



SHG  
Zentrum für psychotherapeutische  
Rehabilitation

# Konzeption Klinik Tiefental

Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

Dr. med. Christa Balzer, September 2016

**SHG: Reha**

**Träger**

Saarland-Heilstätten GmbH (SHG) mit den Gesellschaftern

- Deutsche Rentenversicherung Saarland
- Regionalverband Saarbrücken
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- AWO Landesverband Saar e.V.

**Geschäftsführung**

Alfons Vogtel

**Verwaltungsdirektion**

Dipl.-Kfm. Martin Stoiber

**Ärztliche Leitung**

Dr. med. Christa Balzer  
Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie  
Telefon +49(0)681/889-2514  
c.balzer@sb.shg-kliniken.de

**Psychotherapeutische Leitung**

Dipl.-Psych. Eva Hoffmann  
Psychologische Psychotheapeutin  
Telefon +49(0)681/889-2565  
e.hoffmann@sb.shg-kliniken.de

**Schreibdienst/Sekretariat**

Sabine Bernhardt  
Telefon +49(0)681/889-2516  
Fax +49(0)681/889-2193  
s.bernhardt@sb.shg-kliniken.de

**Aufnahmekoordination**

Waltraud Adam  
Telefon +49(0)681/889-2897  
Fax +49(0)681/889-2292  
w.adam@sb.shg-kliniken.de

**Anschrift**

Klinik Tiefental  
Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen  
Sonnenbergstraße 1  
D-66119 Saarbrücken

# 1 | Inhaltsverzeichnis

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| <b>2</b>  | <b>Einleitung</b>  | 6  |
| <b>3</b>  | <b>Beschreibung der Klinik</b>   | 8  |
| <b>4</b>  | <b>Theoretische Grundlagen</b>   | 9  |
| 4.1       | Grundlagen der Rehabilitation  | 9  |
| 4.2       | Krankheits- und Therapieverständnis  | 9  |
| <b>5</b>  | <b>Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen</b>                             | 11 |
| <b>6</b>  | <b>Rehabilitationsziele</b>  | 12 |
| <b>7</b>  | <b>Therapiedauer</b>   | 13 |
| <b>8</b>  | <b>Rehabilitationsplanung</b>  | 16 |
| <b>9</b>  | <b>Die medizinische Versorgung</b>   | 16 |
| 9.1       | Das Aufnahmeverfahren  | 16 |
| 9.2       | Rehabilitationsdiagnostik  | 17 |
| 9.3       | Die medizinische Betreuung in der Fachklinik   | 17 |
| 9.4       | Gesundheitsinformation   | 17 |
| 9.5       | Ernährungsberatung   | 18 |
| 9.6       | Medizinische Abschlussuntersuchung   | 18 |
| <b>10</b> | <b>Die testpsychologische Diagnostik</b>   | 18 |
| <b>11</b> | <b>Die therapeutischen Angebote</b>  | 20 |
| 11.1      | Die Aufnahmephase  | 20 |
| 11.2      | Gruppen- und Einzeltherapie  | 20 |
| 11.2.1    | Gruppentherapie  | 21 |
| 11.2.2    | Einzeltherapie   | 21 |
| 11.3      | Themenzentrierte Gruppe  | 22 |
| 11.4      | Die indikativen Angebote   | 22 |
| 11.4.1    | Krankheitsbedingte Grundlage   | 23 |
| 11.4.2    | Rückfallprophylaxe   | 23 |
| 11.4.3    | Gruppentraining sozialer Kompetenz   | 23 |
| 11.4.4    | Depressionsbewältigung   | 24 |
| 11.4.5    | Genusstraining   | 24 |
| 11.4.6    | Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie   | 25 |
| 11.4.7    | Entspannungsverfahren  | 26 |
| 11.4.8    | Stressbewältigung  | 27 |
| 11.4.9    | Achtsamkeitstraining   | 27 |
| 11.4.10   | Körpertherapie   | 27 |
| 11.4.11   | Hirnleistungstraining  | 27 |
| 11.4.12   | Nichtrauchertraining   | 27 |
| 11.4.13   | Psychoedukation bei Psychosen  | 28 |
| 11.4.14   | Wirbelsäulengymnastik  | 28 |
| 11.5      | Musiktherapie  | 29 |
| 11.6      | Ergotherapie   | 29 |
| 11.7      | Sporttherapie  | 30 |
| 11.8      | Physiotherapie   | 31 |
| 11.9      | Gesundheits- und Krankenpflege   | 31 |
| 11.10     | Sozialarbeit   | 31 |
| 11.11     | Arbeitsbezogene Maßnahmen  | 32 |
| 11.11.1   | Arbeitsbezogene Diagnostik   | 32 |
| 11.11.2   | Unsere Arbeitstherapie-Bereiche  | 33 |
| 11.11.3   | Externe Praktika   | 35 |
| 11.11.4   | Kontakte zum Arbeitsgeber  | 35 |
| 11.11.5   | Stufenweise Wiedereingliederung  | 35 |
| 11.11.6   | Kontakte zu Integrationsfachdiensten und Reha-Beratern                                 | 35 |
| 11.12     | Angehörigenarbeit  | 35 |
| 11.13     | Vermittlung von Selbsthilfegruppen-Angeboten   | 36 |
| 11.14     | Freizeitangebote   | 36 |
| 11.15     | Rückfall-Management  | 37 |
| 11.16     | Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme   | 37 |
| <b>12</b> | <b>Unsere speziellen Angebote</b>  | 38 |
| 12.1      | Entwöhnungsbehandlung in Begleitung von Kindern  | 38 |
| 12.2      | Behandlung von Menschen mit schweren begleitenden Beeinträchtigungen                   | 39 |
| 12.3      | Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen und begleitenden psychotischen Störungen | 40 |
| 12.4      | Geschlechtshomogene Gruppen  | 40 |
| 12.5      | Kombibehandlungen  | 40 |
| <b>13</b> | <b>Personelle Ausstattung</b>  | 41 |
| <b>14</b> | <b>Räumliche Gegebenheiten</b>   | 42 |
| <b>15</b> | <b>Team- und Kommunikationsstrukturen</b>  | 43 |
| <b>16</b> | <b>Notfall-Management</b>  | 43 |
| <b>17</b> | <b>Supervision und Fortbildung</b>   | 43 |
| <b>18</b> | <b>Kooperation und Vernetzung</b>  | 44 |
| 18.1      | Die Einrichtungen im Verbund des Zentrums für psychotherapeutische Rehabilitation      | 44 |
| 18.2      | Kooperation mit den SHG-Kliniken Sonnenberg  | 44 |
| 18.3      | Vernetzung mit anderen an der Suchtbehandlung beteiligten Stellen                      | 44 |
| 18.4      | Kooperationen zur Rehabilitanden-Versorgung  | 44 |
| <b>19</b> | <b>Qualitätssicherung</b>  | 45 |
|           | Anlagen  | 47 |



## 2 | Einleitung

Die SHG-Klinik Tiefental, Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen, bildet zusammen mit der SHG-Reha-Tagesklinik, dem ambulanten Zentrum für Abhängigkeitsprobleme und der internen Adaptionseinrichtung das Zentrum für Psychotherapeutische Rehabilitation. Somit bietet das Zentrum ein umfassendes Angebot an rehabilitativen Maßnahmen zur Therapie von Abhängigkeitserkrankungen, auch in Verbindung mit begleitenden psychischen und psychosomatischen Störungen.

Aufgrund des umfassenden Behandlungsangebots ergeben sich flexible, an den individuellen Bedürfnissen orientierte Kombinationsmöglichkeiten der verschiedenen Behandlungsformen. Kombinationsbehandlungen können auch bereits im Vorfeld der Rehabilitation in enger Abstimmung mit der zuweisenden Stelle geplant und beantragt werden.

Das Zentrum für Psychotherapeutische Rehabilitation steht in Trägerschaft der Saarland-Heilstätten GmbH (SHG).

Die SHG kann auf eine langjährige Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zurückblicken. Bereits ab 1976 wurden in der Klinik im Warndtwald im Völklinger Stadtteil Ludweiler sowohl Akutbehandlung als auch Rehabilitationsleistungen für suchtkranke Menschen angeboten. Schwere Bergschäden waren der Anlass dafür, dass die Klinik 1985 nach Saarbrücken verlagert wurde. Am Fuße des Sonnenbergs im Saarbrücker Stadtteil Güdigen-Unner entstanden die neuen Gebäude. Durch die Nähe zum Standort der SHG-Kliniken Sonnenberg konnten dabei in der Infrastruktur Synergieeffekte genutzt werden.

2000 wurden die Reha-Tagesklinik Dudweiler und 2004 die Reha-Tagesklinik St. Wendel eröffnet. Die beiden Tageskliniken wurden 2012 an den neuen Standort in die Innenstadt von Saarbrücken verlagert. Im selben Gebäude befindet sich auch das ambulante Zentrum für Abhängigkeitsprobleme.

2010 wurde die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen durch einen Neubau für eine weitere Therapiegruppe erweitert. Damit wurde auch das Angebot an behindertengerechten Zimmern und Einzelzimmern ausgebaut.

In der vorliegenden Konzeption wird die Arbeitsweise der Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen dargestellt. Darin werden die Vorgaben der Leistungsträger berücksichtigt, die im gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011 dargelegt sind.

In der Konzeption sollen sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen unserer Arbeit aufgezeigt werden, als auch den unterschiedlichen Leserkreisen eine Übersicht der therapeutischen Praxis in der Fachklinik gegeben werden.

Dabei beschränkt sich die vorliegende Konzeption auf die Darstellung der Rehabilitation in der Fachklinik und die Vernetzung mit den anderen Einrichtungen des Zentrums für Psychotherapeutische Rehabilitation. Für die Reha-Tagesklinik, das ambulante Zentrum für Abhängigkeitsprobleme und die Adaption liegen jeweils eigene ausführliche Konzeptionen vor.

Bei der Erstellung der Konzeptionen haben Mitarbeiter der Fachklinik aus verschiedenen Berufsgruppen mitgewirkt. Die Gesamtverantwortung für die Erstellung der Konzeption liegt bei der Chefärztin.

### Die Vernetzung der Therapieangebote





### 3 | Beschreibung der Klinik

Die Klinik Tiefental führt Entwöhnungstherapien für erwachsene Männer und Frauen durch. Im Vordergrund steht die Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Außerdem werden Medikamentenabhängigkeit, Abhängigkeit von Amphetaminen und Cannabis behandelt. Bei Polytoxikomanie sollte der Konsum von Opiaten nicht im Vordergrund stehen. Nicht stoffgebundene Suchtprobleme können mitbehandelt werden. Die Aufnahme von Menschen mit zusätzlichen psychischen oder psychosomatischen Störungen ist möglich, insbesondere auch die Aufnahme von Menschen mit Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis.

Die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen befindet sich im Saarbrücker Stadtteil Güdingen-Unner, ca. 5 km vom Stadtzentrum von Saarbrücken, der Landeshauptstadt des Saarlandes, entfernt, am Rande des Saarbrücker Stiftswaldes. Die Klinik liegt am Fuße des Sonnenbergs. Dort sind die SHG-Kliniken Sonnenberg mit den Fachabteilungen Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Geriatrie und Neurologie angesiedelt. Außerdem befinden sich auf dem Sonnenberg eine Abteilung für Neurologische Frührehabilitation und eine Einrichtung zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK). Sowohl im Bereich der Diagnostik als auch im therapeutischen Bereich können Einrichtungen der Kliniken Sonnenberg mitgenutzt werden. Es besteht ein konzerninterner Fahrdienst zwischen den Einrichtungen.

Die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen ist durch eine Buslinie der Saartal AG an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen. Die Haltestelle befindet sich unmittelbar neben dem Klinikgelände und wird halbstündlich angefahren. Hierdurch bestehen gute Möglichkeiten zur Wahrnehmung externer Termine (Arztbesuche, Behördengänge, Einkaufsmöglichkeiten, Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Nutzung kultureller Angebote der Landeshauptstadt und von Freizeiteinrichtungen).

Der Gebäudekomplex der Fachklinik besteht aus einem Zentralgebäude mit Funktionsräumen und angeschlossener Sporthalle sowie acht kleineren Gebäuden zur Unterbringung der Therapiegruppen. Jedes dieser Häuser verfügt über einen Gruppenraum und eine kleine Teeküche. Die Gebäude sind um einen Innenhof mit Sitzbänken und Springbrunnen gruppiert. Das gesamte Gelände ist von einer Grünanlage umgeben mit Sitzplätzen, Boulebahn, Freiluftschach. Auf dem Gelände befindet sich außerdem ein Gewächshaus für die Arbeitstherapie. Direkt an die Klinik schließt sich ein Waldgebiet mit zahlreichen Spazierwegen an.

Insgesamt verfügt die Klinik über 80 stationäre Behandlungsplätze. Die Unterbringung erfolgt in Ein- und Zwei-Bett-Zimmern. Es stehen insgesamt 29 Einzelzimmer zur Verfügung, von denen 9 Zimmer rollstuhlgerecht ausgestattet sind. Die Klinik ist barrierefrei gehalten, der Zugang zu allen Therapiebereichen ist für

Rollstuhlfahrer möglich. Für die Nutzung der Therapie-räume im Untergeschoss des Hauptgebäudes ist ein Aufzug vorhanden.

Spezielle Mutter-Kind-Zimmer, ein Kinderspielzimmer sowie ein kleines Spielgelände im Freien ermöglichen die Aufnahme von Müttern mit Kindern. Außerdem stehen für eine ausleitende ganztägig ambulante Therapiephase zwei Plätze am Standort der Fachklinik zur Verfügung. Der Klinik angeschlossen ist eine Adaptions-einrichtung mit 12 Plätzen.

Zum Zentrum für Psychotherapeutische Rehabilitation gehören außerdem das ambulante Zentrum für Abhängigkeitsprobleme und die Reha-Tagesklinik, die sich beide in zentraler Innenstadt-Lage in der Großherzog-Friedrich-Straße 11 in 66111 Saarbrücken befinden.

ven und negativen Umgebungsfaktoren. Im Rahmen der Rehabilitation soll der adäquate Umgang mit Krankheitsfolgen und die Veränderungsbereitschaft in Bezug auf die sozialen Faktoren gefördert werden.

Ziel der Rehabilitation ist dabei die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in Beruf und Gesellschaft. Angestrebt werden soll eine funktionale Gesundheit. Nach ICF ist eine Person funktional gesund, wenn Körperfunktionen/-strukturen dem Zustand entsprechen, der für einen gesunden Menschen typisch ist oder eine Person das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird oder eine Person ihr Dasein in allen ihr wichtigen Lebensbereichen in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwartet wird.

Bei der Indikationsstellung zur Rehabilitation werden auf Basis der ICF folgende Punkte berücksichtigt:

- **Rehabilitationsbedürftigkeit**  
Es muss eine nicht nur vorübergehende Einschränkung der Fähigkeiten und Funktionen oder der Teilhabe vorliegen.
- **Rehabilitationsfähigkeit**  
Die betroffene Person muss zu einer aktiven Mitwirkung an der Rehabilitation in der Lage sein und eine ausreichende Motivation oder Motivierbarkeit aufweisen.
- **Rehabilitationsziel**  
Übergeordnetes Ziel ist es, eine Behinderung zu beseitigen, zu verringern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Die Ziele können auch als Teilziele festgelegt werden, die in einem angemessenen überschaubaren Zeitraum erreicht werden können.
- **Rehabilitationsprognose**  
Aufgrund der Beurteilung des bisherigen Verlaufs der aktuellen Befunde und der Kontextfaktoren sollte eine positive Prognose bestehen.

#### 4.2 Krankheits- und Therapieverständnis

Die therapeutische Arbeit ist geprägt von einem humanistischen, ganzheitlichen Menschenbild. Wir begegnen unseren Rehabilitanden mit einer von Wertschätzung

## 4 | Theoretische Grundlagen

### 4.1 Grundlagen der Rehabilitation

Regelungen zur Rehabilitation finden sich im SGB V, SGB VI und SGB IX. Insbesondere im SGB IX wurden die Grundsätze der Rehabilitation definiert. Im Gegensatz zur Akutmedizin, bei der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten nach dem bio-medizinischen Modell im Vordergrund stehen, orientiert sich die Rehabilitation am bio-psycho-sozialen Modell. Der Fokus der Rehabilitation liegt dabei auf den Funktions- und Fähigkeitsstörungen. Auf der Basis der Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) finden sowohl Faktoren auf körperlicher als auch auf psychischer und sozialer Ebene Berücksichtigung. Der Begriff der Rehabilitation wird zunehmend durch den Begriff „Leistungen zur Teilhabe“ ersetzt.

Der Lebenswelt der betroffenen Person mit ihren positiven und negativen Kontextfaktoren kommt im bio-psycho-sozialen Modell der ICF eine zentrale Bedeutung zu. Im Fokus stehen die Auswirkungen und Interaktionen zwischen der Schädigungsebene und den erlebten Beeinträchtigungen auf der Aktivitäts- und Teilhabe-Ebene. Die funktionale Gesundheit ist somit nicht statisch, sondern unterliegt einem stetigen Prozess der Veränderung in Abhängigkeit von den positi-



und Achtung getragenen Grundhaltung. Jeder Mensch kann sich nur in seiner Beziehung zu Mitmenschen und Umwelt entwickeln. Hierfür ist es wichtig, dass Menschen in der Lage sind, sich wechselseitig als Subjekte wahrzunehmen und sich in die Lebenswelt des anderen einzufühlen. Dies gilt für die Beziehungen der Rehabilitanden untereinander, aber auch für die Beziehung zwischen Therapeut und Rehabilitand. Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, den Rehabilitanden in seinem Veränderungswunsch zu bestärken, ihm Möglichkeiten aufzuzeigen, ohne ihm die Richtung vorzugeben.

Grundlage unserer Arbeit ist die Erkenntnis, dass es sich bei Suchterkrankungen um schwere chronische Erkrankungen handelt, die den Menschen in all seinen Lebensbereichen beeinträchtigen können. Daher ist es wichtig, neben biologisch-medizinischen Gesichtspunkten auch psycho-soziale Aspekte in die Behandlung einzubeziehen.

Man geht bei der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen von einer multifaktoriellen Genese aus, bei der neurobiologische, intrapsychische und psycho-soziale Faktoren zusammenwirken. Feuerlein, Kufner und Soyka (1998) haben das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren im „Ursachendreieck der Sucht“ veranschaulicht.

Die Rolle der einzelnen Faktoren ist je nach Individuum sehr unterschiedlich. Für die therapeutische Arbeit ist es von großer Bedeutung, dass der Rehabilitand zusammen mit dem Therapeuten ein für ihn verständliches, nachvollziehbares individuelles Modell seiner Suchtentwicklung erarbeitet.

Zur Suchtentstehung liegt eine sehr umfangreiche Literatur vor. Im Rahmen der Konzeptionsdarstellung soll hier nur knapp auf die wichtigsten Forschungsergebnisse eingegangen werden.

Die neurobiologische Forschung hat in den letzten Jahren große Fortschritte beim Verständnis der durch Suchtmittel hervorgerufenen Veränderungen an neuronalen Strukturen gemacht. Die Erkenntnisse beziehen sowohl die Beeinflussung von neurochemischen Prozessen als auch Veränderungen an neuronalen Schaltkreisen mit ein. Außerdem haben Forschungsergebnisse gezeigt, dass auch genetische Faktoren einen entscheidenden Einfluss bei der Entwicklung von Suchterkrankungen haben. Insbesondere die Fähigkeit zur Ver-

stoffwechsellung von Alkohol scheint genetisch determiniert zu sein.

Die Erforschung der molekularen Mechanismen beim Suchtmittelkonsum hat sich in den letzten Jahren besonders auf die akute Beeinflussung der Rezeptoren im ZNS und die längerfristigen Auswirkungen auf Neurotransmitter-Systeme, insbesondere auf das endogene Opioidsystem konzentriert.

Auf der Rezeptor-Ebene wurden die Hemmung des NMDA-Rezeptors und eines damit einhergehenden verstärkten Calcium-Einstroms für die berauschende Wirkung des Ethanol verantwortlich gemacht. Einflüsse zeigten sich auch auf den GABA-Rezeptor, den bedeutendsten inhibierenden Neurotransmitter im Gehirn, der unter Ethanol aktiviert wird. Alkohol verfügt somit wie andere Drogen auch über primäre Angriffsstellen im ZNS (Opioid-, Cannabinoid-Rezeptoren u.a.). Von großer Bedeutung ist dabei, dass bereits kleinste Mengen Alkohol (BAC 0,15‰) langanhaltende, wenn nicht sogar persistierende Veränderungen im ZNS bewirken können (Spanagel, R. und Kiefer, F., 2013).

Veränderungen an Neurotransmitter-/Neuropeptid-Systemen scheinen für die belohnenden und verstärkenden Effekte des Ethanol verantwortlich zu sein. Das sogenannte Belohnungssystem wird als mesokortikolimbisches System bezeichnet und konnte in den Strukturen des vorderen Tegmentums und im Nucleus accumbens lokalisiert werden. Hier kommt es unter Suchtmittelaufnahme zu Veränderungen im Dopamin-Haushalt und bei den endogenen Endorphinen. Veränderungen im endogenen Opioid-System und im Belohnungssystem sind an der Ausbildung des Suchtgedächtnisses beteiligt. Eine anhaltende Aktivierung dieser Systeme führt zur Aktivierung von regulativen Genen (z.B. c-fos-Gen) und hinterlässt im Zellkern bleibende Gedächtnisspuren.

Das Wissen um die der Suchtentwicklung zugrunde liegenden neurobiologischen Veränderungen liefert eine Erklärung dafür, dass auch nach längerer Abstinenz geringe Reizauslöser zu Suchtverlangen und Rückfälligkeit führen können. Für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung spielen psychologische Theorien zur Suchtentstehung eine herausragende Rolle. Die verschiedenen Therapieausrichtungen haben dabei unterschiedliche Sichtweisen eingebracht.

Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive spielen kognitiv-emotionale Prozesse, die auf frühen Kindheitserfahrungen und dysfunktionalen Denkschemata beruhen die entscheidende Rolle. Dem Konsum von Suchtmitteln kommt dabei vor dem Hintergrund lerntheoretischer Überlegungen die Wirkung einer positiven Verstärkerfunktion im Sinne einer Belohnung oder einer negativen Verstärkerfunktion als Wegfall eines als unangenehm erlebten Zustandes zu. Neben den Theorien der klassischen und operanten Konditionierung ist auch das Modelllernen für Einstieg und Aufrechterhaltung des Suchtmittelkonsums von großer Bedeutung.

Systemische Faktoren zeigen sich beim Suchtmittelkonsum als Zeichen einer Gruppenzugehörigkeit, in Autonomiebestrebungen gegenüber der Herkunftsfamilie oder in der Aufrechterhaltung pathologischer Beziehungsmuster, bei denen der Suchtmittelkonsum eine stabilisierende Funktion hat (z.B. bei der klassischen Co-Abhängigkeit).

In die Überlegungen zur Suchtentwicklung fließen auch psychodynamische Theorien ein. Dabei handelt es sich nicht um ein einheitliches Konzept, sondern um mehrere Varianten. Aus triebtheoretischer Sicht dient das Suchtmittel dazu, abgewehrte aggressive oder libidinöse Wünsche auszuleben. Die Ich-Psychologie hingegen geht von Defiziten bei der Affektregulation und der Nähe-Distanz-Regulation aus. Das Suchtmittel wirkt sich hier kurzfristig stabilisierend auf die Ich-Funktionen aus. Aus Perspektive der Objekt-Beziehungstheorie entsteht Abhängigkeit auf dem Boden eines fehlenden Urvertrauens. Es kommt zu Spaltungen in nur gute und nur böse Introjekte, wobei das Suchtmittel der Abwehr der bösen Introjekte zum Schutz der guten dient, wodurch die Idealisierung aufrechterhalten werden kann.

Schulenübergreifend wird besonders den bindungstheoretischen Aspekten große Aufmerksamkeit entgegengebracht. Ausgehend von den Arbeiten John Bowlbys zur Bindungstheorie wird in einer unzureichenden Entwicklung stabiler Bindungen in der Kindheit ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen, auch von Abhängigkeitserkrankungen gesehen.

Hieraus ergeben sich für die therapeutische Arbeit wichtige Implikationen. Zentrales Element ist der Aufbau einer stabilen Patient-Therapeut-Beziehung. Im

Kontakt zum Therapeuten werden alte Beziehungsmuster aktiviert und können mittels emotional korrigierenden Erfahrungen bearbeitet werden. Im therapeutischen Beziehungsgefüge können neue Verhaltensweisen erprobt und integriert und ein stabiles Selbstbild etabliert werden.

## 5 | Rehabilitationsindikationen und Rehabilitationskontraindikationen

In der Fachklinik werden Frauen und Männer ab 18 Jahren behandelt. **Behandlungsindikationen** sind:

- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit
- Cannabisabhängigkeit
- Amphetaminabhängigkeit
- Polytoxikomanie, sofern der Konsum von Opiaten nicht im Vordergrund steht

In Einzelfällen ist auch eine Behandlung bei Kokainabhängigkeit möglich, wenn der Betroffene sozial gut integriert ist. Liegt außerdem eine nicht stoffgebundene Abhängigkeit vor, kann diese mitbehandelt werden.

Bei vielen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bestehen **komorbide psychische Störungen**. Besonders häufig handelt es sich dabei um depressive Störungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen. Auch die Aufmerksamkeitsstörungen und psychotischen Krankheitsbilder haben zunehmend an Bedeutung gewonnen. Grundsätzlich ist eine Aufnahme bei allen begleitenden psychiatrischen Diagnosen möglich, wenn diese durch ihre Schwere nicht die Rehabilitationsfähigkeit aufgehoben haben und eine Teilnahme am Therapieprogramm weiterhin möglich ist.

Die Fachklinik hält außerdem Angebote für **spezielle Personengruppen** vor:

- Angebote für stärker kognitiv und/oder körperlich beeinträchtigte Rehabilitanden
- Mutter-/Vater-Kind-Behandlung
- Geschlechtshomogene Gruppe

Um in Zweifelsfällen zu klären, ob das Therapiesetting in der Fachklinik geeignet ist, arbeiten wir eng mit den zuweisenden Stellen zusammen. Es besteht auch die Möglichkeit zu Vorgesprächen zur Indikationsklärung.

**Kontraindikationen** für eine Aufnahme in der Klinik sind:

- Schwere körperliche und/oder psychische Einschränkungen, die eine Teilnahme am Therapieprogramm unmöglich machen
- Akute Suizidalität
- Fremdaggressivität
- Teilnahme an einem Substitutionsprogramm
- Gerichtliche Auflagen nach § 35 BtmG und § 64 StGB, wenn nicht im Rahmen von Einzelfallentscheidungen die Zustimmung der Staatsanwaltschaft vorliegt.

Die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen ist von allen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen anerkannt.

Für die Aufnahme in der Fachklinik ist eine Kostenübernahmeerklärung des zuständigen Leistungsträgers erforderlich. Bei der Aufnahme sollten weder Intoxikation noch Entzugssymptome vorliegen. Diagnostik und akut-medizinische Behandlung sollten weitgehend abgeschlossen sein.

## 6 | Rehabilitationsziele

Leistungen zur Teilnahme im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung haben als übergeordnetes Ziel, Auswirkungen einer Erkrankung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder zu überwinden und damit ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern bzw. möglichst eine dauerhafte Integration ins Erwerbsleben zu erreichen. Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen (§ 9 SGB VI).

Im Bereich der Krankenversicherung haben Leistungen zur Teilhabe das Ziel, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern. Die Krankenkasse übernimmt hierfür die Kosten, wenn eine Akutbehandlung zum Erreichen dieser



Ziele nicht erreicht ist und kein anderer Rehabilitationssträger vorrangig zuständig ist (§ 40 SGB V).

Im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen stellt eine vollständige und dauerhafte Suchtmittelfreiheit die Grundvoraussetzung für das Erreichen weiterer Ziele dar.

Die Erfassung des gesundheitlichen Zustandes und der sich daraus ableitenden Rehabilitationsziele erfolgt auf der Basis der ICF und umfasst die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren.

Bereits zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme werden in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden weitere Teilziele in den Bereichen körperliche und psychische Gesundheit, berufliche Integration und Teilhabe am sozialen Leben festgelegt. Dabei werden besonders die individuellen Ressourcen und die psychosozialen Kontextfaktoren berücksichtigt. Die Zielfestlegung unter-

liegt regelmäßigen Überprüfungen in den Fallbesprechungen und im psychotherapeutischen Prozess und kann im Verlauf adaptiert werden. In Hinblick auf eine dauerhafte Suchtmittelfreiheit kommt folgenden Teilzielen eine besondere Bedeutung zu:

- Förderung von Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation
- Entwicklung eines Verständnisses für die eigene Biographie und die Funktion des Suchtmittels
- Aufbau rückfallprophylaktischer Strategien
- Entwicklung einer ausgewogenen zufriedenstellenden Lebensweise
- Verbesserung von Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz
- Förderung sozialer Kontakte
- Aufbau eines positiven Freizeitverhaltens
- Aufbau eines gesundheitsdienlichen Lebensstils
- Entwicklung beruflicher Perspektiven
- Entwicklung von persönlichen Lebensperspektiven unter Berücksichtigung von Lebenssinnfragen und Werthaltungen

Da in vielen Fällen die Abhängigkeitserkrankung einhergeht mit begleitenden psychischen Störungen, sollten diese bei der Festlegung der Rehabilitationsziele stets mit berücksichtigt werden:

- Förderung von Krankheitsverständnis und Compliance
- Förderung der Bereitschaft zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen
- Aufbau eines unterstützenden sozialen Umfeldes bei Beeinträchtigungen der selbstständigen Lebensführung (z.B. Einleitung von ambulanter Eingliederungshilfe)

Von besonderer Bedeutung in der Rehabilitation ist auch die Mitbehandlung rehabilitationsrelevanter somatischer Begleiterkrankungen.

## 7 | Therapiedauer

Um die Rehabilitationsmaßnahme möglichst individuell, an den psychischen, physischen und sozialen Bedürfnissen orientiert und flexibel zu gestalten, bietet die Klinik Tiefental neben dem Standardprogramm

Z.i.e.L. („Zurück ins eigenständige Leben“) ein Intensivprogramm an. In beiden Fällen kann die Therapiedauer im Verlauf der Therapie den individuellen Gegebenheiten angepasst, also verkürzt bzw. verlängert werden. Eine Mindestdauer von 6 Wochen halten wir, basierend auf unseren Erfahrungen, für erforderlich, um eine Stabilisierung der Suchtmittelfreiheit und eine Bearbeitung der zentralsten Therapieziele zu erreichen.

Das Intensivprogramm, dessen durchschnittliche Dauer 8 Wochen umfasst, ist auf ressourcenstärkere, sozial integrierte Rehabilitanden zugeschnitten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen oder bis vor Kurzem noch gestanden haben. Im Fokus steht hier die Etablierung einer funktionalen Work-Life-Balance als Basis für die Wiederherstellung bzw. den Erhalt von Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit durch die Vermittlung von Stressbewältigungskompetenzen und Achtsamkeitstraining, gezielte Ressourcenaktivierung und Problembewältigung, durch intensive Gruppen- und Einzeltherapie, Sport- und Bewegungstherapie sowie Entspannungstraining.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz mittels Situationsanalysen, gegebenenfalls einem Rückkehrgespräch zusammen mit dem Bezugstherapeuten, bei Bedarf erfolgt die Initiierung einer stufenweisen Wiedereingliederung. Weiterer Schwerpunkt ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen in Form von Angehörigen- bzw. Paargesprächen.

Die Langform der Entwöhnungsbehandlung Z.i.e.L richtet sich vor allem an Rehabilitanden mit schwereren gesundheitlichen und/oder psychosozialen Problemen. Die reguläre Behandlungsdauer beträgt 12 bis 16 Wochen.



Ein Schwerpunkt stellt hier die eingehende, arbeitsbezogene – gegebenenfalls einzelfallbezogene – Diagnostik von Fähigkeitseinschränkungen dar, welche unter 11.11.1 näher erläutert wird. Aus dem daraus resultierenden Fähigkeitsprofil ergeben sich Möglichkeiten zur differenzierten, individuellen Förderung im Rahmen der verschiedenen Arbeitstherapiebereiche (s. 11.11.2).

Hier spielen neben allgemeiner Hilfestellung, soziotherapeutischen und sozialdienstlichen Maßnahmen v.a. der Aufbau einer beruflichen Perspektive (durch Lei-

stungen zur Teilhabe, Adaption, BIZ, Praktikum, Bewerbertraining), die Reaktivierung bzw. Etablierung selbstwertförderlicher Freizeitaktivitäten, das Anlegen eines stützenden sozialen Netzwerks sowie das Training alltagspraktischer Kompetenzen eine Hauptrolle.

Für bereits berentete Rehabilitanden stehen dabei Angehörigengespräche, Reha-Sport, Förderung von Sozialkontakten und positiven Freizeitaktivitäten sowie eine sinnvolle Tagesstrukturierung, eventuell die Anregung ehrenamtlicher Tätigkeiten, im Vordergrund.

Tabelle 1: Übersicht über die Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Z.i.e.L. – und Intensivprogramm

| Z.i.e.L.-Programm  | Intensiv-Programm   |   |
|--|---|---|
| Rehabilitanden mit Problemen der sozialen und beruflichen Integration  | Rehabilitanden im Arbeitsverhältnis und/oder mit berufsbezogenen Problemstellungen                                |   |
| Dauer: 12-15 Wochen<br>(bei Drogenabhängigkeit auch länger)            | Dauer: 8-12 Wochen  |   |
| 3 x Gruppentherapie  | 3 x Gruppentherapie   |   |
| 1 x Sporttherapie  | 1 x Sporttherapie   |   |
| 3 x indikative Gruppe  | 3 x indikative Gruppe   |   |
| Umfassende arbeitsbezogene Diagnostik                                  | Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz   |   |
| Dienstags und Donnerstags<br>von 9:00 bis 15:30 Uhr<br>Arbeitstherapie | Dienstags<br>• Gruppentherapie<br>mit berufsbezogenem<br>Schwerpunkt<br>• Sporttherapie<br>• Achtsamkeitstraining | Donnerstags<br>• Gruppentherapie<br>mit berufsbezogenem<br>Schwerpunkt<br>• Sporttherapie<br>• Achtsamkeitstraining |
| 1 x Ergotherapie   | 1 x Ergotherapie  |   |
| 1 x themenzentrierte Gruppe  | 1 x themenzentrierte Gruppe   |   |
| 1 x Hausgruppe   | 1 x Hausgruppe  |   |

Bei Drogenabhängigkeit, insbesondere bei Mehrfachabhängigkeit, kann die Therapiedauer bis zu 26 Wochen betragen. Kürzere Therapiezeiten ergeben sich aufgrund der Bewilligung von Auffangbehandlungen (8-10 Wochen) und Festigungsbehandlungen (6 - 12 Wochen). Aus dem Rehabilitationsverlauf können sich Änderungen der Therapiedauer ergeben. Sind die Therapieziele schon früher erreicht oder ist erkennbar, dass auch bei Weiterführen der Maßnahme keine weiteren Fortschritte mehr erzielt werden können, kann die Maßnahme verkürzt werden. Verlängerungen der Therapie können bei besonders schwerem Krankheitsverlauf, komorbiden Störungen oder unvorhergesehenen Komplikationen im Behandlungsverlauf indiziert sein.

Änderungen des Rehabilitationsplans können auch einen Wechsel der Behandlungsform beinhalten. So kann es aus therapeutischen Gründen angezeigt sein, eine stationäre Maßnahme in eine ganztägig ambulante oder ambulante Rehabilitation umzuwandeln, wenn das schützende Umfeld der Klinik nicht mehr erforderlich ist und Therapieinhalte verstärkt im Alltag erprobt werden sollen. Aufgrund der Tatsache, dass im Zentrum für Psychotherapeutische Rehabilitation das komplette Spektrum der suchttherapeutischen Therapieformen angeboten wird, können Übergänge rasch und flexibel

umgesetzt werden, ohne dass die therapeutische Kontinuität verloren geht.

Alle Änderungen der Reha-Planung werden in den Fallbesprechungen unter Beteiligung aller an der Behandlung mitwirkenden Berufsgruppen diskutiert. Bei allen Änderungen der Therapiedauer erfolgt dies unter Einbeziehung des Rehabilitanden. Bei Wechsel der Therapieform erfolgt auch eine enge Abstimmung mit den nachbehandelnden Stellen.

Die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen bietet außerdem die Möglichkeit von Kombi-Therapien. Nach einer 8-wöchigen stationären Therapiephase schließt sich eine ambulante Entwöhnungstherapie in einer vom Leistungsträger anerkannten ambulanten Einrichtung an.

In Zusammenarbeit mit der DRV Saarland werden außerdem 4-wöchige Maßnahmen als sogenannte Orientierungsphase angeboten. Diese dienen der Motivationsklärung sowie der Überprüfung der Rehabilitationsfähigkeit vor Beginn einer regulären Entwöhnungstherapie. Sie werden insbesondere bei Drogenabhängigkeit dann durchgeführt, wenn in der Vorgeschichte bereits mehrere Maßnahmen vorzeitig beendet wurden.

Tabelle 2: Übersicht über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten und ihre Dauer

| Therapieform   | Dauer  |
|--|--|
| Standard-Entwöhnungstherapie<br>Alkoholabhängigkeit (Z.i.e.L.-Programm)  | 12 Wochen  |
| Intensiv-Programm für Abhängige mit<br>berufsbezogenen Problemstellungen | 8 Wochen<br>(plus 4 Wochen Verlängerung bei Bedarf)              |
| Auffangbehandlung  | 8 bis 10 Wochen  |
| Festigungsbehandlung   | 6 bis 12 Wochen  |
| Kombi-Therapien  | 8 Wochen stationär plus<br>bis zu 80 ambulante Therapieeinheiten |
| Drogenabhängige<br>(insbesondere Polytoxikomanie)                        | 12 bis 26 Wochen   |
| Orientierungsphase   | 4 Wochen   |



## 8 | Rehabilitationsplanung

Nach der einwöchigen Aufnahmephase, in der umfangreiche Daten zur Anamnese bezüglich der verschiedenen Bereiche des bio-psycho-sozialen Modells erhoben wurden und eine umfangreiche Diagnostik erfolgt ist, wird mit dem Rehabilitanden ein individueller Therapieplan erstellt.

Um die Mitwirkung des Rehabilitanden und die Eigenverantwortung für die Bewältigung der Erkrankung zu stärken, wird bereits bei der Rehabilitationsplanung der Rehabilitand aktiv in die Auswahl der Therapieangebote einbezogen. Besondere Berücksichtigung in der Planung finden berufsbezogene Problemstellungen und komorbide psychische Störungen. Jedem Rehabilitanden wird ein individueller Wochentherapieplan erstellt.

In der 3. Therapiewoche wird im interdisziplinären Team der Rehabilitationsplan besprochen und unter Berücksichtigung der Fähigkeits- und Funktionsstörungen sowie der Kontextfaktoren in der Akte dokumentiert. Außerdem erfolgt eine Ersteinschätzung mittels der Mini-ICF-Skala.

In der Mitte des geplanten Rehabilitationszeitraums erfolgt ebenfalls im Team unter Einbeziehung der Rückmeldung der verschiedenen Berufsgruppen eine Überprüfung und Anpassung der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes. Zu diesem Zeitpunkt werden auch bereits weiterführende Maßnahmen wie der Wechsel in eine Adaptionseinrichtung, eine sozialtherapeutische Einrichtung, Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Planung berücksichtigt.

Zwei Wochen vor Entlassung wird im Team die Therapiezieleerreichung überprüft. Die Ergebnisse aus den verschiedenen Therapiebereichen werden vorgestellt und mit den Ausgangsbefunden zu Beginn der Maßnahme verglichen.

In den ärztlichen und therapeutischen Abschlussgesprächen werden die Ergebnisse ausführlich mit dem Rehabilitanden besprochen, dabei wird besonders auf Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung eingegangen. Maßnahmen der weiteren Behandlung wie Termine für ambulante Nachsorge, fachärztliche Weiterbehandlung werden in die Wege geleitet.



## 9 | Die medizinische Versorgung

### 9.1. Das Aufnahmeverfahren

Bei allen Neuaufnahmen erfolgt zunächst eine kurze Überprüfung, ob der Rehabilitand nicht intoxiziert ist und ob eine ausreichende Entgiftung im Vorfeld stattgefunden hat.

Am Aufnahmetag erfolgen immer eine ausführliche medizinische Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung, außerdem eine fachärztliche Einschätzung durch Chefärztin oder Oberärztin. Auf der Basis des Aufnahmegesprächs werden weitere diagnostische Maßnahmen festgelegt und die medikamentöse Behandlung angeordnet. Außerdem werden Einschränkungen, die bei der Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen von Relevanz sind, in der Akte dokumentiert.

Bereits in der Aufnahmesituation können Empfehlungen zur Teilnahme an speziellen Therapieangeboten wie Wirbelsäulengymnastik, Raucherentwöhnung etc. ausgesprochen werden.

Alle Rehabilitanden erhalten eine Mappe mit Informationen zum Klinikablauf und einem Therapieplan der Aufnahmephase. Spätestens am zweiten Tag des Klinikaufenthaltes erfolgt ein ausführliches psychotherapeutisches Aufnahmegespräch mit Erhebung der wichtigsten Daten zur Anamnese der Rehabilitationsdiagnose.

### 9.2. Rehabilitationsdiagnostik

Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells der ICF werden diagnostische Erhebungen in den verschiedensten Bereichen durchgeführt.

Im Rahmen der somatischen Diagnostik werden Funktionseinschränkungen auf körperlicher Ebene erfasst. Besondere Berücksichtigung finden dabei die körperlichen Folgeschäden der Suchterkrankung. Routinemäßig wird bei allen neu aufgenommenen Rehabilitanden eine Labordiagnostik durchgeführt, die großes Blutbild, Kreatinin, Harnsäure, Elektrolyte, Blutfettwerte, Transaminasen, Bilirubin, Cholinesterase, Lipase, Amylase, Quick-Wert umfasst. Zu speziellen Fragestellungen können weitere Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Außerdem wird ein Drogen-Screening im Urin veranlasst. Die Laboruntersuchungen erfolgen durch das konzerneigene Zentrallabor in Völklingen. Die Ergebnisse können noch am Abnahmetag im Krankenhausinformationssystem eingesehen werden.

Für weitere diagnostische Maßnahmen können die Einrichtungen der benachbarten Kliniken Sonnenberg genutzt werden. Wenn kein aktueller EKG-Befund vorliegt, wird eine EKG-Untersuchung durchgeführt. Außerdem können radiologische Untersuchungen, Oberbauchsonographie, Langzeit-EKG, Echocardiographie angefordert werden.

Zur Diagnostik begleitender psychischer oder psychosomatischer Krankheitsbilder werden neben der Erhebung eines ausführlichen psychischen Befundes auch gezielt testpsychologische Verfahren eingesetzt (s. Kapitel 10).

Zur Einschätzung der Funktionseinschränkungen wird Wert darauf gelegt, dass Befunde von vorbehandelnden Stellen eingeholt werden. Darüber hinaus werden bei besonderen Problemlagen Termine in Facharztpraxen zur weiteren Abklärung veranlasst.

### 9.3. Die medizinische Betreuung in der Fachklinik

Da viele Rehabilitanden erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, kommt der ärztlichen Betreuung während der Rehabilitationsmaßnahme eine große Bedeutung zu. In der Fachklinik werden täglich ärztliche Sprechstunden durch die Assistenzärzte angeboten.

Die fachärztlich psychiatrische Versorgung ist durch die ärztliche Klinikleitung und ihren Vertreter sichergestellt.

In der einwöchigen Aufnahmephase erfolgen zwei Facharztvisiten. Im weiteren Verlauf finden regelmäßige Facharztvisiten in den Bezugsgruppen statt, wobei es uns wichtig ist die Rehabilitanden in ihren Zimmern aufzusuchen. Hierdurch können gemäß ICF wichtige Informationen zur Funktionsfähigkeit im Alltag gewonnen werden.

Zentrale Anlaufstelle für alle medizinischen Fragestellungen sind die Mitarbeiter des Pflegeteams. Im Pflegetützpunkt werden Termine für die täglich statt findenden ärztlichen Sprechstunden vereinbart, diagnostische Maßnahmen koordiniert, Termine bei externen Fachärzten vermittelt. Über den Pflegetützpunkt erfolgt die Überwachung von medizinischen Parametern wie RR, Puls, Blutzucker, die Medikamentenausgabe und die Abstinenzkontrolle.

Die Mitarbeiter des Pflegeteams sind in Notfällen rund um die Uhr für die Rehabilitanden ansprechbar.

Die ärztliche Versorgung der Rehabilitanden außerhalb der üblichen Arbeitszeiten nachts und an Wochenenden erfolgt durch den Bereitschafts- und Hintergrunddienst der Kliniken Sonnenberg. Hierdurch ist durchgängig eine psychiatrische Fachkompetenz sicher gestellt.

### 9.4. Gesundheitsinformationen

Suchterkrankungen gehen mit einer Vielzahl körperlicher und psychischer Folgeerkrankungen einher. Diese führen in zahlreichen Fällen zu gravierenden Funktionseinschränkungen und erfordern oft eine langfristige medizinische Betreuung und eine Anpassung der Lebensweise.

Zur Förderung der Veränderungsbereitschaft und des Aufbaus einer gesundheitsdienlichen Lebensweise halten wir einen guten Kenntnisstand zu medizinischen Themen für unbedingt erforderlich. Hierdurch kann auch die Therapietreue und die Bereitschaft zur Nachsorge deutlich verbessert werden.

Die Fachklinik hält im Rahmen der Gesundheitsinformation verschiedene Angebote vor:

- Im Rahmen der Aufnahmephase findet eine Gruppe statt, in der Grundlagen zu medizinischen Themen bei Abhängigkeitserkrankungen vermittelt werden.
- Durch das ärztliche Team werden bei speziellen Problemstellungen ausführliche individuelle Beratungstermine angeboten.
- Alle Rehabilitanden nehmen an einer Ernährungsberatung in Gruppenform teil.
- Alle Rehabilitanden nehmen an einem Vortrag zum Thema „Gefahren des Nikotinkonsums“ teil. Hierdurch soll die Motivation zum Nikotinverzicht und die Bereitschaft zur Teilnahme an unserem indikativen Angebot Raucherentwöhnung gefördert werden.
- Die Fachklinik bietet Wirbelsäulengymnastik als individuelles Angebot an.
- Es werden vier Vorträge zu den Themen Medizinische Rehabilitation, Schutzfaktoren, Bewegung und körperliches Training, Stress und Stressbewältigung gehalten, bei denen für alle Rehabilitanden die Teilnahme verpflichtend ist.

### 9.5. Ernährungsberatung

In Verbindung mit dem Suchtmittelkonsum haben viele Rehabilitanden ihre Ernährung massiv vernachlässigt oder ein sehr einseitiges, ungesundes Ernährungsverhalten praktiziert. Gesundheitliche Folgen wie Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Gicht, Adipositas werden häufig beobachtet.

Im Laufe der Rehabilitationsmaßnahme nehmen alle Rehabilitanden an einer Ernährungsberatung in Gruppenform teil, in welcher ihnen Grundlagen einer gesunden Ernährung vermittelt werden. Bei speziellen gesundheitlichen Problemstellungen erfolgt darüber hinaus eine individuelle Diätberatung in Einzelbetreuung durch eine Diätassistentin.

### 9.6 Medizinische Abschlussuntersuchung

In den Tagen vor der geplanten Entlassung erfolgt eine fachärztliche Abschlussbeurteilung mit sozialmedizinischer Einschätzung. Die sozialmedizinische Beurteilung wird ausführlich mit dem Rehabilitanden kommuniziert.

Im Rahmen der Abschlussuntersuchung werden außerdem Empfehlungen zur weiteren ärztlichen Versorgung und zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil ausgesprochen. Einwilligungen zur Weitergabe des Reha-Entlassberichtes an die nachbehandelnden Stellen werden eingeholt. Zur direkten Information des weiterbehandelnden Arztes erhält der Rehabilitand einen Kurz-Arztbrief.

## 10| Die testpsychologische Diagnostik

In der Fachklinik werden standardmäßig folgende Testverfahren eingesetzt:

- **d2-Aufmerksamkeits-Belastungs-Test**  
Mit dem d2-Test kann die individuelle Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit überprüft werden. Er misst Tempo und Sorgfalt des Arbeitsverhaltens bei der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize (Detail-Diskrimination). Der Test kann einfach und schnell durchgeführt werden, daher eignet er sich besonders auch zur Beurteilung von Veränderungen im Therapieverlauf.
- **Symptomcheckliste SCL-90-R**  
Die SCL-90-R ist ein Screening-Verfahren, das die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche sowie psychische Symptome innerhalb der letzten sieben Tage misst und somit eine umfassende Übersicht über die aktuelle psychische Belastung liefert. Sie erfasst neun psychotherapeutisch relevante Bereiche (z.B. Depressivität, Ängstlichkeit) und erfasst drei globale Kennwerte (psychische Belastung, Intensität der Antworten, Anzahl der Symptome), die durch einen Vergleich der individuellen Werte der entsprechenden Alterskohorte Rückschlüsse erlauben. Die SCL-90-R gibt damit psychotherapeutisch und differentialdiagnostisch relevante Hinweise, um spezifische Zielsetzungen und die Therapieplanung abzusichern.
- **Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT), Berlitz-Weihmann und Metzler (1993)**  
Mit diesem Fragebogen können beabsichtigte bzw. er-

lebte positive Alkoholwirkungen und die sozialen Funktionen des Alkoholkonsums erfasst werden. Die 93 Items verteilen sich auf 5 Skalen: Exzitatorische Wirkung des Alkohols, psychopharmakologische Wirkung des Alkohols, soziale Funktion, normaunutzendes Hintergrund-Trinken, Symptome der psychischen und körperlichen Abhängigkeit.

Darüber hinaus kann eine Vielzahl von Testverfahren zur Klärung besonderer Fragestellungen angewendet werden:

- **AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster)**  
AVEM ist für vielfältige Fragestellungen im Kontext von Arbeit und Gesundheit einzusetzen. Das Verfahren erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen. AVEM bietet die Möglichkeit zur Erkennung gesundheitlicher Risiken, z.B. depressiver Verarbeitungsmuster und kann somit Hinweise für weitere therapeutische Interventionen liefern.  
  
AVEM ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren. Es werden Selbsteinschätzungen in 11 Dimensionen erhoben: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, Beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz bei Misserfolg, Offensive Problembewältigung, Innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung.
- **ADHS-Diagnostik:**  
**Zur Diagnostik des adulten Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms mit oder ohne Hyperaktivität werden folgende Fragebögen eingesetzt:**  
- **ADHS-SB:** Die ADHS-Selbstbeurteilungsskala beinhaltet die 18 diagnostischen Kriterien von DSM-IV und der ICD-10-Forschungsversion. Die sprachlichen Formulierungen sind dem Zweck der Selbstbeurteilung angepasst. Die einzelnen Merkmale können von 0 bis 3 skaliert werden  
- **WURSk:** Die Wender Utah Rating Scale – deutsche Kurzform (WURS-K) dient der retrospektiven Diagnostik kindlicher ADHS-Symptome.  
- **WRI:** Das Wender-Reimherr Interview ist ein strukturiertes Interview mit 28 psychopathologischen

Merkmale, die sich im Bereich der Diagnostik des ADHS des Erwachsenenalters als besonders wichtig herausgestellt haben. Die von 0 bis 2 skalierbaren 28 Items sind 7 psychopathologischen Teilbereichen zugeordnet und ermöglichen eine differentialdiagnostische Abgrenzung und die Angabe von Ausprägungsgraden. Die Bearbeitungs- und Interviewzeit liegt bei einem Zeitaufwand von ca. 120 Minuten. Die diagnostische Validität und Zuverlässigkeit wird als gut angegeben.

- **Intelligenztestung - CFT-20**  
Der CFT 20 (Grundintelligenztest-Skala 2) erfasst die sog. „general fluid ability“, welche als Fähigkeit, figurale Beziehungen und formal-logische Denkprobleme mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad zu erkennen und innerhalb einer bestimmten Zeit zu bearbeiten, verstanden wird. Durch non-verbale und anschauliche Testaufgaben werden Personen mit schlechten Kenntnissen der deutschen Sprache und mangelhaften Kulturtechniken nicht benachteiligt.  
  
Es bestehen Normen für Jugendliche bis 19 Jahre sowie für Testteil 1 für Erwachsene von 20-60 Jahren. Die Bearbeitungsdauer beträgt mit allgemeiner Testeinführung ca. 60 Minuten.
- **Komorbide psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen**  
- **SKID-I:** Das SKID-I dient der effizienten Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, darunter affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.  
- **SKID-II:** Das SKID-II ist ein Verfahren zur effizienten und validen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Es handelt sich um ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen, dessen Items die Kriterien des DSM-IV repräsentieren und der als Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen dient. Im nachfolgenden Interview brauchen dann nur noch diejenigen Fragen gestellt zu werden, für die im Fragebogen eine «ja»-Antwort angekreuzt wurde. Durch dieses zweistufige Verfahren wird eine vergleichsweise geringe Durchführungzeit für das Interview erreicht.  
- **IKP:** Das Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierung dient schwerpunktmäßig der vollständigen



Erfassung von Persönlichkeitsakzentuierungen nach DSM-IV und ICD-10; es kann als Screening-Verfahren oder Vorfelddiagnostikum in der klinisch-psychiatrischen und in der psychologischen Diagnostik eingesetzt werden.

- Kognitive Funktionen und Leistungsfähigkeit
  - *Minimal-Status-Test*: Der MMST stellt ein Screening-Instrument zur Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Personen dar. Es handelt sich um ein Interview mit Handlungsaufgaben, das vor allem praxisnahe Fragen beinhaltet, die von kognitiv nicht beeinträchtigten Personen im Regelfall problemlos beantwortbar sind, von Personen mit Demenzverdacht dagegen nur zum Teil bewältigt werden. Erfasst werden kognitive, nicht jedoch emotionale Aspekte (Orientierung, Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechnen, Gedächtnis, Sprache, Ausführung einer Anweisung, Lesen, Schreiben und konstruktive Praxie). Die Auswertung erfolgt als einfache Addition der vergebenen Punkte.
  - *DemTect*: Beim DemTect handelt es sich um ein Screening-Verfahren, das zu einer ersten Demenz-Diagnostik herangezogen werden kann. Das bedeutet, das Ergebnis gibt einen Hinweis, ob differenziertere Verfahren zur Absicherung der Diagnose herangezogen werden sollen, oder ob nicht vom Vorliegen einer demenziellen Erkrankung ausgegangen werden kann. Der DemTect lässt sich mit geringem Zeitaufwand (ca. 8 Minuten) objektiv durchführen und auswerten. Aufgrund der potentiellen Alterssensitivität von Testleistungen erfolgt eine separate Auswertung für 60-Jährige und Ältere sowie für unter 60-Jährige. Der Test sollte nicht bei Rehabilitanden unter 40 Jahren angewandt werden.

schers Informationen und zur Förderung des Krankheitsverständnisses Einführungsveranstaltungen in die verschiedenen Therapiebereiche. Außerdem werden Informationen zum Verhalten in der Fachklinik vermittelt: Erklärung der Therapieregeln, Hinweise zu Hygiene, Brandschutz, Arbeitssicherheit, Datenschutz.

Darüber hinaus dient die Aufnahmephase auch der Erhebung anamnestischer Daten. Neben der medizinischen Anamnese und der Suchtanamnese werden Daten zur sozialen Situation und zur beruflichen Entwicklung erfasst. Bei Bedarf können bereits in der Aufnahmephase Angehörige, Betreuer und andere wichtige Bezugspersonen einbezogen werden.

Des Weiteren werden in der Aufnahmephase diagnostische Maßnahmen (medizinische Diagnostik, testpsychologische Untersuchungen) durchgeführt.

Die erhobenen Daten werden in einem Aufnahmegruppen-Team besprochen und dienen als Grundlage der weiteren Therapieplanung. Bei der Planung des Wechsels in die Therapiegruppe finden auch spezielle Problemstellungen Berücksichtigung: Aufnahme in Frauengruppe, Therapieangebote für Rehabilitanden mit schwereren komorbiden Störungen, medizinische oder therapeutische Notwendigkeit eines Einzelzimmers.

In Ausnahmefällen kann die Aufnahmephase auch über die Dauer einer Woche hinaus verlängert werden, z.B. bei fraglicher Rehabilitationsfähigkeit, unsicherer Therapiemotivation oder schwankender Zuverlässigkeit in der Therapieteilnahme. Sollte sich keine ausreichende Basis zur Fortsetzung der Rehabilitationsmaßnahme abzeichnen, kann die Maßnahme vorzeitig beendet werden. Dem Rehabilitanden werden dabei Wege aufgezeigt, wo er die für ihn geeigneten Hilfen erhalten kann (Suchtberatungsstellen, stationäre oder ambulante ärztliche Behandlung, Aufsuchen sozialer Dienste u.ä.).

## 11.2. Gruppen- und Einzeltherapie

Gruppen- und Einzeltherapie stellen die Hauptelemente unserer therapeutischen Arbeit dar. Verantwortlich für die Gruppen- und Einzeltherapie sind Sozialpädagogen mit VDR-anerkannter Weiterbildung oder Dipl. Psychologen/Psychologische Psychotherapeuten. In der Gruppen- und Einzelpsychotherapie arbeiten wir nach einem integrativen, methodenübergreifenden Ansatz. Verhal-

tenstherapeutische Therapieansätze bilden den Schwerpunkt, in die Arbeit fließen jedoch auch Elemente anderer Therapierichtungen (Gestalttherapie, Schematherapie, Systemische Therapie, psychoanalytisch-interaktionale Therapie u.a.) ein. Als Basis für den Behandlungserfolg kommt der Beziehung zwischen Rehabilitand und Therapeut eine besondere Bedeutung zu. Sie dient der Aufdeckung dysfunktionaler Interaktionsmuster und bietet die Möglichkeit, emotional korrigierende Erfahrungen zu machen. Der Therapeut nimmt dabei aktiv sowohl eine wohlwollend annehmende, spiegelnde als auch eine dialogische Haltung ein. Er ist für den Rehabilitanden als Person spürbar. Es herrscht das „Prinzip Antwort“ vor, nicht das „Prinzip Deutung“ (Heigl-Evers).

Auch die neueren Konzepte der sog. dritten Welle der Verhaltenstherapie wenden sich zunehmend dem Thema Bindung zu. Ziel ist es den Rehabilitanden in seiner Selbstwahrnehmung zu fördern. Begleitet von einer grundsätzlich wertschätzenden, annehmenden Grundhaltung spielen auch Konfrontation und Frustration im Therapieprozess eine entscheidende Rolle, um dem Rehabilitanden die Möglichkeit zu geben, neu erworbene Verhaltensstrategien in einem geschützten Rahmen zu erproben.

### 11.2.1 Gruppentherapie

Die dreimal wöchentlich stattfindende Gruppentherapie wird unter der Leitung der Bezugstherapeuten mit maximal 12 Rehabilitanden durchgeführt. Besondere Schwerpunkte in der Gruppenarbeit sind die Förderung der Krankheitseinsicht und -akzeptanz auf kognitiver und emotionaler Ebene durch u.a. Psychoedukation sowie Integration der Abhängigkeitserkrankung in die Gesamtpersönlichkeit. Die Suchtentwicklung wird in Verbindung mit der Lebensgeschichte nachvollzogen und bearbeitet.

Durch den Austausch mit anderen in der Gruppe und die Erfahrung, dass andere ähnliche Entwicklungen erlebt haben, können Schamgefühle abgebaut werden. Gerade die Erfahrung, auch schwierige Themen ansprechen zu können, ohne abgewertet und verurteilt zu werden, ist für viele Rehabilitanden ein wesentlicher Faktor zur Selbstwertstabilisierung. Der Austausch darüber, wie Krisen von anderen bewältigt wurden, kann Mut und Zuversicht in die eigenen Stärken wecken. Ein

wichtiges Element sind auch die Rückmeldungen der übrigen Gruppenmitglieder, die dabei helfen, eigene Emotionen wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen. Im Gruppensetting treten intrapsychische und interpersonelle Konflikte zutage, die der Rehabilitand aus seiner Biographie und seinem sozialen Leben kennt, so dass diese im geschützten, haltgebenden Umfeld bearbeitet werden können. Das Gruppensetting bietet ein praktisches Übungsfeld für Kommunikation und soziale Kompetenzen (Selbstbehauptungsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit, Konfliktlösefähigkeit etc.).

### 11.2.2 Einzeltherapie

Nach Etablierung eines tragfähigen vertrauensvollen Arbeitsbündnisses zwischen Bezugstherapeut und Rehabilitand dienen die wöchentlich stattfindenden Einzelgespräche zunächst der ausführlichen Anamneseerhebung und diagnostischen Einschätzung. Auf dieser Basis werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden die Therapieziele festgelegt und der weitere Therapieprozess geplant. Während des gesamten Therapieprozesses wird Wert auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit für den Rehabilitanden gelegt. In diesem Sinne wird zunächst gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein individuelles Erklärungsmodell für die Entstehung seiner Abhängigkeitserkrankung und gegebenenfalls komorbider Störungen vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Lerngeschichte entwickelt. Dabei wird besonderes Augenmerk auf eigene Anteile an der Suchtentstehung sowie auf aufrecht erhaltende Faktoren gelegt. Mittels Vierfelder-Schema werden mit dem Rehabilitanden Pro-Contra-Analysen bzgl. seines Konsums vorgenommen, um seine Abstinenzmotivation zu stärken. Mittels Verhaltensanalysen werden die Funktionalität des/r Suchtmittel/s und dysfunktionale Denkmuster des Rehabilitanden herausgearbeitet. Die zirkuläre Fragetechnik soll dem Rehabilitanden die Dysfunktionalität seiner Grundannahmen verdeutlichen und ihn zum Umdenken bewegen.

Im Fokus stehen auch die Förderung einer realistischen Selbstwahrnehmung sowie der Selbstakzeptanz und die Verbesserung von Kritik- und Abgrenzungsfähigkeit. Eine Auseinandersetzung mit existentiellen menschlichen Themen wird angestrebt.

Wichtig ist auch die Nutzung bereits vorhandener und die Etablierung neuer Ressourcen, um positive Kontext-

## 11 | Die therapeutischen Angebote

### 11.1. Die Aufnahmephase

Alle neu aufgenommenen Rehabilitanden durchlaufen zunächst eine einwöchige Aufnahmephase. Der Therapieplan der Aufnahmephase (s. Anlagen) umfasst neben Gruppensitzungen zur Vermittlung krankheitspezifi-

faktoren und eine salutogene Freizeitgestaltung im Alltag für die Zeit nach der Therapie zu schaffen. In den Einzelgesprächen werden auch Themen aus den Gruppentherapien und indikativen Gruppen aufgegriffen und vertieft.

Rückfallprophylaktische Strategien werden während der gesamten Therapiedauer, insbesondere allerdings im letzten Therapiedrittel im Hinblick auf die Zeit nach Entlassung vertiefend, besprochen.

Die Rehabilitanden werden auf Maßnahmen nach der Rehabilitation zur Abstinenzstabilisierung (ambulante Nachsorge, Selbsthilfegruppenbesuch u.ä.) vorbereitet. Mit Einverständnis des Rehabilitanden werden Angehörige, Vorgesetzte, Betriebsärzte in die weitere Planung mit einbezogen.

Der Bezugstherapeut bietet auch in akuten Krisen kurzfristig Einzelgesprächstermine an, die dazu dienen den Rehabilitanden zu stabilisieren.

### 11.3 Themenzentrierte Gruppe

Einmal wöchentlich findet in der Bezugsgruppe eine themenzentrierte Gruppensitzung statt. Der Bezugstherapeut wählt hierfür aus einem Themenkatalog (s. Anhang) ein Thema aus, das von den Rehabilitanden alleine in der Gruppe diskutiert und ausgearbeitet wird. Im Anschluss wird das Thema zusammen mit dem Bezugstherapeuten bearbeitet.

### 11.4 Die indikativen Angebote

Die Vielzahl der die Suchterkrankung begleitenden Problemstellungen erfordert eine Individualisierung des Therapieplans mit auf den einzelnen Rehabilitanden abgestimmten Therapieeinheiten. In der Fachklinik steht hierfür ein Angebot von unterschiedlichen indikativen Therapien zur Auswahl. Bei der indikationsspezifischen Einteilung in die Therapieangebote finden besonders auch die komorbiden psychischen und psychosomatischen Störungen Berücksichtigung.

Tabelle 3: Übersicht der indikativen Therapien

| Entspannung, achtsamkeitsbasierte Verfahren und sonstige | Psychoedukation               | Therapie begleitender psychischer Störungen |
|--|-------------------------------|---|
| Autogenes Training                                       | Raucherentwöhnung             | Depressionsbewältigung                      |
| Muskelrelaxation nach Jacobson                           | Wirbelsäulengymnastik         | Gruppentraining sozialer Kompetenz          |
| Achtsamkeitstraining                                     | Psychoedukation bei Psychosen |   |
| Körpertherapie   | Krankheitsbezogene Grundlagen |   |
| Genusstraining   | Rückfallprophylaxe            |   |
| Kunst- und Gestaltungstherapie                           | Hirnleistungstraining         |   |
| Meditation   |                               |   |
| QiGong   |                               |   |
| Yoga   |                               |   |
| Musklfunktionstraining                                   |                               |   |
| Terraintraining  |                               |   |
| Schwimmen  |                               |   |
| Walking  |                               |   |
| Stressbewältigung  |                               |   |

#### 11.4.1 Krankheitsbedingte Grundlagen

In Studien zeigt sich, dass der langfristige Behandlungserfolg einer Entwöhnungsmaßnahme unter anderem abhängig ist von der Motivation eines Rehabilitanden zu Therapiebeginn. Besonders ambivalent motivierte Patienten scheinen auf lange Sicht hin schlechtere Ergebnisse aufzuweisen, sodass die Stärkung bzw. Förderung der Motivation zweifelsfrei einen wichtigen Bestandteil in der Therapie von Abhängigen darstellt. Dieses Ziel wird innerhalb unserer Klinik mit der Motivationsgruppe verfolgt, in die Rehabilitanden aufgenommen werden, bei denen zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung ambivalente Einstellungen zur eigenen Abhängigkeit, zur Abstinenz und/oder zur Therapie bestehen.

Durch fundierte Informationsvermittlung, aktive und spielerische Informationsaneignung und kritisches Hinterfragen der individuellen Gründe und Konsequenzen der Suchtmittelproblematik sollen Krankheitsverständnis und -einsicht, Therapie- und Abstinenzmotivation verbessert werden. Hierfür werden in einem 6-Wochen-Zyklus unter Leitung eines Sozialtherapeuten oder Dipl. Psychologen vor allem folgende Themen bearbeitet: Grundbegriffe der Motivation (z.B. die Maslowsche Bedürfnishierarchie), Lerntheorien (Modelllernen, kognitives Lernen, klassische Konditionierung und operante Konditionierung), Abhängigkeitskriterien (nach ICD-10) und -formen sowie Verhaltensanalysen. Dabei kommen auch innerhalb der Klinik erstellte Arbeitsmaterialien zur Anwendung.

#### 11.4.2 Rückfallprophylaxe

Die Grundlage dieser indikativen Gruppe ist das Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985), bei dem der Rückfall als Prozess gesehen wird, in dem kognitive, soziale und verhaltensbezogene Bedingungsfaktoren eine Rolle spielen. Dabei stützen sich Marlatts Überlegungen auf die sozial-kognitive Theorie Banduras, die Gesundheitspsychologie sowie die psychoedukativen therapeutischen Ansätze (J. Körkel, C. Schindler „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen“).

In der Rückfallpräventionsgruppe werden Strategien sowohl zur primären als auch sekundären Rückfallprävention vermittelt. Dies beinhaltet, suchtmittelabhängigen Menschen Kompetenzen sowohl zur Rückfallvor-

beugung an die Hand zu geben, als auch Wege aufzuzeigen, um nach fehlender Bewältigung (Konsum) zur Abstinenz zurück zu kehren und nicht in das alte Konsummuster zurück zu fallen.

Neben Grundinformationen über Rückfälligkeit stellen die Abstinenzentscheidung, das Erarbeiten von persönlichen Risikosituationen, Risikomanagement, ausgewogene Lebensgestaltung, die Erstellung von Notfallplänen und die Rückfallbewältigung thematische Schwerpunkte dar. Basierend auf dem Konzept des Selbstmanagements werden dabei individuelle Strategien der „Hilfe zur Selbsthilfe“ erarbeitet. Dieses indikative Therapieangebot wird von einem Sozialtherapeuten oder Dipl. Psychologen durchgeführt.

#### 11.4.3 Gruppentraining sozialer Kompetenz

Die zugrundeliegende Überlegung beim Begriff „Soziale Kompetenz“ ist, dass Menschen in unterschiedlichem Umfang über Fähigkeiten verfügen, Kompromisse zwischen notwendiger und ausreichender sozialer Anpassung einerseits und der Umsetzung individueller Bedürfnisse und Wünsche andererseits finden und umsetzen zu können. Sozial inkompetentes Verhalten ist bei Personen mit Abhängigkeitsproblemen überzufällig häufig, dabei zeigen sich sowohl vermeidend-unsichere wie auch zudringlich-aggressive Verhaltensmuster. Andererseits sind Defizite sozialer Kompetenz insbesondere in sogenannten Risikosituationen rückfallbegünstigend (z.B. durch Gruppendruck und Überredung, Konflikte). Das Training sozialer Kompetenz stellt somit einen wichtigen Teil der Suchttherapie und insbesondere der Rückfallprophylaxe dar.

Ziel des sozialen Kompetenztrainings ist es, den Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, in sozialen Situationen solche kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen zu wählen, die längerfristig zu einem für ihn günstigeren Verhältnis zwischen positiven und negativen Konsequenzen seines Handelns führen.

Methodisch orientiert sich das soziale Kompetenztraining am Konzept des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (Hinsch, Rüdiger/Pfingsten, Ulrich, 2007.) Insbesondere in den Bereichen „Recht durchsetzen“, „Beziehungen gestalten“ und „Sympathie gewinnen“ soll die Sozialkompetenz der Rehabilitanden verbessert werden. Hierfür werden verschiedene Behandlungsme-



thoden wie z.B. die Vermittlung eines Erklärungsmodells, Instruktion und Modellierung, Rollenspiele, Rückmeldungen auch mit Hilfe von Videoaufzeichnungen, Verstärkung und kognitive Verhaltensmodifikation eingesetzt. Für die Durchführung des Gruppentrainings sozialer Kompetenz ist ein Psychologischer Psychotherapeut verantwortlich.

#### 11.4.4 Depressionsbewältigung

Die Depression stellt im Rahmen einer Substanzabhängigkeit eine häufig auftretende psychische Erkrankung dar. Dabei kann die Depression sowohl als ursprüngliche Grunderkrankung als auch als Folge der Abhängigkeitsproblematik auftreten. Oft sind die Zusammenhänge sehr komplex. Auch im Entzug und im Rahmen der anschließenden Entwöhnungsphase können länger andauernde depressive Zustände auftreten.

Die Gruppe ist als offene Gruppe von bis zu 12 Teilnehmern konzipiert und wird von einem Psychologischen Psychotherapeuten geleitet, ein Turnus besteht aus 10 Sitzungen. Eine Indikation besteht bei Depressionen und Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionsmustern. In der Gruppe wird mit verschiedenen verhaltenstherapeutischen Elementen gearbeitet. Hierzu gehört die Vermittlung von Informationen zur Entstehung und Behandlung von Depressionen, die Vermittlung eines therapeutischen Modells, Aktivitätsaufbau, Tagesstrukturierung, Aufbau angenehmer Aktivitäten, Bearbeiten von depressogenen Gedanken und Einstellungen, Verbesserung des Umgangs mit Gefühlen, Erkennen von Krisen und Erstellen eines Krisenplans (th. Grundlage Schaub et al., 2006).

Durch die Therapie soll der Rehabilitand Wissen über seine Erkrankung erlangen und für sich Wege erarbeiten, eine stabile psychische Grundverfassung zu erlangen, sodass in Belastungssituationen ausreichende Bewältigungsstrategien angewendet und Rückfälle vermieden werden können.

#### 11.4.5 Genussstraining

Die Genussgruppe ist eine verhaltenstherapeutische, halbstandardisierte Gruppe und orientiert sich inhaltlich an der „kleinen Schule des Genießens“ (Koppenhöfer, 2004). Diese soll euthymes Erleben und Handeln fördern, die Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge

stärken, die Wahrnehmung und den Umgang mit Gefühlen fördern. Hierzu werden nach einer ausführlichen Einführung in das Thema und Erläuterung der sieben „Genussregeln“ mit Elementen der Achtsamkeit Wahrnehmungsübungen zu den Sinnesmodalitäten Fühlen, Riechen, Schmecken, Sehen und Hören durchgeführt und das selbstständige Experimentieren zwischen den Sitzungen angeregt. So lernen die Rehabilitanden durch spielerisches Erkunden eigene, als positiv erlebte Aktivitäten kennen bzw. entdecken diese wieder. Gerade bei Suchtpatienten spielt dies, zusammen mit der Verbesserung der Selbstwahrnehmung eine zentrale Rolle.

Außerdem werden hierbei die Achtsamkeit und der achtsame Umgang mit sich sowie die Selbstfürsorge geübt, was zu den Voraussetzungen einer „zufriedenen Abstinenz“ gehört. Auftretende Schwierigkeiten dabei, welche beispielsweise bei der Bearbeitung der „Hausaufgaben“ zu Tage treten, werden daher ausführlich besprochen. Durch Betonung des aktiven Handelns und Einflussnehmens auf die eigene Befindlichkeit werden auch die Eigenverantwortung und das Selbstwirksamkeitserleben gefördert.

Die Gruppe ist in unserer Klinik als geschlossene psychoedukative Gruppe umgesetzt, um so das Vertrauensverhältnis unter den Rehabilitanden und ein effektives Arbeiten zu fördern sowie um sicherzustellen, dass die Rehabilitanden alle Gruppenstunden mitmachen. Dies ist deshalb so wichtig, da die Reihenfolge der 8 Sitzungen einem festen Ablauf folgt und diese aufeinander aufbauen. Die maximale Teilnehmerzahl beträgt 8-10 Rehabilitanden, die gemischtgeschlechtliche Gruppe findet einmal pro Woche für 60 Minuten statt und wird von Dipl. Psychologen betreut.

Das Anwendungsspektrum ist vielfältig was die klinischen Diagnosen betrifft, bei denen die Genussgruppe unterstützend eingesetzt werden kann (z.B. Depressionen, Essstörungen, Schmerzstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, etc.).

Bezüglich der Anwendung in Gruppen mit Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ist anzumerken, dass die Sinnesmodalität „Schmecken“ erst thematisiert wird, nachdem ausreichend alternative positive Ressourcen aktiviert wurden, da diese Sinnesmodalität für diese Patientengruppe schwierig sein kann.

#### 11.4.6 Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie

In der klinischen Kunst- und Gestaltungstherapie wird unter therapeutischer Anleitung eines Ergotherapeuten mit Zusatzqualifikation Gestaltungstherapie mit bildnerischen und gestalterischen Materialien gearbeitet. Damit soll ein neuer Weg der persönlichen Entfaltung und des Zugangs zu sich selbst aufgezeigt werden. Die Gestaltungstherapie versteht sich als tiefenpsychologische und psychodynamische Kunsttherapie.

Die Kunst- und Gestaltungstherapie ist ein erlebnis- und handlungsorientiertes Verfahren. Sie fördert die Vielfalt des Ausdruckes sowie die Möglichkeit, sich darüber zu äußern und vertieft und differenziert Erlebnisse zu verarbeiten. Der Dialog mit sich selbst wird dadurch angeregt, innere Bilder werden zugänglich und Gefühle, Stimmungen, Fantasien und Erinnerungen sichtbar gemacht.

Kunst- und Gestaltungstherapie bedeutet also nicht nur, im kreativen Prozess die eigenen Ressourcen zu entdecken, anzuwenden und zu verankern. Sie trägt je nach Bedarf zur Bewusstwerdung und Bearbeitung von innerpsychischen Konflikten oder zur Differenzierung von ihnen bei. Die Auseinandersetzung mit dem gestalteten Produkt initiiert und unterstützt die Fähigkeit zur Differenzierung von Gefühlen und verbessert so die

Affektmodulation und -regulierung. Die Reflexion des individuellen Gestaltungsprozesses unterstützt die Etablierung von überraschenden Perspektiven, Problemlösungsstrategien und neuen Sinnzusammenhänge. Auf diese Weise wird Selbstwirksamkeit unmittelbar erfahren.

*Therapieziele der Kunst- und Gestaltungstherapie:*

- Förderung der Ausdrucks- und Gestaltungskräfte
- Selbstreflexion und Symbolisierungsfähigkeit
- Identitätsbildung und Identitätsförderung
- Autonomiebildung und Selbstorganisation
- Ressourcenaktivierung
- Sozialkompetenz und Interaktionsfähigkeit
- Förderung der Gruppenkohäsion
- Auseinandersetzung mit Abhängigkeit und Eigenverantwortung

*Behandlungsinhalte und Setting:*

Gruppenangebot mit maximal zehn Teilnehmern einmal wöchentlich für neunzig Minuten. Sowohl Einzel- als auch Gruppengestaltungen. Hauptarbeitsmaterialien sind Papier und verschiedene Farben, Ton, Stein, Naturmaterialien etc.

*Ablauf:*

Nach der Einführungsrunde folgt die Gestaltungsphase, anschließend gemeinsame Reflexion im Sitzkreis.





### 11.4.7 Entspannungsverfahren

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen leiden häufig unter einem hohen Anspannungsniveau, sie fühlen sich innerlich getrieben. Aus diesem Grund gehören verschiedene Entspannungsverfahren zu unserem indikativen Therapieangebot: Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson, Musik und Entspannung, Meditation, Yoga und Qi Gong. Für die einzelnen Verfahren gibt es unter psychologischer Leitung Einführungsveranstaltungen. So kann für jeden Rehabilitanden individuell die für ihn am besten geeignete Methode ausgewählt werden.

Gemeinsam ist allen Entspannungsverfahren, dass es zu einer Ruhetönung, zu einer Einengung der Aufmerksamkeit und Veränderung der Körperwahrnehmung kommt. Wichtig ist dabei auch der Hinweis, dass es sich um Verfahren handelt, bei denen sich der Erfolg nur bei regelmäßigem Üben einstellt, d.h. die Teilnehmer sollten zu möglichst täglichen Übungen angehalten werden. Die Entspannungsverfahren werden von qualifizierten Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen angeboten. Allgemein gelten psychotische Störungen und schwere Depressionen, insbesondere mit wahnhafter Symptomatik als Kontraindikationen für Entspannungsverfahren.

- **Autogenes Training**

Beim Autogenen Training handelt es sich um ein autosuggestives Verfahren. Der Übende konzentriert sich in entspannter Körperhaltung auf seinen Körper und wiederholt dabei autosuggestive Instruktionen.

In der Klinik werden die Grund- und die Organübungen durchgeführt. Das Verfahren ist für die Teilnehmer leicht erlernbar; die Wirksamkeit bei vielen psychischen und psychosomatischen Beschwerdebildern konnte nachgewiesen werden. Untersuchungen haben auch gezeigt, dass durch das Autogene Training die Selbstwirksamkeit als wichtiger Faktor zur Rückfallprophylaxe bei substanzbezogenen Störungen gestärkt werden kann.

- **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson**

Dieses Verfahren, dessen Wirksamkeit bei vielfältigen Indikationen belegt werden konnte, basiert auf der bewussten Wahrnehmung des Unterschiedes zwischen muskulärer Anspannung und Entspannung.



In einer allgemeinen Ruheposition fordert der Übungsleiter die Teilnehmer dazu auf, einzelne Muskelgruppen kurz anzuspannen ohne zu verkrampfen und dann wieder zu lockern. In dieser Art und Weise werden nacheinander Muskelgruppen der dominanten und der nicht dominanten Seite angesprochen. In der Fachklinik wird die Langform durchgeführt.

- **Qi Gong**

Dieses Angebot richtet sich an alle interessierten Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit ausreichender körperlicher Fitness. In angenehmer Atmosphäre werden achtsamkeitsfördernde Atem- und Bewegungsübungen durchgeführt, denen als Bestandteil der traditionellen chinesischen Medizin tiefgreifende Heilwirkung durch die Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte sowie die Mobilisierung physischer Energien nachgesagt werden.

- **Yoga**

Dieses Therapieangebot richtet sich an alle interessierten Rehabilitanden mit ausreichender körperlicher Fitness.

Die vom Atem gelenkten Yogaübungen sollen die Entspannungsfähigkeit und die Stressbewältigungskompetenz fördern und somit das körperliche und seelische Wohlbefinden verbessern.

Angeboten wird das sogenannte Kirana-Yoga, bei dem die Übungen ausschließlich im Stehen ausgeführt werden, so dass es im Alltag praktisch überall praktiziert werden kann.

An die Übungen schließt sich eine Phase der Entspannung im Liegen an.

- **Meditation**

Dieses indikative Angebot umfasst neben der Vermittlung theoretischer Kenntnisse zu den verschiedenen Meditationsmethoden in erster Linie die praktische Grundlagenvermittlung der Meditation.

Wichtigster Aspekt ist die Achtsamkeit (absichtslose, urteilsfreie Beobachtung) dessen, was gerade geschieht. Im Fokus steht die Dynamik des Atems sowie die verschiedenen Körperhaltungen und -bewegungen. Meditationskissen und Matten sind in ausreichender Zahl vorhanden.

### 11.4.8 Stressbewältigung

Die Stressbewältigung bedient sich einer Vielzahl von Methoden, die dazu dienen, psychischen Stress und erlebte Belastungen zu verringern oder ganz abzubauen. Therapieziel: das eigene Stressmanagement mit gezielten Methoden zu verbessern und damit insbesondere im beruflichen und auch im privaten Kontext die persönliche Widerstandsfähigkeit zu erhöhen. Ein Fokus liegt auf der Stärkung der individuellen Ressourcen. Vermittelt werden sollen neben psychoedukativen Elementen individualisierte Therapiebausteine aus dem Bereich Sport, Ernährung, Achtsamkeit und Zeitmanagement.

### 11.4.9 Achtsamkeitstraining

Im Rahmen der Behandlung sollen anhand von verschiedenen alltagsnahen Übungen Was-Fertigkeiten (Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen) sowie Wie-Fertigkeiten (Konzentriert, nicht-bewertend, wirkungsvoll) vermittelt werden.



Neben der Psychoedukation sind regelmäßige alltagsnahe Übungen wie z.B. achtsames Riechen, Hören oder Meditieren Bestandteil der Behandlung.

### 11.4.10 Körpertherapie

Die indikative Therapie „Körpertherapie“ findet unter Anleitung einer Psychotherapeutin und eines Körpertherapeuten 1x wöchentlich mit einer Dauer von 90 Minuten in einem eigens dafür eingerichteten Raum statt. Es handelt sich um eine geschlossene Therapiegruppe, deren Teilnehmerzahl auf maximal 9 Rehabilitanden begrenzt ist. Je nach Verlauf werden entweder 6 oder 8 Termine pro Rehabilitandengruppe angeboten. Im Rahmen der Körpertherapie wird die emotionale Erlebenswelt in erster Linie auf nonverbale Art angesprochen. Hauptbestandteile sind angeleitete Übungen zur Körperwahrnehmung, Instruktionen zu konzentrativen Bewegungsabläufen, Imaginationen sowie anschließende Reflexion des dabei Erlebten.

Ziele sind die Verbesserung des Körperbewusstseins und der Emotionsregulation, die Förderung der Selbstwahrnehmung, des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz.

### 11.4.11 Hirnleistungstraining

Häufige Folge eines langjährigen Suchtmittelkonsums sind Einschränkungen im kognitiven Bereich. Die erlebten Defizite und Leistungseinbußen verstärken Versagens- und Schuldgefühle und tragen somit wiederum zur Aufrechterhaltung der Sucht bei.

Das Hirnleistungstraining fördert und verbessert die kognitive Leistungsfähigkeit. Im Hirnleistungstraining werden sowohl computergestützte Programme (Cog-Pack) als auch Konzentrationsspiele und das kognitive Training nach der Methode Fischer-Lehrl eingesetzt.

Um einen guten Trainingseffekt zu erzielen, nehmen die Rehabilitanden indikativ zweimal wöchentlich an dem Hirnleistungstraining unter Anleitung von Ergo- und Arbeitstherapeuten in Kleingruppen teil.

### 11.4.12 Nichtrauchertraining

Das Nichtrauchertraining ist verhaltenstherapeutisch orientiert und richtet sich sowohl an dissonante Rau-



cher – also an solche, die bezüglich ihres Rauchverhaltens einen Veränderungswunsch hegen, sei es die Reduktion des Tabakkonsums oder die Tabakabstinenz – als auch an konsonante Raucher, die bezüglich ihres Tabakkonsums noch keine Veränderungsmotivation mitbringen.

Neben psychoedukativen Elementen, die der Verbesserung des Informationsstandes und damit der Verstärkung bzw. Generierung einer Veränderungsmotivation dienen sollen, umfasst es die Selbstbeobachtung und rückfallprophylaktische Strategien.

Nach der Erarbeitung eines gemeinsamen Kenntnisstandes über Tabak, Nikotin, das Rauchen und tabakasoziierte Folgeschäden werden die Teilnehmer mittels Selbstbeobachtung und Protokollführung dazu angehalten, jede gerauchte Zigarette zu registrieren, die Verhaltenskette bis zum ersten Zug zu unterbrechen sowie individuelle Auslöser zu erarbeiten. Anschließend wird anhand von Verhaltensanalysen die Wirksamkeitserwartung und somit die situationsabhängige Funktion des Rauchens herausgestellt. Es erfolgt eine individuelle Zielbestimmung der Teilnehmer (je nach persönlichem Bedürfnis die schrittweise Reduktion oder die Punkt-Schluss-Methode), und der Entwurf eines individuellen Plans zur Zielerreichung, u.a. mittels Verstärkerplänen.

Kritische Situationen und alternative Verhaltensstrategien werden erarbeitet. Es wird über Nikotinsubstitutionspräparate und nicht-nikotinsubstituierende Präparate und Methoden informiert. Jede Einheit beinhaltet das Ziehen einer Zwischenbilanz im Hinblick auf den Grad der Zielerreichung und eine Überprüfung der aktuellen Motivationslage. Insbesondere werden Erfolge und die Wirkung von Belohnungen thematisiert. Die Rückfallprophylaxe umfasst die Identifizierung persönlicher Rückfallrisiken sowie die Fassung individueller Notfallpläne.

#### 11.4.13 Psychoedukation bei Psychosen

In der Fachklinik wird einmal wöchentlich 60 Minuten Psychoedukation nach dem Psychoedukativen Programm der Münchener PIP-Studie (Psychosen-Informations-Projekt) für Rehabilitanden mit einer schizophrenen Psychose (ICD 10 F20.0-F20.9) oder einer drogeninduzierten psychotischen Störung angeboten. Die Gruppe steht unter fachärztlich psychiatrischer Leitung.

Ziele der Psychoedukation sind:

- Verbesserung des Informationsstandes beim Rehabilitanden bezüglich der Diagnose „schizophrene Erkrankung“ sowie der Ursachen, des Verlaufs und der Behandlungsmöglichkeiten
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- emotionale Entlastung der Rehabilitanden
- Förderung der langfristigen Behandlungsbereitschaft
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen
- Gewinnen von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- Erhöhung der Selbstwirksamkeit  
Die Wissensvermittlung hat curriculären Charakter. Die Gruppe hat eine Stärke von bis zu zehn Rehabilitanden. Es werden 8 Module in 8 Wochen besprochen, ein Einstieg ist zu jedem Modul möglich.

Im Wesentlichen wird Hintergrundwissen zu den Themenbereichen

- Symptomatik und Krankheitsbegriff
- Ursachen und Krankheitskonzept
- Epidemiologie und Verlauf
- Therapie: Akut- und Langzeitbehandlung

sowie praktisches Handlungswissen im Umgang mit der Erkrankung vermittelt.

#### 11.4.14 Wirbelsäulengymnastik

Die körperliche Belastbarkeit wird immer häufiger durch Rückenbeschwerden beeinträchtigt. Wegen der Ursachenvielfalt der Rückenproblematiken arbeitet die Wirbelsäulengymnastik analog der Rückenschule mit multiplem Ansatz.

Sie versucht, dem Ursachenbündel der Beschwerden wie z.B. Bewegungsmangel, Veränderungen in der Arbeitswelt, Übergewicht, passives Freizeitverhalten, muskuläre Dysbalancen u.a.m. entgegenzuwirken.

Die Wirbelsäulengymnastik wird von einem Physiotherapeuten durchgeführt. Unsere Wirbelsäulengymnastik beachtet psychosoziale Aspekte und ist gekennzeichnet durch ein ganzheitliches Vorgehen.

Im Gesamtgeschehen arbeiten wir mit folgenden Inhalten:

- Verhaltensschulung, Tipps zum rückenfreundlichen Alltagsverhalten,
- Funktionsgymnastik,
- Abbau muskulärer Dysbalancen,
- Körperwahrnehmung und Entspannungsverfahren,
- Spielformen,
- Erstellen individueller Übungsprogramme,

um eine regelmäßige Auseinandersetzung mit der Rückenproblematik zu gewähren.

#### 11.5 Musiktherapie

Die Musiktherapie ist ein Angebot im Rahmen der nonverbalen Therapien und wird bei individueller Indikation als Gruppen- oder Einzeltherapie durchgeführt. In der gezielten Anwendung von Klang und Rhythmus bedient sich die Musiktherapie der musikalischen Improvisation, Interaktionsspielen, musikgeleiteten Klangreisen und themenzentrierten musikalischen Rollenspielen. Sie dient der Förderung des musikalischen Ausdrucks von Stimmungen, momentaner Befindlichkeit und Phantasien. Dadurch wird die Eigen- und Fremdwahrnehmung sensibilisiert und kann den Zugang zu verdrängten emotionalen Konflikten fördern. Die Musiktherapie bewirkt Veränderungen in den Bereichen Kommunikation, Kooperation und Konfliktfähigkeit und fördert die kreative Entfaltung der Persönlich-



keit. Damit ermöglicht sie positive Erfahrungen der Rehabilitanden im Hinblick auf Selbstbewusstsein, Selbstakzeptanz und Beziehungsgestaltung.

Die Einteilung in die indikative Einzelmusiktherapie erfolgt durch die Bezugstherapeuten in enger Zusammenarbeit mit dem Musiktherapeuten. Die Einzelsitzungen werden zweimal wöchentlich durchgeführt über eine Sequenz von 6 bis 8 Sitzungen, um einen speziellen Fokus im Rahmen der Therapie zu bearbeiten.

#### 11.6 Ergotherapie

Neben der Verbesserung der Gesundheit und der Förderung der beruflichen Reintegration kommen dem Aufbau von Kreativität und positivem Freizeitverhalten bei der Aufrechterhaltung einer langfristigen Abstinenz große Bedeutung zu. Bei vielen unserer Rehabilitanden ist die Fähigkeit zu einer dem psychischen Wohlbefinden dienenden Freizeitgestaltung verloren gegangen.

Ein ausgewogener Lebensstil mit einem günstigen Verhältnis zwischen Anspannung z.B. im Berufsleben und entspannenden Momenten dient langfristig dem Erhalt der Leistungsfähigkeit.

Im Rahmen der Ergotherapie können verloren gegangene Fähigkeiten als Ressourcen aktiviert oder neue Interessen geweckt werden.

Im Rahmen der freien Ergotherapie stehen den Rehabilitanden verschiedene Materialien und Techniken zu Verfügung: Tonarbeiten, Peddigrohr, Holzarbeiten, Malen und Zeichnen und vieles mehr.

Durch das Erlernen neuer Techniken können außerdem Erfolgserlebnisse erzielt werden, die der Stärkung des Selbstwertgefühls dienen. Im individuellen Gespräch mit dem Ergotherapeuten werden die Ergebnisse mit den Rehabilitanden thematisiert, Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung können bearbeitet werden. Besonders für unsere Rehabilitanden, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen sowie für Rehabilitanden mit schweren begleitenden psychischen Störungen bieten wir ein verstärktes Angebot an Ergotherapie-Einheiten an.

Die Ergotherapie in der Fachklinik findet in zwei großen, ineinander übergehenden Ergotherapie-Räumen

statt, so dass für jeden ausreichend Raum für kreatives Gestalten besteht. Zur Ausstattung der Ergotherapie gehören außerdem ein Ton-Brennofen und ein Maschinenraum für Holzarbeiten.

### 11.7 Sporttherapie

Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine ausreichende Bewegung nicht nur bei körperlichen Erkrankungen positive Effekte zeigt. Auch bei psychischen Störungen konnten durch sportliche Aktivitäten deutliche Verbesserungen des Funktionsniveaus auf kognitiver und sozialer Ebenen nachgewiesen werden. Eine Übersicht zu den positiven Auswirkungen des Sports findet sich bei Knöchel et al., 2012. Protektive und regenerative Effekte des Sports bei psychischen Erkrankungen fanden sich bei mindestens mittlerer Belastungsstärke kombiniert mit einzelnen Belastungsspitzen. Dabei konnte eine vermehrte Ausschüttung körpereigener Opiode nachgewiesen werden. Cohen et al (2010) fanden heraus, dass die Opioidausschüttung besonders bei Aktivitäten in der Gruppe, wie man sie bei Mannschaftssport findet, aber auch bei Tanzen, gemeinsam Musizieren ansteigt.

Die Fachklinik trägt mit ihrem Sporttherapie-Programm diesen Erkenntnissen Rechnung. Sport wird nicht nur als Angebot zur Freizeitgestaltung gesehen, sondern auch als wichtiger Bestandteil im Gesamt-Behandlungsplan.

Für die Durchführung des sporttherapeutischen Angebotes stehen in der Klinik ein Dipl.-Sportlehrer und zwei Physiotherapeuten zu Verfügung. Im Rahmen unseres sporttherapeutischen Angebotes bieten wir:

- Frühsport
- Muskelaufbautraining an medizinischen Trainingsgeräten
- Training zur Verbesserung der Kondition
- Mannschaftsspiele
- Gymnastik zum gezielten Training bei funktionellen Einschränkungen
- Schwimmen
- Training für das Deutsche Sportabzeichen
- Wanderungen, Terraintraining

Für Rehabilitanden mit stärkeren körperlichen Beeinträchtigungen erstellen wir individuelle Trainingspläne mit Ergometertraining und gezielten Übungen im medizinischen Trainingsraum.

Außerdem veranstaltet die Fachklinik verschiedene Sportevents. So findet jedes Jahr im Frühjahr in Zusammenarbeit mit dem Arbeitstrainings- und Therapiezentrum der „Run up“ statt. Darüber hinaus wird jedes Jahr auf der Anlage der Sporthochschule der Universität des Saarlandes die „Tiefental-Olympiade“ ausgerichtet, ein großes Sportfest für Rehabilitanden, Mitarbeiter, externe Organisationen wie Selbsthilfegruppen, die hier in verschiedenen Disziplinen ihre Kräfte messen.



### 11.8 Physiotherapie

Die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen hat einen kleinen Physiotherapiebereich. Viele Rehabilitanden leiden gerade zu Beginn der Maßnahme unter starker Anspannung, die sich auch in muskulärem Hartspann, Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen äußert. Durch physiotherapeutische Maßnahmen wie Massagen und Wärmeanwendungen können diese Beschwerden gelindert werden und so auch der Einsatz medikamentöser Therapien reduziert werden.

Bei Beeinträchtigungen in der Motorik können krankengymnastische Übungen durchgeführt werden. Die Rehabilitanden werden dabei auch zur selbstständigen Durchführung von Übungen angeleitet. Bei Flüssigkeitseinlagerungen im Gewebe kommen Lymphdrainagen zum Einsatz.

### 11.9 Gesundheits- und Krankenpflege

Der Pflegedienst in der Fachklinik ist rund um die Uhr besetzt, der Pflegestützpunkt ist die zentrale Anlaufstelle für alle Rehabilitanden. Die Mitarbeiter der Pflege erfüllen im Rahmen der Rehabilitation eine Vielzahl von organisatorischen und pflegerischen Aufgaben.

Das Pflegepersonal ist für die Kurvenführung und die pflegerische Dokumentation zuständig. Es führt die ärztlichen Anordnungen aus wie Medikamentenausgabe, Wundversorgungen, RR- und Puls-Kontrollen, Blutzucker-Bestimmungen, Gewichtskontrollen. Außerdem koordiniert es die Termine für diagnostische Maßnahmen und externe fachärztliche Mitbehandlungen.

Darüber hinaus überprüft die Pflege die Einhaltung der Ausgangsregelungen und führt Abstinenzkontrollen in Form von Atemalkoholtests und Urin-Kontrollen durch. Die Mitarbeiter des Pflegeteams in der Fachklinik verfügen über langjährige Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Suchterkrankungen und stehen bei Problemen als erster Ansprechpartner zu Verfügung.

Das Pflegeteam nimmt an den Teambesprechungen teil und liefert hiermit wichtige Informationen bei besonderen Vorkommnissen, z.B. über verhaltensauffällige Rehabilitanden, Therapieregelerstöße, fehlende Medikamentencompliance.

Zu den organisatorischen Aufgaben zählt die Planung der Zimmerbelegung, die Wäscheversorgung, die Bevorratung von Medikamenten und medizinischem Verbrauchsmaterial, die regelmäßige Überprüfung der Notfallausstattung.

### 11.10 Sozialarbeit

Durch den Suchtmittelkonsum und begleitende psychische Probleme kommt es im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation bei vielen Rehabilitanden zu erheblichen sozialen Problemen. Viele fühlen sich durch den Umgang mit Behörden, das Ausfüllen von Formularen und Anträgen überfordert.

In der Fachklinik finden regelmäßig Sprechstunden bei einem Sozialarbeiter statt. Neben der Beratung werden auch konkrete Hilfen bei sozialen Angelegenheiten angeboten, wobei stets das Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe gilt.

Außerdem stellt der Sozialdienst im Rahmen der Aufnahme- und Entlassungsphase bei allen neuen Rehabilitanden sein Beratungsangebot im Rahmen der Rehabilitation vor.

Die Rehabilitanden können eigeninitiativ Termine beim Sozialdienst wahrnehmen oder einen Termin auf Anregung ihres Bezugstherapeuten erhalten. Besonders bei der Vermittlung in nachbetreuende Maßnahmen erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit dem Bezugstherapeuten. Durch die regelmäßige Teilnahme des Sozialarbeiters an den Fallbesprechungen ist ein kontinuierlicher Informationsaustausch sicher gestellt.

Die Indikation zur Beratung durch den Sozialarbeiter ergibt sich besonders bei folgenden Fragestellungen:

- Beantragung von Übergangsgeld
- Beantragung von ALG-II-Leistungen und Grundsicherung
- Vermittlung einer Schuldnerberatung
- Beratung bei Wohnungsangelegenheiten
- Vermittlung von Kontakten zu Arbeitsämtern und Reha-Beratern der Rentenversicherung
- Beratung bei Gerichtsverfahren (z.B. Ableisten von Sozialstunden, Kontakt zu Bewährungshelfern)
- Vermittlung in nachbetreuende Einrichtungen (z.B. Betreutes Wohnen, sozialtherapeutische Einrichtung, Adaptionshaus)



### 11.11 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Übergeordnetes Ziel der Rehabilitation im Bereich der Rentenversicherung ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen kommt arbeitsbezogenen Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu. So stehen viele unserer Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme nicht mehr in einem Arbeitsverhältnis. Ein Großteil von ihnen ist langzeitarbeitslos. Aufgrund langjähriger Suchtentwicklungen haben sich in vielen Fällen bereits schwerwiegende funktionelle Einschränkungen ergeben. Auch mangelhafter Ausbildungsstand und häufige Brüche in der beruflichen Entwicklung stellen ein Hemmnis bei der Reintegration am Arbeitsmarkt dar.

Gleichzeitig stellt jedoch aus rückfallprophylaktischer Perspektive eine erfolgreiche berufliche Reintegration einen entscheidenden Faktor dar. Aber nicht nur die Tatsache, in einem Arbeitsverhältnis zu stehen, auch die Arbeitsbedingungen sind von großer Bedeutung. Auf der Basis der ICF gilt es, positive Kontextfaktoren wie z.B. ein unterstützendes Arbeitsklima oder die leidensgerechte Anpassung des Arbeitsplatzes zu fördern.

Auch in den Reha-Therapiestandards findet der unterschiedliche Bedarf an arbeitstherapeutischen Maßnahmen Berücksichtigung, in dem bei Umfang und Intensität der Therapieleistungen zwischen arbeitsbezogenen Leistungen für Arbeitslose und arbeitsbezogenen Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige unterschieden wird.

Die Klinik Tiefental bietet daher zwei unterschiedliche Grund-Therapiepläne an, die sich vor allem in der Intensität und der inhaltlichen Ausgestaltung der arbeitsbezogenen Leistungen unterscheiden (s. Anhang).

#### 11.11.1 Arbeitsbezogene Diagnostik

Die arbeitsbezogene Diagnostik stellt die Grundlage einer individuellen arbeitsbezogenen Therapieplanung dar. Grundsätzlich bei allen Rehabilitanden, bei denen eine Erwerbstätigkeit im Anschluss an die Rehabilitation angestrebt wird, wird eine ausführliche Bestandsaufnahme zur beruflichen Situation durchgeführt. Dabei ist es uns wichtig, den Blick nicht nur auf arbeitslose Rehabilitanden zu richten, sondern auch bei denjeni-

gen, die aktuell in einem Arbeitsverhältnis stehen, Problemstellungen zu erfassen.

Mittels eines Fragebogens werden Schulabschluss, Ausbildung, bisherige berufliche Entwicklung, letzte Tätigkeit mit genauer Beschreibung des Arbeitsplatzes erhoben. Besondere Bedeutung kommt dabei auch der Frage zu, ob es Probleme am Arbeitsplatz gibt, die ein Hemmnis für die Wiederaufnahme der Tätigkeit darstellen, wie z.B. anhaltende Konflikte, Gefühle der Über- oder Unterforderung.

Zusätzlich können bei Bedarf mit Hilfe des Fragebogens zur Erfassung von arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM) besondere berufliche Problemstellungen erkannt werden. (s. Testdiagnostik).

Ziel der arbeitsbezogenen Diagnostik ist die Bildung von Untergruppen, die unterschiedliche Interventionen zur beruflichen Integration benötigen (Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), 2014):

- Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere berufsbezogene Problemlagen
- Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen berufsbezogenen Problemlagen
- Arbeitslose Rehabilitanden im ALG-II-Bezug nach SGB III
- Arbeitslose Rehabilitanden mit ALG-II-Bezug nach SGB II
- Nicht-Erwerbstätige, die eine Integration in den Arbeitsmarkt anstreben

Zur berufsbezogenen Leistungsdiagnostik stehen außerdem die diagnostischen Verfahren IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten) und MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) zur Verfügung. Die Dokumentation erfolgt zu zwei Beobachtungszeiten im Therapieverlauf, sodass Veränderungen erfasst werden können.

Neben MELBA/MELBA-SL werden zur beruflichen Leistungsdiagnostik innerhalb der ersten beiden Wochen nach Aufnahme Arbeitsproben, Interviews, Verhaltensbeobachtungen und gegebenenfalls die einzelfallbezogene Anwendung von IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeit) durchgeführt.

Das daraus resultierende Fähigkeitsprofil wird den Rehabilitanden binnen einer Woche in Einzelgesprächen rückgemeldet. Darauf basierend und unter Berücksichtigung der ärztlicherseits erhobenen Funktionseinschränkungen werden gemeinsam mit den Rehabilitanden individuelle Ziele zur Förderung berufsbezogener Fähigkeitseinschränkungen gesetzt.

Im weiteren Therapieverlauf wird MELBA/MELBA-SL ein zweites Mal angewendet, um Veränderungen zu erfassen. MELBA findet internationale Anwendung, ist unabhängig von soziokulturellen Faktoren und wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (heute Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) entwickelt.

MELBA-SL ist ein speziell für Menschen mit starken Beeinträchtigungen entwickeltes Modul, das im unteren Skalenbereich stärker differenziert, sodass auch dort Trainingseffekte abgebildet werden.

Neben der Einteilung in die verschiedenen Arbeitstherapiebereiche kann sich anhand der arbeitsbezogenen Diagnostik auch die Notwendigkeit zu weiteren therapeutischen Interventionen wie Training sozialer Kompetenzen, Hirnleistungstraining ergeben.

#### 11.11.2 Unsere Arbeitstherapiebereiche

Arbeitstherapeutische Maßnahmen haben im Bereich der Sucht-Rehabilitation eine lange Tradition. Allerdings hat sich in den letzten Jahren in der inhaltlichen Ausgestaltung der Arbeitstherapie ein umfassender Wandel vollzogen. Während ursprünglich tagesstrukturierende Zielsetzungen im Vordergrund standen und die Rehabilitanden in den Kliniken mit umfangreichen Aufgaben im Bereich Reinigungsdienst und Speiseversorgung betraut wurden, beschränken sich inzwischen diese Aufgaben auf ein Minimum und beinhalten vor allem die Reinigung des eigenen Zimmerbereichs.

Übergeordnete Zielsetzung der Arbeitstherapie ist weiterhin in allen Bereichen eine Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten.

Ältere Rehabilitanden weisen bei langjährigen schweren Suchtverläufen deutliche Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur Selbststrukturierung und in der realistischen Selbsteinschätzung ihres Leistungsvermögens

auf. Bei den jüngeren Rehabilitanden beobachten wir zunehmend, dass es diesen in ihrem bisherigen Leben nicht gelungen ist, eine Perspektive im Hinblick auf eine befriedigende Erwerbstätigkeit zu entwickeln. Defizite werden auch in den sozialen Fähigkeiten beobachtet.

Die Arbeitstherapie trägt auch dem Wandel des Berufsalltags in der heutigen Zeit Rechnung. Es stehen weniger körperliche Ausdauer und Belastbarkeit im Vordergrund, als vielmehr kognitive Fähigkeiten, Arbeitsplanung und Übernahme von Eigenverantwortung.

Das sich aus der eingangs erfolgten, eingehenden – gegebenenfalls einzelfallbezogenen – Diagnostik von berufsbezogenen Problemstellungen ergebende Fähigkeitsprofil erlaubt, wie bereits erwähnt, die Festlegung individueller Zielsetzungen hinsichtlich der Förderung von berufsbezogenen Fähigkeitseinschränkungen. Auf dieser Basis ist die Einteilung in folgende Arbeitstherapiebereiche möglich:

#### • Training von Alltagskompetenzen

Dieses Therapieangebot richtet sich in erster Linie an Rehabilitanden mit Defiziten im Bereich der Alltagskompetenzen, bei denen die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr zwingend das Ziel der Rehabilitation ist. Gefördert werden sollen insbesondere lebenspraktische Fertigkeiten im Bereich Haushalt und Hygiene wie die Bevorratung von Grundnahrungsmitteln, die Planung und Durchführung von Einkäufen, die Zubereitung gesunder Mahlzeiten, Wäsche- bzw. Textilpflege, Putzen und Putzmaterialkunde.

Sind auch Belange der persönlichen Hygiene betroffen, werden diese im Einzeltermin besprochen.

Neben Teamarbeit, Ausdauer und Umgang mit Frustrationen und Kritik können auch die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Lernfähigkeit bei neuen Arbeitsschritten realitätsnah überprüft werden.

#### • Werktechnik

Die Arbeitstherapie Werktechnik zielt auf die Verbesserung der Arbeitsgrundfähigkeiten und Schlüsselqualifikationen ab, insbesondere bei Rehabilitanden mit stärkeren körperlichen und kognitiven Einschränkungen, die eine besondere individuelle Unterstüt-

zung benötigen. Vor allem die einfachen, berufsspezifischen Fähigkeiten im Bereich der Holzverarbeitung sollen im Rahmen dieser AT gefördert werden.

Die kompetenzzentrierten und interaktionellen ergotherapeutischen Verfahren werden sowohl als Gruppen- sowie auch als Einzelarbeit in der Gruppe durchgeführt. Sie umfassen konstruktiv-handwerkliche Aufgaben mit den Werkmaterialien Holz, Peddigrohr, Ton, Pappe und Papier sowie Projektarbeiten (z.B. Nistkästenbau).

Neben der Möglichkeit der individuellen Belastungserprobung bietet dieser AT-Bereich durch die Gruppenaufgaben die Förderung sozialer Kompetenzen.

#### • Garten und Handwerk

Die Fachklinik verfügt über ein schönes Außengelände und ein Gewächshaus. Den Rehabilitanden stehen vielfältige Aufgabenbereiche zur Verfügung. Neben der Überprüfung der Grundarbeitsfähigkeiten können auch körperliche Belastbarkeit und Ausdauer, handwerkliches Geschick, Umgang mit Werkzeugen trainiert und beurteilt werden. Auch Aufgaben des Alltags wie Kehrarbeiten, Schneeräumen, Giebarbeiten, Pflege von Zimmerpflanzen werden eingeübt. Neben den arbeitstherapeutischen Inhalten im engeren Sinne kommen im Gartenbereich auch vermehrt ergotherapeutische Gesichtspunkte zum Tragen. Beim Gestalten von Dekorationen und Blumenschmuck im Klinikgelände wird die Kreativität gefördert, außerdem erfahren die Rehabilitanden hier Anregungen zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung.



Dem Gartenbereich angegliedert ist das Gebiet Hausmeistertätigkeiten. Hier werden in Einzelfällen Rehabilitanden im Rahmen eines internen Praktikums eingesetzt, um vorhandene berufliche Fähigkeiten zu überprüfen oder bei der beruflichen Neuorientierung Hilfestellung zu geben. Wichtig ist dabei die Überprüfung der Belastbarkeit unter möglichst realitätsnahen Bedingungen über einen längeren Zeitraum. Dabei können Aussagen zur Ausdauer und zum Durchhaltevermögen, auch bei monotonen Tätigkeiten, zur Konzentration, Arbeitsplanung, Einhalten von Anweisungen und Zeitvorgaben gewonnen werden.

#### • Kaufmännischer Bereich/EDV

Die Fachklinik verfügt über einen EDV-Schulungsraum mit 10 Arbeitsplätzen. Hier können mittels kompetenzzentrierter Verfahren – je nachdem in Gruppenschulung oder über individuelle Aufgabenstellungen – die Arbeitsgrundfähigkeit und Schlüsselqualifikationen im kaufmännischen Bereich verbessert werden.

Neben Grundkenntnissen am PC können vorhandene EDV-Kenntnisse aufgefrischt oder vertieft werden. Vermittelt werden Kenntnisse in der Textverarbeitung, der Tabellenkalkulation und im Umgang mit dem Internet. Auch ein Schreibtraining am PC ist möglich. Außerdem haben die Rehabilitanden die Möglichkeit, eine Bewerbungsmappe zu erstellen.

#### • Arbeitstherapie Dienstleistung

Bei Einsatz in diesem Arbeitstherapie-Bereich übernehmen die Rehabilitanden vielfältige Aufgaben im Bereich des Klinik-Kiosks.

Dieser AT-Bereich setzt das Vorhandensein bestimmter Kernkompetenzen voraus, die in seinem Rahmen weiter ausgebaut werden können.

Neben dem Training der Grundarbeitsfähigkeiten und der Kulturtechniken werden hier spezielle Fähigkeiten gefördert wie Organisationsfähigkeit und Selbständigkeit, kundenorientiertes Kontaktverhalten, Kreativität, Gestaltung der Verkaufsfläche und Tische, Teamarbeit, Buchführung und die Berücksichtigung von Hygienevorschriften.

#### 11.11.3 Externe Praktika

Bei unseren Rehabilitanden können Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung in unterschiedlicher Form bestehen. Oft ist die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz angstbesetzt. War der Rehabilitand längere Zeit nicht mehr im Arbeitsleben integriert, ist oft auch das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit verloren gegangen. Andere möchten sich nach der Rehabilitation neu orientieren, da sie sich der Belastung in ihrer letzten Tätigkeit nicht mehr gewachsen sehen.

In der Fachklinik können Rehabilitanden in der letzten Therapiephase an einzelnen Tagen an einem externen Praktikum teilnehmen. Hierdurch kann die eigene Belastbarkeit unter realen Arbeitsbedingungen überprüft werden, soziale Kompetenzen im Berufsleben können gefördert oder neue Tätigkeitsfelder ausprobiert werden.

#### 11.11.4 Kontakte zum Arbeitgeber

Wichtige Aufgabe bei den arbeitsbezogenen Maßnahmen ist auch die Vorbereitung der Rückkehr an einen



vorhandenen Arbeitsplatz. Die Zustimmung des Rehabilitanden vorausgesetzt, pflegt die Fachklinik Kontakt zu Suchtberatern in den Betrieben und zu den Betriebsärzten. Vorgesetzte können auch zu gemeinsamen Gesprächen in die Klinik eingeladen werden, um so bereits frühzeitig die Wiederaufnahme der Tätigkeit zu planen.

Ziel des Austausches ist der Abbau von Bedenken und Ängsten in Bezug auf die Rückkehr an den bestehenden Arbeitsplatz.

#### 11.11.5 Stufenweise Wiedereingliederung

Eine große Zahl unserer Rehabilitanden im Arbeitsverhältnis hatte krankheitsbedingt vor der Rehabilitation Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder war bereits längere Zeit arbeitsunfähig. In diesen Fällen kann es sinnvoll sein, eine stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz einzuleiten. Hierzu erfolgt eine ausführliche Beratung der Rehabilitanden. Bei Bedarf werden mit Einverständnis der Rehabilitanden Gespräche mit dem Arbeitgeber geführt. Alle erforderlichen Formalitäten wie Erstellen des Stufenplanes, Information der Rentenversicherung und der Krankenkasse werden von Seiten der Klinik erledigt.

#### 11.11.6 Kontakte zu Integrationsfachdiensten und Reha-Beratern

Bei Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung kann bei Bedarf der Kontakt zum Integrationsfachdienst hergestellt werden, der den Rehabilitanden bei der beruflichen Eingliederung unterstützt.

Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein, wird frühzeitig der Kontakt zu den Reha-Beratern der Rentenversicherung hergestellt.

#### 11.12 Angehörigenarbeit

Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells in der Rehabilitation kommt der Einbeziehung von Angehörigen eine große Bedeutung zu.

In der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) findet der Einfluss der Angehörigen bei der Zielerreichung in der Rehabilitation bei den Kontextfaktoren Berücksichtigung.



Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist das soziale Umfeld durch die Erkrankung stark betroffen. Gleichzeitig kann ein unterstützendes Umfeld auch erheblich zu einem positiven Rehabilitationsverlauf beitragen.

In der Fachklinik werden im Therapieprozess gemeinsame Gespräche mit Rehabilitand und Angehörigen angeboten. Dabei können ergänzende anamnestiche Daten erhoben werden. Im Vordergrund steht jedoch die Planung der sozialen Integration nach der Rehabilitationsmaßnahme. Besonders werden dabei auch co-abhängige Verhaltensmuster im Zusammenleben thematisiert. Auch die Frage des künftigen Umgangs mit Suchtmitteln im familiären Umfeld wird regelmäßig thematisiert.

Zusätzlich bietet die Fachklinik alle zwei Monate Angehörigenseminare an. Im Rahmen dieses edukativen Angebotes werden Informationen zu Abhängigkeitserkrankungen und zu co-abhängigen Verhaltensweisen vermittelt.

Bei allen Angehörigengesprächen wird auf die Einhaltung des Datenschutzes strikt geachtet. Gespräche sind nur mit Einverständnis des Betroffenen möglich.

### 11.13 Vermittlung von Selbsthilfegruppen-Angeboten

Der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe leistet einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Suchtmittelfreiheit. Um den Rehabilitanden die Möglichkeit zu geben, das Angebot unterschiedlicher Selbsthilfe-Organisationen kennen zu lernen, veranstaltet die Fachklinik alle zwei Monate einen Selbsthilfegruppen-Nachmittag. Dabei stellen verschiedene Selbsthilfegruppen in Kurzvorträgen ihr Angebot vor, anschließend besteht die Möglichkeit in persönlichen Gesprächen Kontakt zu den Gruppen aufzunehmen und sich detailliert über die Selbsthilfegruppen-Arbeit zu informieren.

Die Bezugstherapeuten unterstützen außerdem die Rehabilitanden bei der Suche einer Selbsthilfegruppe in Wohnortnähe. Bereits während der Rehabilitationsmaßnahme sollten die Rehabilitanden an Selbsthilfegruppen-Meetings teilnehmen. Hierfür wird von Seiten der Klinik gezielt Ausgang gewährt.

Die Fachklinik bietet außerdem Selbsthilfegruppen

Räumlichkeiten im Klinikgelände für Meetings an, die auch von den Rehabilitanden besucht werden können.

### 11.14 Freizeitangebote

Bei vielen Rehabilitanden besteht als Folge der langjährigen Suchterkrankung ein defizitäres Freizeitverhalten. Daher kommt der Förderung von Freizeitinteressen im Rahmen der Therapie eine große Bedeutung zu. Ein positives Freizeitverhalten stellt einen positiven Kontextfaktor zur Aufrechterhaltung einer abstinenten Lebensweise dar. Neben der Förderung neuer Interessen sollten auch vorhandene Ressourcen genutzt werden.

In der Fachklinik stehen folgende Freizeitangebote zur Verfügung:

- Die Sporthalle und der Fitnessraum können außerhalb der Therapiezeiten in der Freizeit genutzt werden.
- Fahrräder für die Nutzung in der Freizeit können ausgeliehen werden.
- Die Fachklinik verfügt über eine Sauna.
- Im Außenbereich gibt es einen Bouleplatz und ein Feld für Freiluftschach.
- Außerhalb der Therapiezeiten können die Rehabilitanden in den Ergotherapie-Räumen nach Absprache eigenständig kreative Arbeiten ausführen.
- Aus einem offenen Bücherregal können Bücher und Gesellschaftsspiele ausgeliehen werden.
- Die Fachklinik grenzt an ein Waldgebiet mit zahlreichen Spazier- und Wanderwegen.

Die Mitarbeiter der Fachklinik unterstützen außerdem die Rehabilitanden bei der Planung von Freizeitveranstaltungen wie z.B. Sport-Turniere oder Grillabende.



Info-Material über Veranstaltungen im Stadtverband Saarbrücken wird für die Rehabilitanden ausgelegt.

Gemeinsame Gruppenaktivitäten mit den Bezugstherapeuten bieten die Möglichkeit, bei sportlichen und kulturellen Aktivitäten neue Erfahrungen zu machen. Darüber hinaus kann hierdurch der Gruppenzusammenhalt gefördert werden.

Außerdem wird von den Mitarbeitern der Klinik alle zwei Wochen eine organisierte Freizeitaktivität angeboten wie z. B. Wanderung, gemeinsames Kochen, Spieleabend, Sportturniere u.ä..

### 11.15 Rückfall-Management

Nach unserem Verständnis sind Suchtmittelrückfälle Symptome der Erkrankung und kommen im Krankheitsverlauf häufig vor. Aus dem Rückfallgeschehen können dabei wichtige Informationen zum Therapieprozess und zur therapeutischen Beziehung gewonnen werden. Es hat sich gezeigt, dass auch nach einem Rückfall die Rehabilitationsmaßnahme mit einem posi-

tiven Ergebnis abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich ist eine Fortsetzung der Rehabilitationsmaßnahme nach einem Rückfall möglich, wenn dabei bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Rückfall muss umgehend sowohl in der Bezugsgruppe als auch im Einzelgespräch offengelegt werden.
- Es muss weiterhin eine klare Entscheidung zur Suchtmittelfreiheit erkennbar sein.
- Der Rehabilitand muss die Bereitschaft zeigen, aktiv an den Maßnahmen im Rahmen der Rückfallbearbeitung mitzuwirken.

Das Fortführen der Rehabilitationsmaßnahme ist nicht möglich, wenn

- der Rehabilitand seinen Rückfall verheimlicht hat und nicht zur Offenlegung bereit ist,
- der Rehabilitand Suchtmittel in die Klinik gebracht und/oder an andere weitergegeben hat,
- keine Abstinenzmotivation mehr vorhanden ist,
- der Rehabilitand nicht zur Mitarbeit im Rahmen der Rückfallbearbeitung bereit ist.

Die Entscheidung über die Fortsetzung der Rehabilitationsmaßnahme wird nach ausführlicher Diskussion im Team unter Einbeziehung der verschiedenen Berufsgruppen getroffen.

Bei jedem Rückfallgeschehen ist eine ärztliche Einschätzung erforderlich. Bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt eine vorübergehende Verlegung in die Psychiatrische Klinik der Kliniken Sonnenberg, Saarbrücken, zur weiteren Überwachung.

Die Maßnahmen nach einem Rückfall sind in einem klinikinternen Standard festgelegt: engmaschige Kontrollen der Atemalkoholkonzentration über den Zeitraum einer Woche, Drogenscreenings, Einschränkungen des Ausgangs, schriftliche Ausarbeitung zum Rückfallgeschehen, Rückfallbearbeitung im Einzel- und gruppentherapeutischen Setting.

### 11.16 Beendigung der Rehabilitations-Maßnahme

Die Rehabilitationsmaßnahme wird als erfolgreich abgeschlossen betrachtet, wenn die Rehabilitationsziele erreicht werden konnten. In diesem Fall gilt die Maßnahme als regulär beendet.

In den letzten beiden Wochen vor der geplanten Entlassung wird der Schwerpunkt der Therapie auf die Verabschiedung aus der Klinik und die Einleitung weiterführender Maßnahmen gelegt. Da es sich bei Suchterkrankungen um schwere chronisch verlaufende Erkrankungen handelt, kommt der Weiterbetreuung im Anschluss an die stationäre Rehabilitation für eine günstige Prognose besondere Bedeutung zu.

Alle Rehabilitanden werden dazu motiviert, noch während der Rehabilitation Kontakt zu Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe aufzunehmen und nach Möglichkeit bereits erste Treffen zu besuchen. Um die Inhalte der Therapie zu vertiefen und den Rehabilitanden bei der Umsetzung der Therapieinhalte in den Alltag therapeutisch zu begleiten, wird eine ambulante Suchtnachsorge geplant. Ein entsprechender Antrag wird beim Kostenträger gestellt und ein erster Kontakt mit konkreter Terminvereinbarung zu der Stelle, wo die Nachsorge durchgeführt werden soll, vermittelt. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass eine möglichst nahtlose Weiterbetreuung erfolgen kann.

In den letzten beiden Tagen vor der Entlassung erfolgen die Verabschiedung in der Bezugsgruppe, ein therapeutisches und ein fachärztliches Abschlussgespräch. Im therapeutischen Abschlussgespräch werden die Therapieergebnisse zusammenfassend mit dem Rehabilitanden reflektiert und mit den zu Beginn erhobenen Funktionseinschränkungen verglichen.

Im fachärztlichen Abschlussgespräch werden die abschließenden Befunde erläutert. Es werden Empfehlungen zur weiteren ärztlichen Behandlung gegeben und bei Bedarf auch Kontakte zu Nachbehandlern hergestellt. Dem Rehabilitanden wird ein vorläufiger Entlassbrief für den weiterbehandelnden Arzt mit Angaben zu Befunden, Verlauf und Medikation mitgegeben.

Schwerpunkt des fachärztlichen Abschlussgesprächs ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Erwerbsleben. Neben einer Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit werden Einschränkungen im Leistungsbild sowohl in Bezug auf die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit als auch am allgemeinen Arbeitsmarkt erfasst und mit dem Rehabilitanden besprochen. Die Beurteilung des Leistungsvermögens beinhaltet qualitative und quantitative Aspekte der Belastbarkeit.

Für jeden Rehabilitanden wird ein ausführlicher Reha-Entlass-Bericht erstellt, der sowohl die Funktion eines ärztlichen Entlassberichtes zur Information weiterbehandelnder Stellen hat als auch die eines sozialmedizinischen Gutachten. Der Entlass-Bericht wird gemäß dem „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ erstellt.

## 12 | Unsere speziellen Angebote

### 12.1 Entwöhnungsbehandlung in Begleitung von Kindern

Für suchtmittelabhängige Eltern besteht die Möglichkeit, die stationäre Entwöhnungsbehandlung in unserer Fachklinik in Begleitung ihres Kindes anzutreten. Im Vorfeld erfolgt ein Vorgespräch mit der Klinikleitung, in dem die Mutter bzw. der Vater Informationen über die Bedingungen und Besonderheiten eines Aufenthaltes in Begleitung ihres Kindes erhält. Die Kinder sind in der Regel im Alter zwischen 18 Monaten und 5 Jahren. Handelt es sich um jüngere bzw. ältere, bereits schulpflichtige Kinder müssen im Vorfeld die Betreuungsmöglichkeiten gesondert abgeklärt werden.

Die Absolvierung einer stationären Langzeitentwöhnungsbehandlung in Begleitung des Kindes stellt die Mütter bzw. Väter vor die Aufgabe, die Therapie, durch die sie emotional beansprucht werden, mit den Anforderungen der Elternrolle und den Bedürfnissen des Kindes zu vereinbaren. Um den Müttern bzw. Vätern die Doppelbelastung im Therapiealltag zu erleichtern, sind im Wochentherapieplan spezielle Zeiten für die Mütter/Väter allein sowie zusammen mit dem Kind für eine gemeinsame Freizeitgestaltung vorgesehen.

Im Vorfeld der Behandlung sind die Eltern gehalten, einen Fragebogen mit für die Betreuung relevanten Informationen über ihr Kind auszufüllen. Die Kinder werden während der Therapiezeit der Eltern von durch das Jugendamt anerkannten Tageseltern betreut, die im Vorhinein gegebenenfalls über spezielle Bedürfnisse des Kindes informiert werden. Das Bringen und Abholen

der Kinder erfolgt durch einen organisierten Fahrdienst in Begleitung der Mutter bzw. des Vaters. Am Tag nach der Aufnahme in domo beginnt die Eingewöhnungszeit der Kinder bei den Tageseltern, die sich in der Regel über drei Tage erstreckt, jeweils eine bis drei Stunden dauert und von der Mutter bzw. dem Vater begleitet wird. Nachdem die Mütter/Väter ihr Kind solchermaßen gut untergebracht wissen, beginnen sie mit der Teilnahme am regulären Therapieprogramm.

Die Unterbringung der Mütter erfolgt bevorzugt in einer Bezugstherapiegruppe.

Neben der psychischen und physischen Genesung des betroffenen Elternteils spielen in der Behandlung auch die Verbesserung der Erziehungsfähigkeit und die Förderung einer positiven Mutter-/Vater-Kind-Bindung eine Rolle.

Bei eventuell zu Tage tretenden Verhaltensauffälligkeiten der Kinder besteht die Möglichkeit einer zeitnahen diagnostischen Abklärung durch die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Tagesklinik Schönbach bzw. die Säuglings- und Kleinkindambulanz. Gegebenenfalls werden dann weitere Schritte zur Unterstützung des betroffenen Elternteils im Umgang mit ihrem Kind eingeleitet, seien es Beratungsgespräche oder die Empfehlung einer Therapie für das Kind.

Ist das Jugendamt bereits involviert, erfolgen, sofern die Eltern einverstanden sind, während der Therapie Hilfeplangespräche mit den Vertretern des Jugendamtes, dem betroffenen Elternteil und den Bezugstherapeuten der Fachklinik.

### 12.2 Behandlung von Menschen mit schweren begleitenden Beeinträchtigungen

In der Fachklinik behandeln wir regelmäßig Menschen mit schweren begleitenden Beeinträchtigungen. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf körperliche Erkrankungen, schwerpunktmäßig auf Suchtfolgeerkrankungen, die auch kognitive Störungen beinhalten können.

Kaum ein Organsystem bleibt von der Alkoholschädigung unberührt. So finden wir bei unseren Rehabilitanden Störungen im internistischen Bereich (z.B. Magen-Darm-Trakt, Leber, Pankreas, etc.), aber auch neurologische (Polyneuropathie, Kleinhirnatrophie, Hirnatrophie,

etc.) und psychiatrische Störungen (z.B. kognitive Störungen etc.). Darüber hinaus finden sich auch schwere begleitende Beeinträchtigungen, die auf Alkohol bedingte Stürze mit in der Folge aufgetretenen Frakturen oder Verletzungen zurück zu führen sind und Funktionseinschränkungen zur Folge haben.

Die Ausprägung der Störungen muss es dem Rehabilitanden noch ermöglichen, sich weitestgehend selbstständig zu pflegen und zu versorgen und die therapeutischen Angebote erreichen und wahrnehmen zu können.

Auch ältere Menschen mit Begleiterkrankungen, die nicht nur Alkohol bedingt sind, befinden sich unter unseren Rehabilitanden.

Das oben genannte Klientel wäre wegen der schweren begleitenden Beeinträchtigungen mit der Teilnahme am regulären Therapieprogramm überfordert, sodass spezielle Angebote in den Therapien gemacht werden. Das therapeutische Vorgehen in dieser Gruppe orientiert sich dabei an der individuellen Belastbarkeit und den kognitiven Möglichkeiten der Teilnehmer.

Im Vordergrund der Rehabilitation steht die Bewältigung der durch die schweren begleitenden Beeinträchtigungen bedingten Einschränkungen. Die Verbesserung der Lebensqualität und der Erhalt der Selbstständigkeit sind weitere Therapieziele.

Unsere Rehabilitanden mit schweren begleitenden Beeinträchtigungen werden regelmäßig in der ärztlichen Sprechstunde mit allgemeinärztlichem Charakter betreut. Sofern dies notwendig ist, kooperieren wir mit vor Ort niedergelassenen Fachärzten und Kliniken und führen in Absprache mit diesen medikamentöse, physiotherapeutische und sonstige notwendige Maßnahmen und Therapien durch.

Bei der Sporttherapie wird besonders auf die Funktionsstörungen eingegangen und ein individuelles Trainingsprogramm, z.B. mit Koordinationsübungen, Muskelauflauftraining, zusammengestellt.

Für bestimmte Krankheitsbilder (z.B. Diabetes, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen etc.) ist eine individuelle Ernährungsberatung durch eine Ökotrophologin möglich.



Die Fachklinik hält für Menschen mit Körperbehinderungen spezielle Zimmer vor, die ebenerdig liegen und behindertengerecht ausgestattet sind.

Menschen mit kognitiven Einschränkungen erhalten im Rahmen der Ergotherapie ein kognitives Training als indikatives Therapieangebot. Auch wird im Rahmen der Ergotherapie ein Training der alltagsrelevanten Fertigkeiten angeboten.

### 12.3 Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen und begleitenden psychotischen Störungen

Das gleichzeitige Auftreten von Suchterkrankungen und anderen psychischen Störungen stellt eine häufig vorkommende Problematik dar. Besonders das gleichzeitige Vorliegen einer psychotischen Störung und einer Substanzabhängigkeit stellt die Therapeuten vor große Herausforderungen.

Die im Zusammenhang mit Suchterkrankungen auftretenden psychotischen Störungen stellen keine homogene Gruppe dar. Eine genaue diagnostische Einordnung ist für die Therapie von großer Bedeutung und ergibt sich aus den anamnestischen Angaben und dem Verlauf.

Der Bedarf an stationären Therapieangeboten für Menschen mit begleitenden psychotischen Störungen steigt an. Die Therapie erfolgt nach einem integrativen Therapiekonzept, d.h. beide Störungen werden zeitgleich zusammen im therapeutischen Prozess berücksichtigt.

Im Vordergrund des therapeutischen Handelns steht der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Das Vorgehen ist vor allem stützend und nicht konfrontierend und geht sehr individuell bei der Reha-Planung auf die Problematik des Einzelnen ein.

Da häufig die Motivation zu einer dauerhaften Suchtmittelfreiheit noch sehr ambivalent ist, kommt motivierenden Gesprächen eine besondere Bedeutung zu. Ausserdem haben diese Rehabilitanden einen erhöhten Bedarf an psychosozialer Hilfestellung bei der Alltagsstrukturierung und bei den Alltagsroutinen wie Körperpflege, Selbstversorgung. Häufig bestehen auch Einschränkungen von Konzentration und Ausdauer. Die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ist oft deutlich eingeschränkt.

Zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten nehmen diese Rehabilitanden an einem intensiven ergotherapeutischen Therapieangebot mit Elementen zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten teil. Darüber hinaus ist die Vermittlung von Kenntnissen zu den Zusammenhängen der beiden Erkrankungen und ihrer Behandlung ein wichtiger Therapiebaustein.

Häufig bestehen Defizite bei der Krankheitsakzeptanz und der Compliance bei Einnahme antipsychotischer Medikation. Diese Themen werden in unserer indikativen Gruppe Psychoedukation bei Psychosen ausführlich behandelt.

Durch die psychiatrischen Fachärzte der Klinik ist eine besonders intensive ärztliche Betreuung dieser Rehabilitandengruppe sicher gestellt.

Besonderer Wert wird auch auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen und nachbetreuenden Stellen gelegt, da diese Rehabilitanden nach Entlassung weiterhin eine engmaschige ambulante Weiterbetreuung benötigen. Auch die Vorbereitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe wie ambulant betreutes Wohnen, Einleiten von medizinisch-beruflichen Maßnahmen sind wichtige Schwerpunkte.

### 12.4 Geschlechtshomogene Gruppen

In der Fachklinik gibt es je eine reine Frauen- und eine reine Männergruppe. Je nach lebensgeschichtlicher Erfahrung (Misshandlung, Missbrauch, Prostitution, andere Traumata oder deprivierende Erlebnisse) kann die Selbstöffnung in der Gruppentherapie einer gemischtgeschlechtlichen Bezugsgruppe Schwierigkeiten bereiten. In solchen Fällen besteht die Indikation einer geschlechtshomogenen Gruppe.

### 12.5 Kombibehandlungen

Die Klinik Tiefental bietet auch die Möglichkeit zu Kombinationsbehandlungen. Diese bestehen in der Regel aus zwei Therapiephasen, wobei der Rehabilitand die Maßnahme in stationärer bzw. ganztägig ambulanter Form beginnt und in ambulanter Form fortsetzt. Die Planung der Kombinationsbehandlung erfolgt bereits im Vorfeld der Rehabilitation in enger Zusammenarbeit mit den Zuweisern und wird auch direkt als Kombinationsbehandlung beim Kostenträger beantragt.

Die Indikation zur Kombinationsbehandlung ergibt sich insbesondere, wenn

- der Rehabilitand über ein stützendes soziales Umfeld verfügt, aber zunächst wegen Rückfälligkeit oder sehr instabiler Abstinenz eine stationäre Behandlung zur Stabilisierung benötigt,
- der Rehabilitand nach der stationären Behandlungsphase aufgrund der guten Therapiemotivation aktiv an seiner Therapie mitwirken und die therapeutischen Angebote nutzen kann,
- eine langfristige Abwesenheit am Arbeitsplatz problematisch erscheint,
- zunächst eine räumliche Distanz zum Umfeld als sinnvoll erachtet wird.
- die Beeinträchtigungen aufgrund psychischer, körperlicher oder sozialer Faktoren nicht so schwerwiegend sind, dass der Rehabilitand ein umfassendes strukturiertes Behandlungsangebot benötigt,
- eine ausreichende Abstinenzfähigkeit für die therapiefreien Zeiten besteht.

Die stationäre Phase der Kombinationsbehandlung dauert in der Regel 8 Wochen, die anschließende ambulante Phase erstreckt sich über 40 Therapieeinheiten in einem Zeitraum von 6 Monaten. Aufgrund individueller Problemstellungen kann es zu Abweichungen von diesen Rahmenbedingungen kommen.

Die Durchführung von Kombinationsbehandlungen erfordert einen engen Austausch zwischen allen an der Behandlung beteiligten Stellen. Aus diesem Grund werden bereits im Vorfeld der stationären Aufnahme mit der zuweisenden Stelle die Therapieziele abgestimmt. Bei der Aufnahme erfolgt ein gemeinsames Übergabegespräch, ebenso beim Wechsel der Therapieform. Der für die stationäre Therapiephase erstellte Reha-Entlassbericht wird der weiterbehandelnden Stelle zeitnah übermittelt.

## 13 | Personelle Ausstattung

Die Fachklinik steht unter medizinisch-therapeutischer Gesamtverantwortung der Chefärztin. Die Chefärztin ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die geforderte sozialmedizinische Qualifikation wurde durch den Besuch der Kurse Sozialmedizin und Rehabilitationswesen erworben. Zu den Aufgaben der Chefärztin gehört die Leitung des Rehabilitationsteams. Sie ist verantwortlich für die ordnungsgemäße Durchführung der Therapiemaßnahmen, für die regelmäßig durchzuführenden rehabilitandenbezogenen Fallbesprechungen. Außerdem obliegt ihr die Verantwortung für die Erstellung des Reha-Entlassberichtes mit der sozialmedizinischen Abschlussbeurteilung. Die Chefärztin pflegt einen intensiven Austausch mit den zuweisenden Stellen. Außerdem trägt sie die Verantwortung für die Umsetzung der Vorgaben der Kostenträger und für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Klinik. Sie repräsentiert die Klinik in der Öffentlichkeit.

Die Vertretung der Chefärztin ist durch die Oberärztin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gewährleistet. An der ärztlichen Versorgung beteiligt sind außerdem die Assistenzärzte der Fachklinik.

Im Mitarbeiter-Team vertreten sind neben den Ärzten die Berufsgruppen der Psychologen, Sozialpädagogen, Ergo- und Arbeitstherapeuten, Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Musiktherapeut und Pflegepersonal. Außerdem arbeiten in der Fachklinik Mitarbeiter im Schreibdienst/Verwaltungsbereich und im Reinigungsdienst.

Die Rehabilitanden sind in Gruppen eingeteilt, die jeweils von einem Bezugstherapeuten (Sozialtherapeut oder Dipl. Psychologe in fortgeschrittener Weiterbildung/Psychologischer Psychotherapeut) betreut werden. Jeder Rehabilitand hat somit einen Bezugstherapeuten als festen Ansprechpartner. Dieser ist für die Steuerung des Reha-Prozesses verantwortlich.

Für alle Berufsgruppen liegen Stellenbeschreibungen vor. Der Einsatz erfolgt unter Berücksichtigung der Vorgaben der Strukturanforderungen der Rentenversicherung. Bei der Durchführung von Therapieleistungen werden die in der Klassifikation therapeutischer Leis-

tungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) geforderten Qualifikationen eingehalten. Der Personalstand wird regelmäßig zu Beginn eines Quartals an die Rentenversicherung übermittelt. Im Anhang ist der aktuelle Personalstandplan dargestellt.

## 14| Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen besteht aus einem Zentralgebäude mit Funktionsräumen und angegliederter Sporthalle und neun kleineren Gebäuden zur Unterbringung der Rehabilitanden, z.T. mit weiteren Büro- und Therapieräumen. Sieben dieser Gebäude befinden sich im Innenhofbereich mit Brunnen und Sitzgelegenheiten, die beiden übrigen liegen zur Parkplatzseite neben dem Hauptgebäude.

Der gesamte Klinikbereich ist von Grünanlagen mit Sitzgelegenheiten und Freizeiteinrichtungen für die Rehabilitanden (Bouleplatz, Freiluftschach) umgeben.

Im Zentralgebäude liegen die Eingangshalle mit Information und Kasse, Räume zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung, einschließlich Notfallzimmer, Speisesaal mit Essensausgabe (zusammen 156 m<sup>2</sup>), Seminarräume (78 m<sup>2</sup>), EDV-Schulungsraum (38 m<sup>2</sup>). Ein Teil des Zentralgebäudes ist unterkellert und mit einem Fahr-

Fahrstuhl auch Menschen mit eingeschränkter Mobilität zugänglich. Dort befinden sich der Raum für Musiktherapie (63 m<sup>2</sup>) ein großzügiger Ergotherapie-Bereich (134 m<sup>2</sup> zuzüglich 61 m<sup>2</sup> Lagerräume).

Der an das Hauptgebäude angrenzende Sportbereich hat eine Größe von insgesamt 345 m<sup>2</sup> und besteht aus der 249 m<sup>2</sup> großen Sporthalle, einem Krafttrainingsraum, einem Fitnessraum, Umkleieräumen mit Duschen. Daneben liegt die 17 m<sup>2</sup> große Sauna und der Physiotherapiebereich mit 55 m<sup>2</sup>. Weitere Funktionsräume gibt es in den Häusern 8 und 9: Hauswirtschaftsbereich (47 m<sup>2</sup>), Kinderspielzimmer (27 m<sup>2</sup>), Therapieraum (23 m<sup>2</sup>).

Auf dem Gelände gibt es außerdem für die Gartentherapie ein Gewächshaus mit einer Grundfläche von 118 m<sup>2</sup>, das komplett unterkellert ist. In den einzelnen Häusern ist jeweils eine Therapiegruppe untergebracht. Die Rehabilitanden wohnen in Einzelzimmern mit 14-16 m<sup>2</sup> oder Doppelzimmern mit 19-21,5 m<sup>2</sup>.

Die Klinik verfügt über insgesamt neun behindertengerechte Zimmer. Alle Zimmer haben ein Bad mit Toilette, Waschtisch und Dusche (5-6 m<sup>2</sup>). Ein Teil der Zimmer besitzt einen Balkon oder eine kleine Terrasse.

Die Zimmer sind zweckmäßig ausgestattet mit Bett, Tisch, Stühlen, Schrank mit abschließbarem Wertfach.

Neben den Rehabilitandenzimmern gibt es in jedem Haus einen Gruppenraum (25 m<sup>2</sup>) mit angrenzender Teeküche (6 m<sup>2</sup>) und ein Therapeutenbüro.



## 15| Team- und Kommunikationsstrukturen

Grundlage unserer Arbeit ist das Zusammenwirken verschiedener Therapieelemente, die von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team angeboten werden. Um einen kontinuierlichen Informationsaustausch und ein gemeinsames Arbeiten an den individuellen Rehabilitationszielen zu gewährleisten, werden in der Fachklinik viermal wöchentlich Fallbesprechungen in zwei Kleinteams unter Leitung von Chefärztin und Oberärztin durchgeführt. Inhalte dieser Teams sind Vorstellungen von neu aufgenommenen Rehabilitanden, Verlaufsbesprechung und Abschlussbeurteilung. Außerdem werden besondere Vorkommnisse besprochen. Die Dokumentation erfolgt in der Rehabilitandenakte.

Täglich erfolgt außerdem eine Frühbesprechung von Pflegeteam und ärztlichen Mitarbeitern zur Besprechung anstehender medizinischer Fragen.

Wöchentlich findet außerdem ein Gesamtteam statt, an dem alle Mitarbeiter der Fachklinik teilnehmen. Hier werden organisatorische Fragen behandelt. Darüber hinaus treffen sich die einzelnen Berufsgruppen regelmäßig zum Austausch und zu Fragen der konzeptionellen Weiterentwicklung.

Im monatlich stattfindenden Leitungsteam werden organisatorische Fragen und Daten der wirtschaftlichen Entwicklung erörtert. Außerdem wird die Umsetzung der QM-Vorgaben überprüft.

Im Lenkungsausschuss erfolgt die Koordination, Planung und Steuerung aller QM-Aktivitäten und Projekte. Das einmal pro Quartal stattfindende Strategieteam dient der Überwachung der wirtschaftlichen und strukturellen Qualitätssicherung. Hier werden die erhobenen Daten mit den Kennzahlen abgeglichen und bei Bedarf Optimierungsmaßnahmen abgeleitet.

Über alle Team-Sitzungen mit Themen zur Klinik-Organisation wird Protokoll geführt.

Die Fachklinik verfügt über einen Besprechungsplan. Für alle Besprechungen gibt es eine Geschäftsordnung, in der Teilnehmer, Frequenz der Sitzungen, Terminierung und Inhalte definiert sind (s. Anhang).

## 16| Notfall-Management

In der Fachklinik steht für die Versorgung von medizinischen Notfällen ein eigener Raum zu Verfügung, dort befinden sich auch ein voll ausgestatteter Notfall-Rucksack und ein automatisierter externer Defibrillator (AED).

Die ärztliche Versorgung ist während der regulären Arbeitszeit durch die Ärzte der Fachklinik sichergestellt, außerhalb dieser Zeiten erfolgt die Versorgung durch den Bereitschaftsdienst der SHG-Kliniken Sonnenberg.

Durch die Kooperation mit den Kliniken Sonnenberg sind auch kurzfristige Verlegungen zur Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen möglich.

Die Versorgung durch den allgemeinen notärztlichen Dienst ist innerhalb weniger Minuten gegeben.

Die Durchführung von Laboruntersuchungen kann auch in Notfällen über das Zentrallabor in Völklingen gewährleistet werden.

Über die Zentralapotheke können dringend benötigte Medikamente kurzfristig angefordert werden.

Alle Mitarbeiter der Fachklinik nehmen einmal jährlich an einer verpflichtenden Fortbildung zur kardio-pulmonalen Reanimation und zur Einweisung in den Gebrauch des AED teil.

## 17| Supervision und Fortbildung

Supervision findet im Rahmen der täglichen Teamsitzungen durch Chefärztin und Oberärztin statt. Zusätzlich nehmen alle Mitarbeiter der Klinik berufsgruppenübergreifend an Supervisionsterminen mit einem externen Supervisor teil. Für Psychotherapeuten in Weiterbildung wurden außerdem zwei weitere externe Supervisoren verpflichtet, die zweimal im Monat Fallsupervision anbieten.



## 18 | Kooperation und Vernetzung

### 18.1 Die Einrichtungen im Verbund des Zentrums für psychotherapeutische Rehabilitation

Zum Zentrum für psychotherapeutische Rehabilitation gehören neben der Klinik Tiefental die Reha-Tagesklinik, das ambulante Zentrum für Abhängigkeitsprobleme und eine Adaptionseinrichtung. Im Folgenden sollen die Einrichtungen nur kurz vorgestellt werden. Für nähere Informationen wird auf die eigenen Konzeptionen der Einrichtungen verwiesen.

- Die SHG-Reha Tagesklinik bietet ganztägig ambulante Entwöhnungstherapien an. Sie verfügt über max. 14 Plätze und befindet sich in zentraler, verkehrsgünstiger Innenstadtlage von Saarbrücken.
- Das SHG-Zentrum für Abhängigkeitsprobleme befindet sich im selben Gebäude wie die Tagesklinik. Es bietet das gesamte Spektrum einer ambulanten Beratungsstelle an. Neben Beratung, auch von Angehörigen, Therapievermittlung und -vorbereitung werden ambulante Entwöhnungstherapien durchgeführt. Außerdem gibt es mehrere Gruppen der ambulanten Suchtnachsorge.
- Die Adaptionseinrichtung verfügt über 12 Plätze und unterstützt Menschen mit schwieriger sozialer Lebenssituation (Wohnungslosigkeit oder problematische oh Wohnverhältnisse, Langzeitarbeitslosigkeit) im Anschluss an eine Entwöhnungstherapie bei der sozialen Reintegration.

Die Einrichtungen des Zentrums für psychotherapeutische Rehabilitation bieten somit das gesamte Spektrum der Sucht-Rehabilitation an. Durch die enge Zusammenarbeit der Mitarbeiter ist ein intensiver Informationsaustausch sichergestellt, eine Änderung der Leistungsform kann frühzeitig geplant und in die Wege geleitet werden.

### 18.2 Kooperation mit den SHG-Kliniken Sonnenberg

Die Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen kooperiert eng mit den SHG-Kliniken Sonnenberg bei der Durchführung von medizinischer

Diagnostik und ärztlicher Versorgung im Rahmen des Bereitschaftsdienstes. Hierdurch ist auch außerhalb der normalen Arbeitszeiten eine ärztliche Versorgung gewährleistet. Es existiert zusätzlich ein fachärztlich psychiatrischer Hintergrunddienst. In Krisensituationen ist eine rasche Übernahme in die akute Krankenhaus-Versorgung möglich. Mitarbeiter der Fachklinik bieten wöchentlich Seminare zum Thema Suchterkrankungen in der Akut-Klinik an.

### 18.3 Vernetzung mit anderen an der Suchtbehandlung beteiligten Stellen

Sowohl bei der Vorbereitung der Rehabilitation als auch bei der Planung der Nachbetreuung halten die Mitarbeiter der Fachklinik engen Kontakt zu den verschiedenen Einrichtungen im Suchthilfesystem (ambulante Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Ärzte, Psychotherapeuten, Jugendämter, Gesundheitsämter). Die Fachklinik bietet die Möglichkeit zu ambulanten Vorgesprächen zur Klärung der Behandlungsmöglichkeiten. Außerdem findet wöchentlich eine Klinikführung für alle Interessierten statt.

Mit Zustimmung des Rehabilitanden werden Informationen im Vorfeld der Rehabilitation und beim Übergang in die ambulante Suchtnachsorge ausgetauscht. Kontakte bestehen auch zu Betriebsärzten und betrieblichen Suchtberatern. Die Chefarztin nimmt am Qualitätszirkel der saarländischen psychiatrischen Chefarzte teil. Eine Mitarbeiterin des ambulanten Zentrums für Abhängigkeitsprobleme ist Mitglied im Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention.

### 18.4 Kooperationen zur Rehabilitanden-Versorgung

Es bestehen Kooperationen mit der Zentralapotheke und dem Zentrallabor des SHG-Konzerns in Völklingen und mit dem der SHG angeschlossenen Logistik-Unternehmen Apolog zur Materialbeschaffung sowie mit der Firma Saanatex zur Wäscheversorgung. Die Speiseversorgung erfolgt durch die Zentralküche Sonnenberg.

## 19 | Qualitätssicherung

Nach § 20 SGB IX sind die Erbringer von Rehabilitationsleistungen zur Teilnahme an Zertifizierungsmaßnahmen verpflichtet. Dabei sind von den Einrichtungen sowohl Maßnahmen des externen als auch internen Qualitätsmanagements vorzuhalten.

Die Fachklinik nimmt an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rentenversicherung teil: Peer-Review-Verfahren, Auswertung der Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM), Auswertung der KTL-Leistungen, Rehabilitandenbefragungen, Erhebungen zur Strukturqualität.

Das interne Qualitätsmanagement wird von einer Qualitätsmanagement-Beauftragten koordiniert. Das wichtigste Instrument zur Qualitätssicherung sind Befragungen. Die Klinik führt neben der Rehabilitandenbefragung am Ende der Maßnahme Befragungen zur Zufriedenheit mit der Aufnahmesituation durch. Außerdem werden Zuweiser und Nachbehandler zu ihrer Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit befragt. Alle drei Jahre wird eine Mitarbeiterbefragung durch ein externes Institut durchgeführt. Ein Beschwerdemanagement-System ebenso wie ein betriebliches Vorschlagswesen ist in der Klinik etabliert.

Die Steuerung aller qualitätssichernden Maßnahmen erfolgt im Lenkungsschuss, in dem neben Verwaltungs-

direktor und QM-Beauftragter alle Berufsgruppen durch ihre Leitungen vertreten sind.

Im Rahmen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung finden jährlich Begehungen der Klinik Tiefental durch den Beauftragten für Arbeitssicherheit, die Hygienebeauftragten und den Datenschutzbeauftragten der SHG am Standort Saarbrücken statt. Die Chefarztin der Klinik wurde als hygienebeauftragte Ärztin für die Klinik Tiefental benannt, sie nimmt regelmäßig an den Sitzungen der Hygienekommission teil. Die Regelungen des Datenschutzes sind in einer konzernweiten Dienstanweisung zur Dokumentation und zum Datenschutz festgehalten. Außerdem existiert ein Handbuch zum Datenschutz innerhalb des SHG-Konzerns. Die Regelungen zum Datenschutz von Seiten der Kostenträger finden in der Klinik Tiefental Berücksichtigung.

Die Fachklinik wurde erstmals 2009 nach KTQ zertifiziert, Rezertifizierung erfolgten 2012 und 2015 und sind in dreijährigem Abstand gemäß den gesetzlichen Vorgaben vorgesehen.

Die Fachklinik hat an einem Audit durch die Gesellschaft für Risikoberatung GRB teilgenommen und das Zertifikat zur Patientensicherheit erhalten. Im Rahmen des Risiko-Managements wurde das Critical Incident Reporting System (CIRS) etabliert und ein multiprofessionell zusammengesetztes Auswertungs-Team in der Fachklinik eingesetzt.





## Therapieregeln und Hausordnung

Liebe Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,

in den nächsten Wochen werden Sie hier in der Klinik mit anderen Menschen zusammen leben. Die folgenden Regeln bilden die Grundlage unserer Arbeit.

### I. Regeln zur Suchtmittelfreiheit

Zu Ihrem Schutz und zur Förderung Ihres Abstinenzzieles achten wir darauf, dass die Klinik ein suchtmittelfreier Raum bleibt.

Zur Überprüfung der Einhaltung der Abstinenzregeln führen wir Atemalkoholkontrollen, Urinuntersuchungen, Gepäck- und Zimmerkontrollen durch.

Alkohol und Drogen dürfen weder konsumiert noch in die Klinik mitgebracht werden. Dies gilt auch für alkoholfreies Bier, Malzbier, Energydrinks und Koffeintabletten.

Die Weitergabe von Alkohol und Drogen an andere Rehabilitanden führt zu einer sofortigen Entlassung.

Jegliche Einnahme von Medikamenten – dies gilt auch für Nahrungsergänzungsmittel – muss mit den Ärzten der Klinik abgesprochen werden.

Rauchen ist nur an der Grillhütte und auf dem Platz neben dem Freiluftschach erlaubt. Ansonsten ist das gesamte Klinikgelände rauchfrei.

Zu Ihrer eigenen Sicherheit achten wir besonders darauf, dass in den Rehabilitandenzimmern nicht geraucht wird. Elektro-Zigaretten sind nicht erlaubt.

Glücksspiele und Spiele um Geld sind im Klinikgelände nicht gestattet.

### II. Therapieteilnahme

Jede Woche erhalten Sie von ihrem Bezugstherapeuten einen individuellen Therapieplan. Die Einhaltung Ihres Therapieplans ist Pflicht. Einschränkungen Ihrer Therapieteilnahme im Krankheitsfall werden von den ÄrztInnen der Klinik festgelegt. Befreiungen von Therapieveranstaltungen, z.B. zur Erledigung wichtiger Behördengänge, müssen mit dem Bezugstherapeuten vorher abgeklärt werden.

Im Falle einer Therapiebefreiung melden sie sich bitte bei den für die entsprechenden Veranstaltungen zuständigen Therapeuten ab.

Die Inhalte aller Therapieveranstaltungen sind vertraulich und dürfen nicht weitergegeben werden.





### III. Ausgangs- und Besuchsregelung

#### Therapiezeit ist von 8.00 bis 16.15 Uhr!!!

Während Ihrer Zeit in der Aufnahmegruppe sollten Sie sich im Klinikgelände aufhalten.

Ausgänge außerhalb der Therapiezeit sind ab der 2. Woche bis zum 3. Wochenende in Begleitung möglich. Ab dem 3. Wochenende können Sie mit Erlaubnis Ihres Bezugstherapeuten die Klinik auch alleine verlassen. Für alle Ausgänge lassen Sie sich bitte eine **schriftliche Genehmigung durch Ihren Therapeuten im Therapiepass** eintragen.

Bevor Sie die Fachklinik verlassen, informieren Sie bitte persönlich den Pflegestützpunkt und melden sich unter Abgabe Ihres Therapiepasses dort ab. Unmittelbar nach Ihrer Rückkehr melden Sie sich im Pflegestützpunkt zurück und holen Ihren Therapiepass wieder ab.

Ab dem 5. Wochenende können Sie, die Zustimmung Ihres Bezugstherapeuten vorausgesetzt, Belastungserprobungen mit einer Übernachtung von Samstag auf Sonntag absolvieren. Begründete Ausnahmeregelungen, beispielsweise ein verlängertes Belastungswochenende aufgrund großer Entfernungen), müssen rechtzeitig mit dem Bezugstherapeuten abgesprochen werden.

Bei Ausgängen über Nacht geben Sie bitte auch Ihren Zimmerschlüssel im Pflegestützpunkt ab.

Besuche sind grundsätzlich außerhalb der Therapiezeit zwischen 16.15 Uhr und 21.30 Uhr sowie an den Wochenenden möglich. Bitte besprechen Sie geplante Besuche mit ihrem Bezugstherapeuten. Besucher sind im Pflegestützpunkt an- und abzumelden.

### IV. Verhalten im Klinikbereich

Gegenseitige Rücksichtnahme und ein wertschätzender Umgang miteinander sind eine wichtige Basis für eine erfolgreiche Therapieteilnahme. Daher führen Gewaltandrohungen und Gewaltanwendung zu einer sofortigen disziplinarischen Entlassung.

Bitte lassen Sie während der Therapiezeit von 8 bis 16.15 Uhr Ihr Handy in Ihrem Zimmer. Außerhalb der Therapiezeit ist die Nutzung Ihres Handys möglich.

Für Ihren Aufenthalt in der Klinik können Sie folgende Elektrogeräte mitbringen: Radiowecker, Fön, Elektrorasierer, MP3-Player.

Sollte für Sie die Nutzung eines Laptops wichtig sein, z.B. zur Vorbereitung einer beruflichen Ausbildung oder zur Suche von Stellenangeboten, kann die Laptop-Nutzung von Ihrem Bezugstherapeuten genehmigt werden. Nicht erlaubt sind Computer, große Musikanlagen, Spielekonsolen. Nach Rücksprache mit Ihrem Bezugstherapeuten kann ein kleines Fernsehgerät (max. Bildschirmdiagonale 69 cm) im Zimmer aufgestellt werden.

Achten Sie in Ihrem Zimmerbereich auf Ordnung und Sauberkeit und halten Sie beim Musikhören und Fernsehen die Zimmerlautstärke ein. Von 22.00 Uhr bis 6.00 Uhr ist Zimmerruhe einzuhalten.

Gegenseitige Besuche auf den Rehabilitanden-Zimmern sind nicht erlaubt.

Die Teilnahme an Frühstück und Mittagessen ist verpflichtend. Wenn Sie sich an den Wochenenden für die Teilnahme an den Mahlzeiten eingetragen haben, so ist dies verbindlich.

Zu Ihrem eigenen Schutz dürfen aus Brandschutzgründen Kerzen, Räucherstäbchen u.ä. nicht benutzt werden. Des Weiteren ist das Verkeilen von Türen verboten.

Das Anbringen von Klebeschildern an Türen und Zimmereinrichtungen ist verboten, außerdem sollten Sie keine Bilder mit Nägeln, Reißzwecken oder Klebestreifen an den Wänden befestigen.

Film-, Fernseh-, Ton-, Video- und Fotoaufnahmen im Bereich der Klinik bedürfen der vorigen Genehmigung der Chefärztin. Daneben ist die (schriftliche) Einwilligung der betroffenen Personen einzuholen.

Mit Ausnahme von Obst ist die Aufbewahrung von verderblichen Lebensmitteln im Zimmer verboten. Außerdem sollte im Zimmer keine Wäsche getrocknet werden. Für Ihre Wäschepflege stehen Ihnen in den Kellerräumen in Haus 9 Waschmaschinen und Wäschetrockner zur Verfügung.

Bei der Teilnahme an allen Therapieveranstaltungen (außer Sporttherapie) und bei dem Aufenthalt in allen öffentlich zugänglichen Bereichen der Klinik legen wir Wert auf eine angemessene Straßenkleidung. Kleidung mit gewalt- oder drogenverherrlichenden, sexistischen oder politischen Parolen, mit Werbung für alkoholische Getränke oder Zigaretten, sind verboten.

### V. Sonstiges

Bitte reisen Sie nach Möglichkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln an. Auf dem Klinikgelände bestehen nur begrenzte Parkmöglichkeiten. Die Nutzung eines Fahrzeuges während der Reha-Maßnahme geschieht auf eigene Verantwortung.

Sie kommen während Ihres Aufenthalts in unserer Fachklinik mit vielen Mitrehabilitanden/innen in Kontakt. Sollte sich eine Paarbeziehung zu einem/r Mitrehabilitanden/in entwickeln, erwarten wir von Ihnen, dass Sie dies mit Ihrem Bezugstherapeuten frühzeitig thematisieren.

Das Verleihen von Geld oder Wertgegenständen an andere Rehabilitanden ist nicht erlaubt.

In der Klinik zurückgelassenes Rehabilitanden-Eigentum geht 12 Wochen nach Zusendung eines Informationsschreibens in den Besitz der Klinik über.

## Therapievertrag

Sehr geehrte/r Rehabilitand/in,

zur Basis einer Therapie gehören gegenseitiges Vertrauen, Wertschätzung und Respekt zwischen dem zu Behandelnden und seinem Behandler-Team. Die Bildung eines solchen vertrauensvollen Arbeitsbündnisses bedarf einer äußeren Struktur, zu deren Einhaltung sich alle Beteiligten verpflichten. Um diese zu definieren, soll der nachfolgende Therapievertrag dienen.

Ich, Herr/Frau .....  
schließe mit der SHG-Fachklinik für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen Saarbrücken nachstehenden Therapievertrag ab.

1. Es ist mein Ziel, suchtmittelfrei zu leben. Deshalb werde ich ab sofort Alkohol, Medikamente und Drogen aller Art weder besitzen noch gebrauchen noch an Dritte weitergeben. Dies gilt auch für alkoholfreies Bier, Wein oder Sekt, Energydrinks und Coffeintabletten. Glücksspiele, Spiele um Geld oder den Besuch von Spielhallen werde ich während der Therapie unterlassen.

Ich erkläre mich bereit, mich mit meiner Nikotinabhängigkeit (sofern vorhanden) kritisch auseinander zu setzen.

2. Gemeinsam mit meiner/-m Bezugstherapeutin/-en erarbeite ich Therapieziele, die mich einem abstinenten Leben näher bringen und deren Entwicklung ich im Therapieverlauf überprüfe.
3. Das Therapeuten-Team verpflichtet sich, mir mit seinem Wissen und seinen Kenntnissen zur Verfügung zu stehen und mich entsprechend dem Therapieplan mit Maßnahmen zu unterstützen, die mich diesen Zielsetzungen, allen voran das Erlernen eines suchtmittelfreien Lebens, näher bringen können.
4. Die Therapeuten/innen garantieren, mir vorurteilsfrei, respektvoll, offen und klar zu begegnen und mir zu jeder Zeit Klarheit über den Sinn und Zweck der therapeutischen Maßnahmen zu vermitteln.
5. Mir ist bewusst, dass der Erfolg meiner Therapie auf meiner aktiven Mitarbeit beruht. Dementsprechend werde ich für die Dauer der Therapie an allen therapeutischen Maßnahmen teilnehmen, deren Sinn und Indikation ich jederzeit bei den zuständigen Therapeut/Innen erfragen kann.

Ich bemühe mich in den Einzelgesprächen und in der Gruppentherapie um Offenheit, auch wenn es darum geht, schambesetzte Themen anzusprechen. Die Inhalte der Gruppengespräche und Informationen aus den anderen therapeutischen Angeboten sind vertraulich und dürfen nicht weitergegeben werden.

Das Therapeutenteam gewährleistet, die von mir gemachten Angaben vertraulich zu behandeln und nicht ohne meine ausdrückliche schriftliche Erlaubnis an Dritte weiterzugeben.

6. Ich werde die Therapieregeln einhalten und die Hausordnung befolgen. Dem Personal werde ich mit Wertschätzung und Respekt begegnen, genauso wie umgekehrt das Personal gewährleistet, mit mir wertschätzend und respektvoll umzugehen.
7. Es ist mir bewusst, dass Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkontrollen essentieller Bestandteil meiner Therapie sind und es notwendig ist, einer Aufforderung dazu umgehend nachzukommen. Eine Nichtbeachtung führt darum zu einem Krisengespräch und kann eine vorzeitige Therapiebeendigung zur Folge haben. Ich sehe ein, dass es aus gegebenem Anlass notwendig werden kann, mein Zimmer in meiner Anwesenheit zu kontrollieren.
8. Ich verpflichte mich, alle medizinischen Maßnahmen, auch Behandlungen bei Ärzten außerhalb der Klinik, mit den Klinikärzten abzusprechen. Es ist mir bekannt, dass ich ohne Wissen des Klinikarztes keine zusätzlichen Medikamente nehmen darf.
9. Um meine Abstinenz langfristig zu sichern, erkläre ich mich bereit, mich sowohl mit dem Besuch einer Selbsthilfegruppe als auch mit nachsorgenden Maßnahmen auseinander zu setzen.
10. Ich bin damit einverstanden, dass meine engsten Bezugspersonen zu Einzelgesprächen, Angehörigenseminaren, Partnergesprächen in die Behandlung mit einbezogen werden.
11. Ich werde Anderen gegenüber weder Gewalt androhen noch anwenden, sondern mich im Bedarfsfall an meine/n Bezugstherapeuten/in wenden, die mir Wege aufzeigen können, mit Konflikten und Aggressionen adäquat und konstruktiv umzugehen.

Mir ist bewusst, dass bei Verstößen gegen einzelne Punkte dieses Vertrages die Konsequenzen von der Klinikleitung und den therapeutischen Mitarbeitern/innen individuell entschieden werden. Dabei habe ich die Möglichkeit, meine Sichtweise der Sachlage darzustellen. Das endgültige Entscheidungsrecht ist der ärztlichen Leitung vorbehalten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bei Nichteinhaltung der Verpflichtungen seitens des Therapeuten-Teams im Rahmen des Beschwerdemanagements Kritik äußern und auf Veränderungen hinweisen kann.

Ich habe alle Bestandteile des Therapievertrags zur Kenntnis genommen und stimme diesen mit meiner nachstehenden Unterschrift zu.

*Ch. Balzer*

.....  
Dr. Christa Balzer  
Chefärztin

.....  
Datum, Rehabilitand/in



# Therapieplan Aufnahmegruppe

| Uhrzeit | Montag   | Dienstag   | Mittwoch  | Donnerstag   | Freitag   |
|---------|--|--|---|--|---|
|         | Alkoholkontrolle: 7.00 - 7.30 Uhr, am WE um 10 Uhr im Pflegestützpunkt ● Frühstück: 7.00 - 7.45 Uhr ● Arzttermine bitte bis 8.30 Uhr im Pflegestützpunkt vereinbaren |  |   |  |   |
| 08:30   | Ergotherapie<br>8.30 - 10.00 Uhr<br>Diagnostik und Arbeitsprobe  | Musiktherapieraum<br>8.30 Uhr<br>Einführung in die Musiktherapie | Ergotherapie<br>8.30 - 10.00 Uhr<br>Diagnostik und Arbeitsprobe | Büro Frau Dr. Balzer<br>8.30 Uhr<br>Visite             | Ergotherapie<br>8.30 - 10.00 Uhr<br>Diagnostik und Arbeitsprobe |
| 10:00   |  | Büro Frau Dr. Weber<br>10.00 Uhr<br>Visite                       | EDV-Raum<br>10.15 - 11.30 Uhr<br>Berufsanamnese                 | Haus 2<br>10.00 Uhr<br>Einführung in die Sporttherapie | 10.15 - 11.30 Uhr<br>Diagnostik und Arbeitsprobe                |
| 10:15   | 10.15 - 11.30 Uhr<br>Diagnostik und Arbeitsprobe   |  |   |  |   |
|         | 11.45 - 13.00 Uhr Mittagspause   |  |   |  |   |
| 13:00   |  | Haus 2<br>13.00 Uhr<br>Gesundheitsinfo                           | Haus 2<br>13.00 Uhr<br>Einführung in die Hygiene                | Haus 2<br>13.00 Uhr<br>Vorstellung Sozialdienst        | Haus 2<br>13.00 Uhr<br>Einführung in die Entspannung            |
| 13:30   | Haus 2 13.30 Uhr<br>Ernährungsberatung   |  |   |  |   |
| 14:15   |  | Haus 2<br>14.15 - 15.15 Uhr<br>Gruppentherapie                   | Haus 2<br>14.00 - ca. 15.30 Uhr<br>Testdiagnostik               | Haus 2<br>14.15 - 15.15 Uhr<br>Gruppentherapie         | Haus 2<br>Hausdienst  |
| 15:00   | Haus 2 15.00 Uhr<br>Einführung in die Sicherheit   | Ausfüllen der Fragebögen   |   | Ausfüllen der Fragebögen                               | 15.00 - 15.30 Uhr<br>Vortrag/Vollversamml.                      |
| 16:30   |  |  |   | 16.30 - 17.00 Uhr<br>Vortrag (s. Aushang)              |   |

# Individueller Therapieplan Z.i.e.L. (Beispiel)

| Uhrzeit                      | Montag   | Dienstag                             | Mittwoch  | Donnerstag                           | Freitag                                      |
|------------------------------|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| 7.15 - 8.00 Uhr<br>Frühstück |  | 6.30 - 7.30 Uhr<br>Meditation        |   | 6.30 - 7.30 Uhr<br>Meditation        |  |
| 8.00                         | 7.45 - 8.15 Uhr<br>Frühsport/ HLT                |                                      | 8.00 - 9.00 Uhr<br>Hausgruppe                   | 7.45 - 8.15 Uhr<br>Frühsport/ HLT    |  |
| 9.00                         | 8.30 - 10.00 Uhr<br>Ergotherapie                 | 8.30 - 11.30 Uhr<br>Arbeitstherapie  | 9.00 - 10.00 Uhr<br>Hausdienst                  |                                      | 8.30 - 9.30 Uhr<br>Besinnung                 |
| 10.00                        | 10.10 - 11.40 Uhr<br>Gruppentherapie             |                                      | 10.10 - 11.40 Uhr<br>Gruppentherapie            | 8.30 - 11.30 Uhr<br>Arbeitstherapie  | 10.10 - 11.40 Uhr<br>Gruppentherapie         |
| 11.00                        |  |                                      |   |                                      |  |
| 12.00                        | 11.45 Uhr Mittagessen, anschließend Mittagspause |                                      |   |                                      |  |
| 13.00                        | 13.00 - 14.00 Uhr<br>indikative Therapie         | 13.00 - 16.00 Uhr<br>Arbeitstherapie | 13.00 - 14.15 Uhr<br>themenzentr. Gruppe        |                                      | 13.00 - 14.30 Uhr<br>indikative Therapie     |
| 14.00                        | 14.30 - 16.00 Uhr<br>Sporttherapie               |                                      | 14.30 - 15.30/ 16.00 Uhr<br>indikative Therapie | 13.00 - 16.00 Uhr<br>Arbeitstherapie |  |
| 15.00                        |  | 16.00 - 17.00 Uhr<br>Qui Gong        |   | 16.00 - 17.00 Uhr<br>Krafttraining   | 15.00 - 16.00 Uhr<br>Freizeitaktivität       |
| 16.00                        |  |                                      |   | 16.00 - 17.00 Uhr<br>Krafttraining   | bzw.<br>15.00 - 15.30 Uhr<br>Vollversammlung |
| 17.00                        |  |                                      |   | bzw.<br>16.30 - 17.00 Uhr<br>Vortrag | bzw.<br>16.30 - 17.00 Uhr<br>Vortrag         |

## Individueller Therapieplan Intensiv-Programm (Beispiel)

| Uhrzeit                      | Montag   | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag   | Freitag                                      |
|------------------------------|--|---|---|--|--|
| 7.15 - 8.00 Uhr<br>Frühstück |  | 6.30 - 7.30 Uhr<br>Meditation                     |   | 6.30 - 7.30 Uhr<br>Meditation                      |  |
| 8.00                         | 7.45 - 8.15 Uhr<br>Frühspport/ HLT               |   | 8.00 - 9.00 Uhr<br>Hausgruppe                   | 7.45 - 8.15 Uhr<br>Frühspport/ HLT                 |  |
| 9.00                         | 8.30 - 10.00 Uhr<br>Ergotherapie                 | 8.30 - 10.00 Uhr<br>indikative<br>Gruppentherapie | 9.00 - 10.00 Uhr<br>Hausdienst                  | 8.30 - 10.00 Uhr<br>indikative<br>Sporttherapie    | 8.30 - 9.30 Uhr<br>Besinnung                 |
| 10.00                        | 10.10 - 11.40 Uhr<br>Gruppentherapie             | 10.15 - 11.30 Uhr<br>Körpertherapie               | 10.10 - 11.40 Uhr<br>Gruppentherapie            | 10.15 - 11.45 Uhr<br>indikative<br>Gruppentherapie | 10.10 - 11.40 Uhr<br>Gruppentherapie         |
| 11.00                        |  |   |   |  |  |
| 12.00                        | 11.45 Uhr Mittagessen, anschließend Mittagspause |   |   |  |  |
| 13.00                        | 13.00 - 14.00 Uhr<br>indikative Therapie         | 13.00 - 14.00 Uhr<br>PMR/ AT                      | 13.00 - 14.15 Uhr<br>themenzent. Gruppe         | 13.00 - 14.00 Uhr<br>PMR/ AT                       | 13.00 - 14.30 Uhr<br>indikative Therapie     |
| 14.00                        | 14.30 - 16.00 Uhr<br>Sporttherapie               | 14.30 - 15.30 Uhr<br>Stressbewältigung            | 14.30 - 15.30/ 16.00 Uhr<br>indikative Therapie | 14.30 - 15.30 Uhr<br>Achtsamkeitstraining          | 15.00 - 16.00 Uhr<br>Freizeitaktivität       |
| 15.00                        |  |   |   |  | bzw.   |
| 16.00                        | 16.00 - 17.00 Uhr<br>Qui Gong                    | 16.00 - 17.00 Uhr<br>Krafttraining                |   | 16.00 - 17.00 Uhr<br>Krafttraining                 | 15.00 - 15.30 Uhr<br>Vollversammlung<br>bzw. |
| 17.00                        |  |   |   | 16.30 - 17.00 Uhr<br>Vortrag                       | Vortrag                                      |

## Besprechungsplan

| Fallbesprechung  | Frühteam   | Gesamtteam  | Abteilungs-<br>Besprechungen  | Lenkungs-<br>Ausschuss   | Strategieam   | Leitungsteam  |
|--|--|---|---|--|---|---|
| <b>Aufgaben:</b><br>Interdisziplinärer<br>Informationsaustausch<br>und fachliche Diskussion<br>über Neuaufnahmen,<br>Rehaverläufe und<br>Entlassungen von<br>Rehabilitanden  | <b>Aufgaben:</b><br>Klärung mediz. inisch-<br>therapeutischer<br>Belange,<br>Informationsaustausch   | <b>Aufgaben:</b><br>Informationsaustausch<br>und fachlicher Diskurs   | <b>Aufgaben:</b><br>Koordination, Planung,<br>Controlling und<br>Steuerung sämtlicher<br>QM-Aktivitäten und<br>Projekte   | <b>Aufgaben:</b><br>Überwachung der<br>wirtschaftlichen und<br>strukturellen<br>Qualitätssicherung   | <b>Aufgaben:</b><br>Umsetzung und<br>Einhaltung der QM-<br>Vorgaben, Organisation<br>der täglichen Arbeit<br>Erörterung der<br>wirtschaftlichen<br>Entwicklung  | <b>Aufgaben:</b><br>Umsetzung und<br>Einhaltung der QM-<br>Vorgaben, Organisation<br>der täglichen Arbeit<br>Erörterung der<br>wirtschaftlichen<br>Entwicklung  |
| <b>Teilnehmer:</b><br>Cheflätzin<br>Oberärztin<br>Psychoth. Leitung<br>Pflegebereichsleitung<br>Bezugstherapeuten<br>Sozialdienst<br>Sporttherapeuten<br>Ergotherapeuten<br>Arbeitstherapeuten<br>Musiktherapeut<br>Pflegedienstmitarbeiter<br>Ärzte | <b>Teilnehmer:</b><br>Cheflätzin<br>Oberärztin<br>Psychoth. Leitung<br>Pflegebereichsleitung<br>Bezugstherapeuten<br>Sozialdienst<br>Sporttherapeuten<br>Ergotherapeuten<br>Arbeitstherapeuten<br>Musiktherapeut<br>Pflegedienstmitarbeiter<br>Ärzte | <b>Teilnehmer:</b><br>Alle Mitarbeiter der<br>Jeweiligen<br>Beauftragte:<br>(Ärzte<br>Bezugstherapeuten<br>Ergo, Arbeits-,<br>Sporttherapeuten<br>Verwaltung<br>Pflegedienst<br>Sozialdienst) | <b>Teilnehmer:</b><br>Verwaltungsdirektor<br>Cheflätzin<br>Leitende Ärzte<br>Psychoth. Leitung<br>Pflegebereichsleitung<br>Betriebsrat<br>QMB<br>Abteilungsleitung Pflege<br>Mitarbeiter Adaption<br>Sozialdienst | <b>Teilnehmer:</b><br>Verwaltungsdirektor<br>Cheflätzin<br>Leitende Ärzte<br>Psychoth. Leitung<br>Pflegebereichsleitung<br>QMB<br>Abteilungsleitung Pflege<br>Mitarbeiter Adaption<br>Sozialdienst | <b>Teilnehmer:</b><br>Verwaltungsdirektor<br>Cheflätzin<br>Oberärztin<br>Psychoth. Leitung<br>Pflegebereichsleitung<br>Sozialdienst<br>Abteilungsleitung Pflege | <b>Teilnehmer:</b><br>Verwaltungsdirektor<br>Cheflätzin<br>Oberärztin<br>Psychoth. Leitung<br>Pflegebereichsleitung<br>Sozialdienst<br>Abteilungsleitung Pflege |
| <b>Tagungsintervalle:</b><br>jeden Montag,<br>Dienstag, Mittwoch,<br>Freitag<br>30 Minuten   | <b>Tagungsintervalle:</b><br>Montag bis Freitag<br>alle 14 Tage<br>30 Minuten  | <b>Tagungsintervalle:</b><br>einmal monatlich /<br>vierzehntägig<br>variabel  | <b>Tagungsintervalle:</b><br>mindestens alle 2<br>Monate<br>90 Minuten  | <b>Tagungsintervalle:</b><br>Am 3. Donnerstag im<br>ersten Monat jeden<br>Quartals<br>210 Minuten  | <b>Tagungsintervalle:</b><br>an jedem 2. Dienstag<br>im Monat<br>60 Minuten   | <b>Tagungsintervalle:</b><br>an jedem 2. Dienstag<br>im Monat<br>60 Minuten   |



## Themenkatalog Themenzentrierte Gruppe

1. Was ist Abhängigkeit?
  - a. Arbeitsblatt körperliche Abhängigkeit
  - b. Arbeitsblatt psychische Abhängigkeit
  - c. Arbeitsblatt Co-Abhängigkeit
  - d. Arbeitsblatt Dauer der Entwicklung von Abhängigkeit
  - e. Abwehrmechanismen in der Sucht
2. Therapieüberblick und Selbsteinschätzung
  - a. Fragebogen Therapiemotivation
  - b. Fragebogen Krankheitseinsicht
  - c. Fragebogen Therapie der Ursachen (Was soll künftig anders sein?)
  - d. Arbeitsblatt Krankheit als Chance
  - e. Arbeitsblatt Abstinenz als Verlust
3. Beziehungen und soziale Kompetenzen
  - a. Wozu Gruppentherapie
  - b. Krankheitsbewältigung: Wem gegenüber sollte man seine Krankheit offenbaren?
  - c. Umgang mit Konflikten , Über Gefühle sprechen
4. Rückfälle und Rückfallprophylaxe
  - a. Was ist Craving? Wie kann ich damit umgehen?
  - b. Was ist ein Rückfall? häufige Rückfallauslöser und Rückfallrisiken
  - c. Möglichkeiten der Rückfallprophylaxe und Bewältigung
  - d. Wie kann man einen Rückfall vorbeugen?
  - e. Notfallvertrag, Notfallkoffer erstellen
  - f. Umgang mit Scham und Schuld
5. Beruf
  - a. Lebenslauf schreiben nach Vorlage
  - b. Diskussion: Wie gehe ich mit „Lücken“ im Lebenslauf um
  - c. Arbeitsblatt: Meine Kernkompetenzen
  - d. Worauf legen Arbeitgeber wert? Wie kann ich mich auf ein Vorstellungsgespräch vorbereiten?
6. Umgang mit Geld
  - a. Wie viel Geld brauche ich zum Leben? Erstellen eines Monatsüberblicks
  - b. Wie kann ich mit Schulden umgehen?
7. Freizeitgestaltung
  - a. Liste an positiven Aktivitäten erstellen (Arbeitsblatt aus Depressionsgruppe)
  - b. Planung eines gemeinsamen Ausfluges
8. Geschichten
  - a. Das falsche Lachen
  - b. Die traurige Traurigkeit
  - c. Die vergebliche Flucht

## Literaturverzeichnis

- Altmannsberger, W.: *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual. Hogrefe 2012*
- Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), 2014
- Bäumel J., Pitschel-Walz G., *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Schattauer 2008*
- Bäumel J., Pitschel-Walz, Berger H., : *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES), Schattauer 2010.*
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR): *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, 2006*
- Cohen, E. et al.(2010): „Rowers' high: behavioural synchrony is correlated with elevated pain thresholds“, *Biol Lett. February 23; 6(1): 106–108.*
- Deutsche Rentenversicherung: *Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) 2015*
- Deutsche Rentenversicherung: *Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der gesetzlichen Rentenversicherung 2015*
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): *Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung, März 2016*
- Feuerlein,W., Küfner, H., Soyka, M.: *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Thieme 1998*
- Heigl-Evers, A., Ott, J.: *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenoock und Ruprecht, 2002.*
- Hinsch, R., Pflingsten, U.: *Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK. Beltz Verlag, 2007*
- Körkel, J., Schindler,C. : *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Springer, 2003*
- Lindemeyer, J.: *Alkoholabhängigkeit: Fortschritte der Psychotherapie Hogrefe, 2005*
- Rost, W.-D.: *Psychoanalyse des Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung Klett-Cotta, 2001*
- Schaarschmidt, U., Fischer A.: *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Manual, 3. Auflage, 2006*
- Schaub et al.: *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen, 2006 Hogrefe, Göttingen*
- S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. AWMF-Register Nr.076-001 2014
- Sozialgesetzbuch, 34. Auflage 2007 Beck-Texte
- Spanagel, R., Kiefer F.: *Neurobiologie der Alkoholabhängigkeit. In: Psychopharmakotherapie 2013; 20:199–208*
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): *International Classification of Functioning, Disability and Health, Genf 2001. Deutsche Fassung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*

## Lageplan

|          |                         |         |                    |             |   |
|----------|-------------------------|---------|--------------------|-------------|---|
| 1-5..... | Rehabilitanden-Häuser   | 16..... | Sauna              | 26.....     | EDV-Schulungsraum                                     |
| 7-8..... | Rehabilitanden-Häuser   | 17..... | Sekretariat        | 27.....     | Seminarraum   |
| 8.....   | Hauswirtschaftstraining | 18..... | Büro Chefärztin    | 28.....     | Konferenzraum   |
| 6.....   | Adaptionshaus           | 19..... | Büro Aufnahme      | 29.....     | Speisesaal  |
| 9.....   | Sozialdienst            | 20..... | Arztzimmer         | 30, 31..... | Ergotherapie und<br>Musiktherapie<br>im Untergeschoss |
| 9.....   | Aufnahmekoordination    | 21..... | Notfallzimmer      |             |   |
| 10.....  | Gewächshaus             | 22..... | Büro Kasse         |             |   |
| 11.....  | Information             | 23..... | Pflegestützpunkt   |             |   |
| 12.....  | Kiosk                   | 24..... | Krafttrainingsraum |             |   |
| 13.....  | Sporthalle              | 25..... | Büro Oberärztin    |             |   |
| 14.....  | Physiotheapie           |         |                    |             |   |
| 15.....  | Fitness-Raum            |         |                    |             |   |



## Kontakt-Adressen

### Klinik Tiefental

Sonnenbergstraße 1  
D-66119 Saarbrücken  
Telefon +49(0)681/889-2516  
tiefental@sb.shg-kliniken.de

### Adaption der Klinik Tiefental

Sonnenbergstraße 1, Haus 6  
D-66119 Saarbrücken  
Telefon +49(0)681/889-2564  
adaption@sb.shg-kliniken.de

### Reha-Tagesklinik Saarbrücken

Großherzog-Friedrich-Straße 11  
D-66111 Saarbrücken  
Telefon +49(0)681/38912-55  
reha-tk@sb.shg-kliniken.de

### Zentrum für Abhängigkeitsprobleme

Großherzog-Friedrich-Straße 11  
D-66111 Saarbrücken  
Telefon +49(0)681/38912-41  
zfa@sb.shg-kliniken.de





**SHG: Reha**  
Zentrum für psychotherapeutische  
Rehabilitation

Sonnenbergstraße 1  
D-66119 Saarbrücken  
[www.reha.shg-kliniken.de](http://www.reha.shg-kliniken.de)

