



Fachklinik Legau

*Konzept der medizinischen Rehabilitationseinrichtung
für die stationäre Entwöhnungsbehandlung von
suchtmittelabhängigen Frauen*

Leutkircher Str. 32
87764 Legau
Telefon: 08330/922-0
www.fachklinik-legau.de

Verfasser: Thomas Richter,
Therapeutischer Leiter
Stand: Februar 2024

Inhalt

Einleitung	3
1. Allgemeine Beschreibung der Einrichtung.....	4
2. Rehabilitationskonzept.....	5
2.1. Theoretische Grundlagen.....	5
2.1.1. Biologische Ebene.....	7
2.1.2. Psychische Ebene.....	7
2.1.3. Soziale Ebene.....	10
2.1.4 Berücksichtigung des Gender-Aspekts.....	11
2.2. Indikationen und Kontraindikationen.....	11
2.3. Rehabilitationsziele.....	14
2.4. Rehabilitationsangebote und -dauer.....	16
2.5. Individuelle Rehabilitationsplanung.....	18
2.6. Rehabilitationsprogramm	23
2.7. Die mütterspezifische Therapie.....	24
2.8. Rehabilitationselemente.....	26
2.8.1 Aufnahmeverfahren.....	26
2.8.2 Rehabilitationsdiagnostik	26
2.8.3 Medizinische Behandlung.....	27
2.8.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppentherapie und andere psychoedukative und erfahrungsorientierte Gruppenangebote.....	28
2.8.5 Psychosoziales Kompetenztraining in der Wohngruppe	32
2.8.6 Arbeitsbezogene Interventionen.....	33
2.8.7 Körpertherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren	37
2.8.8 Freizeitangebote/Samstagsprogramm	38
2.8.9 Sozialberatung.....	38
2.8.10 Gesundheitsbildung und Ernährungsschulung	39
2.8.11 Angehörigenarbeit	40
2.8.12 Rückfallkonzept.....	41
2.8.13 Pflege.....	42
2.8.14 Weitere Leistungen.....	42
2.8.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	43
3. Personelle Ausstattung.....	44
4. Räumliche Ausstattung.....	45
5. Kooperation und Vernetzung.....	45
6. Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	46
7. Hausordnung	46
8. Notfallmanagement.....	47
9. Fortbildung.....	47
10. Supervision.....	48
11. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Rehabilitationsorganisation.....	48
Literatur.....	49

Einleitung

Das vorliegende Therapiekonzept der Fachklinik Legau wurde in Zusammenarbeit mit der Fachklinik Schönau, dem therapeutischen Team der Fachklinik Legau, sowie in Abstimmung mit dem federführenden Leistungsträger DRV Schwaben erstellt. Es orientiert sich am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO, wie es in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurde. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. Das Rehabilitationskonzept ist so ausgerichtet, dass eine – ggf. auch nur drohende – Behinderung, Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit positiv beeinflusst wird.

Wichtige **Grundlagen** für die ständige Weiterentwicklung des Rehabilitationskonzeptes und die Durchführung der Leistungen bilden

- die DRV Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“
- die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- der ärztliche Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtungen
- die DRV Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen
- DRV Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit
- der Gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- die Anforderungen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 2 a SGB IX, die Zertifizierung ist von der BAR anerkannt.

Im vorliegenden Rehabilitationskonzept der Fachklinik Legau spiegeln sich die langjährigen Erfahrungen und das hohe Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behandlung suchtmittelabhängiger Frauen, sowie von deren Begleitkindern.

Den individuellen Charakter der frauenspezifischen Einrichtung bildet die wertschätzende und auf bindungstheoretischen Überlegungen begründete Atmosphäre. Darüber hinaus sind die Unterbringung der Rehabilitandinnen in Wohngruppen, die weitgehende Selbstversorgung sowie die Traumatherapieangebote Säulen der Konzeption.

Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen innerhalb und außerhalb der Klinik, Fachautoren und Fachautorinnen, Leistungsträgern und nicht zuletzt den Patientinnen, die uns immer wieder neue Impulse für diese Konzeption geliefert haben.

Anmerkung: Wir verwenden aus Gründen der Lesbarkeit die weibliche Sprachform, zudem sind unsere Patientinnen sowieso ausschließlich Frauen.

1. Allgemeine Beschreibung der Einrichtung

Die Fachklinik Legau ist eine frauenspezifische **Therapie- und Rehabilitationseinrichtung** zur stationären Behandlung von **Suchtmittelabhängigkeit**. Die **Behandlungsangebote** orientieren sich an den spezifischen Themen, Ressourcen und Bedürfnissen von Frauen. **Träger der Einrichtung** ist die **Arbeiterwohlfahrt**, Bezirksverband Schwaben e.V. mit Sitz in Stadtbergen bei Augsburg. Die Einrichtung ist politisch und konfessionell ungebunden.

Fachklinik Legau
Leutkircherstrasse 32
87764 Legau
Telefon: 08330/922-0
Fax: 08330/922-10
info@fachklinik-legau.de
www.fachklinik-legau.de

Gesamtleitung der Fachkliniken Legau und Schönau:

Ärztliche Leitung: Robert Pape, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Verwaltungsleitung: Andrea Durach, Wirtschaftsfachwirtin

Therapeutische Leitung: Thomas Richter, Dipl.-Sozialpädagoge (FH),
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Behandelnde Ärzte und Ärztinnen im Haus: Andrea Heinrich, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ute Florack, Ärztin aus dem Erfahrungsbereich Rehabilitation und Kardiologie.

Mit ihren **30 Therapieplätzen** gehört die Fachklinik Legau zu den kleineren Einrichtungen, die von vielen Patientinnen wegen ihrer guten Überschaubarkeit, der familiären Atmosphäre und des persönlichen Kontakts zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Bewohnerinnen besonders geschätzt wird.

Die Unterbringung erfolgt in **therapeutisch begleiteten Wohngemeinschaften in Einzelzimmern**.

Seit 1995 betreibt die Fachklinik Legau ein eigenes **Mutter-Kind-Haus**. Hier können Kinder bis zum zwölften Lebensjahr mit aufgenommen werden. Das Mutter-Kind-Haus verfügt über eine Kinderkrippe, einen Kindergarten einen Entspannungsraum sowie im Außenbereich über einen Spielplatz. Schulkinder werden als Gastschüler in den Schulen der Umgebung beschult.

Aufgenommen werden Frauen aus ganz Deutschland.

In der Fachklinik Legau sind die folgenden Behandlungsformen der medizinischen Rehabilitation nach den Richtlinien der zuständigen Leistungsträger möglich:

- Langzeitbehandlung: bis zu 15 Wochen (bei legalen Suchtmitteln), bis zu 25 Wochen bei illegalem Suchtmittelkonsum
- Wiederholungs-/Auffangbehandlung: 8 – 10 Wochen, bis zu 13 Wochen bei illegalem Suchtmittelkonsum
- Kombinationsbehandlung: 8 – 10 Wochen

Die Behandlungsdauer orientiert sich an den Richtwerten der Leistungsträger und den individuellen Erfordernissen, wie Rehabilitationsfähigkeit, Prognose und Bedürfnissen der Patientin. Eine Verkürzung, Umwandlung in eine ambulante Therapie, oder Verlängerung der Reha im Rahmen des Behandlungstagebudgets ist grundsätzlich möglich.

Eine **enge Zusammenarbeit** besteht mit der 35 km entfernten AWO-**Fachklinik Schönauf für alkoholabhängige Männer**. Bei entsprechender Planung und Vorbereitung können auch Paare im gleichen Zeitraum aufgenommen und die Behandlungsmaßnahmen, insbesondere die Teilnahme an angehörigenorientierten Interventionen, in geeignetem Maße abgestimmt werden.

Die Fachklinik Legau liegt am Ortsrand der Marktgemeinde Legau im landschaftlich reizvollen **Unterallgäu** zwischen Memmingen, Leutkirch und Kempten. Die gesamte Klinikanlage vermittelt eine angenehme, wohnliche und freundliche Atmosphäre. Alle Gebäude liegen nahe beieinander und in ruhiger, naturnaher Umgebung.

Erreichbarkeit: Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Bahn und Bus) erreichbar. Der nächstgelegene Bahnhof ist in Memmingen. Rehabilitandinnen werden bei Bedarf von dort durch unseren Fahrdienst abgeholt.

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

Federführender **Leistungsträger** ist die Deutsche Rentenversicherung Schwaben. Belegt wird die Fachklinik Legau von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV), weiteren regionalen Rentenversicherungsträgern, von den gesetzlichen Krankenkassen und von Selbstzahlern.

2. Rehabilitationskonzept

2.1. Theoretische Grundlagen

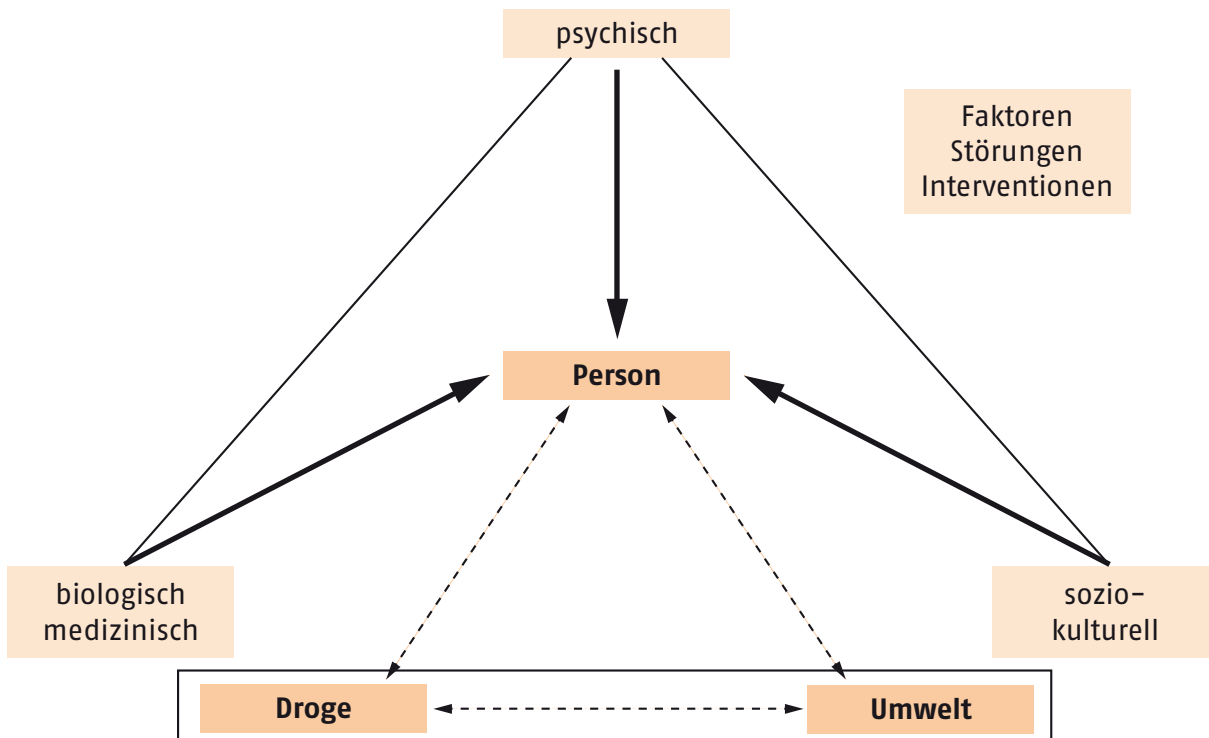
Suchtverständnis

Suchterkrankungen betreffen den ganzen Menschen und beeinträchtigen ihn körperlich, seelisch und geistig. Im Zusammenhang mit der Sucht steht häufig auch eine Beeinträchtigung der Beziehung zu sich selbst und zur Umwelt. Die Wirkung des Suchtmittels soll die vorhandenen Probleme erträglicher machen, schmerzliche Gefühle betäuben, den Ausdruck von Emotionen (z. B. Wut, Enttäuschung, Trauer) erleichtern sowie über innere Leere und Beziehungsschwierigkeiten hinwegtäuschen.

Die Suchterkrankung geht einher mit starken Abhängigkeitsgefühlen gegenüber nahe stehenden Personen wie auch der gesamten Lebenssituation; die Süchtige erlebt sich als nicht in der Lage, durch eigene Aktivität verändernd zu wirken. Oft erfährt sie im Gebrauch von Suchtmitteln die einzige Möglichkeit, ihre Umgebung indirekt zu beeinflussen, um so die Aufmerksamkeit zu bekommen, die sie sich wünscht.

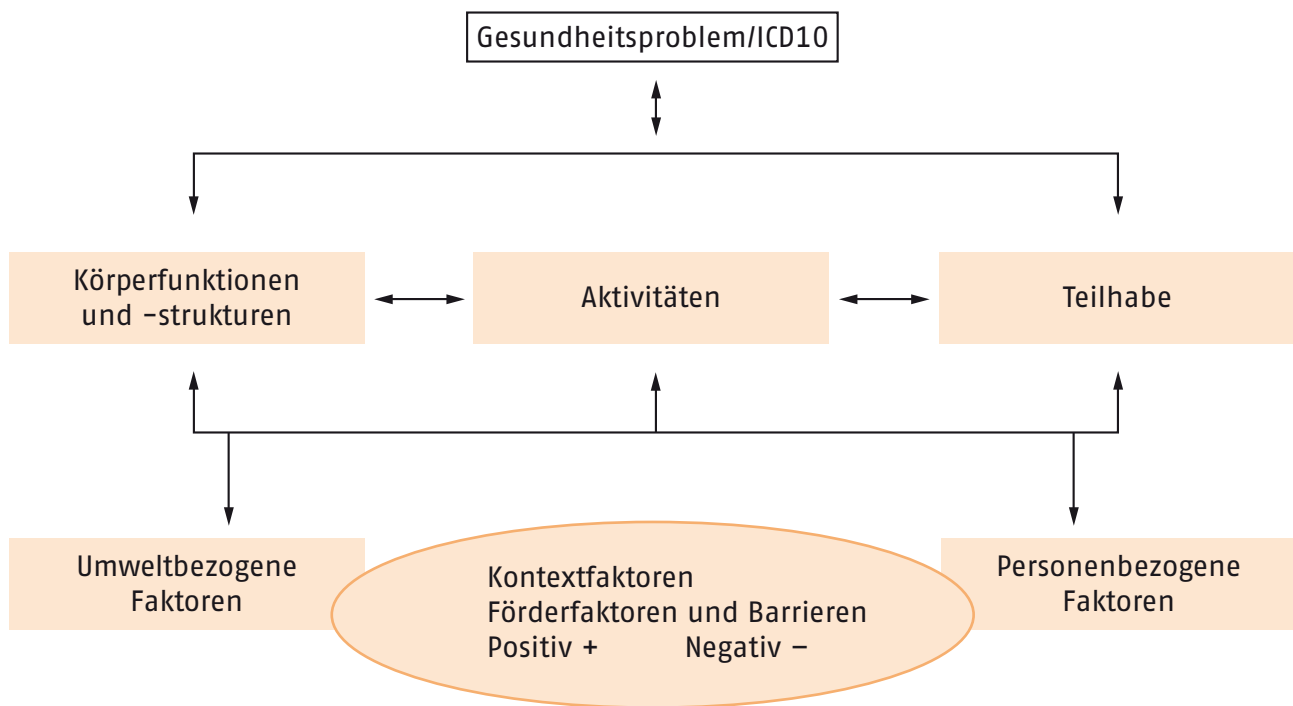
Auf diese Weise wird häufig der Versuch einer Problembewältigung durch psychotrope Mittel unternommen. Langfristig verstärkt der Gebrauch von Suchtmitteln jedoch vorhandene Probleme und verschärft diese. Ein Weg der Selbst- und Fremdschädigung wird beschritten.

Bei der Frage nach den Faktoren, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchtmittelabhängigkeit beteiligt sind, beziehen wir uns auf das **bio-psycho-soziale Krankheitsmodell**.



Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

Wir gehen grundsätzlich davon aus, dass jeder Mensch gefährdet ist, in irgendeiner Form suchtkrank zu werden. Ob und in welchem Maße dies geschieht, ist beeinflusst von einem **multifaktoriellen Bedingungsgefüge**, in dem genetische und biologische, psychische und soziale Faktoren eine wichtige, im Einzelfall jedoch unterschiedliche Rolle spielen (Soyka 1995, Lindenmeyer 1999, Wanke und Bühringer 1991). Die Folgeschäden zunehmender Suchtmittelabhängigkeit haben individuell unterschiedliche Auswirkungen auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene (Lindenmeyer 1999) und werden teilweise selbst zu aufrechterhaltenden Faktoren der Sucht.



Den Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person betrachten wir nach dem differenzierten bio-psycho sozialen Krankheitsmodell, welches sich an den ICF orientiert. Es beschreibt das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren, ihren Körperfunktionen und -strukturen, ihrer Aktivität und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen.

2.1.1. Biologische Ebene

Genetische oder durch anhaltenden Suchtmittelkonsum bedingte Defekte verschiedener Transmittersysteme können zu einer mangelnden Selbstaktivierung des Belohnungssystems im Gehirn und somit zu einem Endorphinmangel führen, der erst durch die erneute Einnahme des Suchtmittels kurzfristig wieder ausgeglichen wird. Der Einfluss genetischer Faktoren bei der Entstehung der Abhängigkeit wird durch Zwillings- und Adoptions- sowie durch Familienstudien belegt. Intensive Forschungen in den letzten Jahren zu biologischen Faktoren haben gezeigt, dass bei Phänomenen wie Gewöhnung, körperliche und psychische Abhängigkeit und Kontrollverlust, plastische Veränderungen z. B. der glutamatergen und GABAergen Rezeptoren eine Rolle spielen. Hieraus lassen sich medikamentöse therapeutische Ansätze zur Senkung der Rückfallrate ableiten. Damit werden im Bereich der sog. Anticraving-Substanzen in Verbindung mit psychotherapeutischen Verfahren die bisher besten Effekte auf die Abstinenzrate bei Alkoholabhängigen erzielt. Es ist für uns wichtig, diese Zusammenhänge vor allem im Rahmen der Gesundheitsbildung, Schulung und ärztlichen Beratung an die Betroffenen zu vermitteln.

2.1.2. Psychische Ebene

Die Suchtmittelabhängigkeit betrachten wir im Wesentlichen als ein komplexes Phänomen. Wir orientieren uns im theoretischen Verständnis und in der praktischen Durchführung der Behandlung vorwiegend an den anerkannten tiefenpsychologischen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Modellen und Behandlungsmethoden (Vollmer 2000, Rist 2002).

Eine zentrale Rolle für unseren Therapieansatz spielt auch das Konzept der auf den Menschen orientierten Psychotherapie (Person centered Approach, C. G. Rogers). Unsere Grundhaltung einer positiven, akzeptierenden Einstellung, der Anteilnahme und nicht vor urteilenden Wertschätzung können zur Selbstannahme der Klientin beitragen.

„Keiner weiß besser, was ihm gut tut und für ihn notwendig ist, als der Betroffene selbst. Wir können einander also nicht beibringen, was für uns gut ist ... aber wir können einander dabei unterstützen, es selbst herauszufinden.“ (Schmid, P. F.; der personenzentrierte Ansatz nach C. Rogers)

Unser therapeutisches Fachteam ergänzt die Richtlinienverfahren mit Ansätzen aus der Gesprächspsychotherapie, der Psychodramatherapie, der Gestalttherapie, und weiteren Verfahren der humanistischen Psychotherapie.

Eine bedeutende Rolle spielt neben dem Erkennen der funktionalen Bedeutung des Suchtmittelkonsums – die Entwicklung und Stärkung der Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation. Vor allem aufgrund der zuvor beschriebenen genetischen und sich im Suchtverlauf verändernden biologischen Faktoren ist eine Rückkehr zu kontrolliertem Konsum für Menschen mit einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10. F10 nicht mehr möglich, sodass die Abstinenz eine wesentliche Voraussetzung für einen nachhaltigen Therapieerfolg darstellt.

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

Ein weiteres wesentliches Merkmal unserer therapeutischen Haltung ist die Unterstützung der Patientin zur Führung eines selbstbestimmten Lebens. Innerhalb eines bestimmten Rahmens hat jeder Mensch einen Entscheidungsspielraum. Die persönliche Freiheit besteht darin, innerhalb dieses Spielraums zwischen mehreren Alternativen zu wählen und sich für ganz bestimmte Verhaltens- und Lebensweisen, Objekte, Personen und Handlungen zu entscheiden. Die Selbstverantwortung jeglicher Wahl respektieren wir gegenüber der Patientin.

Dem Aspekt der **Beziehung** messen wir nicht nur in der therapeutischen Beziehung, sondern generell eine ganz zentrale Rolle bei. Der Mensch lebt nicht isoliert von seiner Umwelt, sondern ist immer auf irgendeine Art mit dieser verbunden. Er wird von frühester Kindheit an in seinem Erleben und Verhalten von seinen Mitmenschen beeinflusst und übt selbst Einfluss auf diese aus. Aufgrund dieser Wechselwirkungen vollzieht sich die individuelle Entwicklung des Menschen als „Koevolution“ (Willi 1985), als gemeinsame Entwicklung der einzelnen Person und der Gruppen, denen diese Person angehört. **Die Therapeutische Beziehung ist der wesentliche psychotherapeutische Wirkfaktor der Veränderung.** (Grawe 2000)

Bindung ist eines der wichtigsten Grundbedürfnisse jedes Menschen. Die emotionale sichere Bindung sichert das Überleben des menschlichen Säuglings. (J. Bowlby 1959)
Das Erkundungsbedürfnis, also die Bereitschaft zu lernen und Neues auszuprobieren, wird beim Säugling und Kleinkind erst bei beruhigtem Bindungsbedürfnis geweckt, also beispielsweise wenn die Bezugsperson in der Nähe ist und Blickkontakte, Berührung, physische und psychische Präsenz zeigt.

In der Bindungstheorie unterscheidet man verschiedene Bindungsqualitäten:

Stabile, sichere Bindungen gelten aus Sicht der bindungstheoretischen Forschungsergebnisse als wichtigster Schutzfaktor vor psychischen Störungen (Gahlleitner 2005).

Erwachsene mit unsicherer bzw. gestörter Bindungserfahrung fühlen sich häufig weniger sozial akzeptiert, sind erheblich depressiver und entwickeln öfters Abhängigkeitserkrankungen.

Das Suchtmittel stellt häufig ein Surrogat für die Bindungsperson dar – schnell verfügbar und kurzzeitig hochwirksam (Brisch, 2010). Das Vertrauen, ihr Bindungsbedürfnis in menschlichen Beziehungen befriedigen zu können, wurde von vielen Süchtigen weitgehend aufgegeben.

Zur Entwöhnungsbehandlung, nach Entzug des Suchtmittels, kommen daher häufig Menschen mit einem aktivierten Bindungsbedürfnis. Das heißt Ängste, Misstrauen und Handlungshemmung stehen der Sehnsucht nach Nähe und menschlichen Bindungen entgegen.

Unser Therapieansatz betont deshalb den Aufbau einer „sicheren emotionalen Bindung“ zur Bezugstherapeutin/ zum Bezugstherapeuten und zur Bezugsgruppe. Durch dieses konstant empathische Beziehungsangebot kann die Patientin wieder Mut fassen, ihr instabiles auf das Suchtmittel fixiertes Bindungsmiss-trauen zu überwinden. In weiteren Schritten können Klärungsprozess und Konfliktbewältigung in Gang gesetzt und neue menschliche Bindungen entfaltet werden.

Das **Wohngruppenkonzept** (vgl. unten) unterstreicht diesen Ansatz, da es dem Rückzug aus Beziehungen entgegenwirkt und die Bindung an Menschen fördert. Letztlich ist dies ein Beitrag zur Förderung von Fähigkeiten der sozialen Teilhabe.

Wenn Patientinnen sich gut angenommen und wertgeschätzt fühlen, gewinnen sie Kraft für die nächsten „unabhängigen“ Schritte in der Therapie. Der kleine, vertraute Rahmen der Fachklinik Legau hilft uns, diesen Ansatz positiv umzusetzen.

Aus der Bindungstheorie leiten wir auch unser Angebot für **Mütter mit Kindern** ab: In der Klinik kann die für die kindliche Entwicklung überlebensnotwendige Bindung zur Mutter in der Kleinkindphase aufrechterhalten, gefestigt bzw. in therapeutischen Maßnahmen wieder aufgebaut werden.

Traumatisierung und Suchtverhalten

Traumatisierte Menschen werden deutlich häufiger von Suchtmitteln abhängig als nicht traumatisierte. Neben der Suchtmittelabhängigkeit zeigen sich vielfältige weitere seelische, körperliche und soziale Folgen. Ein erheblicher Anteil unserer Patientinnen leidet unter Traumafolgestörungen. Suchtmittel werden häufig im Sinne der „Selbstmedikationshypothese“ als Konflikt- und Lebensbewältigungsversuch verstanden. Aus diesem Grund ist das therapeutische Team der Fachklinik Legau für die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sensibilisiert, achtet die besonderen Schutz- und Bewältigungsstrategien der betroffenen Patientinnen und sind traumatherapeutische Angebote ein wesentlicher Bestandteil unseres Behandlungsangebotes.

2.1.3. Soziale Ebene

Auch den **sozialen Einflussfaktoren** räumen wir einen hohen Stellenwert ein. Die innere Einstellung gegenüber dem Suchtmittel, sowie dessen Verfügbarkeit werden in hohem Maße von soziokulturellen Einflüssen bestimmt (Lindenmeyer 1999, Soyka 1995).

Häufig besteht schon in der Herkunftsfamilie eine Suchtmittelabhängigkeit, sodass der Alkohol bzw. Medikamente oder andere illegale Drogen sehr früh im Leben des Kindes, in seinem Fühlen, Denken und Handeln einen besonderen Raum einnehmen. Dieser Raum wird noch erweitert, wenn der Jugendliche sich Gruppen (peer-groups) anschließt, in denen Alkohol und andere Suchtmittel ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Obwohl sich in den letzten Jahren in bestimmten Lebensbereichen wie z. B. im Verkehr und am Arbeitsplatz eine kritischere Einstellung zum Suchtmittelkonsum entwickelt hat, wird in unserer Gesellschaft insbesondere dem Alkohol immer noch eine positive Bedeutung beigemessen.

In der Therapie geht es vor allem darum, die Bedeutung solcher **sozialer** Einflussfaktoren und aktueller **Kontextfaktoren** bewusst zu erkennen, sich suchtmittelfreie Zonen zu schaffen und neue soziale Beziehungen aufzubauen.

Die durch die Sucht verloren gegangene **Teilhabe** der Patientin am sozialen Leben steht daher im Mittelpunkt unseres Therapieauftrages.

Leben in der Gemeinschaft

Wenn eine neue Patientin in der Fachklinik aufgenommen wird, muss sie vorübergehend Abschied nehmen von ihrer Familie und ihren Freunden und Freundinnen. Sie steht einer neuen, meist völlig unge-wohnten Situation gegenüber: dem Zusammenleben mit vielen anderen Menschen auf engem Raum. In den Begegnungen mit Mitpatientinnen und Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen des Hauses wird sie unterschiedliche Empfindungen wie Interesse, Abwehr, Zuneigung, Erwartungen und Ängste entwickeln und sich so als Teil eines Netzwerkes unterschiedlicher Beziehungen erleben und das Geschehen und die Atmosphäre im Haus mit beeinflussen.

Die Fachklinik nimmt in ihrer Arbeit den Gedanken einer „**Therapeutischen Gemeinschaft**“ auf. Dies beinhaltet unter anderem das Interesse an einem partnerschaftlichen Umgang innerhalb der Gruppe der Patientinnen, im Team und zwischen den beiden Gruppen. Dabei versuchen wir, in einem Klima der Achtung vor der Integrität, Individualität und Selbstverantwortlichkeit jeder einzelnen Person zusammenzuleben. Ein in den formalen Strukturen zwar klar geregelter, gleichzeitig weitgehend demokratisierter Umgang miteinander hilft, Abhängigkeitsmuster deutlich zu machen.

In der Fachklinik Legau gibt es acht Wohngemeinschaften in denen jeweils 3–6 Personen in Einzelzimmern untergebracht sind.

Die Wohngemeinschaften bilden ein Modell einer sozialen Gruppe mit dem gemeinsamen Ziel, ein suchtmittelfreies Leben zu erleben und zu erlernen.

Wir gehen davon aus, dass jede Erfahrung positiver Bindung sich heilend auf die Bindungsfähigkeit der Patientin auswirkt und ihre Zuversicht, das Leben suchtmittelfrei zu bewältigen, stärkt. Die heterogene Patientinnengruppe unterscheidet sich sowohl im Alter (18–65), im sozialen Status, in der Berufs- und Sozialanamnese, wie in der Art des Suchtmittels. In dieser Heterogenität ergeben sich Möglichkeiten, Copingstrategien gelungener, wie gescheiterter Krisen- und Suchtbewältigung auszutauschen und voneinander zu lernen.

2.1.4 Berücksichtigung des Gender-Aspekts

Frauenspezifische Suchttherapie

Suchtmittelabhängigkeit ist trotz aller Kampagnen in unserer Gesellschaft ein Tabuthema. Die Abhängigkeit von Frauen, insbesondere der Frauenalkoholismus, wird in der Öffentlichkeit noch negativer bewertet als der Suchtmittelkonsum von Männern. Schuld- und Schamgefühle bei suchtkranken Müttern verstärken den sozialen Rückzug und den tabuisierten Konsum.

Einen entscheidenden Anteil an der persönlichen Identität bildet die geschlechtsspezifische Rolle, die wir in unserer Gesellschaft einnehmen. Wie jede andere persönliche Leidensgeschichte einer Frau ist auch die Entwicklung hin zur Suchtmittelabhängigkeit im Ganzen nur zu verstehen, wenn wir die Rolle der Frau in einer überwiegend von Männern geprägten Gesellschaft betrachten.

So wird in der Regel die Entwicklung des Mädchens/der Frau z. B. stärker geprägt sein von der Erfahrung der Anpassung und der Abhängigkeit in Beziehungen, einer intensiveren Bindung an die Familie, einer geringeren Chancengleichheit im Beruf. Nicht selten machen Frauen schon sehr früh Erfahrungen mit männlicher Unterdrückung und sexuellem Missbrauch. Viele unserer Patientinnen sind oft über eine lange Zeit einer Mehrfachbelastung ausgesetzt: Sie sind gleichzeitig berufstätig, führen den Haushalt alleine und ziehen Kinder groß. In vielen Fällen versorgen sie auch noch hilfsbedürftige Angehörige.

Für unsere therapeutische Arbeit ist ein intensiveres Eingehen auf diese Vorbedingungen unerlässlich. Die Einzel- und Gruppentherapie beschäftigt sich mit Themen der Partnerschaft und den unterschiedlichen Rollenerwartungen von anderen und sich selbst, beispielsweise als Frau, Mutter, Arbeitskraft, Partnerin ... Dabei werden gemeinsam mit der Patientin realisierbare Veränderungsmöglichkeiten ausgearbeitet. Wir wollen die Frauen dabei unterstützen, sich neu Kennenzulernen, eigene Bedürfnisse und Ressourcen (wieder) zu entdecken, sich mit ihren Partnern und der Familie auseinanderzusetzen, sich wechselseitig und solidarisch zu stützen und wirtschaftliche Abhängigkeiten zu überwinden. Das Zusammenleben in der Frauengemeinschaft kann ebenso das positive Selbstbild als Frau stärken, dass häufig auch durch defizitäre Mütterbindungen entstanden ist. In der themenzentrierten Arbeit, in Indikations- und Sondergruppen und in der Sport- und Bewegungstherapie werden ebenso immer wieder frauenspezifische Themen aufgegriffen und erarbeitet. Bei Erfahrungstagen, Wochenendheimfahrten und Besuchen besteht Gelegenheit, die ersten Schritte in ein selbstständigeres Leben zu erproben.

2.2. Indikationen und Kontraindikationen

Hauptindikation:

Alkohol- und medikamentenabhängige erwachsene Frauen – ICD 10 F10.2

illegale Substanzmittelabhängigkeit – ICD 10 F11.2–F19.2

Nebenindikationen

Mit der Suchtmittelabhängigkeit sind häufig komorbide Störungen und Erkrankungen verbunden. Das Therapiekonzept der Fachklinik Legau macht es möglich, Patientinnen mit depressiven Störungen (F32/F33), Angststörungen (F41/F60.6), Persönlichkeitsstörungen (F60) oder auch mit anderen psychischen Begleiterkrankungen mit zu behandeln. Im Zweifelsfall wird ein Vorstellungsgespräch mit der betroffenen Patientin durchgeführt. Insbesondere Patientinnen mit ausschließlicher oder zusätzlicher illegaler Drogenabhängigkeit leiden erfahrungsgemäß verstärkt unter komorbiden Störungen.

Zusätzlich zur Hauptindikation bietet die Fachklinik Legau den folgenden **Zielgruppen** ein besonders **günstiges Therapiesetting**.

Patientinnen mit Traumafolgestörungen – ICD 10 F43.1

Traumatische Ereignisse können sein:

Gewalt, Mord, Folter, sexueller Missbrauch, andere körperliche und seelische Misshandlung, Unfälle, Katastrophen, schwere Krankheiten, mangelhafte Versorgung oder emotionale Vernachlässigung in Kindheit und Jugend mit mangelnder Bindung, sozialer Ausgrenzung, Mobbing, die bloße Zeugenschaft eines solchen Ereignisses.

Verschiedene traumatische Ereignisse können zusammenwirken.

Trauma, Traumatisierung:

Das Erleben plötzlicher und heftiger oder anhaltender Bedrohung, einhergehend mit dem Gefühl von Todesangst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schutzlosigkeit oder auch körperlichem Schmerz und Verletzung. Traumata können dauerhaft oder über lange Zeit vergessen/verdrängt werden, das heißt unbewusst wirksam sein. Es gibt einmalige, chronische und komplexe Traumatisierungen. Ein Ereignis wirkt umso eher traumatisierend, 1. je schwerwiegender es ist, 2. je weniger unterstützend das soziale Umfeld handelt und 3. je mehr es die seelischen Belastungsgrenzen und Verarbeitungsfähigkeiten eines Menschen übersteigt.

Symptome von Traumatisierung sind neben dem Suchtverhalten häufig Dissoziation, Ängste und Panikattacken, Flashbacks, Selbstverletzung und sozialer Rückzug.

Patientinnen mit Schwierigkeiten im Sozial- und Bindungsverhalten – ICD 10 F40.1; F60; F61

Durch die therapeutisch begleiteten Wohngemeinschaften, die Anbindung an eine/einen feste/n Bezugstherapeutin/Bezugstherapeuten und Bezugstherapiegruppe, wöchentliche Einzelgespräche, ständige therapeutische Arbeit in verschiedenen Kleingruppen sowie durch die Mitgestaltung des Alltagslebens werden selbstunsichere, ängstliche und kontakt- bzw. bindungsgestörte Patientinnen in besonderem Maße in der Entwicklung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit sowie in Fähigkeiten der sozialen Kompetenz gefördert.

Patientinnen mit Essstörungen – ICD 10 F50

Eine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung unter Berücksichtigung der Essstörung ist sinnvoll und begünstigt die Prognose für eine stabile Abstinenz. Voraussetzung ist die Bereitschaft zum Symptomverzicht oder zumindest zur Symptomreduzierung und ein offener Umgang mit der Essstörung, sowie stabile Laborwerte (Kalium und weitere relevante Elektrolytwerte) und ein stabiler BMI von mindestens 18. (Siehe 2.8.10)

Nikotinabhängige – ICD 10 F17.2

Die Raucherinnen erhalten Anregungen, wie es gelingen kann, mit dem Rauchen aufzuhören oder den Konsum einzuschränken.

Kontraindikation

Nicht aufgenommen werden Patientinnen, die

- substituiert werden oder Betäubungsmittel nach § 12 BTMG einnehmen
- an einer akuten Psychose erkrankt sind,
- schwerwiegende hirnorganische Beeinträchtigungen aufweisen oder akut suizidal sind,
- ständig pflegebedürftig oder gehbehindert sind.

Beim Vorhandensein einer wesentlichen körperlichen oder kognitiven Behinderung, bei Sprachproblemen, Straffälligkeit oder mehrfach vorausgegangenen Entwöhnungsbehandlungen wird im Einzelfall abgeklärt, ob eine Aufnahme möglich ist. Hierzu sind entsprechende Vorgespräche erforderlich.

Aufnahmekriterien

Aufgenommen werden in die FK Legau **suchtmittelabhängige Frauen im Alter von 18 bis 65 Jahren** (in Einzelfällen auch darüber), sowie suchtmittelabhängige Mütter in einem separaten Haus zusammen mit ihren **Kindern** (0–12 Jahre). Ebenso können **schwangere Frauen** aufgenommen werden.

Bedingung ist eine freiwillige Entscheidung zur Therapie, sowie die Bereitschaft der Patientin, sich mit ihrer Abhängigkeit auseinanderzusetzen und abstinenz zu leben.

Wir erwarten eine ambulante Vorbereitung durch die psychosoziale Beratungsstelle oder den Sozialdienst einer Klinik. Wir empfehlen die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bzw. einer Motivationsgruppe der entsendenden Einrichtung, da sich entsprechende Vorerfahrungen günstig auf den Behandlungsverlauf auswirken.

Formale Voraussetzungen

- unmittelbar vorausgehende körperliche Entgiftung in einer Klinik
- Freiwilligkeitserklärung
- schriftliche Kostenzusage
- Arztbericht mit der Bestätigung der körperlichen Rehafähigkeit
- Sozialbericht und ggf. Schlussbericht einer vorausgegangenen Therapie
- Zahnsanierungsbestätigung
- bei Mitaufnahme von Kindern: Kostenübernahmeerklärung (Haushaltshilfeantrag beim Kostenträger) Weitere Bezugsperson, die das Kind im Krankheitsfall zu Hause versorgt.
- ausreichende körperliche Beweglichkeit (unsere Klinik ist nicht barrierefrei und beruht in einigen Bereichen auf Selbstversorgung!)
- sie verfügen über einen festen Wohnsitz, an den Sie im Falle eines Behandlungsabbruchs wieder zurückkehren können.

Nach Voranmeldung sind Vorgespräche und eine Besichtigung des Hauses erwünscht.

Aufnahmevoraussetzung für Mütter mit Kindern:

Die Mitaufnahme von einem, je nach Platzangebot auch zwei Kindern bis zum 12. Lebensjahr ist möglich. Vor der Anmeldung sollte zunächst mit der Beratungsstelle abgeklärt werden, ob eine Mitaufnahme des Kindes (bzw. der Kinder) sinnvoll und wünschenswert ist. Die Kosten für die Mitaufnahme des Kindes werden in der Regel von den Leistungsträgern auf Antrag übernommen.

Für ältere schulpflichtige Kinder besteht nach Absprache auch die Möglichkeit, die Mutter während der Ferien einige Tage in der Klinik zu besuchen, um auch hier die Beziehung zu fördern und einer Entfremdung entgegen zu wirken.

Aufnahmevoraussetzungen für drogenabhängige Frauen:

1. Nicht für alle drogenabhängigen Patientinnen ist das Leben in einer therapeutischen Gemeinschaft hilfreich. Wir erwarten daher die Bereitschaft zu einem Vorgespräch, bei dem sich die Klientin eine Vorstellung von unserem therapeutischen Setting machen kann und wir einen ersten Eindruck ihrer Therapiemotivation erreichen können. Von diesem Vorgespräch hängt eine Aufnahmezusage ab. Kriterien sind hierbei:
 - Ist die Patientin klar von ihrem Suchtmittel und ggf. von Straftaten distanziert?
 - Kann sie die Anforderungen, die das soziale Miteinander einer therapeutischen Wohngemeinschaft erfordert erfüllen, bzw. gibt es Chancen für sie hineinzuwachsen?
 - Sind die sozialen, psychischen und somatischen Folgen der Drogenabhängigkeit in unserem Setting händelbar?
 - Ist eine Aufenthalts- und Wohnsituation im Falle eines Therapieabbruchs geregelt?
 - Ist die Rehabilitandin zu einer qualifizierten Entgiftung bereit?

- Ist mit der Rehabilitandin ein Therapiebündnis im Rahmen unserer Hausregeln und unseres Angebotes möglich?
 - Ggf. kann mit der Patientin eine Probezeit vereinbart werden, wenn sich einzelne Kriterien im Vorgespräch nicht eindeutig klären lassen.
2. Die Mitaufnahme des/der Kinder bei drogenabhängigen Müttern kann individuell auch erst nach der ersten oder zweiten Therapiewoche erfolgen, wenn die Therapiemotivation (im Vorfeld abzuklären) zunächst unklar ist oder sonstige Gründe gegen eine sofortige Zusammenführung von Mutter und Kind sprechen.
 3. Die Aufnahme erfolgt immer nahtlos aus der erfolgten qualifizierten Entgiftung. Die Rehabilitandin wird ggf. von unserem Fahrdienst aus der Entgiftungsstation abgeholt.
 4. Aufnahmevoraussetzung ist ein negativer Drogentest, bei Restnachweisbarkeit ist ein quantitativer Test (Werte aus der Entgiftungsklinik) erforderlich, der die Abstinenz der letzten Wochen bestätigt.
 5. Patienten werden auf etwaige Dealer Kontakte angesprochen (Setzt Offenheit und Therapiemotivation, Verlassen der Szene voraus).
 6. Stichprobenartig werden Drogentests durchgeführt.
 7. Stichprobenartig werden Gepäck und Zimmer im Beisein der Patientin kontrolliert.
 8. Die Ausgangsregeln entsprechen denen der alkohol- und medikamentenabhängigen Patientinnen werden jedoch individuell je nach Distanz der Patientin zu ihrem Suchtmittel erweitert, bzw. eingeschränkt.
 9. Die Rückfallregeln und das Arbeiten mit Rückfällen entsprechen den Regelungen der Patientinnen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Aufgrund der schweren Nachweisbarkeit einzelner Drogen können auch deutliche Verhaltensrückfälle zur Entlassung führen.
 10. Eine Entgiftung nach Rückfall findet bei Suchtmitteln die körperliche Entzugserscheinungen provozieren zwingend im überwachten Rahmen einer Entgiftungsklinik statt.
 11. Die Weitergabe illegaler Substanzen an Mitpatientinnen sowie deren Mitnahme in die Klinik führt direkt zur Entlassung und kann polizeilich angezeigt werden.
 12. Individuelle Therapievereinbarung insbesondere zum Umgang mit digitalen Medien, Ausgang, Besuch werden schriftlich mit der Patientin vereinbart.
 13. Wir können keine substituierten Patientinnen aufnehmen.

2.3. Rehabilitationsziele

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

Zu jedem Zeitpunkt der Behandlung ist die Rehabilitandin in die Entwicklung der Rehaziele einbezogen, die Instrumente und der Zeitpunkt der Beteiligung und Entwicklung der individuellen Therapieziele werden ausführlich unter 2.5. beschrieben. (Anamnese, Bilanzierungsgruppe, Monatsberichte, Therapiezielplanung, Therapiezielüberprüfung, Planung weiterer Leistungen zur Teilhabe)

Vorrangiges Basisziel für alle weiteren Rehabilitationsziele ist die:

Abstinenz vom Suchtmittel

Hierzu gehören die folgenden *spezifischen Behandlungsziele*:

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

Körperliche und psychische Gesundheit

Hierzu gehören die folgenden *spezifischen Behandlungsziele*:

- Verbesserung oder Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit
- Entwicklung und Stärkung der Resilienzfähigkeiten
- Förderung einer befriedigenden Freizeitgestaltung
- Förderung einer selbstbestimmten Lebensführung (Selbstmanagement)
- Nutzung und Weiterentwicklung der bestehenden persönlichen und sozialen Ressourcen

Förderung der Aktivität und Teilhabe

Hierzu gehören die folgenden *spezifischen Behandlungsziele*:

- Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- Klärung der sozialen Beziehungen in Bezug auf Abstinenz fördernde oder Abstinenz erschwerende Einflüsse, Distanzierung von schädlichen und Aufbau von hilfreichen sozialen Kontakten
- Erhalt oder Wiederherstellung der Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung)
- Bearbeitung bestehender Beziehungsprobleme (z. B. in Partnerschaft und Familie, am Arbeitsplatz)
- Klärung und Bearbeitung sozialer Probleme (z. B. Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme, Führerscheinentzug und andere rechtliche Probleme)
- Erlernen eines konstruktiven, lösungsorientierten Umgangs mit psychischen, zwischenmenschlichen und sozialen Problemen/Konflikten/Belastungen (Stressbewältigung, soziales Kompetenztraining)
- Erhalt und Wiederherstellung der Teilhabe am sozialen und staatsbürgerlichen Leben (Gemeinschaftsleben, Freizeit, Bildung, Spiritualität, ...)

Nutzung/Erweiterung positiver Kontextfaktoren

Hierzu gehören die folgenden *spezifischen Behandlungsziele*:

- Einleitung und Anpassung von Sport- und Freizeitaktivitäten
- Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten zu sozialen Einrichtungen
- Verbesserung der sozioökonomischen Sicherheit (Sozial-/ggf. Schuldnerberatung)
- Nutzung von persönlichen Ressourcen und Copingstrategien

Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

Hierzu gehören die folgenden Maßnahmen:

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

2.4. Rehabilitationsangebote und -dauer

Langzeitherapie: 13 Wochen, bis zu 25 Wochen bei illegalen Drogen

In der Regel gehen wir von einer 15-wöchigen Behandlungsdauer bei Alkoholabhängigkeit und bis zu 25-wöchigen Therapiedauer bei der Abhängigkeit von illegalen Substanzen aus. Die Rehabilitation kann grundsätzlich verkürzt oder verlängert werden.

Für Patientinnen mit frühen oder posttraumatischen Störungen, Mehrfachabhängigkeiten, frühem Konsumbeginn und/oder langfristigem Suchtmittelkonsum ist eine stationäre Behandlung von 13–24 Wochen nach unserer Erfahrung oft nicht ausreichend. Patientinnen mit relativ stabilen Lebensbedingungen (Wohnung, Familie, Arbeitsplatz) und einer gesicherten Weiterbetreuung in Nachsorge- und Selbsthilfegruppen können hingegen auch früher entlassen werden, sofern die wesentlichen Behandlungsziele erreicht wurden oder wenn kein weiterer Fortschritt in der Therapie zu erwarten ist.

Die Initiative zur Verkürzung, Umwandlung in ambulante Weiterbehandlung, oder Verlängerung der Rehabilitationsdauer kann im Einzelfall sowohl von der Patientin als auch vom Behandlungsteam ergriffen werden. Die Patientin wird grundsätzlich in die Entscheidungsfindung mit eingeschlossen.

Wiederholungs-/Auffangbehandlung: 8–13 Wochen

Eine gezielte Rückfallanalyse bildet die Grundlage um angemessene Rückfallpräventionsmaßnahmen zu erarbeiten und durchzuführen. Bevor eine Patientin zur Wiederholungs- oder Auffangbehandlung aufgenommen werden kann, muss sie einen schriftlichen Bericht über die Entwicklung nach der letzten Behandlung und den Verlauf ihres/ihrer Rückfälle schreiben. Im Einzelfall sind auch bei der Wiederholungs- und Auffangbehandlung Verlängerungen möglich.

Kombitherapie: 8–13 Wochen

In der Regel beginnt die Kombitherapie mit einer 8–13-wöchigen stationären Behandlung und wird anschließend ambulant in einer Suchtberatungs- und behandlungsstelle fortgesetzt. Die ambulante Phase umfasst in der Regel 40 + 4 Therapieeinheiten in sechs Monaten.

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

Am Aufnahmetag wird die Patientin in eine bestehende Bezugsgruppe integriert. Die Behandlung orientiert sich schwerpunktmäßig an den Reha-Zielen, die im Zeitraum der vorhergesehenen 8–13 Wochen realisiert werden können.

Vor der Entlassung der Patientin wird zwischen dem/der Bezugstherapeuten/Bezugstherapeutin und dem/der zuständigen therapeutischen Mitarbeiter/Mitarbeiterin der ambulanten Behandlungsstelle unter Einbeziehung der Patientin ein Übergabegespräch geführt.

Für ein Kombi-Behandlungsmodell ist in jedem Fall eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Fachklinik, Beratungsstelle und Patientin von großer Bedeutung.

Krisenintervention

Für krisenhafte Situationen in der ambulanten Phase der Kombibehandlung, z. B. bei einer akuten Rückfallgefahr oder auch bei einem therapeutisch noch beherrschbaren Rückfall, besteht die Möglichkeit, die Behandlung stationär in der Fachklinik Legau fortzusetzen. Diese Rückverlegung muss dem Leistungsträger spätestens am Wiederaufnahmetag in die FKL per Fax mitgeteilt werden. Eine weitere ambulante Fortsetzung ist möglich, sofern dies therapeutisch sinnvoll und begründbar ist.

Die Indikationsstellung

Für die Kombibehandlung gelten zunächst die gleichen Primär-, Sekundärindikationen und Ausschlusskriterien wie für eine stat. Behandlung. Darüber hinaus benötigen die Patientinnen

- die Fähigkeit zur Abstinenz in der ambulanten Phase (insbesondere bei einem vorausgehenden ambulanten Teil)
- eine ausreichend stabile äußere soziale Situation, wobei mindestens einer der folgenden Faktoren vorhanden sein sollte: familiäre oder partnerschaftliche Bindungen, Teilhabe am sozialen Leben, berufliche Integration/Perspektiven
- eine ausreichende Bindungs- bzw. Gruppenfähigkeit (Gruppenwechsel!)
- eine ausreichende körperliche Gesundheit (geringe Mobilitätseinschränkungen)

Insbesondere ist die Kombibehandlung geeignet für

- Patientinnen mit eigenem Wohnsitz in Reichweite der Beratungsstelle
- für Patientinnen, die zwar vorübergehend ein stationäres Setting benötigen, aber für eine reine Langzeitbehandlung (noch) nicht motivierbar sind
- für Behandlungswiederholerinnen (Erstbehandlung in der Klinik)
- für Patientinnen mit geringer Fähigkeit zur Selbstorganisation
- für Patientinnen mit längeren Entwicklungszeiten

Weniger geeignet ist die Kombibehandlung wegen der Eingewöhnungszeit für Mütter mit Kindern. In Einzelfällen ist darauf zu achten, dass im ambulanten Setting entsprechende Kinderbetreuungs- bzw. Behandlungsformen angeboten werden können (z. B. Erziehungsberatung). Entsprechende Punkte sollten in die Vereinbarungen (s. u.) mit aufgenommen werden. Die Durchführung einer Kombitherapie für drogenabhängige Mütter halten wir aufgrund der Vielzahl an stationär relevanten Rehabilitationszielen für ungeeignet.

Die formalen Bedingungen

Voraussetzung für eine Kombibehandlung ist

- die Prüfung der o. g. Voraussetzungen für die Durchführung einer Kombibehandlung
- eine verbindliche schriftliche Absprache der Beteiligten (Patientin, Beratungsstelle, Klinik) über die Durchführung einer Kombibehandlung, wobei die jeweiligen Ziele und die Dauer der Teile der Kombibehandlung festgelegt werden (Behandlungsplan)
- eine Beantragung und Genehmigung des gesamten Behandlungspaketes beim/durch den zuständigen Leistungsträger
- die durchgängige Dokumentation des gesamten Behandlungsverlaufes. Zum Zeitpunkt des Wechsels der Behandlungsform müssen die relevanten Unterlagen an den Weiterbehandler als Zwischenbericht abgegeben werden. Hierbei können die entsprechenden Teile des in die-sem Fall „vorläufigen“ Abschlussberichtes nach Vorgabe der DRV verwendet und prozessual weitergeführt werden, wobei der Letztbehandler den endgültigen Abschlussbericht für den Leistungsträger fertigt.
- Zum Zeitpunkt des Wechsels der Behandlungsform ist ein persönliches oder telefonisches Übergabegespräch zwischen den jeweiligen Bezugstherapeuten unter Einbezug der Patientin obligatorisch. Darüber hinaus muss ein intensiver fallbezogener Austausch zwischen den beteiligten Einrichtungen erfolgen.

2.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Die aktive Einbeziehung der Patientin in die Planung, Durchführung und Auswertung der Therapie während der gesamten Rehabilitationsdauer ist uns ein wichtiges Anliegen. Wir gehen davon aus, dass die individuellen Reha-Ziele sich im Verlauf der Behandlung verändern können, bzw. weitere dazu kommen. Das folgende Phasenmodell beschreibt den prozessorientierten Charakter der Therapieplanung, die Teilziele und die Instrumente der Einbeziehung der Rehabilitandin zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

Aufnahmeplanung

Die Aufnahmeentscheidung trifft der behandelnde Arzt zusammen mit dem therapeutischen Team nach Durchsicht aller angeforderten Vorberichte/Laborbefunde, etc.

Im Einzelfall insbesondere bei unklarer Vordiagnostik, unsicherer Behandlungsmotivation oder längerer Wartezeit werden in der Einrichtung Vorgespräche geführt, um erste Überlegungen zu Rehazielen und Rehadauer zu treffen.

Prozessorientierte individuelle Verlaufsdagnostik und Therapiezielplanung

In der Klinik wird nach dem Prinzip der „offenen Aufnahme“ gearbeitet. Dies bedeutet, dass die neuen Patientinnen in bestehende Kerngruppen aufgenommen werden, wobei die „älteren“ Patientinnen für die „neueren“ Modellfunktion haben.

Für unsere Arbeit halten wir eine Verlaufsdagnostik für angemessen, in die zu jedem Zeitpunkt neue Beobachtungen und Erfahrungen integriert werden können.

Die individuellen Entwicklungsverläufe der Rehabilitandin führen dazu, dass wir zu jeder Zeit der Behandlung die Maßnahmen, Ziele und ggf. auch die Dauer anpassen.

Therapieplanung im therapeutischen Team

Die Ergebnisse aus den Anamnesen, Untersuchungen und Beobachtungen und insbesondere der Bilanzierung werden spätestens zu Beginn der 5. Behandlungswoche (3. Woche bei Kurzzeit- oder Wiederholungsbehandlung) im jeweiligen Therapieplanungsteam zusammengefasst und **unter Anwesenheit der Rehabilitandinnen** kommuniziert. Um den Blick auf die einzelne Patientin nicht zu verlieren, sind zwei multidisziplinäre therapeutische Teams jeweils nur für 10 bzw. 20 Rehabilitandinnen zuständig.

Aufgaben der Teams:

- Zusammenschau/Austausch und Dokumentation der verschiedenen Informationen/ Beobachtungen/Patientinnenziele und diagnostischen Ergebnisse
- Aufstellung /Anpassung der Rehaziele
- Aufstellen des weiteren Therapieplanes
- Zuweisung zu geeigneten Therapiemodulen
- Patientin kommuniziert ihre Therapieziele und bekommt eine Rückmeldung
- Intervention

Verlaufskontrolle

Je nach Behandlungsverlauf und auf der Grundlage der Veränderungen bei der Patientin werden von den einzelnen Berufsgruppen in Absprache mit dem multidisziplinärem Team

- ergänzende diagnostische Verfahren durchgeführt
- die bisher erreichten Rehaziele mit der Patientin zusammen in Form einer Checkliste bewertet
- und durch monatlich Berichte der Patientin überprüft
- ggf. die Prioritäten von Reha-Zielen verändert
- entsprechende therapeutische Maßnahmen durchgeführt (einschließlich der Zuweisung in halboffene und geschlossene indikative Gruppen)

Bei Bedarf wird die Patientin in der externen Supervision vorgestellt.

Schlussdiagnostik

- Am Behandlungsende besprechen jeweils die behandelnden Ärzte und Ärztinnen, die Bezugstherapeuten/innen und die Arbeitstherapeuten/innen mit der Patientin zusammen die Behandlungsergebnisse, die Arbeitsfähigkeit, sowie die empfohlenen Nachsorgemaßnahmen.
- Erneut werden an dieser Stelle die Rehaziele unter Betrachtung der erfolgten Rehamaßnahmen zusammen mit der Patientin bewertet.

Detaillierte Darstellung des Phasenkonzeptes:

(Instrumente der Einbeziehung der Rehabilitandin sind fettgedruckt.)

1.–3. Behandlungswoche:

Zu Beginn der Behandlung erheben wir von jeder Patientin eine ausführliche **medizinische, berufliche und psychosoziale Anamnese**, die im Interview, durch Fragebögen und in der Diskussion mit den jeweiligen Fachkräften durchgeführt wird.

Inhalte der Anamnese:

- frühere Erkrankungen, körperliche Verfassung Belastbarkeit
- Funktionsstörungen im Sinne der ICF
- lebensgeschichtliche Daten (mit Schwerpunkt auf dem Beziehungsgefüge der Herkunftsfamilie und auf einschneidenden, belastenden bzw. emotional prägenden Lebensereignissen)
- derzeitige Lebenssituation, emotionale Befindlichkeit und Selbsteinschätzung
- Suchtentwicklung, andere Süchte (EB-, Spielsucht, illegale Drogen, Nikotin, etc.)
- frühere Therapieerfahrungen, Therapievorbereitung
- Krankheitseinsicht und Therapiemotivation
- persönliche Rehaziele
- Zukunftsvorstellungen und Einstellungen zur Nachsorge
- bisherige Bewältigungsstrategien und individuelle Ressourcen
- beruflicher Werdegang
- Reintegrationsmöglichkeiten ins Arbeitsleben
- Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit
- Bedarf an Leistungen zur Teilhabe
- meine persönliche Skillliste

Aus diesen Informationen ergeben sich die ersten Anhaltspunkte für die Therapieinhalte; sie werden durch Erfahrungen im Kontakt mit der Patientin immer wieder überprüft und – wenn nötig – revidiert. (Instrumente: **Einzelgespräch, Therapeutisches Fachteam, Fragebögen, Checklisten**) Weitere Teilziele in der ersten Therapiephase:

- Kennenlernen des Klinikalltags und der Hausordnung
- Kontaktaufnahme mit anderen Patientinnen und Hineinwachsen in die therapeutische Gemeinschaft
- Zeit der Orientierung und des Vertrautwerdens (vgl.: 2.1.2. Bindung)
- erste körperliche Regeneration
- Abstand vom Suchtmittel
- Abstand vom bisherigen sozialen Umfeld
- Rückbesinnung auf die eigene Person und Einüben von Skills zur Selbsthilfe
- Aufbau und Vertiefung der Therapiemotivation
- Hinführung zu den Grundsätzen von Therapie (Psychoedukation)
- Teilnahme an der therapeutischen Einführungsgruppe: „Resilienz und Achtsamkeit“

3.– 7. Behandlungswoche:

In **Berichten, die ab der 4. Woche monatlich erstellt werden müssen**, reflektiert die Patientin nach vorgegebenen Fragen ihre Rehaziele und den erreichten Stand bzw. hat die Patientin die Möglichkeit, diese zu ergänzen.

Nach ca. vier Wochen (je nach psychischer Stabilität der Patientin auch individuell etwas später) findet für jede Patientin eine **Bilanzierungsgruppe (Inhalt siehe unten)** statt. Der Rahmen für diese Bilanzierungsgruppe ist die vertraute therapeutische Kerngruppe, die in unserer Klinik gleichzeitig die Wohngruppe ist (vgl. 2.8.5 Wohngruppenkonzept)

Inhalte der Bilanzierungsgruppe:

- Erstellung eines persönlichen Genogrammes
- Reflexion der persönlichen Lebens- und Suchtgeschichte
- Einstellung zu Sucht und Abstinenz
- Umgang mit anderen Suchtmitteln und Abhängigkeiten
- Auseinandersetzung mit persönlichen Stärken
- Verhalten in der Gemeinschaft, Beziehungen zu Mitpatientinnen und Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, Umgang mit Konflikten
- Planung der beruflichen Reintegration und ggf. arbeitsbezogener Leistungen
- **Gemeinsame Entwicklung von Rehazielen** und umsetzbaren Therapieschritten
- Behandlungsmotivation und Überlegungen zur Behandlungsdauer

Die Bilanzierung betont die Selbstverantwortung der einzelnen Patientin für ihre Therapie und sorgt für mehr Orientierung, Klarheit und Offenheit. Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Einschätzung und mit den Rückmeldungen der Gruppenmitglieder und Therapeutin-nen wird es der Patientin möglich, Selbst- und Fremdwahrnehmung zu vergleichen. Wichtig ist die Reflexion der eigenen Entwicklung und nicht die Beurteilung irgendwelcher Leistungen. Die Patientin soll dabei unterstützt werden, ihre eigenen Rehazielle zu erarbeiten. Das Feedback der Therapiegruppe, die gleichzeitig auch die Wohngruppe bildet, bekommt hier eine besondere Gewichtung, da im Alltag einige **erreichte oder geplante Rehazielle einer ständigen Realitätsprüfung unterstellt** sind. Umfang, Form und Durchführung der Bilanzierung hängt vom jeweiligen psychischen Zustand der Patientin und ihrem Vertrauen in die Therapiegruppe ab.

Teilnahme an der interdisziplinären Therapieplanungskonferenz . Hierbei erstellt, das Behandlungsteam **mit** der Patientin, gemeinsam anhand des bisherigen Behandlungsverlauf die individuellen Rehabilitationsziele und plant die weiteren Therapiemodule. Ebenso erhält die Patientin ein an ihren Ressourcen orientiertes Feedback .

Weitere Teilziele in der zweiten Therapiephase:

- vermehrte Konfrontation mit der Realität
- Erweiterung der Regeln bzgl. Telefon oder Ausgang. Auch hier kann die **Regelerweiterung in der individuellen Betrachtung** mit der Patientin später oder früher erfolgen
- stärkere Eigenverantwortung – **Wahl von indikativen Gruppen aufgrund individueller Rehazielle** in Absprache mit dem Behandlungsteam
- regelmäßige Übernahme von Gemeinschaftsdiensten und verantwortlichen Aufgaben
- Austragen von Konflikten, die durch das Wohngruppenkonzept schnell an die Oberfläche kommen.
- Kennenlernen neuer Beschäftigungs- und Entspannungsmöglichkeiten
- Erprobung der Arbeitsbelastungsfähigkeit (vgl.2.8.6 Arbeitstherapie)
- Überprüfung der medizinischen, beruflichen und psychosozialen Rehazielle in wöchentlichen **Einzelgesprächen**, vereinbarten Visiten und Berufsberatungen
- Klärung der wirtschaftlichen Sicherung und Teilhabe in der **individuellen Sozialberatung**
- Ggf. Beantragung und Planung von weiteren Behandlungen/ Entlassformen, Adaption/ Nachsorge, ...

7.–12. Behandlungswoche:

- stärkere Konfrontation mit der Alltagsrealität durch Erfahrungstage und vermehrte Wochenendheimfahrten
- ggf. externes Belastungstraining zur Abklärung/Erweiterung der Arbeitsbelastungsfähigkeit.
- Einbeziehung der Angehörigen
- Rückfallvorbeugung
- Umgang mit Belastungssituationen
- Überprüfung der bisher erreichten und weiter geplanten Rehaziele

12.–15. Behandlungswoche:

- Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Planung, ggf. Einleitung weiterführender Maßnahmen und Leistungen zur Teilhabe
- zukunftsorientierte Sozialberatung
- Bearbeitung von Rückfallängsten
- individuelle Rückfallvorbeugung
- **Entwickeln von individuellen Therapiezielen für die Nachsorge im Einzelgespräch**
- Überprüfung der erreichten und noch nicht erreichten Rehaziele anhand einer **Checkliste und im Interview**
- Abschiednehmen und Loslassen des „Schutzraumes“ der Klinik
- Telefonische Übergabe mit der nachbehandelnden Stelle mit Einverständnis und, wenn möglich, in Anwesenheit der Patientin

Therapiephasen einer Regelbehandlung für drogenabhängige Frauen:

Die Inhalte ähneln in weiten Teilen den oben beschriebenen Therapiephasen für Rehabilitandinnen mit einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Durch die häufig fortgeschrittenen seelischen und körperlichen Suchtfolgestörungen bei drogenabhängigen Patientinnen, können notwendige Nachreifungsprozesse in der therapeutischen Wohngemeinschaft über einen längeren Zeitraum begleitet werden.

Diagnostik- und Eingewöhnungsphase 1.–8. Woche

- Ankommen und Eingewöhnen (Bei Müttern: ggf. zunächst ohne, dann mit Kind/Kindern)
- Eingewöhnen an geregelte Tagesstruktur mit geregelten Mahlzeiten. Erstellen eines individuellen Tagesplanes aus angeleiteten und selbständig organisierter Tagesstruktur
- Schwerpunkt ergotherapeutische und sporttherapeutische Angebote, hier zusätzliche Angebote möglich
- Ausführliche psychiatrisch/medizinische, psychotherapeutische und arbeitsbezogene Anamnese und Diagnostik
- Übernahme von Diensten an der Gemeinschaft.
- Unterstützung bei der Eingewöhnung des/der Kinder und Stärkung der Mutter-Kind-Bindung bei drogenabhängigen Müttern
- Teilnahme an der Resilienz- und Achtsamkeitsgruppe
- Sozialberatung
- Medizinische Angebote
- Akkupunktur
- Selbsthilfegruppe im Haus

Teilnahme an der interdisziplinären Therapieplanungskonferenz . Hierbei werden mit der Patientin, den Therapeuten, Ärzten, der Arbeits- und Sporttherapie gemeinsam der bisherige Behandlungsverlauf reflektiert und die individuellen Rehabilitationsziele in den verschiedenen Therapiemodulen erstellt. Ebenso ein an den Ressourcen der Pat. orientiertes Feedback gegeben.

Haupttherapiephase 8. –18. Woche

- Vorbereitung und Durchführung der „Bilanzierung“ (In welchen Situationen in meinem Leben habe ich welches Suchtmittel konsumiert? Wann habe ich die jeweilige Dosis gesteigert? Welche Ressourcen zur Krisenbewältigung haben sich bewährt? Wann habe ich mir oder meinen Mitmenschen eher Schaden zugefügt? etc.) der Lebens- und Suchtgeschichte vor der Therapiegruppe
- Psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie
- Teilnahme an 4 indikativen Gruppe (z.B.: Körperwahrnehmung, Trauma und Skills, Depressionen, Gestalterisches Malen, arbeitstherapeutische Angebote, Soziales Kompetenztraining)
- Vorbereitung und Durchführung von internen und externen Belastungserprobungen
- Vorbereitung und Durchführung von Besuchskontakten und Heimfahrten
- Rückfallvorbereitungstraining in der Bezugsgruppe
- Psychoedukation
- Arbeitsbezogene Leistungen intern
- Kennenlernen von Entspannungstechniken
- Angehörigenarbeit
- Besuch von externen Selbsthilfegruppen
- Ggf. Vorstellung bei Fachärzten
- Entscheidung über Verlängerung bzw. Verkürzung der Maßnahme

Integrations- und Abschiedsphase 20. –23. Woche

- Therapiezielüberprüfung
- Planung von Nachsorgeangeboten
- Ggf. Kooperation mit Betreuer/Betreuerin, Jugendamt, Schuldnerberatung, Suchtberatungsstelle, Hausarzt/Hausärztin, ggf. Polizei, Gerichten...
- Ggf. Organisation und Antragstellung für Adaption, ambulant betreutes Wohnen, sozialtherapeutische Einrichtungen oder therapeutische Wohngruppen.
- Ggf. Unterstützung bei Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche
- Zweite verlängerte Heimfahrt mit Kontakten zur Suchtberatungsstelle und ggf. Behörden.
- Weitere externe Belastungserprobungen
- Ergebnissicherung
- Bei drogenabhängigen Müttern: Abschiedsrituale für das Kind und die Mutter
- Planung weiterer Hilfen
- Ärztliche Abschlussuntersuchung
- Ablösung und Beendigung der therapeutischen Beziehungen

2.6. Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm orientiert sich an den Standards des DRV.

Die Patientinnen nehmen an allen therapeutischen Maßnahmen verpflichtend teil. Im Rahmen der Dienste an der Gemeinschaft, der Arbeits- und Bewegungstherapie werden individuelle Beeinträchtigungen berücksichtigt.

Die Einteilung in die psychotherapeutischen Bezugsgruppen mit jeweils 10–11 Patientinnen, die jede Woche in drei Einheiten (jeweils 1,5 Std.) stattfinden, erfolgt entsprechend der therapeutischen Wohngruppe. **Wöchentlich** werden mit der Bezugstherapie Einzelgespräche (25–60 Min.) angeboten.

Ergänzt wird das Pflichtprogramm durch eine indikative Therapie, die vorwiegend in Form von Gruppen stattfindet. Unser indikatives Angebot umfasst folgende Gruppenangebote:

- Traumatherapie
- Umgang mit Depressionen
- Resilienz und Achtsamkeit
- Körperwahrnehmung
- Tabakentwöhnung
- Yoga
- kreative Ergotherapie
- Bewerbungstraining für arbeitslose Patientinnen
- psychosoziales Kompetenztraining für Mütter mit Kindern
- kognitives Training

Die Zuweisung erfolgt auf der Grundlage der individuellen Diagnostik und Therapieplanung (vgl. 2.8.2. und 2.5). Der Ablauf der Therapie ist dem allgemeinen Therapieplan (**Anlage 1**) zu entnehmen.

Weitere Behandlungselemente werden unter 2.8. beschrieben.

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

Im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung müssen alle wichtigen Informationen regelmäßig ausgetauscht werden. Nur so kann die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit durch das Rehabilitationsteam gewahrt werden.

Diesem Austausch dienen insbesondere die täglichen Teambesprechungen und die mindestens einmal wöchentlich stattfindenden Fallbesprechungen. Darüber hinaus gibt es regelmäßige Besprechungen in den berufsbezogenen Fachteams und im Koordinierungsteam der Bereichsleitungen, welches gleichzeitig Lenkungsreis für das Qualitätsmanagement ist.

2.7. Das mütterspezifische Therapieangebot

Mit jeder Suchterkrankung ist auch eine Beeinträchtigung in den Beziehungen der betroffenen Personen verbunden. Wir müssen also in der Regel davon ausgehen, dass auch die Beziehung zwischen einer suchtkranken Mutter und ihrem Kind in unterschiedlichem Schweregrad beeinträchtigt sein kann. Ziel der Mitaufnahme des Kindes ist es, eine belastende Trennung zu vermeiden, die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu verbessern und Bedingungen zu schaffen, unter denen Veränderungen geschehen können. Darüber hinaus bilden Kinder suchtkranker Eltern selbst eine Risikogruppe, zukünftig eine Suchterkrankung zu entwickeln. Aus diesen Gründen bietet die Fachklinik Legau seit 1995 eine speziell integrierte mütterspezifische Therapie an. Jeder Tag zählt, an dem Kinder suchtmittelabhängiger Eltern Schutz und Stärkung erfahren.

Das Betreuungsangebot

Aufgabe des Fachpersonals ist es zunächst, eine Vertrauensbeziehung zu jedem einzelnen Kind herzustellen. In der Rolle stellvertretender Erwachsener versuchen die Mitarbeiterinnen, den Bedürfnissen der Kinder entgegenzukommen und ihnen einen Ort der Ruhe und Sicherheit mit tragenden emotionalen Erfahrungen und klaren Orientierungshilfen und Grenzen zur Verfügung zu stellen. Wichtig ist dabei auch der ständige Kontakt mit der Mutter, in deren Hand die Verantwortung und Personensorge für das Kind bleiben soll.

Während der Therapiezeiten der Mütter werden die kleineren (0–2 Jahre alten) Kinder in der Krabbelgruppe, die größeren (ca. 3–6 Jahre alten Kindern) im speziell hierfür eingerichteten Kindergarten betreut. Außerhalb dieser Zeiten ist die Mutter für ihr Kind selbst verantwortlich.

Schwerpunkte der Arbeit sind:

- altersentsprechende zielorientierte Angebote in Kleingruppen (z. B. malen, basteln, musizieren, Rhythmik)
- Bewegungserziehung
- Förderung des Sozialverhaltens und der Gruppenfähigkeit
- Gestaltung von Festen und Feiern
- Mutter-Kind-Aktivitäten (z. B. Schwimmen, Sport, kleine Ausflüge)
- (Heil-)Pädagogische Diagnostik, Beobachtung und Beratung

Die Kinder (und ggf. die Mütter) werden bei der Gestaltung des jeweiligen Angebots entsprechend ihrer Möglichkeiten aktiv mit einbezogen und nehmen regelmäßig an speziellen Mutter-Kind-Angeboten teil.

Besondere Bedeutung hat die wöchentlich stattfindende Indikationsgruppe **„Kompetenztraining für Mütter“** in Anlehnung an das Programm des Deutschen Kinderschutzbundes **„Starke Eltern – starke Kinder“**. In 10 Einheiten werden verschiedene Erziehungsthemen theoretisch und praktisch bearbeitet. Das Kompetenztraining ist sowohl curricular themenorientiert, als auch prozessorientiert organisiert, damit die Mütter psychoedukativ Informationen zu allgemeinen Erziehungsfragen bekommen und ihre aktuellen Fragen zu Erziehungsprobleme ansprechen können. Das Kinderpersonal ist Teil des therapeutischen Hausteams der Mütter.

Einzelförderung für die Kinder bzw. eine spieltherapeutische Arbeit mit Mutter und Kind ist ebenfalls Teil des therapeutischen Angebotes.

Arbeitstherapeutisches Angebot für Mütter

Mütter sind aufgrund ihres Schwerpunktthemas **„Stärkung der Bindungs- und Erziehungsfähigkeit“** in etwas geringerem Umfang in die Arbeitstherapie eingebunden, als die Patientinnen, die ohne Kind die Therapie antreten.

Arbeitslose Mütter erhalten jedoch die gleiche Berufsanamnese, Diagnostik der Ausgangsbedingungen sowie die Möglichkeit individueller Beratung in den Bereichen

Bewerbungstraining, zukünftige Berufs-/Ausbildungsplanung und wirtschaftliche Sicherung.

Darüber hinaus werden Mütter einmal pro Woche einen Vormittag beim Kochen und der Hausreinigung im Alltag mit Kindern angeleitet. Lernziele dieses sozial- sowie arbeitstherapeutischen Programms sind u. a.:

- praktische Ernährungsberatung für Mütter mit Kindern
- ökonomisches Wirtschaften

- die Einhaltung von Hygieneregeln
- soziales Verhaltenstraining
- strukturierte Alltagsorganisation mit Kindern

Ergotherapeutisches Angebot für Mütter mit Kindern

Das themenzentrierte kreative Gestalten für Mütter und Kinder mit vorgegebenem Material fördert die gemeinsame Beschäftigung und das Kind in seiner Entwicklung.

Mitaufnahme von Schulkindern bis zum 12. Lebensjahr

Unter bestimmten Voraussetzungen kann es sinnvoll sein, wenn eine suchtmittelabhängige Mutter ihr schulpflichtiges Kind mit in die stationäre Entwöhnungsbehandlung in die Fachklinik Legau bringt und das Schulkind für den Therapiezeitraum in den Schulen der Umgebung gastbeschult wird. Für Schulkinder kann eine externe Nachmittagsbetreuung mit Hausaufgabenhilfe angeboten werden.

Grundvoraussetzungen:

1. Das Schulkind hat sonst keine vertraute Bindungsperson, bei der es für den Zeitraum der Reha der Mutter bleiben kann, um seine Heimatschule weiter besuchen zu können.
2. Das Schulkind würde unverhältnismäßig unter der Trennung von seiner Mutter leiden, wodurch schulische und emotionale Rückschritte zu erwarten sind.

2.8. Rehabilitationselemente

Die Häufigkeit und Dauer der Rehabilitationsmodule orientiert sich an den Vorgaben der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit zur formalen Ausgestaltung der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) sowie an den Vorgaben der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL).

2.8.1 Aufnahmeverfahren

Am Aufnahmetag wird die Patientin von dem Arzt/der Ärztin körperlich und psychiatrisch untersucht.

Die Laboruntersuchungen werden in der Regel am Tag nach der Aufnahme durchgeführt. Die/der Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut führt ebenfalls am Aufnahmetag ein erstes Gespräch mit der Patientin und ggf. dessen Begleitperson(en). Bei Müttern mit Kindern wird das Therapiegespräch auf den Folgetag verschoben, damit das Kleinkind nicht zu lange von der Mutter getrennt werden muss. Jede neu aufgenommene Patientin wird in einer wöchentlich stattfindenden Informationsgruppe über den Ablauf und die wichtigsten Inhalte der Rehabilitation informiert. Darüber hinaus

wird jede Patientin noch in der Aufnahmewoche individuell in die Haus- und Therapieregeln eingewiesen.

Die weitere persönliche Begleitung in den ersten 14 Tagen der Reha erfolgt durch das Prinzip der Patenschaft durch eine Mitpatientin, die mindestens vier Wochen in der Rehabilitation ist.

2.8.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Diagnostik orientiert sich an der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10). Auf der Basis des bio-psychosozialen Krankheitsmodells und der ICF umfasst unsere Diagnostik die folgenden Ebenen:

- somatische Diagnostik
- psychiatrische Diagnostik
- psychotherapeutische Diagnostik
- soziale Diagnostik
- arbeitsbezogene Diagnostik
- Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren
- entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik
- Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe an Lebensbereichen

Diagnostische Verfahren:

- Eigen-, Fremd-, Sozial- und Suchtanamnese mit Befunderhebung. Mithilfe eines medizinischen, psychosozialen und arbeitsbezogenen Anamnesefragebogens führen die medizinische, die psychotherapeutische und die arbeitsherapeutische Abteilung, jeweils ein Anamnesegepräch durch, in dem alle für die Diagnostik relevanten Informationen erhoben und mit den Patientinnen zusammen besprochen werden.
- ärztliche körperliche Untersuchung

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

- Symptomscheckliste **(SCL-90-R)**
- Trierer Alkoholismus Inventar **(TAI)** (nur bei Alkoholabhängigkeit)
- Beck – Depressionsinventar **(BDI)**
- Heidelberger Drogenbögen **(HDB)**

Beim Verdacht auf weitere Diagnosen, stehen weitere testdiagnostische Verfahren zur Verfügung.

Die Rehabilitationsdiagnostik bietet die Grundlage für die anschließende Entwicklung eines Rehabilitations- und Therapieplanes, der individuell in Absprache mit jeder Patientin erstellt und je nach Therapieverlauf angepasst und verändert wird. Da wir unsere Diagnostik als prozessorientierte Diagnostik verstehen, können zu jedem Zeitpunkt der Therapie neue diagnostische Aspekte relevant werden und entsprechend Einfluss haben auf die Planung und Durchführung bestimmter therapeutischer Maßnahmen. Instrumente der Einbeziehung im Einzelgespräch und beispielsweise in der Bilanzierung, werden ausführlich unter 2.5. individuelle Rehabilitationsplanung beschrieben.

2.8.3 Medizinische Behandlung

Auch in der medizinischen Therapie wird der Zusammenhang zwischen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit berücksichtigt. Dabei sollen die Patientinnen erkennen, dass körperliches und seelisches Befinden eng miteinander verflochten sind.

Zu unserem Team gehört ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der die Gesamtverantwortung für die medizinische Rehabilitation trägt. Mit einigen regionalen Fachärzten und Fachärztinnen stehen wir in Kooperation und vermitteln bei Bedarf die entsprechenden Konsultationen.

Jede Patientin wird zu Beginn der Therapie eingehend ärztlich untersucht. Besonderen Wert legen wir auf die Erhebung der Vorgeschichte. Erfahrungsgemäß spielen psychosomatische Erkrankungen, manchmal zu großzügig verordnete Medikamente oder eine unkritische Selbstmedikation

eine wichtige Rolle in der Suchtentwicklung. Neben der Eingangsuntersuchung, der Verlängerungsuntersuchung und der Abschlussuntersuchung werden begleitende Arztkontakte durchgeführt und dokumentiert.

Großes Gewicht messen wir neben der medizinischen Grundversorgung, der Therapie der Suchtfolgeerkrankungen und der akut auftretenden Gesundheitsstörungen in einem ganzheitlichen Konzept der Gesundheitsfürsorge bei. Dies geschieht in ärztlichen Einzelgesprächen, in Gruppengesprächen über medizinische Fragen der Suchterkrankung, über psychosomatische Zusammenhänge und über Fragen einer gesunden Ernährung. Wir fördern den kritischen Umgang mit Medikamenten und – wo möglich – die Kenntnis von Alternativen vor allem auch für die Zeit nach der Entlassung. Somatische Begleiterkrankungen die gelegentlich auch durch den Konsum illegaler Substanzen auftauchen werden mit größter Aufmerksamkeit, Sensibilität und unter Berücksichtigung der notwendigen Hygienemaßnahmen mit behandelt. Auch hier kooperieren wir mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen in der Region.

Die Notfallversorgung ist gewährleistet durch die ständige Präsenz des medizinisch-therapeutischen Personals und die gute Anbindung an das externe medizinische Versorgungssystem. In ein Notfallüberwachungsraum in unmittelbarer Nähe der Nachtbereitschaft können Patientinnen vorübergehend verlegt und überwacht werden, deren physischer oder psychischer Zustand die Unterbringung in der Wohngruppe akut ausschließt. Im Falle des Auftretens einer ernsthaften akuten Erkrankung erfolgt eine Einweisung in ein regionales Akut- oder Bezirkskrankenhaus. Die Fachklinik Legau arbeitet hier bei Bedarf mit dem BKH Memmingen, der Ambulanz im Klinikum Memmingen und der Unfallchirurgie Leutkirch, sowie den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen der Region zusammen.

2.8.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppentherapie und andere psychoedukative und erfahrungsorientierte Gruppenangebote

Die Psychotherapie unterstützt die Patientin dabei, sich mit den der Suchtmittelabhängigkeit verbundenen Persönlichkeitsproblemen (Defizite im Erleben und Verhalten, eingeengte Kontakt- und Wahrnehmungsfähigkeit etc.) auseinanderzusetzen. Ziel dabei ist, dass die Patientin zufrieden abstinent leben kann und andere Möglichkeiten entwickelt, mit Problemen und schmerzlichen Gefühlen umzugehen, als dies mit dem Suchtmittel zu betäuben.

Zugang zu den seelischen Hintergründen der Suchterkrankung zu finden, ist nur möglich, wenn die Patientin bereit ist, auf ihr Suchtmittel zu verzichten. Nur dann ist sie fähig, sich selbst und ihre Umgebung unverfälscht wahrzunehmen und ihre Flucht aus der Realität zu beenden.

In unserer Einrichtung nimmt die Psychotherapie in Form von Einzel- und Gruppengesprächen, indikativen Gruppen sowie den themenzentrierten Gruppen einen breiten Raum ein. Dabei werden je nach Ausbildung der Therapeuten und Therapeutinnen verschiedene Methoden entsprechend unserer theoretischen Grundlagen angewandt (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Verfahren Gesprächstherapie, Psychodrama, systemische Therapie, körperorientierte Verfahren, Verfahren aus der Traumatherapie, z. B. Stabilisierungstechniken, achtsamkeitsbasierte Verfahren).

Wesentlich für den therapeutischen Prozess ist die Beziehung der Patientin zu ihrer/ihrem Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut. Eine vertrauensvolle, wertschätzende Atmosphäre stellt daher die wichtigste Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg dar.

Der Leidensweg suchtkranker Menschen führt in eine zunehmende Isolation und seelische Vereinsamung, ihre Beziehungsfähigkeit ist durch Verheimlichung, Verdrängung, Angst und Misstrauen eingeschränkt. Schuldgefühle und Selbstvorwürfe festigen ein negatives Selbstbild. Die

Psychotherapie in der Klinik soll der Patientin einen sicheren Rahmen vermitteln, in dem sie allmählich Ängste abbauen und sich mit ihren Empfindungen ehrlich zeigen kann, ohne Ablehnung befürchten zu müssen. Dann ist es für sie möglich, ihr bisheriges Leben realistisch zu betrachten und ihre Lebensgeschichte mit allen schmerzlichen Erfahrungen, Versäumnissen und Fehlern zu akzeptieren. Auch kann sie in der geschützten Klinikatmosphäre neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen erproben und ihre Erfahrungen in Gesprächen reflektieren.

Wir erwarten von der Patientin die Bereitschaft, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf neue Erfahrungen einzulassen und sich mit ihrer Person, ihren Beziehungen und ihrem Suchtverhalten auseinanderzusetzen.

Die Gruppengröße liegt zwischen 8 und 11 Patientinnen. Im Folgenden werden die einzelnen Therapiemodule etwas näher erläutert.

Gruppentherapie in der Bezugsgruppe

Die therapeutische Gruppenarbeit bietet die Gelegenheit, sich selbst im Umgang mit anderen Menschen besser kennenzulernen und das eigene Verhalten und Erleben innerhalb des dynamischen Gruppengeschehens zu verändern. Durch Rückmeldungen anderer Gruppenmitglieder kann die Patientin erkennen, welche Gefühle ihr Verhalten bei anderen auslöst und sich so ihre Stärken und Defizite bewusst machen. Ebenso kann sie ihre eigenen emotionalen Reaktionen in verschiedenen Beziehungen wahrnehmen und manchmal Verbindungen zu früheren Erlebnissen und Bezugspersonen herstellen.

Im offenen Austausch der Sucht- und Lebensgeschichten erfahren die Patientinnen, dass sie nicht allein sind mit ihren Problemen. Schuld- und Schamgefühle bauen sich allmählich ab. Durch die emotionale Beteiligung am Schicksal der anderen werden eigene Gefühle bewusst und können leichter ausgedrückt werden. Das Verständnis für die eigene Gefühlswelt und die anderer wächst. Die Gruppe ist ein ideales Übungsfeld, neue Möglichkeiten in der Gestaltung von Beziehungen und im Umgang mit Konflikten zu erproben.

Eine therapeutische Kerngruppe besteht aus ca. 10 Patientinnen, die gleichzeitig auch eine oder mehrere Wohngruppen bilden (bei den Müttern bilden die Frauen aller drei Wohngruppen des Mütterhauses eine Kerngruppe).

Durch das enge Zusammenleben in der Wohngruppe werden häufig Konflikte, Beziehungsprobleme und Schwierigkeiten im Sozialverhalten rasch deutlich und können in der Kerngruppe thematisiert werden. Jede Gruppe wird in der Regel von zwei Therapeuten/innen im Co-Therapiesystem geleitet. Die Gruppen sind offen, d. h. in bestimmten Abständen wird ein Teil der Gruppe entlassen und neue Patientinnen werden aufgenommen, wobei wir versuchen, möglichst immer mehrere Patientinnen gleichzeitig aufzunehmen. Nach unseren Erfahrungen wachsen die neuen Patientinnen recht schnell in die Gruppe hinein (Modelllernen). Wichtige Bereiche wie Abschiednehmen und Aufbauen neuer Beziehungen werden durch den Wechsel immer wieder Thema.

Im Rahmen der Gruppentherapie erarbeitet jede Patientin im Verlauf ihrer Therapie ihr individuelles Rückfallvorbeugungskonzept. Themen sind im Zusammenhang mit der **Rückfallprävention** u. a. das Erkennen von Risikofaktoren, möglichen Interventionsmaßnahmen vor, während und auch nach erfolgtem Rückfall, sowie die Vermittlung eines enttabuisierten Rückfallkonzeptes. Die psychotherapeutische Kerngruppe findet regelmäßig dreimal pro Woche jeweils 1,5 Stunden statt.

Einzeltherapie

Ergänzend zur Gruppentherapie wird **wöchentlich** mit jeder Patientin ein therapeutisches Einzelgespräch (25–50 Min) geführt. Da in diesem geschützten Rahmen die Angst, verletzt zu werden, wesentlich geringer ist als in der Gruppe, fällt es der Patientin meist leichter, sich emotional zu öffnen.

Der Schwerpunkt der Gespräche liegt nach dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung in der Identifizierung und Aufarbeitung der Abhängigkeitserkrankung, der Motivation zur Abstinenz und der Entwicklung von Verhaltensalternativen. Besondere Berücksichtigung findet die emotionale Auseinandersetzung mit Schuld- und Schamgefühlen, sequenzieller Traumatisierung, Beziehungsproblemen, Regeln, Grenzen und Konflikten sowie dem Umgang mit Selbstwertkrisen.

Die Bezugstherapeuten und Therapeutinnen legen großen Wert auf eine ressourcenorientierte Haltung gegenüber der Patientin.

Bei Bedarf werden zusätzliche Kriseninterventionsgespräche angeboten.

Resilienz und Achtsamkeit

Hier werden die Patientinnen indikativ in den ersten sieben Wochen mit dem Konzept der Resilienz vertraut gemacht. Bei der **Resilienz** handelt es sich um die seelische Widerstandskraft des Menschen und die Fähigkeit, sich von schwierigen Lebenssituationen nicht unterkriegen zu lassen und an Belastungen nicht zu zerbrechen.

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

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

Ergänzt wird das Konzept durch achtsamkeitsbasierte Techniken zur Rückfallvorbeugung.

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

Die Gruppe ist als Eingangsgruppe für alle Patientinnen curricular organisiert. Ihr Ziel ist es, auch die Abstinenzentscheidung und die Therapiemotivation zu stärken.

Traumatherapie

Der überwiegende Teil der Patientinnen hat in ihrer Lebensgeschichte traumatische Ereignisse erfahren. Aus diesem Grund bieten wir traumaspezifische Psychotherapie an. Unser Behandlungskonzept orientiert sich dabei an einem ressourcenorientierten Ansatz. Das heißt, vor einer Traumabearbeitung streben wir zunächst immer eine ausreichende Stabilisierung der Patientin an. Sie erfolgt in Gruppen- und Einzelübungen und -gesprächen sowie in eigenen Übungen der Patientin in ihrer Freizeit.

Nach einer Diagnosephase wird im Falle einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Einvernehmen mit der Patientin, die Teilnahme an der **Indikationsgruppe „Trauma“** empfohlen (5 Wochen Dauer, einmal wöchentlich).

Hier vermitteln wir zunächst das nötige *Basiswissen* in Bezug auf das Trauma und die Traumafolgen. Es ermöglicht den Patientinnen, eigene Verhaltensweisen, Symptome und Bewältigungsversuche – dazu gehört auch die Suchterkrankung – als Traumafolgestörung zu erkennen und dadurch ein besseres Verständnis für die eigene Person zu entwickeln.

Die Patientinnen erlernen *Imaginations-Übungen* (innerer sicherer Ort, innere Helfer, Tresorübung, Lichtübung) und *Reorientierungs-Techniken*, die von ihnen zukünftig zur Stressregulierung und Selbststeuerung eingesetzt werden können.

Zur Unterstützung bei akutem Suchtverlangen oder Selbstverletzungsdruck wird mit jeder Patientin ein *Notfallplan* erarbeitet und „ein *Notfallkoffer* gepackt“, den sie zukünftig jederzeit zu ihrer Verfügung bereithalten kann.

In der Einzelpsychotherapie wird die seelische *Stabilisierung vertieft*. Bei komplex traumatisierten Patientinnen bedürfen die seelischen Prozesse jedoch mehr Entwicklungszeit. Eine Traumakonfrontation und -integration ist in diesem Fall oft erst im Anschluss an eine stationäre Behandlung bei ausreichender Stabilisierung in ambulanter traumaspezifischer Psychotherapie erreichbar.

Umgang mit Depressionen

Der überwiegende Teil der Rehabilitandinnen leidet unter depressiven Symptomen. In der Diagnostik ist häufig unklar, ob zuerst die depressive Symptomatik, oder die Suchterkrankung und in der Folge depressive Phasen auftraten. In der indikativen Gruppe: „Umgang mit Depressionen“, werden zunächst psychoedukativ Informationen zu verschiedenen Formen einer depressiven Erkrankung vermittelt. Im weiteren Verlauf wird ein individuelles praktisches Verhaltenstraining angeboten um depressive Abwärtsspiralen, negatives Denken und selbstschädigendes Verhalten zu stoppen. Zusammenhänge zwischen Sucht und Depressionen werden ebenso vermittelt wie mehr Sensibilität für die Früherkennung depressiver Symptome.

Themenzentrierte Gruppe und Referate

Die themenzentrierte Gruppe ist eine Informations- und Gesprächsgruppe. Ziel ist eine stärker kognitiv und psychoedukativ betonte Auseinandersetzung um alle Suchtfragen und die damit in Verbindung stehenden persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Probleme. Themenschwerpunkte sind: Suchtentwicklung, Sucht als Systemerkrankung, Suchtverlagerung, Rückfall, Depressionen, körperliche Folgen von Alkoholabhängigkeit, Beziehungsabhängigkeit und Gesundheitserziehung.

Literatur, Broschüren, Videofilme etc. unterstützen die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themen, die in Bezug stehen zur individuellen Lebensgeschichte, zur Suchtentwicklung und zur Therapie. Jede Patientin setzt sich mit einem Thema intensiver auseinander und hält dazu ein Referat, wodurch Ängste abgebaut und das Selbstbewusstsein gestärkt wird. Durch die Referate werden die Mitpatientinnen angeregt, ihre eigenen Erfahrungen mit der Thematik untereinander auszutauschen.

Die themenzentrierte Gruppe (TZG) findet ab der zweiten Behandlungswoche für alle Patientinnen insgesamt zehnmal 1,5 Stunden statt. Die Gruppen werden vom therapeutischen und ärztlichen Personal und weiteren Referentinnen der Einrichtung angeboten.

Im Rahmen der TZG findet auch ein Vortrag zur Gewaltprävention und zum Gewaltschutzgesetz in Zusammenarbeit mit der Polizeidirektion Kempten statt.

Vollversammlung

Einmal wöchentlich findet eine Vollversammlung statt, die von zwei Patientinnen moderiert wird und sich mit Fragen der therapeutischen Gemeinschaft beschäftigt.

Die Vollversammlung beinhaltet Themen der allgemeinen Therapieorganisation insbesondere:

- die Vorstellung der neu aufgenommenen Patientinnen
- die Verabschiedung der Entlasspatientinnen
- die Verteilung von Diensten und Aufgaben
- Informationen des Behandlungsteams
- Lob, Fragen Kritik, Beschwerden und Anregungen der Patientinnen
- Anträge und Mitteilungen außerhalb der Therapieregeln
- der offene Umgang mit Abstinenz Erfahrungen Rückfällen und möglichen Konsequenzen

In der Vollversammlung lernen die Patientinnen, offen ihre Anliegen vorzutragen, Verantwortung für die Hausgemeinschaft zu entwickeln und Erfahrungen an neue Patientinnen weiterzugeben.

2.8.5 Psychosoziales Kompetenztraining in der Wohngruppe

Zur Soziotherapie rechnen wir all diejenigen Bereiche, die in das soziale Umfeld jeder Patientin hineinwirken und/ oder stärker durch die Selbstorganisation der Patientinnen geprägt sind. Die Fachklinik Legau bietet mit ihrem Wohngruppenkonzept eine Möglichkeit, die psychosoziale Kompetenz im Therapiealltag zu verbessern. Insbesondere für Patientinnen mit hohen Strukturdefiziten und Bindungsstörungen, sind die erlernbaren Copingstrategien einer therapeutischen Gemeinschaft hilfreich, um teilhabeorientierte Rehabilitationsziele zu erreichen.

Leben in den Wohngruppen

Die Wohngemeinschaften bilden ein Modell einer sozialen Gruppe mit dem gemeinsamen Ziel, ein suchtmittelfreies Leben zu erlernen. Suchtmittelabhängige Menschen nehmen je nach Grad ihrer Erkrankung kaum mehr am sozialen Leben teil. Während viele Patientinnen zu Beginn der Behandlung einem Leben in einer Wohngemeinschaft mit Frauen eher ängstlich und mit Widerständen entgegen sehen, entwickelt sich häufig bereits nach wenigen Tagen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Gemeinschaft.

Wir gehen davon aus, dass jede Erfahrung positiver Bindung sich heilend auf die Bindungsfähigkeit der Patientin auswirkt und ihre Zuversicht, das Leben suchtmittelfrei zu bewältigen, stärkt.

Wir unterstützen das Zusammenleben in den Wohngruppen. Damit die Gemeinschaften ihren therapeutischen Sinn der Stärkung erfüllen, bedarf es klarer Regeln und einer intensiven Begleitung in allen Phasen der Therapie. Folgende therapeutische Bausteine unterstützen dieses Konzept:

- Jede Patientin wird von einer Mitpatientin in der Funktion einer Patin am Aufnahmetag begrüßt und in der ersten Therapiewoche begleitet. Die Aufgaben der Patin werden zuvor mit ihr besprochen und eingegrenzt.
- Die Wohngruppe ist gleichzeitig auch die Therapiegruppe. In der psychotherapeutischen Gruppenarbeit wird bewusst ressourcenorientiert mit den entstehenden Übertragungen und sozialen Strategien der Patientinnen gearbeitet, die durch das Zusammenleben auftauchen. Das dadurch angeregte Modelllernen (Coping) erweitert deutlich die sozialen Kompetenzen der Patientin.
- Jeder Wohngruppe ist eine Wohngruppenbetreuung zugeordnet, die die Gruppenprozesse durch wöchentliche WG-Besprechungen über Regeln und Grenzen, Freizeitangebote, zeitweise Begleitung bei den Mahlzeiten, Mediationsangeboten und Strukturhilfen insbesondere am Wochenende zu Verfügung steht. Die WG-Betreuung steht in engem Kontakt mit den Bezugstherapeuten und Bezugstherapeutinnen.
- Für das Frühstück und das Abendessen sorgt die Wohngemeinschaft selbst. Sie wird dafür von unserer Hauswirtschaft mit Lebensmitteln und individueller Ernährungsberatung versorgt. Die gemeinsame regelmäßige gesunde Ernährung gehört zum therapeutischen Pflichtprogramm.
- Die Wohngruppe kann gemeinsam Ausflüge und Freizeitaktivitäten unternehmen, die von unserem Haus gefördert werden und das Gemeinschaftsgefühl stärken. Für viele ist die Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben eine verschüttete Ressource.
- Bewältigte Krisen stärken die Wohngemeinschaft und jeden einzelnen in seiner Frustrationstoleranz. Konfliktmanagement und soziales Kompetenztraining sind daher wesentliche therapeutische Kernprozesse.

2.8.6 Arbeitsbezogene Interventionen

Ein zentrales Rehabilitationsziel ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit auch die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Zielsetzungen und Maßnahmen der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) ist:

- Die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern,
- Eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs der Rehabilitandin zu erhalten,
- Eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen,
- Erwerbsbezogene – das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische – Förderfaktoren zu stärken,
- Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychomentele Teilhabehindernisse zu berücksichtigen,
- Eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln.

Anamnese

Die arbeitsbezogenen Interventionen beginnen mit einer Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen. Dies erfolgt zunächst in einer Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese die neben der Selbsteinschätzung der Rehabilitandin bzgl. der sozialen Integration am Arbeitsplatz, auch eine psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen sowie Screening Verfahren (SIBAR) zur erwerbsbezogenen Analyse beinhaltet.

Mit dieser Analyse werden die erwerbsbezogenen Belastungen, ein mögl. Frühberentungsrisiko und daraus abgeleitete individuelle Behandlungsbedarfe erhoben.

Zielgruppenanalyse

Zu folgende **Zielgruppen** werden die Patientinnen aufgrund der Anamnese, der Fallbesprechungen im Haus Team sowie unter aktueller Berücksichtigung der Motivation der Patientinnen zugeordnet:

BORA-Zielgruppe 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 2: Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 3: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I).

Auch Erwerbstätige, die während Krankschreibung arbeitslos werden (zum Beispiel befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag) werden in der Regel der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I oder Bürgergeld. Diese Rehabilitanden werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

BORA-Zielgruppe 4: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von Bürgergeld).

BORA-Zielgruppe 5: Hierzu zählen in unserer Klinik, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Weitere Differenzierungen innerhalb dieser vorgeschlagenen kategorialen Zuordnungen zu Zielgruppen können sich aus der Diagnostik/Analyse der Ausgangsbedingungen (jenseits der hier vorgeschlagenen Kategorien für Zielgruppen) ergeben.

Individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung / Entwicklung von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen

Für alle Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1 bis 5 sind eine individuelle Therapieplanung und die Entwicklung von BORA-spezifischen individuellen Therapiezielen erforderlich. Die Therapieplanung und die Zuordnung zu den einzelnen Maßnahmen erfolgt im jeweiligen Haus Team analog zu den suchttherapeutischen Zielen (Vgl. 2.5 und 2.8), sowie im arbeitsbezogenen Einzelgespräch durch den/die Arbeits- / Ergotherapeuten/in

Therapieleistungen

Folgende berufsorientierter Therapieleistungen werden in der Fachklinik Legau angeboten und je nach Absprache und Indikation mit der Rehabilitandin durchgeführt

Jeweils in Klammer steht die Relevanz für die Bora-Zielgruppe

1. **Praktische Arbeitstherapieplätze** zum Training von Grundarbeitsfähigkeiten (**Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard**) :
Hauswirtschaft, Küche und Wäscherei
Werken (zweckorientiert)
Kioskverkauf
Büchereiverwaltung
Garten und Blumenpflege
2. **Gesprächsgruppe "Beruf und Sucht"** (**Bora Zielgruppe 3 – 4 Standard; ggf. auch 2 und 5**):
Gruppe zur Analyse der individuellen Zusammenhänge von Sucht und Arbeit.
Erstellung einer Bewerbungsmappe, Training von Bewerbungsgesprächen, Informationen über Arbeitsrechtliche Dinge, Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz, die durch den Konsum entstanden sind oder auslösend waren.
3. **EDV Grundagentraining und Internetkompetenz** (**Bora Zielgruppe 1 – 5 bei individueller Notwendigkeit**): um Barrieren für Rehabilitandinnen mit geringen oder keinen PC Kenntnissen zu verringern sowie Internet und Medienkompetenz zu erweitern
4. **Reflexionsgruppe** (**Bora Zielgruppe 1 – 5**) für alle Patientinnen in der Hauswirtschaft (Konfliktklärung, Selbst- und Fremdwahrnehmungsanalyse in Bezug auf Arbeits- und Sozialverhalten und Arbeitsorganisation)
5. **Vermittlung von Beratungsgesprächen durch externe Beratung** der Arbeits Agentur (nur auf Heimfahrten möglich) (**Bora Zielgruppe 1 – 5 bei individueller Notwendigkeit**): allgemeine Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Chancen und Arbeitsmarktentwicklungen, sowie Maßnahmen der Teilhabe.
6. **Arbeitsbezogene Sozialberatung** durch die interne Sozialberatung (**Bora Zielgruppe 3 – 4 Standard*; ggf. auch 2 und 5**): wirtschaftliche Sicherung, Termine mit Arbeitsberatern und Firmen, Allgemeine Berufsberatung.
7. **Interne Belastungserprobung** (**Bora Zielgruppe 1 – 5 bei individueller Notwendigkeit und Motivation**):
AT – Projekte im Haus: Renovierungsarbeiten, Gartenprojekte, Innenraumgestaltung, Verkaufsprojekte bei Bazaren, ...

Ergänzende arbeitsbezogene ergotherapeutische Leistungen: 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.

9. **Anleitung zum Gedächtnistraining** (**Bora Zielgruppe 1 – 5 bei individueller Notwendigkeit**):
nach zuvor erfolgter Merkfähigkeitstestung der verbalen Gedächtnisleistung
10. **Führerscheinberatung** Informationen zur Wiederherstellung der Kraftfahrteignung
11. **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. Nicht Perfektion steht im Vordergrund, sondern das Kennenlernen und Vertraut werden mit unterschiedlichen, vom Medium Sprache unabhängigen Ausdrucks- und Gestaltungsmöglichkeiten. 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, Peddigrohr, Makramee, Papier, Textiles, Filzwolle ...)

11. **Erfahrungsorientierte Angebote zur Kreativitätsförderung** und Handlungserweiterung in Projekten **(Bora Zielgruppe 1 – 5, bei Indikation und ausreichender Motivation):**
(Musik-, Theater-, Kunstprojekte ...) und einer indikativen Gruppe (themenzentriertes Malen)

Ergänzende arbeitsbezogene medizinische Leistungen:

12. Ärztliches Beratungsgespräch zur Überprüfung einer stufenweisen Wiedereingliederung.
(Bora Zielgruppe 2 – 4 Standard)
13. Ärztliche Diagnostik und Beratungsgespräch zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeit.
(Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard)
14. Interne und externe fachärztliche Therapien zur Behandlung von arbeitsbezogenen körperlichen Funktionseinschränkungen. **(Bora Zielgruppe 1 – 5 bei Indikation)**

Ergänzende arbeitsbezogene psychotherapeutische Leistungen:

15. Psychotherapeutisches Beratungsgespräch zu arbeitsbezogenen Themen. **(Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard)** Mögliche Inhalte: psychische Konflikte und suchtbedingte psychische Veränderungen die sich auf den Arbeitsplatz auswirken, Mobbing am Arbeitsplatz, Hilfe bei der Entwicklung von arbeitsbezogenen Zielen bei Menschen mit depressiven Störungen, Umgang mit Suchtdruck am Arbeitsplatz, etc.
16. Psychotherapeutisches Gespräch mit Betriebsangehörigen und Rehabilitanden **(Bora Zielgruppe 2 bei individuellem Bedarf)**

Zielüberprüfung und Dokumentation

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

Folgende teilhabeorientierte Fähigkeiten werden in verschiedenen Handlungsfeldern gefördert:

1. **Grundarbeitsfähigkeiten:**
Wie: Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration, Merkfähigkeit
2. **Soziale Fähigkeiten:**
Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe
3. **Selbstbild:**
Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit

Folgende Instrumente dienen der Überprüfung und Dokumentation des Erfolgs der arbeitsbezogenen Therapieziele:

1. Therapieplanung im multidisziplinären Haus Team, im Verlauf und vor Entlassung (**Bora Zielgruppe 1 – 5**)
2. Einzelgespräch beim/ bei der Arbeits-/Ergotherapeut/in (**Bora Zielgruppe 3 – 4 Standard**)
3. Medizinische Zwischen°- und Abschlussuntersuchung* zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit (**Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard*, bei Bedarf°**)
4. Nachbefragung und Beurteilungsbögen nach Arbeitstherapieeinsätzen (**Bora Zielgruppe 3 – 4 Standard**)
5. Austausch in der Reflexionsgruppe nach Arbeitstherapieeinsätzen (**Bora Zielgruppe 1 – 5 Standard**)
6. Nachbefragung und Beurteilungsbögen nach internen Praktika (**Bora Zielgruppe 1 – 5 nach Durchführung**)
7. Nachbefragung und Beurteilungsbögen nach externen Praktika (auch durch die Firma und in Begleitung des Arbeits-/Ergotherapeuten) (**Bora Zielgruppe 3 – 4 Standard**)
8. Dokumentation in der Patientenakte und zusammenfassend im Reha Entlass Bericht (**Bora Zielgruppe 1 – 5**)

2.8.7 Körpertherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren

Ziel der Sport- und Bewegungstherapie ist die Entwicklung von Körperbewusstsein bzw. der Erwerb einer positiven Einstellung zum eigenen Körper. Daneben geht es auch um die Wiederherstellung und Verbesserung von Beweglichkeit, Ausdauer, Kraft und Koordination. Neue Sport- und Bewegungsarten können ausprobiert und gelernt werden.

Durch körpertherapeutische Übungen kann die Patientin eine bewusstere Beziehung zu ihrem Körper entwickeln und Kontakt mit anderen herstellen. Das Erleben von Distanz und Nähe soll ihr die Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse und Ängste erleichtern und ihr neue Erfahrungen ermöglichen.

Zum festen Programm des Hauses gehören Frühsport (Kreislauftraining und Gymnastik), Hallensport, Schwimmen (nicht im Mutter-Kind-Haus), angeleitete Achtsamkeitsübungen, Sauna, Kneippbecken, Wandern, Nordic-Walking, Radfahren und im Winter Skilanglauf. Entsprechend ihrem körperlichen Befinden wird jede Patientin nach einer ärztlichen Untersuchung der für sie geeigneten Sportleistungsgruppe zugeteilt. Außerdem werden verpflichtend verschiedene Entspannungsverfahren wie Yoga, Achtsamkeitstraining durchgeführt. Daneben werden im Rahmen von Indikationsgruppen oder Projekttagen körpertherapeutische Übungen, Musiktherapie, Aromamassage, Bewegungsspiele u. ä. angeboten. So besteht bei uns die Möglichkeit, neue Erlebnismöglichkeiten zu erschließen und eigene Fähigkeiten neu oder wieder zu entdecken.

Auch für die Sport- und Bewegungstherapie werden individuelle teilhabeorientierte Rehaziele in den Fallbesprechungen und mit der Patientin abgestimmt.

Die Umsetzung, Verlauf- und Ergebnissicherung erfolgt ebenfalls durch die Sporttherapie, die ihre Ergebnisse dokumentiert und zur Erstellung des Rehaentlassberichtes an die ärztliche Leitung weitergibt.

2.8.8 Freizeitangebote/Samstagsprogramm

Für viele Patientinnen sind im Laufe der Entwicklung ihrer Suchtmittelabhängigkeit die persönlichen Hobbys und Freizeitaktivitäten immer mehr in den Hintergrund gerückt oder sogar völlig verloren gegangen. Die Unterstützung für eine befriedigende Freizeitgestaltung halten wir daher für einen ganz wesentlichen Baustein der Gesamtbehandlung, da durch die Zunahme einer größeren Lebenszufriedenheit auch die Gefahr eines Rückfalls vermindert wird. Therapeutische Maßnahmen finden diesbezüglich im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie, sowie der Ergotherapie statt.

Unsere Wohngruppenbetreuung motiviert die Patientinnen immer zu gemeinsamen oder individuellen Freizeitaktivitäten.

Wir unterstützen Initiativen zu Ausflügen und die Nutzung von kulturellen Angeboten in der Region, auf die wir auf unserer „Freizeitpinnwand“ aktuell hinweisen.

Eine Legauer Besonderheit sind die mit viel Engagement von Mitarbeitern organisierten Feste und Feiern unter der Beteiligung der Patientinnen. Ein Modell alkoholfreier Feste, bei der die Freude und der Spaß im Mittelpunkt stehen.

In ihrer Freizeit können die Patientinnen nach Rücksprache mit ärztlicher Leitung Sportgeräte, Turnhalle und Sauna nutzen.

Jeden Samstag bieten wir (sechsmal verpflichtend) ein 90-minütiges therapeutisches Gruppenangebot (Themen aus der Psychotherapie aber auch aus dem musisch, kreativen Bereich) an.

2.8.9 Sozialberatung

Die Sozialberatung wird nach Bedarf der Patientin oder durch Vermittlung der Bezugstherapie durch einen eigenen Sozialdienst im Haus durchgeführt.

Kern der Beratung ist es, neben der Bestandsaufnahme sozialrechtlicher Probleme und Notwendigkeiten, die Patientin im Umgang mit Behörden und Ämtern in ihrer Selbstverantwortung zu stärken. Insofern folgt die Sozialberatung dem Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe und Förderung zur Teilhabe im Alltag.

Die Unterstützung durch die Sozialberatung ist je nach individueller Kompetenz der Patientin unterschiedlich. Häufig erfordern Überschuldung, versäumte Antragsstellungen, schlechte Sprachkenntnisse und ein geringes Bildungsniveau mehr Hilfestellung durch den/die Berater.

Aufgaben der Sozialberatung:

- Unterstützung beim Kontakt mit Behörden z. B. den Arbeitsagenturen bzgl. der Fortzahlung von Arbeitslosengeld II, sofern diese nicht bereits vor Behandlungsantritt in die Wege geleitet wurde.
- Hilfe bei Erstellung von Anträgen auf Übergangsgeld und ggf. der Therapienebenkosten bei den zuständigen Leistungsträgern.
- Kontaktadressenvermittlung für Nachsorge, therapeutisches Wohnen, Beratungsstellen (u. a. bei aktueller Zahlungsunfähigkeit der Patientin)
- Hilfe bei der Kostenabklärung für zu Hause gebliebene Kinder oder für Kinder, die während ihrer Ferien die Mutter besuchen
- Beratung bei Widerspruchsentscheidungen
- Allgemeine Beratung bei rechtlichen Fragen
- Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen, und Antragsstellungen
- Arbeits- und sozialrechtliche Beratung
- Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung
- Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

2.8.10 Gesundheitsbildung und Ernährungsschulung

Die **Gesundheitsbildung und Ernährungsberatung** findet in der Klinik auf drei Ebenen statt: Den psychoedukativen Teil übernehmen die medizinische Abteilung und eine externe Ökotrophologin.

I. In **Kurzvorträgen** im Rahmen der Themenzentrierten Gruppe werden medizinisches Wissen und Zusammenhänge von Gesundheit und Lebensstilen sowie Suchtfolgen vermittelt. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für verschiedene Möglichkeiten gesundheitsfördernder Maßnahmen und Vermeidung krankmachenden Verhaltens werden gemeinsam erarbeitet.

II. Der zweite **praktische Teil** findet im Rahmen unseres Wohngruppenkonzeptes statt. Patientinnen nehmen regelmäßig in der Wohngemeinschaft ihr selbst zubereitetes Essen ein. Bei der Lebensmittelausgabe werden sie regelmäßig über Inhaltsstoffe, ausgewogene Ernährung und Zubereitung informiert und beraten. Gesunde, regelmäßige Ernährung und Esskultur werden täglich eingeübt

III. Den dritten Teil bildet die **individuelle Ernährungsberatung** nach vorliegender Indikation durch die Ärztin/ den Arzt. Diese wird notwendig bei der Einhaltung bestimmter Diäten, bei Essstörungen, Allergien oder Stoffwechselerkrankungen. In die Beratung einbezogen sind neben der medizinischen Abteilung die Bezugstherapie und die Hauswirtschaft.

Patientinnen mit Essstörungen

Bei einigen unseren Patientinnen zeigen sich neben dem Vorliegen einer Suchtmittelabhängigkeit auch Essstörungen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich in der Lebensgeschichte dieser Patientinnen häufig Phasen von Bulimie/Anorexie/Adipositas und Suchtmittelmissbrauch abwechseln und dass während der stationären Behandlung eine Essstörung wieder auftreten kann. Eine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung unter Berücksichtigung der Essstörung ist sinnvoll und begünstigt die Prognose für eine stabile Abstinenz.

Voraussetzung ist die Bereitschaft zum Symptomverzicht oder zumindest zur Symptomreduzierung und ein offener Umgang mit der Essstörung, sowie stabile Laborwerte (Calium/BDI)

Die individuell möglichen Ziele und Schritte, orientiert an den Fähigkeiten und Stärken der Patientin, werden gemeinsam mit der Betroffenen ggf. in einem individuellen **Therapievertrag** vereinbart.

Folgende **Bausteine unseres Therapieprogramms** haben sich nach unserer Erfahrung bewährt und können motivierter Patientinnen mit einer Essstörung auf ihrem Weg zu einem gesunden Essverhalten unterstützen:

1. In den wöchentlichen **Einzeltherapiesitzungen** besteht die Möglichkeit, sich intensiv mit den Ursachen und Folgen der Essstörung auseinanderzusetzen.
2. In **einer individuellen Ernährungsberatung** werden mit der Patientin Wege für eine bewusste genussorientierte Ernährung besprochen.
3. Wir legen großen Wert auf die **regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten**, die im Rahmen der Arbeitstherapie unter **Berücksichtigung ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse** und unter Anleitung einer Hauswirtschafterin selbst zubereitet werden. Die Mahlzeiten werden in den Wohngruppen eingenommen.
4. Die Führung eines **Esstagebuchs** kann die Ernährungsumstellung unterstützen.

5. Im Rahmen der Sporttherapie werden **individuelle Trainingsprogramme** erarbeitet. Übergewichtige Patientinnen versuchen wir zu einer Gewichtsreduktion zu motivieren. Mithilfe von Essplänen soll ein ausgewogenes und gesundes Essverhalten trainiert werden.
6. In erfahrungsorientierten Indikationsgruppen/Vorträgen wie **Körperwahrnehmung, Musiktherapie, Selbstverteidigung, Aromamassage, gesunde Lebensführung und Ernährung** lernt die Patientin, bewusster auf ihre Gefühle und körperliche Reaktionen zu achten, sich mit ihrem Selbstbild auseinanderzusetzen und einen wertschätzenden Umgang mit sich einzuüben.

Trotz dieser unterstützenden Bausteine auf verschiedenen therapeutischen Ebenen müssen wir darauf hinweisen, dass wir nur über eingeschränkte Ressourcen verfügen, um eine im Vordergrund stehende Essstörung zu behandeln. Wir verweisen hierzu auf entsprechende Facheinrichtungen.

Schnittstellen zu anderen Rehabereichen

Das Thema einer gesundheitsbewussten Lebensgestaltung zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte Entwöhnungsbehandlung und wird deswegen in allen Bereichen und Phasen der stationären Entwöhnungsbehandlung mit der Patientin zusammen diskutiert.

Darüber hinaus ist sich die Fachklinik Legau auch ihrer Verantwortung für Umwelt und Natur bewusst. Dies bedeutet einen schonungsvollen Umgang mit natürlichen Ressourcen und einen pfleglichen Umgang mit der unmittelbaren Umwelt der Klinik.

Das ökologisch bewusste Verhalten der Patientin wird durch geeignete Maßnahmen, z. B. Information der Patientinnen zur richtigen Abfalltrennung und über richtiges Heizen und Lüften gefördert.

Tabakentwöhnung

Alle nikotinabhängigen Patientinnen die etwas an ihrem Konsum verändern möchten, nehmen 4-mal an einer Motivationsveranstaltung zur Tabakentwöhnung teil.

Kern der Angebotes ist neben der Vermittlung von Informationen über die Nikotinabhängigkeit und deren gesundheitliche Folgen die Unterstützung von Menschen, die etwas an ihrem Rauchverhalten verändern möchten, und zwar in Form von Motivationsgesprächen und verhaltenstherapeutischen Angeboten. Ziel ist der Rauchstopp oder zumindest die Reduktion des Konsums.

2.8.11 Angehörigenarbeit

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

Die Beziehungen zu den Partnern/Partnerinnen und nächsten Angehörigen spielen in der Einzel- und Gruppentherapie eine wichtige Rolle. Dabei stellen sich oft wichtige Themen heraus, die es mit den Angehörigen zu besprechen und zu klären gilt. Die Patientin hat dazu Gelegenheit bei Besuchs-wochenenden und Heimfahrten. Wir bieten aber auch von Seiten der Klinik die Möglichkeit

zu therapeutischen Gesprächen mit Angehörigen. Dabei ist das Ziel, das Bewusstsein für die Veränderungen durch die Therapie und das Wegfallen des Suchtmittels zu vertiefen, Probleme zu erkennen und Anstöße für neue Möglichkeiten in den familiären Beziehungen zu geben. Bei ausreichender Motivation der Partner können bis zu drei **Angehörigengespräche** im Verlauf der Behandlung durchgeführt werden.

Das gleiche gilt für die familiensystemische Arbeit mit angehörigen Kindern.

Im Rahmen der Mutter Kind-Therapie gehören Familiengespräche bei ausreichender Bereitschaft zum Standardtherapieprogramm. Wenn sich Angehörige ebenfalls in einer therapeutischen Einrichtung befinden, beispielsweise in der Fachklinik Schönau, werden gemeinsame Gespräche mit den jeweiligen Therapeuten organisiert. Insbesondere bei illegal drogenabhängigen Patientinnen erfordert die Angehörigenarbeit ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, da hier häufiger Verletzungen und Vernachlässigungen in Familiensystemen erfolgt sind. Im Verlauf einer 15 wöchigen Behandlung werden alle Angehörigen zu einem **Angehörigenseminar** eingeladen, in dem die Grundlagen einer Suchtentwicklung, Therapieansätze, Rückfallstrategien und die Situation Mitbetroffener diskutiert werden.

2.8.12 Rückfallkonzept

Um ein suchtmittelfreies Behandlungssetting sicherzustellen werden **Kontrollen** (Alkomattest, Etg-Bestimmungen im Urin, Drogenscreenings) stichprobenartig zu unterschiedlichen Zeitpunkten sowie nach Heimfahrten oder Ausgängen durchgeführt. Insbesondere Patientinnen, die in ihrer Biographie illegale Drogen konsumiert haben, werden aufgrund ihres versteckten Suchtverhaltens auch durch Zimmerkontrollen und Kontrollen der Postsendungen überprüft. Während einer Entwöhnungsbehandlung kann es trotz des geschützten Rahmens einer Fachklinik zu Rückfällen kommen.

Die Ursachen für Rückfälle sind vielfältig:

Häufig führt eine unklare Krankheitseinsicht z. B. die nur halbherzig getroffene Entscheidung für eine Abstinenz oder auch der fehlende Zugang zu eigenen Bedürfnissen und Affekten zu Rückfallgedanken oder Rückfällen.

Wir ermutigen unsere Patientinnen von Therapiebeginn an, dass sie in Gruppen- und Einzeltherapie ihre Rückfallgedanken oder ihre Zweifel an der Notwendigkeit oder Fähigkeit zur Abstinenz von Suchtmitteln ansprechen.

In den Therapiegruppen und Einzelgesprächen ist **Rückfallprävention** sowie ein entsprechender Notfallplan nach einem erfolgten Rückfall Teil der Standardtherapie.

Ist die Patientin während der Rehabilitationszeit außerhalb des Klinikgeländes rückfällig geworden, ist es erforderlich, dass sie trotz evtl. Schamgefühle **Verantwortung für Ihren Rückfall** übernimmt. Nur so können wir gemeinsam mit ihr und der Gruppe eine Rückfallanalyse durchführen.

In einem ärztlichen Untersuchungsgespräch wird der Grad der Intoxikation festgestellt und anschließend über die erforderlichen medizinischen Maßnahmen und die Notwendigkeit einer Verlegung in ein Akutkrankenhaus entschieden.

Nach der ggf. notwendigen Entgiftung findet ein Gespräch mit der/dem Bezugstherapeutin Bezugsthereapeut statt, das in erster Linie dazu dient, die Patientin zu stabilisieren und sie mit dem weiteren Vorgehen vertraut zu machen. Außerdem wird vereinbart, in welcher Form die Mitpatientinnen über den Rückfall informiert werden sollen.

Nachdem die stabilisierenden Maßnahmen wirksam geworden sind, wird mit der Patientin eine ausführliche Rückfallanalyse durchgeführt.

Wir vereinbaren mit der Betroffenen **einen Klausurtag**, an dem sie sich mit dem Rückfallgeschehen auseinandersetzt. Die ernsthafte Auseinandersetzung ist Voraussetzung für die stationäre Weiterbehandlung. Ist diese für das therapeutische Team erkennbar, wird eine **Probezeit von bis zu 14 Tagen** vereinbart.

Am Ende der Probezeit sollte in der darauf folgenden **Bezugsgruppe** die Betroffene einen Bericht vortragen, inwieweit sie durch die Zeit nach dem Rückfall Erkenntnisse gewonnen hat, warum sie die Therapie fortsetzen möchte und welche Ziele sie hat.

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

Bei mangelnder Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, Konsum im geschützten Bereich der Klinik und Wohngruppe, gemeinsamen Konsum mit Mitpatientinnen oder mehrfacher Rückfälligkeit, erfolgt eine vorzeitige Beendigung der Maßnahme auf ärztliche Veranlassung.

2.8.13 Pflege

Der Stellen- und Dienstplan organisiert eine **24-stündige Präsenz** des pflegerisch-medizinischen oder therapeutischen Personals. Die Aufgaben sind neben vorbereitenden und organisatorischen Aufgaben die direkte pflegerische Betreuung der Patientinnen sowie die Dokumentation aller medizinisch pflegerischen Abläufe.

Da die Pflegekräfte insbesondere am Abend, in der Nacht und an Wochenend-/Feiertagsbereitschaftsdiensten alleine tätig sind, ist ihre Einbindung in die Teamarbeit und Supervision entscheidend.

Konkrete Aufgaben der Pflegekräfte

- Durchführung der üblichen pflegerischen Tätigkeiten und deren Dokumentation
- Medikamentenverwaltung
- Medikamentenausgabe nach ärztlicher Verordnung
- Organisation externer Arzttermine
- Suchtmittelkontrollen
- Durchführung von Entspannungsverfahren und Akupunktur
- Kriseninterventionsgespräche
- Ausgabe alternativer Entspannungsmittel (Tee, Aromatherapie, Homöopathie)
- Nicht selten körperliche und seelische Zuwendung
- Begleitung bei der Umsetzung der persönlichen Skilllisten der Patientinnen

2.8.14 Weitere Leistungen

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren, können während der Rehabilitation weitere Leistungen erforderlich werden.

Im letzten Drittel der Reha werden entsprechende Maßnahmen zusammen mit der Rehabilitandin geplant und mit dem Kostenträger abgestimmt.

Sollte eine **Leistung zur Teilhabe** am Arbeitsleben erforderlich sein, wird diese durch die medizinische Abteilung 3–5 Wochen vor Beendigung der Rehabilitation eingeleitet.

Zur weiteren Stabilisierung kommt der **ambulanten Nachsorge** eine große Bedeutung zu. Wir empfehlen den Patientinnen, das Nachsorgeangebot einer Suchtberatungsstelle in Anspruch zu nehmen und regelmäßig eine Selbsthilfegruppe zu besuchen.

Sollten entsprechende Kontakte noch nicht bestehen, so arbeiten wir darauf hin, diese im Rahmen einer Familienheimfahrt herzustellen.

In einigen Fällen ist auch eine weitere stationäre Betreuung notwendig, z. B. in einer Adaptions-einrichtung oder therapeutischen Wohngemeinschaft.

Die Patientin erhält die Unterstützung bei allen Aktivitäten, die für die berufliche und soziale Teilhabe notwendig sind. Hierzu zählen wir Maßnahmen wie:

- die Planung, Organisation, Durchführung und Reflexion einer Belastungserprobung im bisherigen bzw. zukünftigen Lebensumfeld (**Erfahrungstage**)
- die Planung einer ambulanten Weiterbehandlung oder ambulanten Entlassform im Sinne der **Nachsorge**
- Kennenlernen von **Selbsthilfegruppen** während der Therapie (verpflichtende Teilnahme dreimal) und Kontaktaufnahme mit einer wohnortnahen Selbsthilfegruppe
- Organisation der **Arbeitsberatung** beim Job-Center/Arbeitsamt insbesondere bei erwerbslosen Patientinnen
- ggf. Weiterführung einer begonnenen klinischen **Sozialarbeit** (z. B. Schuldnerberatung am Heimatort)
- ggf. Empfehlung einer ambulanten **Psychotherapie**
- ggf. **Hilfeplangespräch mit dem zuständigen Jugendamt**
- ggf. Beantragung einer **stufenweisen Wiedereingliederung**

2.8.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Beendigungskriterien

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

Die Initiative für eine Verkürzung oder Verlängerung der geplanten Behandlungsdauer kann sowohl von der Patientin als auch von der Bezugstherapie und dem/der behandelnden/ behandelnde Arzt/Ärztin ergriffen werden. Die letzte Entscheidung über die Behandlungsbeendigung die ärztliche Leitung.

Bei wiederholten oder schwerwiegenden Regelverstößen (z. B. Androhung oder Anwendung von Gewalt, Konsum von Alkohol, Drogen oder nicht genehmigten Medikamenten in der Klinik) wird die Patientin **in der Regel auf ärztliche Veranlassung oder disziplinarisch entlassen**, falls bei der Patientin keine ernsthafte Veränderungsbereitschaft erkennbar ist.

Während der Behandlung auftretendes suizidales Verhalten/Denken, massiv selbstverletzendes Verhalten und fehlende oder instabile Absprachefähigkeit kann unser Setting überfordern und zur Entlassung auf ärztliche Veranlassung führen.

Vorbereitung auf die Entlassung und Entlassungsuntersuchung

Die Patientin wird rechtzeitig auf die Zeit nach der Reha vorbereitet. Wir besprechen mit ihr anhand einer Broschüre mit Checklisten ihre Nachsorgemöglichkeiten, Rückfallpräventionsstrategien und Erste Hilfen für "die Zeit danach".

In der Regel finden in der Woche vor der Entlassung der Patientin die Abschlussgespräche statt. Das Behandlungsteam spricht bespricht sich über folgende Inhalte:

- Therapieentwicklung und positive Veränderungen
- weiter vorhandene – behandlungsbedürftige – Beeinträchtigungen und Krankheiten
- vorhandene Ressourcen
- Vorbereitung der Rehabilitandin auf die Entlassung

Zeitnahe Erstellung und Versendung des Entlassungsberichts

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

3. Personelle Ausstattung

Die Fachklinik Legau verfügt über ein qualifiziertes, langjährig erfahrenes interdisziplinäres Team; der Personalschlüssel und die Qualifikation der Mitarbeiter entsprechen dem Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen der Deutsche Rentenversicherung Bund.

Zum **Behandlungsteam** gehören alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (vorwiegend in Teilzeit-beschäftigung)

Entsprechend unserer besonderen Konzeption als Mutter-Kind-Haus, der Behandlung psychisch komorbider Patientinnen (Trauma, Depression) und unserer therapeutisch begleiteten Wohngruppenarbeit sowie unserem co-therapeutischen Ansatzes, haben wir einen vergleichsweise erhöhten Personalstand im Bereich Psychotherapie und beschäftigen weiteres Kinderpersonal sowie eine Wohngruppenbetreuung.

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

Zum **Gesamtteam** gehören zusätzlich noch die Verwaltungskräfte ein Ausbildungsplatz , ein Hausmeister/in, ein/e FSJ , zwei Reinigungskräfte

Die **Gesamtleitung der Fachkliniken Legau und Schönauf** trägt die Verwaltungsleiterin, der leitende Arzt und der therapeutische Leiter

4. Räumliche Ausstattung

Die Klinik ist ausgestattet mit Sauna, Sport- und Mehrzweckhalle, Bibliothek, PC-Raum mit Internetanschluss, WLAN in Hot Spots, Fernsehräumen, Aufenthaltsraum mit Wintergarten, Tischkicker und schöner Terrasse, kleinem Kiosk, mehreren Gruppenräumen, Werk-/Kreativräumen, Wäscherei und Großküche.

Die Patientinnen wohnen in freundlichen Einzelzimmern in therapeutisch begleiteten Wohngruppen.

Jede Wohngruppe verfügt über ein eigenes familiär eingerichtetes Wohn- und Esszimmer mit Küche.

Das Mutter-Kind-Haus ist zusätzlich mit einem Kindergarten, einer kleinkindgerechten Kinderkrippe und einem Kinderentspannungsraum ausgestattet.

5. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Legau ist Mitglied im Bundesverband Suchthilfe e. V. („bus.“) und in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (deQus).

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

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

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

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

Wichtig ist uns auch der ständige Kontakt mit Selbsthilfegruppen, um der Patientin zu verdeutlichen, dass die Auseinandersetzung mit sich selbst und ihrer Alkoholabhängigkeit auch nach der Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung weitergehen muss.

6. Maßnahmen der Qualitätssicherung

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

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

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

Bereits im Jahr 2001 hat die Fachklinik Leau begonnen, gemäß dem Konzept der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus) vom 01. September 2000 ein anerkanntes einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Die Fachklinik Legau ist nach deQus zertifiziert. Sie hat damit den Nachweis erbracht, dass die Anforderungen der deQus und damit der BAR erfüllt sind.

7. Hausordnung

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

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

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

In unregelmäßigen Abständen werden stichprobenartig Zimmerkontrollen sowie Alkoholkontrollen bzw. Drogenscreenings durchgeführt.

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

Regelverstöße und mangelnde Mitwirkung in der Therapie betrachten wir immer im individuellen Kontext der Patientin, entsprechend entwickeln wir die Reaktion individuell und im Dialog

8. Notfallmanagement

Die Notfallversorgung ist gewährleistet durch die ständige Präsenz des medizinisch-therapeutischen Personals und die gute Anbindung an das externe medizinische Versorgungssystem. Im Falle des Auftretens einer ernsthaften akuten Erkrankung erfolgt eine sofortige Überweisung zum Hausarzt oder die Einweisung in das Memminger Krankenhaus. Im Tagdienst sind therapeutische Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, examinierte Pflegekräfte und das ärztliche Personal anwesend. Der Wochenenddienst wird durch therapeutisches und pflegerisches Personal abgedeckt. Der Nachtdienst wird ausschließlich durch Pflegepersonal durchgeführt. Die Übergabe zwischen den Schichten erfolgt sowohl am Abend als auch am Morgen im persönlichen Gespräch mit einer Dauer von mindestens 15 Minuten. Auf die Durchführung präventiver Maßnahmen wird großen Wert gelegt. Hierzu zählen unter anderem:

- mindestens einmal pro Jahr Schulung zur Ersten Hilfe und Reanimation
- die regelmäßige Kontrolle der Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften und Regeln zum vorbeugenden Brandschutz
- die Kontrolle der Einhaltung von Hygieneplänen

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

Um das Risiko eines Notfalls zu minimieren, werden Patientinnen mit schweren Erkrankungen von vorneherein nicht aufgenommen. Unmittelbar nach der Anmeldung einer Patientin erfolgt auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen Unterlagen durch die ärztliche Leitung eine Risikoabschätzung und Prüfung, ob eine Behandlung der betreffenden Patientin in der Fachklinik Legau indiziert ist.

9. Fortbildung

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

10. Supervision

Die **interne therapeutische Fallsupervision** erfolgt regelmäßig und kontinuierlich im Rahmen der Haus- und Fachteams und der Verlaufskontrolle (siehe 2.5 Individuelle Rehabilitationsplanung und 11. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation) durch die Psychotherapie und die ärztliche Leitung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

Die monatlich stattfindende **externe therapeutische Supervision** wird durch eine/einen entsprechend qualifizierte/n Supervisor/in geleitet. Sie findet als Fall- und Teamsupervision mit den jeweiligen Hausteams statt.

Für das Behandlungsteam besteht eine Teilnahmeverpflichtung an der internen und externen therapeutischen Fall- und Teamsupervision. Je nach Erfordernis wird die Teamsupervision auch auf einzelne Mitarbeiter beschränkt oder mit dem Gesamtteam durchgeführt.

11. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Rehabilitationsorganisation

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

Die **Übergabe-Teamsitzungen des gesamten Behandlungsteams** finden täglich statt. Sie dauern 15–20 Min. Zu den wesentlichen Inhalten gehören

- Informationen vom Nachtdienst über die Ereignisse des Abends und der Nacht
- die Besprechung und Klärung von Alltagsfragen und –problemen (organisatorische Fragen zur Behandlung, Aufnahme, Entlassung, Termine, u. ä.)

In den **Therapeutischen Hausteams (60 Min.)** sind alle therapeutischen Mitarbeiter einer Bezugsgruppe vertreten. In den wöchentlich stattfindenden Teams werden folgende Themen besprochen:

- Zusammenschau der verschiedenen Informationen und diagnostischen Ergebnisse
- Abstimmung der Therapieplanung mit Patientinnen (Therapieplanungskonferenz)
- Zuweisung der Patientinnen in indikative Gruppen
- Austausch über den Therapieverlauf, Therapieergebnisse und Rehaziele

In den wöchentlichen **Fachbereichsbesprechungen (45–75 Min.)** werden in erster Linie solche Fragen und Probleme besprochen, die unmittelbar den jeweiligen Fachbereich betreffen. Aber auch Schnittstellenprobleme sollen thematisiert und bei Bedarf über die Klinikleitung in die anderen Arbeitsgruppen weitergegeben werden.

Der Lenkungskreis **(60 Min.)** bildet sich aus je einem Vertreter der einzelnen Arbeitsbereiche und dem Leitungsteam. Es bespricht in 4-wöchigen Sitzungen übergeordnete Entscheidungen der Klinik und des gesamten Qualitätsmanagementsystems.

Ein **Leitungsteam (60 Min.)**, in dem die Verwaltungsleitung, die therapeutische Klinikleitung sowie die ärztliche Leitung vertreten sind, trifft gemeinsam leitungsrelevante Entscheidungen und vertritt die Einrichtung in den jeweiligen Funktionen nach außen.

Das Team sieht im offenen Zusammenwirken unterschiedlicher Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Fähigkeiten eine Chance, den oben angesprochenen Entwicklungs- und Lernprozess jeder einzelnen Patientin und auch die Gemeinschaft als Ganzes voranzubringen.

Literatur

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

Berg, I., Miller, S.: Kurzzeittherapie bei
Alkoholproblemen. Carl-Auer-Systeme Verlag
2000.

Besser, L.: Schonende Traumatherapie,
Schattauer, 2010

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. Alan:
Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei
Substanzmittelabhängigkeit, Beltz, 2012

Bowlby John, Über das Wesen der Mutter-
Kind-Bindung (1959), Klett Cotta

Brisch, K. H.: Bindung und Trauma, Klett-
Cotta Verlag 2003

Brisch, K. H.: Bindungsstörungen, Klett-Cotta
Verlag 1999

Buber, M.: Ich und Du, 1923, in: Dialogisches
Leben. Zürich, 1947.

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabili-
tation in der gesetzlichen Rentenversicherung
2007.

Finke, J. und Teusch, L.: Die störungsspezi-
fische Perspektive in der Gesprächspsycho-
therapie der Alkoholabhängigkeit. In: Ge-
sprächspsychotherapie und Personenzentrierte
Beratung, 32. Jahrgang, November 2001,
140–144.

Frankl, V. E.: Der Mensch auf der Suche nach
Sinn, Klett-Cotta, 1974

Gahlleitner, Silke B.: Neue Bindung wagen.
Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller
Traumatisierung, Ernst Reinhardt Verlag, 2005

Grawe: Psychologische Therapie, Hogrefe,
2000

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

- Grosmann, K. E.: Bindung und menschliche Entwicklung John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Klett-Cotta Verlag, 2003
- Hermann, Corinna A.: Veranstaltungsbericht „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“.
- Internationaler Kongress vom 09.02. bis am 12.02.05 in Zürich, Schweiz (16.4.2005), in „systemmagazin – Online-Journal für systemische Entwicklungen“
- Kabat Zinn, Jon: Wherever you go, there you are ..., New York Hyperion, 1994
- Krausz: Trauma und Sucht, Klett-Cotta 2006
- Lindenmeyer, J.: Alkoholabhängigkeit. Hogrefe Verlag für Psychologie 1999.
- Mann, K., Günthner, A.: Suchterkrankungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg 1999.
- Maslow, A. H.: Toward a Psychology of Being. New York 1968.
- Moreno, J. L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme 2. Aufl. 1973.
- Ploeger, Andreas: Tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie. Kohlhammer 1983.
- Quitmann, H.: Humanistische Psychologie. Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1985.
- Rampe, M.: Der R-Faktor – Das Geheimnis unserer inneren Stärke. Knaur Taschenbuch 2005.
- Reddemann, L.: Stichwortmanuskript eines Vortrags ‚Trauma und Resilienz‘, gehalten in Tübingen am 16. November 2005.
- Rist, F.: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv – verhaltenstherapeutischer Verfahren. Sucht 43 (2002) 171–181.
- Reymann, G.: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. Sucht 43 (2002) 182–190.
- Resick, R.: Stress und Trauma, Hans Huber, 2003
- Rogers, C. R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Klett 1976.
- Rudolf, G.: Psychotherapeutische Medizin – Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Ferdinand Enke Verlag 1996.
- Sachsse, Ulrich.: Traumazentrierte Psychotherapie, Schattbaur, 2004
- Schmid, P.: Der Personenzentrierte Ansatz nach C. Rogers, 2001
- Soyka, M.: Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Chapman und Hall, Weinheim 1995.
- Sporn, H.: Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörung. Zeitschrift für Individualpsychologie, 27. Jg., S. 26–40 (2002).
- Tausch, R.: Hilfen bei Stress und Belastung. Rowohlt 1996.
- Wanke, K.: Bühringer G. (Hrsg.): Grundstörungen der Sucht. Springer-Verlag 1991.
- Willi, J.: Koevolution – Die Kunst gemeinsamen Wachsens. Rowohlt 1985.