Sach- und Dienstleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII obliegt den regionalen Sozialämtern. Während der Rehabilitation erfolgt Unterstützung und Begleitung u.a. bei der Kontaktaufnahme, Klärung von Ansprüchen, mündlicher Kommunikation und Schriftverkehr.

Berufsförderungswerk – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Besonders für Rehabilitandinnen, die aus gesundheitlichen Gründen ihren erlernten Beruf bzw. ihrer zuletzt überwiegend ausgeübten Tätigkeit nicht mehr nachgehen können, besteht die Möglichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der klinische Sozialdienst berät die Rehabilitandin zu Fragen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, Rahmenbedingungen sowie durchführenden Institutionen und unterstützt bei Kontaktaufnahme sowie der Antragstellung.

Stationäre Nachsorgeeinrichtungen/ambulant betreutes Wohnen

Für Rehabilitandinnen mit erweitertem Hilfebedarf bei Lebensbewältigung, Alltagsgestaltung und Teilhabe besteht die Möglichkeit, ambulante Maßnahmen wie z.B. ABEW (ambulant betreutes Einzelwohnen) oder auch stationäre Hilfen (z.B. therapeutische Wohngruppen) in Anspruch zu nehmen. Die Rehabilitandin erhält umfassende Informationen zu Einrichtungen und Leistungsvoraussetzungen sowie Unterstützung bei der Kontaktaufnahme sowie, wenn notwendig, Begleitung bei Vorstellungsgesprächen in der Einrichtung.

Adaption

Die Rehabilitandinnen erhalten durch Klinikärzte*innen, Bezugstherapeut*innen sowie den klinischen Sozialdienst (KSD) umfassende Informationen über weitere Unterstützungsmöglichkeiten. Im Beratungsgespräch mit dem KSD erhält die Rehabilitandin zu geeigneten Adaptionseinrichtungen. Es erfolgt Unterstützung bei der Kontaktaufnahme, der Antragstellung sowie bei Vorstellungsgesprächen, die häufig online, gegebenenfalls aber auch vor Ort in der Adaptionseinrichtung stattfinden.

Suchtberatungsstellen

Suchtberatungsstellen sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit problematischem Konsum und suchtnahen oder abhängigen Verhaltensweisen sowie für und deren Angehörige.

Als niedrigschwellige Anlaufstelle, häufig weit vor der Rehabilitation, bieten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe u.a. Beratung, Motivationsarbeit, Unterstützung bei Problemanalyse und Begleitung bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen. Die Suchtberater*innen sind häufig Vertrauenspersonen, die mit den Problemlagen der Patientin im privaten und beruflichen Umfeld vertraut sind. In der ambulanten Nachsorge erfolgt die Weiterbegleitung bei der Umsetzung der Rehabilitationziele im Alltag.

Die Kooperation mit den Suchtberatungsstellen zeigt sich sehr vielfältig, u.a. in Telefonaten zum Informationsaustausch vor, während und nach der Reha, Absprachen zum Realitätstraining und Planung der Nachsorge aber auch in fachlichem Austausch durch Einrichtungsbesuche und Fachtagungen.

Selbsthilfegruppen

Angebote der freiwilligen Suchtkrankenhilfe Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Abstinenz und sozialen Integration der Abhängigkeitserkrankten. Während der Rehabilitation erfolgen regelmäßige Informationsveranstaltungen verschiedener Selbsthilfegruppen. Der persönliche Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe vor Ort kann im Realitätstraining vereinbart werden.

Realitätstraining

Bei einem Aufenthalt ab 10 Wochen ist für jede Rehabilitandin ein fünftägiges Realitätstraining vorgesehen. Die Planung erfolgt mit Blick auf die gemeinsame, am BORA-Status ausgerichtete, Zielvereinbarung. Wesentliche Vereinbarungen können z.B. persönlicher Kontakt zum Arbeitgeber, zu Jobcenter/Agentur für Arbeit, der Besuch im BFZ, persönliche Bewerbungsgespräche, Probearbeiten und Hospitation usw. sein.



Formular/Vorlage Zielvereinbarung für das Realitätstraining

von _____ bis _____
Datum Realitätstraining **Name** **Geb.-Datum**

	Bora 1	In Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
	Bora 2	In Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen
	Bora 3	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)
	Bora 4	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)
	Bora 5	Schülerinnen, Studentinnen, Hausfrauen, Zeitrentnerinnen, die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben

Inhalt / Ziel	Bemerkung	Geplant am	Durchgeführt am
Berufsbezogene Ziele			
Arbeitsstelle, z.B. Betriebliche Wiedereingliederung, Vorgesetzte, Personalabteilung, Betriebsrat, Kollegen*in, Sonstige			
Agentur für Arbeit / Jobcenter			
Vorstellungsgespräch/ Probearbeiten			
Sonstiges			
Persönliche Ziele			
Suchtberatungsstelle			
Selbsthilfegruppe			
Familie			
Freizeit			
Soziale Kontakte			
Weitere Termine, z.B. Arzttermine			

Datum **Unterschrift Patientin** **Unterschrift Bezugstherapeut*in**

Dok.Nr: 121047

Version: 1

Freigabe am: 22.05.2020

Gültig bis: 24.01.2027

Seite 1 von 1

Abb. Zielvereinbarung für das Realitätstraining

3.4.2 Organisation der Belastungserprobung

Die Belastungserprobung dient im Wesentlichen dazu, die Leistungsfähigkeit in einem erweiterten zeitlichen und kontinuierlichen Prozess zu ermöglichen. Sie wird im Wesentlichen in zwei Bereichen durchgeführt:

Projektwoche

Die Projektwoche erstreckt sich über 5 Arbeitstage mit jeweils 4 Zeitstunden und richtet sich vorrangig an Patientinnen der BORA-Kategorie 3, 4 und 5a. Die Patientinnen erhalten eine Wochenaufgabe, die sich in Planungsphase, Durchführung und Nachbesprechung mit ausführlicher Rückmeldung an die Patientin unterteilt. Planung der Projektwoche ist Aufgabe der Ergotherapie, die Durchführung erfolgt in Zusammenarbeit von Ergotherapie und Arbeitsanleiter*innen. Nach Abschluss der Projektwoche erfolgt eine intensive Nachbesprechung im Interdisziplinären Team mit Blick auf die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bisherige Projekte waren z.B. der Bau mehrerer Hochbeete sowie die Herstellung von Fruchtaufstrichen inkl. Verpackungsgestaltung und Organisation des Verkaufs.

Interne Belastungserprobung

Die interne Belastungserprobung erfolgt in einer Einheit von 6 Zeitstunden im Bereich Küche oder Büro. Die Zuteilung erfolgt individuell nach Besprechung und Zielfestlegung im interdisziplinären Behandlungsteam, v.a. bei Rentenbegehren und bei deutlicher Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung der Patientinnen und Fremdeinschätzung durch das Behandlungsteam. Die interne Belastungserprobung wird in der Fokus-Besprechung festgelegt. Nach Durchführung erfolgt eine ausführliche Nachbesprechung mit der Patientin.

4. Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

4.1 Multiprofessionelle Eingangsdiagnostik

Die ärztliche Eingangsdiagnostik erfasst im Aufnahmegespräch Krankheitsgeschichte und Eigenanamnese.

Bezogen auf die berufliche Orientierung werden erfasst:

- körperliche Funktionseinschränkungen und Beschwerden (ICF)
- subjektive Einschränkungen und Ressourcen in Alltag und Berufsleben (ICF)
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit
- Vordiagnosen und Medikation

In der psychologischen Eingangsdiagnostik werden zu Beginn der Behandlung standardgemäß BDI-II sowie SCL-90 durchgeführt. Diese geben Auskunft über die Ausprägung depressiver Symptomatik sowie über die subjektiv empfundene Belastung. Bei Bedarf erfolgen weitere Testverfahren, z.B. Intelligenztest, HASE (ADHS im Erwachsenenalter), IES-R (v.a. PTBS) u.a.

Zusätzlich erfolgt die Durchführung der Mini-ICF APP. Dieses Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrument erfasst 13 berufs- und alltagsbezogene psychische Fähigkeitsdimensionen. Im Rahmen einer Einführungsveranstaltung erhalten die Rehabilitandinnen einen Selbsteinschätzungsbogen mit grundlegenden Informationen zu den einzelnen Kategorien sowie Hilfestellung bei Verständnisfragen. Die Fremdeinschätzung erfolgt bei der BORA-Zielgruppe 3, 4 und 5a in der Arbeitsbeobachtung. Für BORA 1 und 2 erfolgt diese im Rahmen der IG BORA 1 und 2 und individuell 5a. Die Ergebnisse von Selbst- und Fremdeinschätzung werden in die elektronische Patientinnenakte übertragen, in der regelmäßigen FOKUS-Besprechung ergänzt und für die Zielplanung sowie für die Einschätzung der Teilhabemöglichkeiten der Rehabilitandin genutzt.

4.2 Sozialmedizinische Eingangsuntersuchung durch Klinikärzt*innen mit Diagnosestellung

Am ersten Tag der Aufnahme erfolgt die medizinische Eingangsuntersuchung mit Diagnosestellung. Die Diagnosestellung erfolgt nach ICD 10. Diese ist eingebettet in eine differenzierte, ICF-basierte Erfassung und Einordnung von Kontextfaktoren, Aktivitäten, Körperfunktionen, Körperfunktionen und teilhabeorientierten Faktoren. Das Aufnahmegespräch wird, wenn notwendig ergänzt mit weiteren Gesprächen zur Genauerer Nachexploration.

Die ärztliche Eingangsdiagnostik besteht aus einem Aufnahmegespräch, in dem u.a. Krankheitsgeschichte, Eigenanamnese und Arbeitsunfähigkeitszeiten erhoben werden. Die Diagnosestellung beinhaltet körperliche Funktionseinschränkungen und Beschwerden sowie subjektive Einschränkungen im Alltags- und Berufsleben.

Um die berufsbezogene Anamnese zu systematisieren, wurden folgende verbindliche Eingabemasken in der elektronischen Patientenakte angelegt:

- aktuelle psychische und physische Beschwerden und soziale Belastungen
- Vorerkrankungen mit den jeweiligen Funktionseinschränkungen
- subjektive Einschränkungen gemäß ICF

4.3 Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik

Für die berufsbezogene Diagnostik stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Diese dienen zur Erfassung der aktuellen berufsbezogenen Problemlagen und Ressourcen und ermöglichen eine individuelle und bedarfsgerechte Behandlungsplanung.

Würzburger Screening

Hierbei handelt es sich um einen Fragebogen zur Erhebung beruflicher Problemlagen sowie des Bedarfs an berufsbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen.

Das Würzburger Screening erfasst die Skalen „Berufliche Belastungen“, „Subjektive Erwerbsprognose“ und „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten“. Die Rehabilitandin kann den Gruppen „keine beruflichen Problemlagen“, „hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen“ und „sehr hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen“ zugeordnet werden.

AVEM

AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt und Fischer, 2008) erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen. Ebenso dient er zur genaueren Abklärung berufsbezogener gesundheitlicher Risiken sowie einer problemangemessenen Individualisierung der rehabilitativen Maßnahmen.

Mini ICF-App

Bei Mini ICF-App handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument. Dieses beschreibt 13 beruflich und alltagsbezogen bedeutsame psychische Fähigkeitsdimensionen. Es dient zur Unterstützung der fähigkeitsorientierten Befundexploration und zur Gliederung eines Fähigkeitsbefundes. Wenn eine Fähigkeitsbesserung nicht möglich ist, kann ein Rating mit dem Mini-ICF-APP auch Hinweise für gezielte Kontextanpassungen, wie zum Beispiel eine leidensgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes (zum Beispiel Wechsel in ein Einzelbüro, Reduktion der Aufgaben oder Verabredung einer Unterstützung durch Kolleginnen), geben.

IDA

IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten) besteht aus insgesamt 14 standardisierten Arbeitsproben. Diese unterstützen die Beurteilung von kognitiven Fähigkeiten, psychomotorischen Fähigkeiten und Fähigkeiten aus dem Bereich Kulturtechniken/Kommunikation und der Art der Arbeitsausführung. Mit dem diagnostischen Tool IDA können diejenigen arbeitsrelevanten Schlüsselqualifikationen erhoben und beurteilt werden, die mit dem Verfahren MELBA dokumentiert werden.

MELBA

MELBA (Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsgeminderter und Behinderter in Arbeit) ermöglicht die Einschätzung der Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund der Anforderung einer beruflichen Tätigkeit. MELBA umfasst die Merkmalskomplexe kognitive Merkmale, soziale Merkmale, Merkmale zur Art der Arbeitsausführung, psychomotorische Merkmale und Kulturtechniken/Kommunikation.

EFL (geplant)

Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach WORKWELL / ISERNHAGEN ist eine international angewandte Standard-Assessmentmethode zur Beurteilung arbeitsbezogener Leistungen. Mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests wird die Belastbarkeit für die häufigsten physischen Anforderungen der Arbeitswelt untersucht. Das EFL-Assessment erfasst die aktuelle motorische Leistungsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte oder die angestrebte berufliche Tätigkeit des Patienten bzw. der Patientin. Bei entsprechender Erhöhung der Personalausstattung kann die Einführung der EFL zeitnah umgesetzt werden.

4.4 Arbeitsplatzanalyse

Die Arbeitsplatzanalyse erfolgt durch Zusammenschau verschiedener anamnestischer Erhebungen (sozialmedizinische Anamnese, Berufsanamnese, Sozialanamnese, biografische Anamnese). Die Daten werden in der elektronischen Patientinnenakte in PADO zusammengefasst und ergeben ein differenziertes Bild der Arbeitsplatzsituation. In der interdisziplinären Fallbesprechung (FOKUS) erfolgen die Ableitung der berufsbezogenen Ziele sowie die bedarfsgerechte Anpassung der Behandlungsinhalte.

Bei arbeitslosen Patientinnen werden in der Berufsanamnese auch die Ursachen der Arbeitslosigkeit sowie Vermittlungshemmnisse erfasst.

4.5 Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils

Für den Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils kommen Mini-ICF App, IDA/MELBA sowie das Programm COG-PACK, der u.a. Verbesserung von Konzentrations-, Leistungs- und Motivationsstörungen sowie der Erfassung von Leistungen in den Bereichen der visuellen Motorik, der Auffassung, der Reaktion, der Vigilanz, der Merkfähigkeit sowie der sprachlichen, intellektuellen, alltags-, ausbildungs- und berufsnahen Anforderungen.

Werden darüber hinaus weitere Fähigkeitseinschränkungen deutlich, kommen individuell weitere Testverfahren, z.B. HASE bei V.a. ADHS, Intelligenztest bei kognitiven Einschränkungen, zum Einsatz.

5. Medizinisch-berufliche, BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie

5.1 Ärztliche Aufgaben

Angesichts des hohen Anteils von Suchtrehabilitandinnen mit komorbiden somatischen und psychischen Störungen kommt den Bezugärzt*innen eine zentrale Rolle zu, die Rehabilitandinnen indikationsbezogen zu unterstützen und gleichzeitig eine fundierte sozialmedizinische Begutachtung und Beurteilung vorzunehmen. Dies geschieht im Wesentlichen auf der Basis folgender Grundsätze:

- Motivation und Unterstützung bei der Entwicklung einer realistischen Akzeptanz der persönlichen somatischen und/oder psychischen Einschränkungen in beruflicher Hinsicht, um zukünftige Überforderungen, Überlastungen und weitere Schädigungen zu vermeiden

- Förderung einer positiven zukunftsorientierten Grundhaltung zur Überwindbarkeit bzw. Reduzierbarkeit vieler berufsbezogener somatischer und psychischer Einschränkungen in durch geeignete medizinisch-therapeutische Maßnahmen
- Aufzeigen von Spielräumen von weniger günstigen zu günstigeren Formen des Umgangs mit unveränderbaren somatischen und psychischen Einschränkungen

Die ärztlichen Aufgaben im Behandlungsverlauf beinhalten u.a.:

- Medizinische Eingangsdiagnostik (siehe 4.2)
- Entscheidung über fachärztliche Konsiliaruntersuchungen
Konsiliaruntersuchungen durch Fach- und Hausärzt*innen in der näheren Umgebung sind aufgrund von Kooperationsvereinbarungen Teil der medizinischen Versorgung während der Rehabilitation. Die Terminvergabe erfolgt über die Praxen selbst. Die Fahrten werden durch den klinikeigenen Fahrdienst durchgeführt. Der/die Bezugsärzt*in bewertet die Ergebnisse, erläutert diese ggf. der Rehabilitandin und ordnet entsprechende Maßnahmen an.
- Visiten, Sprechstunden, interkurrente Erkrankungen
Es finden regelmäßige verpflichtende Visiten statt. Zusätzlich besteht jederzeit die Möglichkeit, sich mit der Bitte um einen Termin an die Bezugsärzt*innen zu wenden. Dies bietet die Möglichkeit, die Beschwerden des Rehabilitanden kurzfristig zu erfassen, zu bewerten und eine adäquate Entscheidung zu treffen. Dies geschieht auch im Hinblick auf ggf. notwendige Befreiung von therapeutischen Einheiten. Dabei sind sowohl die Tendenz zu Verleugnung bedeutsamer Einschränkungen oder Krankheitssymptome wie auch zu Vermeidungsverhalten und Wunsch nach Freistellung von arbeitsbezogenen Therapiemaßnahmen bei geringfügigen Beschwerden oder Konflikten zu berücksichtigen und zu bewerten.
- Medikation
Bei vielen psychischen und somatischen Einschränkungen kann die Einnahme von Medikamenten die Möglichkeiten der sozialen wie auch der beruflichen Teilhabe wesentlich verbessern. Im Klinikalltag ergeben sich u.a. folgende Aufgaben: Erhöhung der Compliance bei notwendiger Dauermedikation, medikamentöse Neueinstellung, Handhabung bzw. Umstellung von Bedarfsmedikation sowie Informationen zu spezifischen Chancen und Risiken bei Abhängigkeitserkrankung.
- Interpretation und Vermittlung des EFL-Assessments (geplant)
Die Ergebnisse des EFL-Assessments stehen häufig im Widerspruch zum subjektiven Empfinden der Rehabilitandin. Die Interpretation und insbesondere die ausführliche Vermittlung der Ergebnisse durch eine*n Ärzt*in ermöglicht Nachvollziehbarkeit und Verständnis durch die Rehabilitandin, die Ableitung gemeinsamer Ziele für die Arbeitstherapie sowie die systematische Verwertung der Ergebnisse in der sozialmedizinischen Begutachtung.
- Anschlussmaßnahmen
Nach Stabilisierung und intensiver Beratung erfolgen ggf. die Beantragung von beruflicher Wiedereingliederung und anderen Anschlussmaßnahmen (z.B. LTA, Adaption).

Medizinische Ziele

Auf der Grundlage der medizinisch-therapeutischen Erkenntnisse zu Rehabilitationsbeginn und im Behandlungsverlauf lassen sich u.a. folgende berufsbezogene medizinische Ziele ableiten:

- Vermittlung eines adäquaten, handlungsleitenden Krankheitsverständnisses
- die Veränderung von Schon- und Krankheitsverhalten;
- Vermittlung eines konstruktiven Umgangs mit Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen am Arbeitsplatz
- Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen (z.B. Selbstaktivierung zur Gesundheitsvorsorge)
- Abbau direkt gesundheitsschädigender Verhaltensweisen am Arbeitsplatz (Rauchen, Ernährungsgewohnheiten).
- Körperliche Erholung und Zunahme der körperlichen und seelischen Belastbarkeit

- von Krankheitseinsicht und Krankheitsverständnis
- Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen und psychiatrische Komorbiditäten, ggf. weiterführende Diagnostik

5.2 Vorträge/Seminare

Einführungsvorträge

Zur Motivationsförderung, Verbesserung des Krankheitsverständnisses sowie zur Akzeptanzsteigerung berufsbezogener Maßnahmen finden in den ersten drei Wochen der Behandlung Einführungseminare zu den Themen „Möglichkeiten, Ziele und Grenzen der Sozialberatung?“, „Sinn und Notwendigkeit arbeitstherapeutischer und berufsfördernder Therapieinhalte“ sowie „Selbsteinschätzung der Teilhabemöglichkeiten mittels Mini ICF-App“ statt.

Weitere Vorträge und Seminare:

Im Behandlungsverlauf finden regelmäßig Vorträge zu berufsnahen und berufsrelevanten Themen (z.B. Stressbewältigung, gewaltfreie Kommunikation, Zeitmanagement und Prioritätensetzung) statt. Die Bedarfsorientierung der Themen wird regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst.

5.3 Berufs- und Sozialberatung

Die Berufs- und Sozialberatung ist dem klinischen Sozialdienst zugeordnet. Jede Rehabilitandin erhält in der ersten Behandlungswoche einen Termin für die Erhebung der Sozialanamnese. Diese dient als Grundlage für die Ermittlung der spezifischen Problemlagen und des sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarfs.

Kernaufgaben der Sozialberatung sind u.a.

- Sozialrechtliche Beratung: Klärung von Wohnsituation, rechtlichen Fragen, finanziellen Angelegenheiten sowie rentenbezogener Fragen
- Berufliche Beratung: Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung, Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur stufenweisen Wiedereingliederung
- Beratung zu weiterführenden Unterstützungsangeboten und Nachsorgemöglichkeiten: Vermittlung zur Schuldnerberatung, Abstimmung und Organisation weiterführender Maßnahmen (z.B. Adaption, Betreutes Wohnen, ambulant betreutes Wohnen), Begleitung und Beratung bei Kontakt- und Informationsgesprächen mit vor- und nachbehandelnden Einrichtungen und Institutionen
- Spezifische Gruppenangebote und Vorträge: IG BORA 1 und 2
IG BORA 1 und 2 findet wöchentlich über insgesamt 12 Einheiten mit je 90 Minuten statt. Inhaltlich richtet sich das Angebot an die namensgebenden BORA-Zielgruppen mit den Kernthemen Konflikte am Arbeitsplatz, Umgang mit Unsicherheit und Ängsten, Umgang mit der Suchterkrankung sowie sozialrechtliche Fragen.

In den ersten Behandlungswochen erhalten alle Rehabilitandinnen in einem Einführungsvortrag zum klinischen Sozialdienst zu den konkreten Unterstützungsmöglichkeiten während der Rehabilitation.

Der klinische Sozialdienst bietet zwei offene Sprechstunden sowie individuelle Terminvergabe an. Zudem findet eine ausführliche Informationsveranstaltung in den ersten drei Behandlungswochen statt (siehe 5.3.).

In regelmäßigen Abständen bietet die Deutsche Rentenversicherung Sprechstunden zur Reha-Beratung in der Klinik an. Der Klinische Sozialdienst klärt den Bedarf mit den Rehabilitandinnen, organisiert den Termin und ist bei den Sprechstunden anwesend.

5.4 Konzeption berufsbezogener Gruppen

5.4.1 Therapeutische Gruppen

IG BORA 1+2

Diese Indikationsgruppe richtet sich an Patientinnen der Bora-Kategorien 1 und 2. Sie orientiert sich an den Curricula der DRV Bund zu Konflikten am Arbeitsplatz und zur Berufswegplanung (DRV Bund Hrsg., Autorinnen: Doris Hain und Martina Labahn, 2018) und besteht aus mehreren Modulen:

- Das soziale Netz (Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Begriffe Erwerbsminderung, Kündigungsarten)
- Nachteilsausgleich bei Krankheit und Behinderung (Behinderung und Schwerbehinderung, Antragsverfahren GdB, Nachteilsausgleich im Erwerbsleben, Altersgrenze für schwerbehinderte Menschen)
- Eckpunkte des Rentenrechts (Allgemeine Informationen über Rente, Anhebung der Altersgrenzen ab 2012, Rente wegen Erwerbsminderung, Rentenirrtümer)
- Umgang mit der Suchterkrankung im Berufsleben
- Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Konflikte am Arbeitsplatz
- Gespräche mit Vorgesetzten und Kollegen

Bei der Ausgestaltung der Einheiten liegt steht auch immer die individuelle Situation der Rehabilitandinnen im Mittelpunkt. Die Inhalte werden je nach aktuellem Bedarf persönlichen Fragestellungen ausgewählt.

IG Soziales Kompetenztraining

In dieser Gruppe werden soziale Kompetenzen wie Beziehungsverhalten, Recht durchsetzen, um Sympathie werben, Abgrenzen und „Neinsagen“ vermittelt und eingeübt. Es kommen Methoden wie kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation, Differenzierungstraining, Entspannungstechniken, Rollenspiele, Hausaufgaben sowie Selbstbeobachtung und Feedback zum Einsatz. Die Inhalte orientieren sich am GSK (Gruppentraining sozialer Kompetenzen) nach Hintsch & Pfingsten.

Hier erfolgt keine Differenzierung nach BORA-Zielgruppen. Eingeschränktes Selbstwerterleben und Defizite in sozialer Interaktion betreffen sowohl Situationen am Arbeitsplatz, die zu gesundheitlichen Einschränkungen und Belastungen führen können (Überlastung, Depression, u.a.) als auch Arbeitssuchende, wodurch die Chance auf den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben deutlich beeinträchtigt werden kann (z.B. durch Unsicherheit bei der Kontaktaufnahme zu potentiellen Arbeitgebern, Angst vor Bewerbungssituationen). Die jeweilige Situation der Rehabilitandinnen wird in den Gruppeneinheiten aufgegriffen und gemeinsam bearbeitet.

5.4.2 Sport-/Physiotherapie

EFL (geplant)

Die Durchführung der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach WORKWELL/ISERNHAGEN soll durch Sport- und Physiotherapeut*innen erfolgen. In Planung ist die Einrichtung der notwendigen 29 Teststationen, aus denen entsprechend der individuellen Situation der Rehabilitand die relevantesten ausgewählt werden. Das Ergebnis fließt in die sozialmedizinische Begutachtung mit ein.

Arbeitsplatzbezogenes Bewegungsangebot

Dieses Angebot orientiert sich an den spezifischen Anforderungen am aktuellen Arbeitsplatz und ist somit grundsätzlich für die BORA-Zielgruppen 1 und 2 vorgesehen. Es werden Berufsgruppen mit ähnlichem Anforderungsprofil zusammengefasst (z.B. Bürotätigkeit, Tätigkeit im Einzelhandel, Pflege, Handwerk) und spezifische Übungen mit den Rehabilitandinnen durchgeführt mit dem Ziel, die Belastung am Arbeitsplatz zu reduzieren. Inhalte können u.a. die Optimierung berufsbezogener Bewegungsmuster (z.B. Heben, Tragen) und Ergonomie am Arbeitsplatz sein.

5.4.3 Ergotherapie

Produktorientierte Ergotherapie

Bei der produktorientierten ET erhalten die Rehabilitandinnen die Aufgabenstellung, identische Werkstücke herzustellen. Die Vorgaben variieren in Anforderung und Schwierigkeitsgrad. Durch das Produkt selbst erfolgt die visuelle Rückmeldung über die erbrachte Leistung. Im Feedbackgespräch können positive Merkmale sowie Auffälligkeiten und Defizite thematisiert werden.

Bei Umsetzung der Selbstversorgerstation ist die Produktion für den Verkauf der gefertigten Produkte angedacht.

Interaktives Bewerbungstraining

Das Bewerbungstraining richtet sich an BORA-Zielgruppen 3 und 4 und findet als interaktives Angebot statt. Inhalt sind die Erstellung bzw. Überprüfung aktueller Bewerbungsunterlagen mit „Unterlagencheck“, Selbstcheck für die Analyse persönlicher Stärken und Schwächen sowie das Üben von Bewerbungsgesprächen im Rollenspiel mit dem Ziel, Selbstsicherheit zu stärken, den persönlichen Blickwinkel zu erweitern (z.B. Sichtweise eines Personalsuchenden), sowie adäquate Kommunikationsformen zu trainieren. Zudem erhalten die Rehabilitandinnen intensive Begleitung bei der PC-Recherche nach einer geeigneten Arbeitsstelle.

Genusstraining

Wesentliche Einschränkungen in der Fähigkeit, für Entlastung und Ausgleich zu sorgen sowie der Verlust von Genussfähigkeit sind wesentliche Merkmale einer Suchterkrankung. Deshalb können Rehabilitandinnen besonders auch im Hinblick auf Arbeit und Erwerbsleben deutlich vom Genusstraining profitieren. Im Sinne einer „euthymen Therapie“ werden Patientinnen darin unterstützt, ihre Genussfähigkeit wiederzuentdecken bzw. wiederzuerlangen, angenehme Verhaltensweisen aufzubauen und Selbstfürsorge (sich selbst etwas Gutes tun) zu erlernen.

Ziel ist es, die Regenerationsfähigkeit fördern sowie die Fähigkeit, Ausgleichsmöglichkeiten zur Arbeit zu schaffen, wiederzuerlangen und fest in den Alltag zu integrieren. Dabei werden auch die Elemente „Antrieb und Motivation steigern“, „Tagesstruktur gesundheitsförderlich gestalten“ und „Sinnfindung im Alltag“ besonders berücksichtigt.

LeBeWelt

In der betätigungsorientierten Gruppe IG Lebewelt/Berufswelt sollen verschiedene Kompetenzen für den Alltag und das Berufsleben mit praktischen Aufgaben trainiert werden. Dies soll den Patientinnen den Weg zurück ins Berufsleben erleichtern. Die Gruppe findet sowohl für die BORA-Zielgruppen 1 und 2 wie auch für 3 und 4 statt. Für Rehabilitandinnen der BORA Zielgruppe 5a, die potentiell wieder in das Erwerbsleben zurückkehren können, liegt der inhaltliche Fokus besonders auf Motivation, wieder berufstätig zu sein sowie auf der Entwicklung von Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit und realistischer Selbsteinschätzung. Weitere Inhalte sind u.a. die Entwicklung von Zeitstrukturen, Prävention von und Umgang mit Über- und Unterforderung, Entwicklung notwendiger Schritte für den Ausgleich von Berufs und Freizeit, Verinnerlichung der Bedeutungsdimensionen von Arbeit sowie Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit.

5.4.4 Lehrküche und Ernährungsberatung

Um eine Gesundung und Gesunderhaltung und eine damit verbundene Leistungsfähigkeit zu erreichen werden im Bereich der Ernährung folgende Punkte angeboten.

- Ernährungsberatung in Einzel oder Gruppe, nach spezifischer Indikation z.B. Diabetes mellitus, Übergewicht, erhöhte Blutfettwerte, erhöhte Harnsäurewerte, Lebensmittelunverträglichkeiten.
- Ernährungsunterricht – Schulung „Alkohol in Lebensmittel und Speisen“
- Ziel ist die Schulung der Patientinnen hinsichtlich Alkohol in Lebensmitteln und Speisen sowie die Sensibilisierung für Rückfallgefahren durch Risikoverhalten und Selbstüberschätzung.
- Lehrküche
- Rehabilitandinnen üben in der Gruppe aktiv die eigene Nahrungsversorgung unter den Aspekten Ressourcenorientierung, Saisonalität und Wissensvermittlung. Der Fokus liegt besonders auf Ernährung im Alltag unter dem Aspekt beruflicher Anforderung (gesunde Zwischenmahlzeiten, ausgewogene Ernährung vs. Stress im Beruf).

5.5 Berufsbezogene Darlegung spezieller arbeitstherapeutischer Ansätze

5.5.1 Einführung in die Arbeitstherapie

Um die Sicherheits- und Hygienestandards zu gewährleisten, findet spätestens am 5. Tag des Aufenthaltes eine intensive Hygieneschulung und eine Einweisung in die Arbeitssicherheit statt. In einem Einführungsvortrag in den ersten Behandlungswochen erhalten die Rehabilitandinnen ausführliche Informationen zu BORA, Arbeitstherapie und sozialmedizinischer Begutachtung.

5.5.2 Arbeitsbeobachtung

Die Arbeitsbeobachtung wird von Ergotherapeut*innen durchgeführt und beinhaltet drei Termine mit dem Zeitumfang von je vier Stunden. Zu Beginn und zum Ende jeder Einheit absolvieren die Patientinnen eine aus-gewählte Serie an Konzentrationsaufgaben mit der Software Cogpack. Dazwischen erstellen sie ein semi-standartisiertes Werkstück nach Leittext aus dem Bereich der Buchbindearbeit. Zum Abschluss der Arbeitsbe-obachtung findet ein Auswertungsgespräch mit der Patientin statt, in welchem die Eigen- und Fremdeinschätzung der verschiedenen Arbeitsfähigkeiten mithilfe des Assessments Melba besprochen werden.

5.5.3 Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie-Bereiche Hauswirtschaft, Büro, Küche und Garten und Gelände finden in Gruppen von 12 Rehabilitandinnen in einem Umfang von 2,5 h wöchentlich während des gesamten Behandlungsverlaufs statt.

Bereich Hauswirtschaft

Der Bereich Hauswirtschaft und besteht aus den Modulen Hygiene, Reinigung und Wäscherei. Die Durchführung erfolgt anhand von standardisierten Arbeitsabläufen, z.B. das Ausführen aufeinanderfolgender Arbeitsschritte in der Wäscherei. Individuelle Aufgabenstellungen erfolgen entsprechend der Behandlungsziele.

Bereich Büro

Der Tätigkeiten im Bereich Büro erfolgen überwiegend am PC. Es stehen mehrere Drucker, Kopierer, Telefongeräte sowie ausreichend Büromaterialien zur Verfügung. Simulierte Arbeitsprozesse (z.B. Erstellen eines Serienbriefes, Abwicklung einer Materialbestellung, Erstellen von Listen und Werbematerialien) ermöglichen eine aussagekräftige Begutachtung.

Bereich Garten und Gelände (inkl. Stallungen und Bienen)

Der Bereich Garten und Gelände umfasst im Wesentlichen Pflege und Gestaltung der Außenanlagen. Besonders im Anlegen von Beeten und deren Bepflanzung erleben sich die Rehabilitandinnen als gestalterisch, kreativ und selbstwirksam. Ernte und Verarbeitung der Produkte bieten zudem die Möglichkeit der Ergebniskontrolle.

Ebenso dem Bereich zugeordnet sind die Pflege der Alpaka-Stallungen sowie die Produktion von Bienenprodukten wie Honig und Wachs. Besonders in der Versorgung von Tieren erleben die Rehabilitandinnen zusätzliche Motivation und als fähig zur Verantwortungsübernahme.

Für alle Bereiche stehen entsprechende Werkzeuge, Hilfs- und Transportmittel zur Verfügung.

Bereich Küche

Die Arbeitstherapie im Bereich Küche findet überwiegend in der Klinikküche statt. Diese verfügt über die übliche Ausstattung einer Großküche mit entsprechenden Einrichtung und Arbeitsgeräten. Gemüseschneider und Rührmaschinen werden unter vorausgegangener Unterweisung durch das Fachpersonal bedient. Ebenso steht eine Lehrküche, bestehend aus zwei Kocheinheiten, die einer haushaltsüblichen Küche nachempfunden worden sind, zur Verfügung. Die Arbeitstherapie folgt dem Grundsatz eines ansteigenden Leistungsniveaus, beginnend bei einfachem Zuarbeiten (z.B. Arbeitsplatz vorbereiten, Gemüse schneiden) bis hin zu komplexen Arbeitsabläufen (Leittextarbeit „Kochen nach Rezept“ einschl. Planung).

Bereich Selbstversorgerstation (geplant)

Zur weiteren Professionalisierung und Erweiterung der Arbeitstherapie soll ein Selbstbedienungshaus, das auf dem Klinikgelände aufgestellt wird und zugänglich für die Öffentlichkeit ist, eingerichtet werden. Ziel ist die Erweiterung um einen simulierten, realitätsnahen Arbeitsplatz/Bereich, der den Charakter einer kleinen Firma bietet. Durch den Arbeitsablauf und das ineinandergreifen der verschiedenen Arbeitsbereiche, die durch Einrichtung, Organisation, Bestückung und Bewerben des Selbstbedienungshauses entstehen, können Rehabilitandinnen erleben, wie sich ihre Tätigkeit auf andere Arbeitsbereiche und Personen auswirkt. Dadurch soll ein realeres Erleben des eigenen Wirkens wiedergegeben werden und unter einfließen verschiedener Beurteilungen (Selbst- und Fremdeinschätzung nach Mini ICF APP), Fähigkeiten und Stärken gefördert sowie Defizite und Schwächen minimiert werden. Durch eignes Handeln und Erkennen der eigenen Ressourcen erleben Rehabilitandinnen eine Steigerung von Antrieb, Motivation und Kraft für den Arbeitsalltag.

Die Selbstversorgerstation soll des Weiteren in den Bereichen Ökonomie, Wirtschaftlichkeit und Ökologie grundlegende Wissensvermittlung bieten. So können die Rehabilitandinnen aktiv den Bereich der Betreuung der klinikeigenen Bienenvölker erleben, einschließlich der Schaffung von geeignetem Lebensraum für Bienen und die Produktion von Honig, der dann im Selbstbedienungshäuschen zu erwerben ist.

Im Projekt „Upcycling“ produzieren Rehabilitandinnen ebenfalls Artikel für das Selbstversorgerhäuschen mit dem Grundgedanken, Ressourcen zu schonen, Materialien wieder und weiter zu verwerten. Auch hier bieten sich zahlreiche Möglichkeiten, Fertigkeiten und Fähigkeiten neu zu entdecken und zu erleben.

Geplant und durchgeführt werden soll der Bereich Selbstversorgerstation von einem*r Arbeitstherapeut*in (0,5 Stellen).

Früh-AT

Das Arbeitstherapiemodul „Früh-AT“ findet in regelmäßigem Abstand von 4 Wochen jeweils eine Arbeitswoche lang im Umfang von 1h am frühen Vormittag statt. Sie ist für alle BORA-Zielgruppen vorgesehen und wird von qualifizierten Arbeitsanleiter*innen durchgeführt. Mütter mit Begleitkindern nehmen aufgrund der Kinderversorgung am Morgen nicht teil. Die Früh-AT besteht aus Standardmodulen (Bereiche: Hauswirtschaft und Küche), um die Begutachtung zu erleichtern, bietet jedoch auch die Möglichkeit der individuellen Aufgabenstellung. Die Rehabilitandinnen werden u.a. auch an eine regelmäßige und pflichtorientierte Tages- und Wochenstruktur herangeführt.

5.6 Arbeitsplatztraining/Belastungserprobung

5.6.1 Interne Belastungserprobung

Die interne Belastungserprobung findet individuell nach ausführlicher Diagnose und Zielsetzung statt. Sie erstreckt sich über 6 Stunden und erfolgt in den jeweiligen Bereichen der Arbeitstherapie. Die Arbeitsanleiter*in führt im Anschluss ein intensives Auswertungsgespräch mit der Rehabilitandin. In der Fokusbesprechung erfolgt die differenzierte Zusammenschau der Ergebnisse im Sinne der Leistungsbegutachtung im multiprofessionellen Behandlungsteam.

5.6.2 Projektwochen

Projektwochen erstrecken sich über 5 Arbeitstage mit jeweils 4 Zeitstunden und richten sich vorrangig an Patientinnen der BORA-Kategorie 3 und 4. Die PW werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt, so dass pro Behandlungsdurchlauf von 13 Wochen mindestens eine PW stattfindet. Die Aufgabenstellung wird so gewählt, dass eine kontinuierliche und realistische Begutachtung erfolgen kann. Diese erfolgt im Abgleich zu der Selbsteinschätzung der Rehabilitandin.

Durch den kontinuierlichen Aufbau der Projektwochen einschließlich Planung, Ressourcenanalyse, Materialbeschaffung, Umsetzung und Auswertung lassen sich auch komplexere Zusammenhänge und für die berufliche Teilhabe relevante Ressourcen und Einschränkungen beobachten, wie z.B. Motivation, Teamfähigkeit, Problemlösefähigkeit oder Umgang mit Frustration und Enttäuschung.

Im Falle der Umsetzung der Selbstversorgerstation sollen Produkte wie z.B. Honig, Fruchtaufstriche und Produkte aus Alpakawolle für den Verkauf in der Selbstversorgerstation hergestellt werden.

5.7 Beteiligte Berufsgruppen

Da das BORA-Konzept als fachübergreifende Grundlage für die Rehabilitation angesehen werden muss, sind alle therapeutisch und medizinisch tätigen Berufsgruppen beteiligt. Dies wird besonders anhand der Organisation der interdisziplinären Fallbesprechung und Supervision deutlich. Aber auch außerhalb formaler Strukturen erfolgt sowohl über die elektronische Patientenakte wie auch im persönlichen Kontakt intensiver Austausch statt.

5.8 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge

Am Ende der Behandlung steht eine qualifizierte mehrdimensionale Einschätzung der Leistungsfähigkeit sowie die Überprüfung der erreichten Reha-Ziele in Abgleich mit der Selbsteinschätzung der Patientin. Planung und Organisation weiterführenden Maßnahmen und von Nachsorge erfolgt bereits während des Behandlungsverlaufs. Diese werden nach individuellem Bedarf und Bereitschaft der Patientin festgelegt. Folgende berufsbezogenen Maßnahmen stehen zur Verfügung:

- Ambulante Nachsorge Reha-Sucht
- Ambulante Weiterbehandlung
- Selbsthilfegruppe
- Adaption

6. Dokumentation einschließlich KTL-Codierung

Planung, Dokumentation und Auswertung der durchgeführten Maßnahmen erfolgen über die elektronische Patientendokumentation PADO. Inhalte und Verlauf der Behandlung sein so jederzeit nachvollziehbar. Über die elektronische Patientenakte erfolgt eine automatische KTL-Erfassung der geplanten und durchgeführten Maßnahmen. Die Nichtteilnahme wird erfasst und bei unentschuldigtem Fernbleiben mit der Rehabilitandin thematisiert. Auch hier werden berufsrelevante Themen sichtbar, wie z.B. Über- oder Unterforderung, Motivation und Antrieb und Umgang mit Vermeidungsverhalten.

Im Folgenden eine Auswahl berufsrelevanter Behandlungsangebote mit entsprechender KTL-Codierung:

Arbeitsbeobachtung	E611
Arbeitsplatzbezogenes Krafttraining	A570
Arbeitsplatztraining	E590
Arbeitstherapie Projekt	E579
AT Büro	E572
AT Garten Gelände	E579
AT Hauswirtschaft	E571
AT Küche	E571
AT Projektgruppe	E571
AT-Früh	E571
Auswertungsgespräch AT	E602
Belastungserprobung intern	E621
Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung	D563
Beratung zur stufenweise Wiedereingliederung	D562
Berufliche Rehabilitationsberatung	D569
Bewerbungstraining interaktiv	H842
Einführung Arbeitstherapie	D593
Einführung ICF	C611
Einführungskurs Hygiene u Brandschutz	C613
Einführungskurs Sozialdienst	C612
Ergotherapie	E660
Genusstraining	F619
Gespräch mit Vor-/Nachbehandlern	D572
Gespräche mit Patientinnen und Betriebsangehörigen	C580
IG Bora 1+2 Berufliche Themen	H841
IG Bora 1+2 Konflikte am Arbeitsplatz	H841
IG Lebenswelt/Berufswelt	H841
IG Soziales Kompetenztraining	G672
IG Therapeutisches Klettern	G663
Kognitives Training	F640
Krisenintervention arbeitsweltbezogen (psychotherapeutisch)	G552
Krisenintervention arbeitsweltbezogen (suchttherapeutisch)	G642
Projektgruppe	E720
Sonstige Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen	D579
Sozialberatung	D563
Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung einzeln	E601
Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung in der Kleingruppe	E611

7. Therapieplanung

Anhand der folgenden exemplarischen Mustertherapiepläne kann ein Eindruck von den durchgeführten Maßnahmen gewonnen werden. Da sich der Behandlungsplan der BORA-Zielgruppe 5/5a je nach individueller Situation der Rehabilitandin gestaltet, wurde auf die Darstellung eines Mustertherapieplanes verzichtet. Die Felder der berufsbezogenen Maßnahmen sind grau hinterlegt.

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
Früh-AT	Frühsp	Früh-AT	Frühsp	Früh-AT	Frühsp	Früh-AT	Frühsp	Früh-AT	Frühsp
Medizincheck									
Sporttherapie	interne Belastungs- erprobung	Sucht- information	Indikativ- gruppen	Ärztl. Visite		Pat.forum		Gruppentherapie	
Gruppen- therapie		IG BORA 1+2 Konflikte am Arbeitsplatz/ Berufswegplanung		Gruppentherapie		Vortrag		Ergotherapie Produktorientiert	
Mittagspause									
Genusstraining	interne Belastungs- erprobung	Kognitives Training		Rücken- schule	Berufs- bezogenes Krafttraining	Sozialberatung		Einführung in Mini ICF APP/Arbeitstherapie	
Vortrag		Einführungs- kurs Sozialdienst	Rückfall- prävention	LeBeWelt BORA Gr. 1+2		Soziales Kompetenz- training	Indikativ gruppen	Nikotin- ent- wöhnung	Indikativ- gruppen
		Ausdruckszentrierte Ergotherapie		Vortrag		Entspannung		Ernährungsberatung	

Exemplarischer Stundenplan BORA-Zielgruppen 1+2

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
Früh-AT	Frühsport	Früh-AT	Frühsport	Früh-AT	Frühsport	Früh-AT	Frühsport	Früh-AT	Frühsport
Medizincheck									
Gruppentherapie	interne Belastungs- <u>erprobung</u>	Sucht- information	Indikativ- gruppen	Arbeits- <u>beobachtung</u>	Ärztl. Visite	<u>Pat.forum</u>		Gruppentherapie	
Bewerbungstraining interaktiv		Arbeitstherapie			Gruppentherapie	Vortrag		Ergotherapie Produktorientiert	
Mittagspause									
Projektwoche									
Sozialberatung	interne Belastungs- <u>erprobung</u>	<u>kognitivesTraining</u>			Berufs- bezogenes Kraft- training	Rücken- schule	Sporttherapie		Einführung in Mini ICF APP/Arbeitstherapie
Soziales Kompetenz- training	Vortrag	Einführungskurs Sozialdienst	Rückfall- prävention	LeBeWelt BORA Gr. 3+4		Soziales Kompetenz- <u>training</u>	Indikativ gruppen	Nikotin- <u>ent-</u> <u>wöhnung</u>	Indikativ- gruppen
		Ausdruckszentrierte Ergotherapie			Vortrag		Entspannung		Ernährungsberatung

Exemplarischer Stundenplan BORA-Zielgruppen 3+4

Der Verlauf und die Zielerreichung der Behandlung werden regelmäßig z. B. in Visiten, Fokus und bei Entlassung überprüft. Vor der Entlassung wird abschließend reflektiert, inwieweit die anfangs ermittelten Ziele erreicht wurden. Dies wird im Entlassbericht dargestellt.

Die Fachklinik Haus Immanuel erfüllt mit dem QM-Handbuch der deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.) die Anforderungen der BAR sowie zusätzlich die Normvorgaben der DIN ISO 9001:2015. Die Prozesse werden regelmäßig durch interne Audits überprüft. Es findet eine kontinuierliche Überwachung wichtiger Parameter aus der Therapie statt um mögliche Ursachen zu erkennen und ggf. Korrekturmaßnahmen vorzunehmen.

Die Patientenzufriedenheit wird kontinuierlich mit dem deQus-Fragebogen zum Ende des Aufenthaltes ermittelt und im Sinne des Benchmarking mit anderen Suchtkliniken verglichen. Die Klinikleitung bewertet diese und leitet ggf. Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen daraus ab. Die Fachklinik nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung teil. Elemente dieses Programms sind z. B.

- Die Verfolgung von Laufzeiten der E-Berichte
- Das Peer-Review-Verfahren, in dem Entlassberichte stichprobenhaft geprüft werden,
- Die Auswertung der erbrachten KTL und ETM,
- Eine Fragebogenerhebung der Patientenzufriedenheit,
- Der erreichte Punktwert bei einer Visitation.

Die Rückmeldungen aus diesem Verfahren werden von der Leitung bewertet und ggf. Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Die Fachklinik ist bei dem bundesweit eingeführten Dokumentations- und Katamnesesystem des Deutschen Kerndatensatzes angeschlossen. Die Daten werden kontinuierlich erhoben und in das Datensystem eingebracht. Die Katamnesedaten werden jährlich ausgewertet und mit dem Gesamtkollektiv der teilnehmenden Einrichtungen verglichen und bewertet. Wenn notwendig, werden entsprechende Korrekturmaßnahmen vorgenommen.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V; (AWMF):

Federführende Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)/Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT): S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen", Dezember 2020, Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.htm>,

Deutsche Rentenversicherung Bund – Arbeitsgruppe berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker BORA: Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 14.11.2014, in Kraft 01.03.2015

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Michael Linden, Dr. Stefanie Baron, Dr. Beate Muschalla, Dr. Margarete Ostholt-Corsten (Autoren): Exploration mittels Mini-ICF-APP, Berlin 2018, erhältlich unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/miniICF.html

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Doris Hain und Martina Labahn (Autorinnen) –Curriculum Konflikte am Arbeitsplatz, Berlin 2018
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitsstraining/curriculum_konflikte_arbeitsplatz.html

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Doris Hain und Martina Labahn (Autorinnen) –Curriculum Berufswegplanung, Berlin 2018, erhältlich unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitsstraining/curriculum_berufswegplanung.html

Michael Linden, Dr. Stefanie Baron, Dr. Beate Muschalla, Dr. Margarete Ostholt-Corsten: Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen: Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP; Hogrefe AG; 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2022

Uwe Schaarschmidt, Andreas W. Fischer: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, verfügbar unter <https://www.testzentrale.de/shop/arbeitsbezogenes-verhaltens-und-erlebensmuster.html>

Stefan Löffler, Hans-Dieter Wolf, Christian Gerlich, Heiner Vogel: Benutzermanual für das Würzburger Screening - Zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen, Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie, 2008, verfügbar unter http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/WuerzburgerScreening_Manual.pdf

Quellenangaben zu den genannten Testverfahren:

EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) EFL nach WORKWELL / ISERNHAGEN
www.efl-institut.de; Infoheft Download: <https://www.efl-institut.de/download>

S. Lehrl: Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest, 5., unveränderte Auflage 2005
<https://www.testzentrale.de/shop/mehrfachwahl-wortschatz-intelligenztest-47797.html>

miro GmbH: MELBA Testverfahren, <https://www.miro-gmbh.de/de/melba>
IDA Testverfahren, <https://www.miro-gmbh.de/de/ida/>

Michael Rösler, Petra Retz-Junginger, Wolfgang Retz, Rolf-Dieter Stieglitz:
Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene Untersuchungsverfahren zur syndromalen und kategorialen Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter
2., überarbeitete und ergänzte Auflage, 2021
<https://www.testzentrale.de/shop/homburger-adhs-skalen-fuer-erwachsene-93680.html>

David Wechsler: Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition, Deutsche Bearbeitung herausgegeben von F. Petermann, 1. Auflage 2012
<https://www.testzentrale.de/shop/wechsler-adult-intelligence-scale-fourth-edition.html>

Zugriff auf alle genannten Internet-Links: 28.09.2023

**Konzept: Tiergestützte Therapie
in der DGD Fachklinik Haus Immanuel Hutschdorf**



Tiergestützte Therapie ist per Definition: Beziehungsarbeit unter dem Einsatz von Tieren. Sie wird in einem Wechsel aus Gespräch und konkreter Arbeit mit Tieren umgesetzt. Wesentlich sind die Festung ausgewiesener Therapieziele sowie eine entsprechende Dokumentation des Therapieverlaufes.

Dabei ist das Tier weder „die Therapie“ oder der „Therapeut“, sondern Kommunikations- und Sozialpartner; Katalysator sowie Träger einer wichtigen Symbolfunktion auf dem Weg zu einer verbesserten Sozialkompetenz.

Durch den Ansatz tiergestützter Therapie hat die uralte Symbiose zwischen Menschen und Tieren in den letzten Jahren eine neue Phase erreicht. Dieser therapeutische Ansatz nutzt das intuitive Verständnis zwischen Menschen und Tieren um z.B. soziale Kompetenzen und psychische Gesundheit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu fördern. Es benötigt kein Fachwissen, um das Potential, dieses Ansatzes zu ermessen. Es ist schon fast ein Allgemeinplatz, dass unsere Kumpanenbeziehungen mit Tieren nicht nur Freude bringen können, sondern auch emotionale Gesundheit und Wohlbefinden fördern. Bindungs- und fürsorgeartige Beziehungen zu Tieren scheinen in der Lage zu sein, das menschliche Oxytocin-System¹³ zu aktivieren. Hierdurch werden beziehungsfördernde, sowie angst- und stressreduzierende Effekte ausgelöst, die es Pädagogen und Therapeuten wesentlich erleichtern, Beziehungen zu Personen herzustellen, die das sonst kaum zulassen würden. Die Psychologischen und neuroendokrinen¹⁴ Veränderungen die mit freundlichem Tierkontakt assoziiert sind scheinen soziales Annäherungsverhalten und Vertrauen in andere Personen zu erhöhen sowie soziale Ängste abzubauen. Unsicher und desorganisiert gebundene Menschen dürfte es unter diesen Bedingungen leichter fallen, sichere Bindungsangebote von Pädagogen und Therapeuten anzunehmen und in ein neues, sicheres Arbeitsmodell von Bindungen zu integrieren. Dies ist von großer therapeutischer Bedeutung, da der Aufbau einer sicheren Bindung als einer der wohl wirksamsten protektiven Faktoren für die weitere soziale emotionale, emotionale und kognitive Entwicklung eines unsicheren oder desorganisiert gebundenen Individuums gilt.

Der Einsatz von tiergestützter Therapie kann bereits zu Therapiebeginn eine wichtige Schlüsselrolle zukommen. Zum Tragen kommen insbesondere diejenigen Fähigkeiten, Wirkmechanismen und Effekte von Tieren, welche den Aufbau von Vertrauen fördern, den Selbstwert stützen sowie Stress und Angst reduzieren¹⁵, ¹⁶.

Eine Studie von Kern-Godal u.a.¹⁷ konnte nachweisen, dass junge Erwachsene mit substanzbedingten Störungen mit dem zusätzlichen Angebot einer pferdegestützten Therapie signifikant länger in der Behandlung verblieben und eine größere Chance hatten, diese regulär zu beenden als die Kontrollgruppe.

Eine weitere Untersuchung zeigte, dass sich insbesondere junge suchtkranke Frauen überhaupt nur deshalb zu einer Therapieaufnahme entschließen konnten, weil sie ein pferdegestütztes Angebot erhielten¹⁸. Darüber hinaus konnten durch den Einsatz von Pferden in der Suchttherapie sowohl positive Wirkeffekte auf das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten¹⁹ als auch auf deren Selbstbewusstsein und Sozialverhalten nachgewiesen werden²⁰.

¹³Oxytocin ist ein Hormon, das im Gehirn gebildet wird, genauer gesagt vom Hypothalamus. Es kommt natürlich im Körper von Säugetieren vor und spielt unter anderem bei der Paarbindung, Orgasmen, mütterlicher Bindung, Gruppen- und Angstverhalten eine Rolle.

¹⁴Neuroendokrinologie ist eine Wissenschaftsdisziplin, die sich mit der Verknüpfung des Hormonsystems mit dem Nervensystem befasst. Eine benachbarte Wissenschaftsdisziplin ist die Psychoneuroendokrinologie, die auch Aspekte des Verhaltens und Erlebens mit einbezieht.

¹⁵Kern-Godal u.a. (2015). Substance use disorder treatment retention and completion.

¹⁶Wohlfahrt u.a. (2012) Wirkmechanismen tiergestützter Therapie. Theoretische Überlegungen und empirische fundierung. Zugriff am 20.06.2018: www.tiere-begleiten-leben.de/fileadmin/medien/tiere-begleiten-leben/Forschung/Forschungsbericht_4_Wirkmechanismendd_Tgt.pdf

¹⁷KERN-Godal u.a. (2015), s. o.

¹⁸Jordhoy, M. C. (2014). Horse Assisted Therapy and Self-esteem-The impact of-Horse Assis Therapy on self-esteem: A study in-volving youth in treatment for substancd use disorder. Zugriff am 20.06.2018 www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/41338/Jordy_Master.pdf?sequence=1

¹⁹Cody, P. u. a. (2011): Equine Therapy: Substance Abusers' "Healing Through Horsrs". Journal of Social Work Practice in the Addic-tions, 11(2), 198-204.

²⁰Coetzee, N. u.a. (2013), Substance Abuse Inpatients' Experience of Animal-Assistent Therapy. Journal of Psychology in Africa. 23(3), 477-480.

1. Tiere als soziale Katalysatoren

Schon vor einem halben Jahrhundert veröffentlichte Boris Levinson den Artikel „The dog as a co-therapist“²¹ sowie sein Buch „Pet-oriented child psychotherapy“²². Diese Bücher markieren den Beginn der tiergestützten Interventionen und basieren auf dem intuitiven Wissen sowie den Erfahrungen des Autors in der praktischen Arbeit mit Kindern in der tiergestützten Psychotherapie. Levinson beschreibt, dass Kinder sehr schnell die Liebe und die Zuneigung zu einem Hund entwickeln, weil sie das Bedürfnis nach Körperkontakt und Gesellschaft haben. Dieses Bedürfnis wird z.B. durch das Streicheln eines Fells bedient.

Und schon Levinson (1969) beschrieb, dass die Offenheit, eine sichere Beziehung zu einem Tier einzugehen durch Körperkontakt – einem Merkmal der meisten Mensch-Tier-Beziehungen – begünstigt wird. Oxytocin wird deshalb in den Beziehungen zum Tier freigesetzt. Oxytocin reduziert die Angst und den Stress und fördert soziales Annäherungsverhalten und Vertrauen. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen einem Therapeuten/Pädagogen zu einem unsicheren oder desorganisierten Individuum lässt sich so sehr schnell herstellen.

2. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient

Aus der Sicht der Bindungstheorie sollte eine entwicklungsfördernde Beziehung zwischen Therapeut und Klient Funktionen erfüllen, die für eine sichere Bindungsbeziehung charakteristisch sind.

Zunächst einmal stellt eine sichere, bindungsartige Beziehung zu einem Therapeuten und ei-nen unspezifischen, protektiven Faktor für den Klienten dar, durch den soziale Integration und psychische Gesundheit gefördert wird.

Nur die sichere Bindung erlaubt eine möglichst stressfreie Erkundung der Umwelt. Denn eine sicher gebundene Person weiß, dass die Bindungsfigur verfügbar ist und für Rückversicherung und Trist und damit Stressreduktion sorgt. In der Bindungstheorie wird dies mit den Metaphern „sicherer Hafen“ oder „sichere Basis“ beschrieben. Statt die äußere Welt zu explorieren, geht es in therapeutischen Settings häufig um die Erkundung der inneren Gefühls- und Erfahrungswelten eines Klienten. Bei desorganisiert gebundenen Menschen beinhaltet diese innere Welt „abgetrennte Systeme“, die häufig angefüllt sind mit traumatischen Erfahrungen (z.B. Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Verlusterfahrungen in der Kindheit).

Grundsätzlich gilt, dass eine sichere Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie darstellt.

3. Die Beziehung zwischen Therapeut und Tier

Eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche, tiergestützte Intervention ist eine gute Beziehung zwischen den Pädagogen bzw. Therapeuten und dem Tier. Das gilt insbesondere für Langzeitinterventionen: Nur in einer guten Beziehung kann sich der Pädagoge oder Therapeut darauf verlassen, dass sein Therapietier die Klientin nicht gefährdet. Der Therapeut muss sich ganz auf den Klienten konzentrieren können und darauf vertrauen, dass das Tier den therapeutischen Prozess verlässlich unterstützt. Eine solche Zusammenarbeit kann nur gelingen, wenn auch außerhalb der therapeutischen und pädagogischen Situation Zeit und Arbeit in die Beziehung zum Tier investiert wird.

Ein weiterer Beziehungsaspekt wurde bereits von Levinson (1969) thematisiert. Der Autor beschreibt, dass Pädagogen oder Therapeuten mit dem Therapietier um die Zuneigung des Klienten konkurrieren. Wer ein Tier in einen pädagogischen oder einen therapeutischen Prozess einsetzt muss akzeptieren, dass dem Therapietier zumindest zu Beginn mehr Vertrauen und Zuneigung entgegengebracht wird.

²¹Levinson, B. M. (1962). The dog as a „co-therapist“. *Mental Hygiene*, 46, 59-65.

²²Levinson, B. M. (1969). *Pet-oriented child psychotherapy*. Springfield, IL:Thomas

4. Die Auswahl eines Therapietieres

Der Einsatz eines geeigneten Therapietieres ist ein wichtiger Faktor für den Erfolg der tiergestützten Therapie. Zwar kommt derzeit eine große Bandbreite unterschiedlicher Tiere in der tiergestützten Therapie zum Einsatz.

Von Natur aus sollte ein Tier gewählt werden, dass sich kooperativ gegenüber dem Menschen verhält und das durch die menschliche Umgebung nichtautomatisch gestresst wird.

Wir in der Fachklinik Haus Immanuel arbeiten mit folgenden Tieren:

a) Alpakas: 4 Tiere

Bereits seit etwa 3.000 Jahren werden in Südamerika Neuweltkameliden gezüchtet. Sie dienen als Begleittiere für die Menschen und werden auch zum Lastentragen auf beschwerlichen Wegen durch die Berge genutzt. Die Haustierformen der Neuweltkameliden sind als Lamas und Alpakas bekannt. Bei Ihnen handelt es sich um Herden und Fluchttiere, die eine Rangordnung haben.

Alpakas eignen sich aus verschiedenen Gründen besonders gut zu tiergestützten Aktivitäten und zur tiergestützten Therapie. Sie strahlen Ruhe aus und sind bei richtiger Erziehung nicht aufdringlich. Ihr Kopf ist in etwa auf der Kopfhöhe des Menschen, so ist es möglich ihnen direkt in die großen Augen zu schauen. Durch die weiche Wolle wirken sie nicht bedrohlich und vermitteln ein „Kuschelgefühl“. Mit ihrem aufgeschlossenen und zurückhaltenden neugierigen Verhalten erwecken sie den Eindruck, dass sie den Menschen gerne begleiten, ohne ihn dominieren zu wollen. Dadurch motivieren sie oft Menschen, die isoliert, ängstlich oder von einer physischen, psychischen oder mentalen Einschränkung betroffen sind zu verschiedenen Aktivitäten, die sie möglicherweise ohne die Tiere nicht oder nicht so gerne angehen würden.

Besonders Menschen, deren Grenzen stark verletzt wurden, profitieren sehr von dem Umgang mit Alpakas. Denn diese bleiben stehen anstatt, wie es z.B. Ponys es tun, auf den Menschen zuzustürmen. Sie lassen den Menschen über Nähe und Distanz entscheiden. Durch ihre traumatischen Erfahrungen mit Grenzüberschreitungen ist das Körpergefühl der betroffenen Menschen oft stark gestört. Ihre Beziehungen zu anderen sind häufig ebenfalls gestört. Alpakas reagieren sehr sensibel auf den Menschen. Wenn sie merken, dass jemand Angst vor ihnen hat, bleiben sie ruhig stehen und kommen nicht näher. Beschäftigt sich aber ein Mensch mit ihnen, schmusen sie gerne.

b) Ponys: 2 Tiere

Zu der Intervention mit dem Pferd gehört die Verpflegung genauso zum Programm, wie das Reiten. Der positive Effekt lässt nicht lange auf sich warten. Durch den Umgang mit dem Tier sind aber auch die Verbundenheit mit der Natur stellt sich schnell eine entspannende Wirkung ein.

Das Pferd dient als Medium zur Förderung im kognitiven, sozial-emotionalen und sensomotorischen Bereich. Der Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, das Eingestehen und Überwinden von Ängsten, das Erlernen von richtiger Selbsteinschätzung, das Erhöhen von Beziehungsfähigkeit, das Erarbeiten von Selbstverantwortung, die Förderung von Konzentrationsfähigkeit, die Verbesserung der Leistungsbereitschaft, die Schulung der Körperwahrnehmung und des Gleichgewichtsvermögens durch Bewegungserfahrung sind Ziele, die mit Hilfe des Pferdes nahezu spielerisch erreicht werden können. Dabei erleichtern der hohe Aufforderungscharakter des Pferdes, die generelle Freiheit des Pferdes von moralischen Wertmaßstäben den Patientinnen das Erreichen der therapeutischen Ziele ungemein.

c) Bienen: 4-5 Völker

Im Rahmen einer ökologischen Umgestaltung der Fachklinik Haus Immanuel und des Mutter-Kind-Zentrums Rückenwind haben wir auch fünf Bienenvölker bei uns angesiedelt. Das Imkerprojekt von einer ausgebildeten Arbeitsanleiterin betreut und angeleitet. Im Rahmen der Arbeitstherapie pflegen die Patientinnen die Bienenstöcke, behandeln sie gegen Varroamilben, schleudern Honig, ziehen Kerzen und verarbeiten die anderen bei der Imkerei anfallenden Produkte. Der therapeutische Gewinn ist der Umgang mit den eigenen Ängsten, und deren Überwindung, aber auch die Übernahme von Verantwortung, die Förderung eines sinnvollen Freizeitverhalten bzw. einer Freizeitgestaltung. Das Erfahren von Anerkennung, das Aneignen von Fachwissen.

d) Weitere Tiere

Die Erweiterung des Projektes um weitere Tiere ist grundsätzlich jederzeit möglich.

5. Potentielle Risiken tiergestützter Interventionen

Eine Reihe von Risiken, die mit tiergestützter Therapie einhergehen können sind: Allergien, mögliche Stürze von Tieren oder von Tieren übertragene Krankheiten.

Allergien lassen sich vermeiden, indem die Frauen bereits im Vorfeld untersucht bzw. getestet werden. Das Risiko von Verletzungen kann durch Vorsichtsmaßnahmen auf ein Minimum reduziert werden. Zu diesen Maßnahmen gehören in erster Linie sorgfältige Auswahl und das Training des Therapietieres, sowie dessen engmaschige, gesundheitliche Überprüfung.

6. Patientinnengruppe

Die größte Wirkung weist die tiergestützte Therapie bei folgenden Personengruppen auf:

- Störungen im Sozialverhalten
- Depressive Störungen
- Bindungsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen

Viele unserer Patientinnen weisen die oben genannten Störungen als Komorbidität bzw. als Sekundärindikation auf und können deshalb sehr von der TGI profitieren.

7. Ausschlussgründe

- Angststörungen vor Tieren
- Allergien
- Stress bzw. Überforderung beim Tier
- Stress bzw. Überforderung beim Menschen
- Immunschwäche bei der Rehabilitandin

Die Tiere müssen aus diesem Grunde regelmäßig tierärztlich untersucht werden

8. Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Patientinnen übernehmen dabei die Aufgaben der täglichen Versorgung und Pflege, der dort lebenden Haus- und Nutztiere. Hierzu gehört z.B. das Füttern und Stall ausmisten der Tiere, deren Fellpflege oder auch die Instandhaltung von Außenanlagen und Gehegen. Die Patientinnen können dabei wieder lernen Verantwortung zu übernehmen, Nähe zuzulassen und Rücksicht zu nehmen²³. Die Arbeitstherapie wird von Ergotherapeuten/Arbeitstherapeuten betreut.

9. Beziehung Mensch – Tier

Tiere haben weder Angst vor der Zukunft, noch blicken sie wehmütig in die Vergangenheit zurück. Sie leben im Hier und Jetzt und sind dementsprechend auch immer mit all ihren Sinnen beim Menschen, mit dem sie momentan zusammen sind²⁴. Die Versorgung eines Tieres gibt dem Tag eine Struktur und einen Sinn. Außerdem werden sowohl körperliche als auch geistige Fähigkeiten gefordert und gefördert. Einsamkeit wird durch Tiere vorgebeugt, dabei ist nicht nur der Kontakt zum Tier selber wichtig, sondern auch der Kontakt zu anderen Menschen, der teilweise durch das Tier möglich wird, z.B. bei Gesprächen während eines Spaziergangs²⁵.

- Tiere tun uns Menschen gut, ob wir gesund oder krank sind. Tiere fordern und fördern uns in unserem Alltag und in schwierigen Lebenssituationen. Tiere sind keine Therapeuten. Und doch können sie in einer Behandlung unterstützend und begleitend wirksam werden. Mehr noch, Tiere können Impulse für einen heilenden Prozess in uns geben²⁶.

- Tiere begegnen den Menschen ohne Vorurteile. Sie haben keine Berührungsängste, machen sich keine Sorgen darüber, ob sie sich anstecken könnten oder sonstiges. Sie begegnen den Menschen ohne den menschlichen Maßstab der Attraktivität²⁷.

²³Krekel S., & Jösch, J (2014).: Tiere als Co-Therapeuten in der Suchtrehabilitation, praxis ergotherapie, 5(5).

²⁴Vernooij/Schneider (2008).: Handbuch tiergestützter Interventionen, S. 152

²⁵Vernooij/Schneider (2008).: Handbuch tiergestützter Interventionen, S. 157f

²⁶Otterstedt, C. (2001).; Tiere als therapeutischer Begleiter, S. 9

²⁷Otterstedt, C. (2003).; Zum Einsatz von Tieren in Kliniken, in Olbricht, Erhard/Otterstedt (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere S.227

10. Organisatorisches:

Anleitung der tiergestützten Therapie:

Die „leitende“ Mitarbeiterin ist eine Sozialpädagogin bestenfalls mit sozialtherapeutischer Zusatzausbildung, die eine Weiterbildung beim „ITIVV – Institut für Tiergestützte Interventionen auf Verhaltenstherapeutischer und Verhaltensmedizinischer Basis“ absolviert. Sobald eine Mitarbeitende die Ausbildung abgeschlossen hat, wird eine weitere Person, die Ausbildung absolvieren, um die Vertretung in Urlaubs und Krankheitszeiten sicherzustellen.

Da uns aber auch das Tierwohl am Herzen liegt, benötigen wir auch eine Tierpflegerin, die sich um die Betreuung der Tiere kümmert und evtl. auch bereit wäre eine Ausbildung zum Arbeitstherapeuten zu absolvieren oder eine Ergotherapeutin, die im Rahmen der Arbeitstherapie, sich mit um die Versorgung der Tiere zu kümmern.

Einteilung: Halboffene Gruppen

Gruppengröße: 4 Teilnehmende Rehabilitanden (8 Personen bei Alpakawanderung)

Umfang: 8 Einheiten a 90 Min.

Therapiedauer: 4 Wochen, 2 Einheiten je Woche

KTL: H 820 (einzeln) und H 830 (Kleingruppe bis 5 Personen)

Maßnahmen bei Patientinnen mit posttraumatischen Belastungsstörungen: z.B. Alpakawanderungen, Nähe-Distanz-Übungen mit den Tieren, Beobachtungsübungen („sich sicher fühlen“)

11. Wirkung der TGI:

– Physische Auswirkung

Aufgrund verschiedener Studien konnte nachgewiesen werden, dass die bloße Anwesenheit eines Tieres und vermehrt noch das Streicheln eines Tierfells zur Senkung von Blutdruck führen kann²⁸. Tierkontakt hat somit das Potential kreislaufstabilisierend zu wirken.

Neben der Senkung des Blutdruckes kommt es beim direkten Körperkontakt mit dem Tier auch zu einer Entspannung der Muskulatur. Durch den Tierkontakt kann es zu biochemischen und neuroendokrinen Wirkungen wie Schmerzverringerung oder Beruhigung kommen. Diese Effekte können bei der Behandlung von Schmerzmittelabhängigen Patientinnen sehr hilfreich sein.

Ein weiterer Bereich auf den die Tiere Einfluss nehmen, ist die Motorik und das Körpergefühl: Mit Hilfe eines Tieres kann die gesamte Beweglichkeit verbessert werden. Ein oft genanntes Beispiel ist die Hippotherapie, ein physiotherapeutisches Verfahren das pferdegestützt arbeitet.

– Psychische Auswirkung

Tiere fördern und fordern aber nicht nur körperliche, sondern auch geistige Fitness. So sorgen sie für kognitive Anregung und Aktivierung beispielsweise durch das Lernen über das Tier, also den Wissenserwerb über eine bestimmte Tierart oder den Austausch über ein Tier mit einer anderen Person²⁹.

Ein anwesendes Tier vermag die Aufmerksamkeit eines Menschen auf sich zu ziehen und dadurch seine Spirale negativer Gedanken zu durchbrechen. Die Anwesenheit eines Tieres regt zu einem Gespräch über persönliche Belange und zur Artikulation der eigenen Bedürfnisse an. Dies ist ein Grund weshalb die Beziehung zu einem Tier letztlich helfen kann mit Wut und Ärger situationsadäquat umzugehen. Darüber hinaus wirkt ein Tier beruhigend und eröffnet neue Möglichkeiten des Umgangs mit Aggressionen³⁰.

– Soziale Auswirkung

Einer der wichtigsten Faktoren für die TGI ist es, dass Menschen in der Lage sind sozial-emotionale Beziehungen zu Tieren einzugehen. Dies führt dazu, dass Einsamkeit und Isolation verringert werden. Einerseits durch das Tier selbst und andererseits erleichtern Tiere den Kontakt- und Beziehungsaufbau zwischen Menschen. Tiere scheinen als sozialer Katalysator zu fungieren, sie haben also einen positiven Einfluss auf die soziale Interaktion. Grundlegend ist es auch, dass Tiere eine sog. „Eisbrecher-Funktion“³¹ übernehmen können.

Durch den Kontakt zu Tieren kann es zu einer Stressreduktion kommen, sie in Krisensituation zu Beruhigung beitragen, es können soziale Ängste reduziert und das Zulassen von Gefühlen erleichtert werden.

²⁸Otterstedt, C.: (2003): Der heilende Prozesess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier in Olbricht, Erhard/Otterstedt (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere, S 66

²⁹Otterstedt, C., (2003), s.o., S.66

³⁰Vanek-Gullner, Andrea, (2003): Das Konzept tiergestützter Heilpädagogik – TGHP, S. 22

³¹Schöll, C. (2015): Tiergestützte Pädagogik und Therapie, S. 43 f

Tiere können die Bedürfnisse von Menschen nach Bindung, Beziehung und Sicherheit stillen und die soziale Interaktion fördern.

In der Interaktion mit Tieren werden ein positives Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und Selbstbild gefördert. Das geschieht in vielen Fällen durch die Verantwortungsübernahme, die Wertschätzung des Tieres und durch das Gefühl gebraucht zu werden³². In der TGI gibt es zahlreiche Möglichkeiten emotionale und soziale Kompetenzen zu fördern. In der beigefügten Tabelle sollen diese Kompetenzen veranschaulicht werden:

Tab. 5: Inhaltliche Schwerpunkte der Teilkompetenzen bezogen auf soziale/emotionale Kompetenz

Teilkompetenz	Inhaltliche Klärung
Selbstwertgefühl (realistische Selbsteinschätzung)	• die Kenntnis und Akzeptanz der eigenen Stärken und Schwächen • die entwicklungsorientierte Zufriedenheit mit sich selbst
Selbstvertrauen	• ein auf die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten gegründetes Gefühl von Handlungskompetenz • begründete Erfolgs- statt Misserfolgsorientierung
Emotionale Selbststeuerung	• Fähigkeit zur Kontrolle der eigenen Gefühle und damit der Verhaltensweisen, die auf deren Basis entstehen • Regulierung der Affektintensität
Anpassungs- und Kompromissbereitschaft	• Fähigkeit eine harmonische aber nicht spannungslose Beziehung zu anderen aufzubauen und zu erhalten • aktive Anpassung im Sinne von gemeinsam verantworteter und geschaffener Übereinkünfte
Soziale Sensibilität	• soziale Feinfühligkeit • Fähigkeit, Gefühlsregungen, nonverbale Signale von anderen wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren • Fähigkeit, sozial-antitipierend zu denken
Einfühlungsvermögen/ Empathie	• Fähigkeit, sich in andere Lebewesen hineinversetzen, mitempfinden zu können • Bemühen um das nicht-bewertende Verstehen eines Gegenüber
Soziale Zuverlässigkeit	• Eindeutigkeit im Verhalten gegenüber anderen • Glaubwürdigkeit hinsichtlich des Verhaltens bezogen auf Absprachen mit und Erwartungen von anderen
Fairness	• Bereitschaft zu korrektem, gerechtem, ehrlichem Verhalten anderen gegenüber • Regel beachtendes, offenes, den Partner achtendes Verhalten
Authentizität/ (soziale) Aufrichtigkeit	• Übereinstimmung von nonverbalem und verbalem Ausdruck auf der Basis der mentalen Gesinnung • Kongruenz von Gedanken, Gefühlen, Handlungen • im Einklang mit sich selbst sein

An dieser Grafik verdeutlicht sich der Einfluss von Tieren auf das menschliche Verhalten.

12. Personalbedarf

Wir gehen davon aus, dass ca. 1/3 bis zur Hälfte der Rehabilitanden an der TGI teilnehmen werden. (30 Personen 12 Stunden pro Rehabilitandin):

VK:

0,25 VK: Sozialpädagogen

0,25 VK: Ergotherapeuten (Arbeitstherapie)

0,25 VK: Tierpflegerin

13. Zusammenfassung

Die Begegnung von Mensch und Tier wirkt und durch den Einsatz bei Tieren in der Suchttherapie kann es vielen Menschen leichter fallen abstinent zu werden und ihnen somit die Teilhabe am Alltag möglich ist.

³²Otterstedt, C.: (2003) S.o., 67f

Veroonij, M/ Schneider, S.(2018): Handbuch der tiergestützten Interventionen, S. 132

