

# Konzeption

der Fachklinik  
für Drogenabhängige

„Schloss Tessin“  
Mecklenburg-Vorpommern



Erstellt:  
20.02.2014

Zuletzt geprüft:  
09.04.2018

Einrichtung:

Fachklinik für Drogenabhängige  
„Schloss Tessin“  
Tessiner Dorfstraße 23  
19243 Tessin

Telefon: 0388 53 / 33 80

Telefax: 0388 53 / 33 81 30

E-Mail: [info@schloss-tessin.de](mailto:info@schloss-tessin.de)

Internet: [www.schloss-tessin.de](http://www.schloss-tessin.de)

Chefarzt: Dipl.-med. A. Kroker  
Facharzt für Psychiatrie und  
Neurologie

Träger:

Evangelische Suchtkrankenhilfe  
Mecklenburg-Vorpommern gemeinnützige GmbH  
Körnerstr. 7  
19055 Schwerin

Telefon: 0385 / 5006 203

Telefax: 0385 / 5006 128

E-Mail: [info@suchthilfe-mv.de](mailto:info@suchthilfe-mv.de)

Internet: [www.suchthilfe-mv.de](http://www.suchthilfe-mv.de)

Geschäftsführer: Herr Peter Grosch

## Vorwort

Die Grundlage für das vorliegende Konzept stellt das seit 1997 den Kostenträgern vorliegende, mehrfach modifizierte Konzept der Fachklinik „Schloss Tessin“ dar.

Im vorliegenden Konzept wurden unsere Therapieangebote im Vergleich zum bisher vorliegenden Konzept detaillierter dargestellt und zur besseren Übersicht entsprechend der ICF-Ebenen und unserem QM-Handbuch orientiert neu geordnet.

Dies gilt u. a. aber in besonderem Maße für die Therapieangebote, welche wir unter dem Begriff „Soziotherapie“ zusammengefasst haben. Die im vorliegenden Konzept neu definierte Soziotherapie beinhaltet dabei Therapiemodule, welche seit langem gängige Praxis waren.

Im Vergleich zum bisher vorliegenden Konzept sind zwei wesentliche inhaltliche Änderungen vorgenommen worden:

Das 2007 eröffnete Eingangshaus, in welchem die Patienten aufgenommen wurden und in einer Eingangsgruppe vier bis sechs Wochen behandelt wurden, hat sich in dieser Funktion zur Optimierung der Rehabilitationsbehandlung nicht ausreichend bewährt.

Die Gründe sind in erster Linie die Unterbrechung der therapeutischen Beziehung durch den Wechsel in das so genannte Haupthaus sowie die Abwehr der Patienten, ihr soziales Umfeld während der Rehabilitationsbehandlung nochmals zu wechseln.

Deshalb behandeln wir in der Alten Kirche seit dem Sommer 2011 die Patienten in einer Gruppe, deren Hauptdroge Cannabisprodukte darstellen und kommen damit auch dem Wunsch des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern nach.

Dieser Vorgehensweise kommt entgegen, dass eine Behandlung der Patienten unabhängig von der Art der konsumierten Drogen zwar grundsätzlich möglich ist, hauptsächlich Cannabis konsumierende Patienten u. a. aber häufig jünger sind und es dadurch häufig schwierig war, diese in die Bezugsgruppen zu integrieren. Außerdem traten häufig zwischen Cannabiskonsumenten und Konsumenten anderer Drogen Akzeptanzprobleme auf, wobei bei deren Klärung unnötig Zeit verloren ging.

Aufgrund der häufig desolaten Situation hinsichtlich der Schulbildung bei unseren Patienten, bei meist gleichzeitig vorhandener guter bis sehr guter intellektueller Ausstattung, in Verbindung mit den Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt für Menschen mit unzureichender Ausbildung, haben wir uns zu einer „Bildungsoffensive“ während der Rehabilitationsbehandlung entschlossen. Deshalb ist seit 2010 ein Diplomaltehrer vollzeitig eingestellt, der die entsprechenden Patienten innerhalb eines neu geschaffenen Therapiebereiches auf eine zukünftige Teilhabe am Erwerbsleben vorbereitet.

Das vorliegende Konzept wurde im Wesentlichen vom Team der Fachklinik „Schloss Tessin“ erstellt.



A. Kroker

FA f. Psychiatrie u. Neurologie

Chefarzt der Fachklinik

für Drogenabhängige „Schloss Tessin“

Tessin, Februar 2014

# Inhaltsverzeichnis

|   | <u>Seite</u> |
|---|--------------|
| 1. Einleitung .....   | 1            |
| 2. Strukturqualität .....   | 5            |
| 2.1 Bauliche Gegebenheiten/Ausstattung .....                                  | 5            |
| 2.2 Kapazität der Klinik.....   | 8            |
| 2.3 Personalstruktur .....  | 8            |
| 2.3.1 Organisation des ärztlichen und therapeutischen Personals.....          | 9            |
| 2.3.1.1 Aufgaben der Mitarbeiter .....  | 10           |
| 2.3.2 Kommunikationsstrukturen.....   | 11           |
| 3. Zum heutigen Verständnis der Abhängigkeitserkrankung .....                 | 13           |
| 3.1 Vorbemerkung.....   | 13           |
| 3.2 Unser Grundverständnis der Drogenabhängigkeit .....                       | 14           |
| 3.3 Co-Morbidität.....  | 17           |
| 4. Unser Grundverständnis der Behandlung .....                                | 19           |
| 4.1 Ganzheitlicher Therapieansatz.....  | 19           |
| 4.2 Teilhabebezogene Behandlung.....  | 20           |
| 4.3 Alltagsrelevanz der Behandlung.....                                       | 20           |
| 4.4 Servicehaltung/Mitwirkungspflicht .....                                   | 21           |
| 4.5 Umgang mit Rückfällen .....   | 21           |
| 5. Indikation zur stationären Behandlung in der Fachklinik „Schloss Tessin“ . | 23           |
| 5.1 Vorfeldbedingungen .....  | 23           |
| 5.2 Aufnahmeindikation.....   | 23           |
| 5.3 Aufnahme von Patienten nach § 35 BtMG .....                               | 25           |
| 5.4 Kontraindikationen.....   | 26           |
| 5.5 Umgang mit mitgebrachten Hunden.....                                      | 26           |
| 6. Therapiemanagement .....   | 28           |
| 6.1 Behandlungsziele .....  | 28           |
| 6.2 Behandlungsdauer .....  | 31           |
| 6.3 Therapiesteuerung .....   | 32           |
| 6.4 Das 3-Stufen-Modell der Fachklinik „Schloss Tessin“ .....                 | 33           |
| 6.4.1 Als therapeutische Intervention .....                                   | 33           |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 6.4.2  | Überwiegende Inhalte der einzelnen Stufen.....   | 34 |
| 7.     | Behandlungselemente.....                         | 37 |
| 7.1    | Zu evidenzbasierten Therapiemodulen .....        | 37 |
| 7.2    | Somatische Medizin .....                         | 38 |
| 7.2.1  | Diagnosephase .....                              | 38 |
| 7.2.2  | Medizinische Betreuung .....                     | 40 |
| 7.2.3  | Edukative Therapieangebote .....                 | 41 |
| 7.2.4  | Hygiene .....                                    | 41 |
| 7.3    | Psychotherapie.....                              | 41 |
| 7.3.1  | Vorbemerkung.....                                | 41 |
| 7.3.2  | Bezugsgruppentherapie .....                      | 42 |
| 7.3.3  | Cannabisgruppe .....                             | 43 |
| 7.3.4  | Einzeltherapie .....                             | 43 |
| 7.4    | Arbeitstherapie .....                            | 44 |
| 7.4.1  | Ausgangssituation .....                          | 46 |
| 7.4.2  | Arbeitstherapiebereiche .....                    | 48 |
| 7.5    | Soziotherapie .....                              | 51 |
| 7.6    | Sport- und Bewegungstherapie.....                | 54 |
| 7.7    | Sozialarbeit .....                               | 55 |
| 7.8    | Indikative Therapieangebote .....                | 56 |
| 7.8.1  | Frauengruppe.....                                | 56 |
| 7.8.2  | Selbstsicherheitstraining in der Praxis.....     | 57 |
| 7.8.3  | Bewerbungstraining.....                          | 57 |
| 7.8.4  | Paartherapie.....                                | 58 |
| 7.8.5  | Raucherentwöhnung .....                          | 58 |
| 7.8.6  | Intervention bei Essstörungen.....               | 59 |
| 7.8.7  | Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ..... | 59 |
| 7.8.8  | Tiergestützte Therapie .....                     | 60 |
| 7.8.9  | Arbeit mit Angehörigen.....                      | 60 |
| 7.8.10 | Fahrerlaubnisgruppe .....                        | 61 |
| 7.8.11 | Externes Praktikum .....                         | 61 |
| 8.     | Umgang mit Krisen.....                           | 62 |
| 9.     | Qualitätssicherung.....                          | 64 |
| 9.1    | Zertifizierung .....                             | 64 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 9.2   | Interne Qualitätssicherung .....                        | 65 |
| 9.2.1 | Manualisierung der Therapieangebote.....                | 65 |
| 9.2.2 | Qualitätszirkel der Mitarbeiter.....                    | 65 |
| 9.2.3 | Qualitätszirkel mit Patienten.....                      | 66 |
| 9.2.4 | Informationsaustausch der Mitarbeiter .....             | 66 |
| 9.2.5 | Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter.....            | 66 |
| 9.2.6 | Erfassung der Patientenzufriedenheit .....              | 67 |
| 9.2.7 | Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit.....             | 67 |
| 9.2.8 | Supervision .....                                       | 68 |
| 9.2.9 | Dokumentationen .....                                   | 68 |
| 9.3   | Externe Qualitätssicherung .....                        | 69 |
| 9.3.1 | Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer ..... | 69 |
| 9.3.2 | Befragung von Kooperationspartnern.....                 | 70 |
| 10.   | Literaturverzeichnis .....                              | 71 |
| 11.   | Anhang - Therapiepläne.....                             | 75 |
| 12.   | Impressionen aus der Fachklinik "Schloss Tessin"        |    |

## 1. Einleitung

Die Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, wie sie nach den Grundsätzen der Empfehlungsvereinbarung Sucht 1978/1999 bzw. der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 mit ihren 4 Anlagen von der Kranken- und Rentenversicherung festgeschrieben worden ist, durchgeführt wird, ist mit längerfristigen Zielen betreffend der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in berufliche, familiäre, soziale, persönliche Aufgabenstellungen verbunden. Dabei ist die dauerhafte Abstinenzhaltung eine wichtige Grundlage für die Erreichung einer solchen umfassenden Reintegration/Integration.

Ziel der umfassenden medizinischen Rehabilitationsbehandlung mit dem Schwerpunkt Suchttherapie in der Fachklinik „Schloss Tessin“ ist, das problematische Drogenkonsumverhalten und die damit verbundenen negativen Konsequenzen im Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere des Erwerbslebens, zu modifizieren und durch Ressourcen und kompetenzorientiertes Verhalten zu ersetzen.

Dass bei genügender Therapiemotivation bzw. genügender Motivation zu einer veränderten Lebensführung unter cleanen Bedingungen therapeutische Interventionen bei Drogenabhängigen sehr erfolgreich angewendet werden können, ist in vielen Therapiestudien eindrucksvoll nachgewiesen worden.

Dabei muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass eine längerfristige Abstinenz und der umfassende Wiedereinstieg in die Gesellschaft innerhalb des Rahmens der stationären Rehabilitation allein nicht geleistet werden kann. Wir verstehen uns deshalb als Element im Rahmen eines differenzierten Unterstützungswerkes für Menschen mit Drogenproblemen, welches unsere Patienten bis zu uns begleitet hat. Wir verstehen unser Handeln neben der Hauptaufgabe der medizinischen Rehabilitation in der sinngebenden Gesprächsführung gemeinsam mit dem Patienten eine realistische Zukunftsperspektive zu ebnet und dabei weiterführende Hilfen zu bahnen.

Trotz vielfältiger Forschungsbemühungen innerhalb der Suchtforschung in den letzten Jahrzehnten ist es bis heute nicht abschließend gelungen, die Frage zu beantworten, welche spezifischen Bedingungen essenziell für die Entwicklung und



Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit sind. Dabei wurde viele Jahre nach einer spezifischen Suchtpersönlichkeit gesucht, deren Existenz jedoch aktuell allgemein verneint wird. Unbestritten ist vor allem aus tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Sicht (Rost, 1997; Schlüter-Dupont, 1990) die Bedeutung von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen für die Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms. Dabei wird das Abhängigkeitssyndrom als Symptom von schwerwiegenden Persönlichkeitsdefiziten bzw. Entwicklungsstörungen gesehen, welches dann durch eine spezifische Eigendynamik die psychogene Grundlage der Abhängigkeitserkrankung verstärkt bzw. die Entwicklungsdefizite stagnieren lässt. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht werden als persönlichkeitsbezogene Risikofaktoren immer wieder niedrige Leistungsmotivation, externale Erfolgserwartungen, geringes Selbstwertgefühl sowie negative Einschätzung bezüglich des eigenen psychosozialen Befindens diskutiert. Im Allgemeinen favorisiert die gegenwärtige Forschung ein multidimensionales bzw. multifaktorielles Bedingungsmodell, in dem biologische Faktoren, wie genetische Einflüsse, psychologische und soziale Bedingungen, sich gegenseitig beeinflussen und die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit begünstigen, wobei die psychotrope Substanz ihrerseits wieder Auswirkungen auf die auslösenden Bedingungen hat.

Aus sozial-wissenschaftlicher Sicht (Denkwitz, 1998) ist die Bedeutung des Lebensraumes für die Entwicklung eines Drogenkonsums und der Drogenabhängigkeit von großer Bedeutung. Die Personen mit ihren Ressourcen, ihr familiärer Hintergrund und die aktuellen Anforderungen müssen als bedeutsame Variablen für die Entwicklung von Abhängigkeit herangezogen werden. Dabei dient der Drogengebrauch unter anderem auch der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, wie Aufbau sozialer Beziehungen, Lösung von den Eltern, Finden einer beruflichen Identität. Der Drogenkonsum kann als identitätsstiftende Handlung wirken und hat eine Vielzahl von (hilfreichen) sozialen Funktionen, wie Stimulation und Stimmungsaufhellung. Drogenabhängigkeit entsteht in Hochrisikogruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, in denen eine Rollenüberforderung besteht bei gleichzeitiger Verfügbarkeit dieser Substanzen. Der Einfluss der Gruppen der Gleichaltrigen ist für die Entstehung dieses Drogenkonsumverhaltens von größter Bedeutung, auch dann, wenn eine starke

Unvereinbarkeit zwischen den Wertehorizonten der Peergruppe und des Elternhauses besteht.

Denkwitz (1998) betont, dass auch das psychogene Klima einer Epoche als Ausdruck der sozialen und politischen Strukturen sowie soziale Haltungen und Gesetze sowie Wertevorstellungen als Auslöser von Sucht mit bedeutsam sein kann.

Die Einteilung der psychotropen Substanzen nach so genannten harten Drogen und weichen Drogen erscheint uns hinsichtlich der psychosozialen sowie somatischen Folgen für die krankhaft Konsumierenden nicht mehr zeitgemäß, so dass wir diese Begriffe im Folgenden nicht mehr verwenden. Eine befriedigende Klassifikation der psychotropen Substanzen ist aufgrund der verschiedenen chemischen Strukturen, der verschiedenen Anwendungsformen und Gebrauchsbedingungen sowie der verschiedenen Herstellungsverfahren ohnehin kaum möglich. Geschwinder (1998) orientiert sich in seinem Ordnungssystem der Rauschdrogen an den vergleichbaren psychischen Wirkungen. Er unterscheidet Psychodysleptika, Narkotika, Stimulanzia sowie Ausweichmittel, wie Barbiturate, Nichtbarbiturate, Hypnotika, spezifische Psychopharmaka, stark wirksame Analgetika und Antitussiva sowie diverse Schnüffelstoffe und Inhaltsstoffe. Dieses System hat sich auch für die Zuordnung der ständig neu auf den „Markt“ kommenden designten oder gefundenen Drogen bewährt. Daneben sind Alkohol und Nikotin sowie Koffein psychoaktive Substanzen, die missbräuchlich konsumiert werden bzw. von denen eine Abhängigkeit bestehen kann

Die wesentlichen Charakteristika abhängig machender Substanzen sind Toleranzentwicklung, körperliche und psychische Abhängigkeit. Diese Phänomene sind zum einen mittels psychologischer Modelle, aber auch über neurobiologische Überlegungen erklärbar. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) definiert Sucht als ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bedingungen und die sozialen Chancen eines Individuums. Für die Entwicklung von psychischer Abhängigkeit, welche unter anderem in einem gesteigerten Verlangen nach einer psychotropen Substanz zum Ausdruck kommt, sind Belohnung und Lernen verantwortlich, wobei den Prozessen der klassischen

bzw. operanten Koordinierung große Bedeutung zukommt. Dabei spielt das Belohnungssystem als biologische Basis für das Erlernen von Reiz-Reaktionsmustern eine entscheidende Rolle, so wird neben der Dopamindefizithypothese auch eine verminderte Ansprechbarkeit der zum Belohnungssystem gehörenden mesolimbischen dopaminergen Neurone diskutiert (Mann, Günther, 1999).

Im Übrigen verstehen wir uns nicht in erster Linie als „Drogenspezialisten“, sondern als Menschen, die ihr jeweiliges Fachwissen dazu benutzen, Betroffenen auf verschiedenen Ebenen Wege aus der Abhängigkeit aufzuzeigen.

## **2. Strukturqualität**

Die Strukturqualität betrifft die technischen und organisatorischen Voraussetzungen der Arbeit sowie die Anzahl der Mitarbeiter und deren Qualifikation, die notwendig und ausreichend sind, um die Ziele einer geforderten Leistung fachlich und ökonomisch sicher zu erreichen.

Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Nord.

Träger der Fachklinik „Schloss Tessin“ ist die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH. Sie ist Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburg-Vorpommerns e.V.

### **2.1 Bauliche Gegebenheiten/Ausstattung**

Das „Schloss Tessin“ ist ein klassizistisches Gutshaus. Die Familie von Bülow ließ es 1835 erbauen.

Es diente zunächst als Wohnhaus derer von Bülow, danach war es Wohnsitz des Grafen Isenberg, welcher auf den dazu gehörenden Ländereien Landwirtschaft betrieb. Später wurde es Wohnhaus des Herrn von Komrowski, einem Reeder aus Hamburg. Nach der Enteignung 1945 wurde das „Schloss Tessin“ bis 1954 als Krankenhaus genutzt. Bis 1971 gehörte das Anwesen der Erzdiözese Breslau und wurde von Ordensschwestern der Elisabethinerinnen geleitet.

Nach der Verstaatlichung 1971 waren im „Schloss Tessin“ bis 1990 ein Pflegeheim für psychisch Kranke und ein Altenheim untergebracht.

Nach dieser bewegten Geschichte wurde das gesamte Gebäude und das dazugehörige Gesindehaus mit erheblichem Aufwand von der Diakonie in den Jahren 1991 und 1995 denkmalgerecht rekonstruiert und grundsaniert.

Die „Alte Kirche“ war ursprünglich eine Remise für Kutschen und diente über ein halbes Jahrhundert wechselweise als Unterstellplatz für landwirtschaftliche Geräte, als Stallung und als Scheune. Im Zuge der Übersiedlung katholischer Bauern aus dem Rheinland in den 30er Jahren wurde ein Teil des Gebäudes zu einer Kirche umfunktioniert. Eine Hälfte diente weiterhin als Scheune und Abstellplatz. Im Jahr 2006/2007 wurde das Gebäude komplett saniert, umgebaut und um ein Stockwerk erhöht.

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ befindet sich in einem Biosphärenreservat der UNESCO.

Das Anwesen der Klinik ist eingebettet in die typische mecklenburgische Landschaft mit Feldern, Wäldern und Seen. Die Gebäude der Klinik sind von einem etwa 7 Hektar großen Park mit Teichen, Streuobstwiesen und Gartenanlagen umgeben. In unmittelbarer Umgebung befinden sich die Kleinstädte Wittenburg, 8 km entfernt, und Zarrentin am Schalsee, etwa 10 km entfernt.

Diese Kleinstädte nutzen wir im Rahmen unseres sozialen Realitätstrainings für die Patienten. Die Landeshauptstadt Schwerin ist 35 km entfernt. Zu allen Städten besteht direkte Verkehrsanbindung.

Zum „Schloss Tessin“ gehören 2 Nebengebäude sowie Stallungen, Carports und ein Aussichtsturm.

Im Stammhaus, dem eigentlichen Schloss, befinden sich:

- 15 Einzelzimmer für Patienten,
- 4 Doppelzimmer für Patienten,
- 10 Mitarbeiterbüros,
- ein Schwesternzimmer,
- ein Behandlungsraum,
- ein Teamzimmer,
- 3 Gruppen- und Aufenthaltsräume,
- im Keller befindet sich die Patientenküche und die Waschküche der Patienten

Die „Alte Kirche“ liegt 200 m vom Haupthaus entfernt direkt am alten Schlossgraben.

In diesem Haus befinden sich:

- im Obergeschoss 8 Patientenzimmer mit je 2 Betten,
- 4 Büroräume für Mitarbeiter,
- ein Schwesternzimmer,
- ein Gruppenraum,
- ein großzügig ausgestatteter Aufenthaltsraum mit integrierter Küchenzeile,
- ein Computerkabinett, das auch als Schulungsraum genutzt wird,
- ein Wirtschaftsraum mit Waschmaschinen und Trockner für die private Wäsche der Patienten.

Vor der „Alten Kirche“ wurde eine überdachte Sitzgelegenheit für Raucher geschaffen.

Im ehemaligen Gesindehaus wohnt eine weitere Gruppe. Im Haus befinden sich:

- 4 Patientenzimmer mit je 2 Betten,
- ein Klausurzimmer,
- ein Gruppen- und Aufenthaltsraum,
- ein großzügig ausgestatteter Kraftsportraum.

Außerdem ist der Arbeitstherapiebereich Metallwerkstatt in diesem Gebäude untergebracht.

Weitere Gebäude zu errichten ist auf dem Gelände der Fachklinik „Schloss Tessin“ aus Denkmalschutzgründen äußerst schwierig. Deshalb wurden die Grundflächen der ehemaligen Schuppen und Ställe zur weiteren Bebauung genutzt, wobei der Schuppencharakter erhalten werden musste. Hier befinden sich:

- die mit modernen Geräten ausgestattete Holzwerkstatt,
- ein Raum für die Ergotherapie,
- eine Fahrradwerkstatt zur Reparatur der 25 Patientenfahräder sowie
- Carports für den Fuhrpark.

Im Parkgelände sind für die Hunde der Patienten 2 große Areale durch Zäune abgetrennt, in denen das Einzel- und Gruppentraining der Hunde durch eine Hundetrainerin geleitet stattfinden kann.

Weiterhin befindet sich ein Pferdestall für die beiden Pferde, welche für die Indikationstherapie „Tiergestützte Therapie“ genutzt werden, auf dem Gelände, mit der dazugehörigen Pferdekoppel sowie einer weiteren Koppel für Kleintiere, welche zum Arbeitstherapiebereich „Tierpflege“ gehören.

Für sportliche Aktivitäten steht ein Fußballplatz zur Verfügung, welcher auch als Bogenschießplatz genutzt wird.

Unser „Beachvolleyballplatz“ wird jährlich mit frischem Sand aufgefüllt und erfreut sich regen Zuspruchs.

Außerdem eignet sich unsere weitläufige Parkanlage hervorragend zum Joggen.

## 2.2 Kapazität der Klinik

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ verfügt über insgesamt 47 Behandlungsplätze.

Die Behandlung erfolgt innerhalb von 6 Bezugsgruppen. In einer Gruppe werden dabei durchschnittlich bis 8 Patienten behandelt.

Am Ende der Therapie werden die Patienten in einer Entlassungsgruppe zusammengefasst.

Für Patienten, welche sich nach der Therapie für eine Ausbildung im pflegerischen Bereich entschieden haben, besteht die Möglichkeit, im 15 km entfernten „Helenenheim“ ein externes Praktikum zu absolvieren. Dazu stehen 2 Plätze zur Verfügung.

## 2.3 Personalstruktur

Die Effizienz der Personalstruktur wird durch die regelmäßigen halbjährlichen Personalstandsmeldungen an den federführender Leistungsträger, die Deutsche Rentenversicherung Nord, gesichert und weiter entwickelt.

Zum multiprofessionellen Team gehören:

- Ärzte,
- Diplom-Psychologen,
- Arbeitstherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Sporttherapeuten,
- Sozialarbeiter,
- ein Lehrer,
- eine Reit- und Physiotherapeutin,
- eine Ökotrophologin
- Verwaltungskräfte und
- Krankenschwestern.

Ergänzt wird das Team durch einen Hausmeister.

Durch Honorarverträge mittelbar in den therapeutischen Prozess eingebunden sind:

Nachtdienste,  
Supervisoren,  
Bogenschießtrainer sowie  
Hundetrainer.

Zur somatisch-medizinischen Betreuung arbeiten wir mit einer Allgemeinmedizinischen Praxis in Wittenburg, der dortigen Zahnarztpraxis, einer Physiotherapiepraxis sowie allen erforderlichen Fachärzten der Umgebung sowie mit der Spezialambulanz der HELIOS Kliniken Schwerin bei Hepatitis C-Erkrankungen zusammen

Weiter bestehen Kooperationsverträge mit der Entgiftungsklinik der Helioskliniken in Schwerin und mit dem im 15 km entfernt liegenden Städtischen Krankenhaus in Hagenow, einem renommierten und mit Drogendiagnostik erfahrenem und zertifiziertem Labor in Schwerin und einer Apotheke in Wittenburg.

Hinsichtlich der Behandlung von Notfällen werden die Patienten der Fachklinik „Schloss Tessin“ vom regionalen Rettungsdienst versorgt.

Ein Pfarrer bietet 14-tägig Gespräche für die Patienten an.

### **2.3.1 Organisation des ärztlichen und therapeutischen Personals**

Das multiprofessionelle Team und seine gesamte multimodale Arbeit unterstehen dem Leitenden Arzt. Die therapeutische Leitung besteht außerdem aus dem leitenden Psychologen und der leitenden Sozialarbeiterin.

Ein Gruppentherapeut betreut maximal 8 Patienten seiner Bezugsgruppe, wobei als Ansprechpartner der Patienten für organisatorische Fragen jeweils ein Mitarbeiter aus dem Bereich der Fachtherapeuten zugeordnet ist.

Die Fachtherapeuten aus den Funktionsbereichen arbeiten gruppenübergreifend nach den speziellen Therapieplanungen.



### 2.3.1.1 Aufgaben der Mitarbeiter

| Bereich/Funktion  | Aufgaben  |
|---|---|
| Leitender Arzt  | Klinikmanagement<br>ärztlich-therapeutische Leitung<br>Therapiecontrolling<br>Berichtswesen, Konzeptionsentwicklung<br>Qualitätsmanagement<br>medizinische Versorgung<br>Indikationsgruppen<br>Hintergrunddienst                                |
| Arzt  | Vertretung des leitenden Arztes<br>medizinische Versorgung<br>Indikationsgruppen<br>Hintergrunddienst   |
| Leitender Psychologe  | Organisation der Psychotherapie<br>Therapeutische Leitung in Absprache mit dem Chefarzt<br>Diagnostik, Case-Management<br>Einzel- und Gruppentherapie<br>Indikationsgruppen<br>Konzeptentwicklung, Berichtswesen<br>Abend- und Wochenenddienste |
| Bezugstherapeuten   | Case-Management<br>Diagnostik, Therapieplanung<br>Einzel und Gruppentherapie<br>Indikationsgruppen<br>Abend- und Wochenenddienste<br>Berichtswesen  |
| Leitende Sozialpädagogin /<br>Fachtherapeuten der Funktionsbereiche | Sozialdienst<br>Sport-, Arbeits-, Ergotherapie<br>Indikationsgruppen<br>Schulunterricht (Mathematik/Deutsch)<br>PC-Training/Bewerbungstraining<br>Berichtswesen   |
| Pflege  | pflegerische Versorgung<br>UK-Kontrollen<br>Medikamentenmanagement<br>Pflegedokumentation, Hygiene  |
| Verwaltung / Verwaltungsleitung                                     | Personalwesen<br>Dokumentationsverwaltung<br>Materialwirtschaft<br>Buchhaltung, zentrale EDV<br>Aufnahmesekretariat   |

### 2.3.2 Kommunikationsstrukturen

Die patientenorientierte Kommunikation der Mitarbeiter der Fachklinik „Schloss Tessin“ verläuft kontinuierlich auf 2 Ebenen:

- Die EDV-gestützte Patientendokumentation:  
In dieser Patientendokumentation werden kontinuierlich die relevanten Verlaufsdaten aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychotherapie und der jeweiligen Behandlungsplanung bzw. die diesbezüglichen Korrekturen eingetragen. Durch ein EDV-Netzwerk, mit dem alle Mitarbeiter im medizinisch-therapeutischen Bereich verbunden sind, stehen die aktuellen Daten über die Patienten allen Mitarbeitern gemäß ihren Benutzerrechten jederzeit zur Verfügung. Diese Vorgehensweise hat sich insbesondere in unvorhergesehenen Vertretungssituationen bewährt, da Informationsdefizite so weitestgehend minimiert werden.
- Die regelmäßigen Treffen der Mitarbeiter (Teamsitzungen) stellen nach wie vor die wichtigste Kommunikationsebene innerhalb der Klinik dar, auch wenn die Dauer der Teamsitzungen durch die Einführung der EDV-gestützten Patientendokumentation minimiert werden konnte.

Es finden folgende direkt patientenbezogene Besprechungen statt:

- Täglich morgendliche Teambesprechung unter Leitung des Leitenden Psychologen zur Organisation des täglichen Therapieablaufes anhand des vorgegebenen Planes.  
Dauer: ca. 30 Minuten
- Zweimal wöchentlich patientenfallzentrierte Teamsitzung mit allen Mitarbeitern unter Leitung des Leitenden Arztes zur Informationssammlung durch Berichterstattung aller Komplementärtherapien.  
Dauer: ca. 1 Stunde
- Einmal wöchentlich Treffen der Bezugstherapeuten zur Einzel- und Gruppentherapiesteuerung unter Leitung des Leitenden Arztes.  
Dauer: ca. 1 Stunde

- Einmal monatlich Teamsitzung mit den Arbeitstherapeuten zur Bearbeitung spezifisch arbeitstherapeutischer Fragestellungen beim Leitenden Arzt.  
Dauer: ca. 1 Stunde
- Einmal monatlich Teamsitzung der Sozialarbeiter beim Leitenden Arzt zur Lösung spezifisch sozialarbeiterischer Fragestellungen.  
Dauer: ca. 1 Stunde

Außerdem findet wöchentlich eine Leitungssitzung mit der Verwaltungsleiterin zu den Themen Marketing, Personalführungsfragen, grundsätzliche Strategien bzw. Krisenmanagement statt.

Dauer: ca. 1 Stunde

### **3. Zum heutigen Verständnis der Abhängigkeitserkrankung**

#### **3.1 Vorbemerkung**

Die Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit ist biochemisch weitestgehend geklärt und soll im Folgenden nicht Gegenstand der Betrachtung sein, da die Behandlung des vegetativen Entzugssyndroms nicht unser Behandlungsauftrag ist. Hinsichtlich der Diagnosestellung einer Suchtkrankheit beziehen wir uns auf die allgemein anerkannten Kriterien der ICD-10. Wir verzichten hier auf eine nochmalige Darstellung dieser Kriterien.

In den letzten Jahrzehnten hat die Suchtforschung viele Denkansätze verfolgt, wie z.B. die Frage, ob eine Suchterkrankung als eigenständige Erkrankung anzusehen ist oder eine Kombination von Erkrankungen darstellt. Eine anerkannte Lehrmeinung existiert diesbezüglich nicht.

So wurde erheblicher Forschungsaufwand im Bereich Psychologie betrieben, ohne dass eine spezifische Suchtpersönlichkeit gefunden werden konnte. Dabei wurden jedoch immer wieder frühe Entwicklungsstörungen und damit verbundene Persönlichkeitsdefizite diskutiert.

Einigkeit bestand darin, dass die intellektuelle Ausstattung eines Menschen für die Herausbildung einer Suchterkrankung unerheblich ist.

Sozialwissenschaftliche Untersuchungen haben den Lebensraum von Suchtkranken in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung gestellt, wobei unter anderem gefunden wurde, dass psychotrope Substanzen bei später Suchtkranken zur Bewältigung natürlich vorgegebener Entwicklungsschritte der Persönlichkeit eingesetzt wurden.

Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter wurden als eine Ursache späterer Suchterkrankung identifiziert, führen aber übereinstimmend nicht zwingend zu einer Suchterkrankung. Insgesamt wurde ein spezifisches soziales Umfeld, welches direkt in eine Suchterkrankung mündet, nicht identifiziert.

Verhaltenstherapeutische Betrachtungsweisen stellten mehr die aktuellen Ressourcen in Zusammenhang mit den zur Verfügung stehenden Belohnungssystemen von Betroffenen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dadurch konnten wichtige Impulse für die Behandlung Suchtkrankter initiiert werden, ohne dass ein

umfassendes Krankheitsmodell entwickelt werden konnte. Neurobiologische Forschungen in den letzten Jahren waren sehr erfolgreich, bildeten jedoch letztlich den Ablauf psychischer Prozesse in ihrer biochemischen Struktur und nicht die Ursache derartiger z. B. suchtauslösender biochemischen Reaktionen im Gehirn ab.

Es konnten jedoch auch mittels der Zwillingsforschung genetische Dispositionen hinsichtlich der Entwicklung einer Suchterkrankung festgestellt werden, wobei die genetische Dominanz unterschiedlich bewertet wurde.

Eine Zusammenfassung dieser Betrachtung und anderer Ergebnisse der Suchtforschung gelingt am ehesten im „Teufelskreismodell“ (Küfner & Bühringer, 1996), welches krankhafte intrapsychische, neurobiologische und psychosoziale Regelkreise und deren gegenseitige Beeinflussung beschreibt, wobei im Einzelfall der Stellenwert der verschiedenen Regelkreise bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchtkrankheit festgestellt werden muss, um eine zielgenaue Therapie initiieren zu können.

### **3.2 Unser Grundverständnis der Drogenabhängigkeit**

Unser Verständnis von Suchtkrankheit basiert auf den Ergebnissen der Suchtforschung und der teilweise jahrzehntelangen Erfahrung von Mitarbeitern bei der Behandlung Suchtkrankter.

Wir haben festgestellt, dass unabhängig vom Bildungsgrad der Eltern unserer Patienten und den formalen familiären Gegebenheiten während der Kindheit der Patienten zu erkennen war, dass die Eltern unserer Patienten sehr wahrscheinlich schon erhebliche Persönlichkeitsdefizite aufwiesen. Bei der Möglichkeit des genaueren Hinsehens konnten wir meist mehrere Generationen überdauernde Persönlichkeitsdefizite im Sinne generationsüberergreifender Traumatisierungen feststellen. Das hatte zur Folge, dass die betroffenen Kinder in einem nicht kindgerechten emotionalen Milieu aufwuchsen. Das heißt, die Kinder wuchsen in einem emotional armen oder überfrachteten emotionalen Milieu auf, wenn die betroffenen Kinder, wie meist festzustellen, eine stützende Funktion im defizitären Persönlichkeitsbereich eines oder beider Elternteile, für alle Betroffenen unbewusst, zu erfüllen hatten.

Wir konnten feststellen, dass auch bei formal unproblematischen Familienverhältnissen ein solcher emotionaler Missbrauch unserer Patienten in ihrer Kindheit häufig stattgefunden hat. Das hatte beim überwiegenden Anteil unserer Patienten zur Folge, dass sie während ihrer Kindheit unbewusst in einer Situation ständiger Liebesverlustangst gelebt haben. Daraus folgt regelhaft eine Verzögerung der Persönlichkeitsentwicklung, insbesondere die Entwicklung eines altersgerechten Selbstwertgefühles, was letztlich als pathogenetische Grundlage aller sich entwickelnden Abwehrmechanismen anzusehen ist.

Diese Abwehrmechanismen imponieren bei unseren Patienten dann später in Form aller bekannten Persönlichkeitsdefizite, von neurotischen Störungen, über Persönlichkeitsstörungen bis hin zu psychotischen Störungen.

Die genannten Probleme verstärken sich dann ebenfalls regelhaft in der Vorpubertäts- bzw. Pubertätszeit, da die nun Heranwachsenden in jedem Fall emotional noch höchst bedürftig sind, die oben beschriebene Mangelsituation unverändert ist und die unbefriedigende Situation durch Aktivierung der bereits erlernten Abwehrmechanismen versucht wird, befriedigender zu gestalten.

Im Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zeigen sich bei unseren Patienten bei der Anamneseerhebung in diesen Zeitabschnitten schon Auswirkungen in Form von schulischem Desinteresse und Anfängen dissozialen Verhaltens bis hin zu Überangepasstheit und Entwicklung überhöhten Leistungsdruckes. Insgesamt bestand bei unseren Patienten in diesem Lebensabschnitt durchgehend ein schwer erhöhter Spannungszustand, welchen die Patienten aber als solchen nicht in der Lage waren bewusst wahrzunehmen.

Die unbefriedigte Bedürftigkeit macht es den Patienten nicht möglich, sich von ihren Eltern emotional zu lösen und in einen eigenständigen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung überzugehen und äußert sich unter anderem in einer Überidealisierung der Kindheit bzw. der Eltern bis hin zur Abwertung und zu Hassgefühlen gegenüber den Eltern.

In diesem Spannungszustand kommen unsere Patienten im Zuge der allgemeinen Probiefreudigkeit hinsichtlich illegaler Drogen mit Substanzen in Berührung, die ihnen eine Ausgeglichenheit oder andere angenehme Befindlichkeiten erlauben zu erleben, welche ihnen bis dahin unbekannt waren.

Es entwickelt sich dann meist unabhängig von körperlichen Entzugserscheinungen als unbewusster pathologischer Bewältigungsmechanismus der unterschiedlichen

Persönlichkeitsdefizite rasch eine psychische Abhängigkeit von diesen Substanzen, meist illegalen Drogen. Damit beginnt eine tiefgreifende und folgenreiche Werteverstärkung hinsichtlich aller Lebensaktivitäten.

Unabhängig von zuvor im familiären Bereich vermittelten sozialen Kompetenzen wurde die weitere Entwicklung unserer Patienten von diesem Zeitpunkt an von der Beschaffung bzw. dem Konsum illegaler Drogen dominiert. Ein gesellschaftlich angepasstes Verhalten, das heißt, das Streben nach einer den persönlichen Möglichkeiten entsprechenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben war den Patienten von nun an nicht mehr möglich und nicht erstrebenswert. Betroffen sind dabei alle Lebensbereiche. Auch die meist ohnehin beeinträchtigte Fähigkeit der Beziehungsführung als Freundschaft oder Liebesbeziehung ordnete sich den Erfordernissen der Suchtkrankheit unter. Gleiches gilt für bereits vorhandene Kompetenzen, bzw. diese entwickeln sich zu dissozialen Kompetenzen bis hin zu delinquentem Verhalten mit und ohne entsprechende strafrechtliche Konsequenzen. Eine weitere Folge der pathologischen Werteverstärkung ist die Vernachlässigung der körperlichen Gesundheit mit entsprechenden Folgen auch hinsichtlich der zentralen Stellung der Drogen innerhalb des Sinngewebes der Patienten.

Besonders gravierend sind die Auswirkungen regelhaft bei der Teilhabe am Erwerbsleben, da meist schon die Vorbereitung auf das Erwerbsleben, der schulische Werdegang durch entsprechende Interessenlosigkeit defizitär und ohne entsprechende Abschlüsse verlief. Abgeschlossene Berufsausbildungen finden wir bei unseren Patienten eher selten. Die dadurch unbefriedigende soziale Stellung innerhalb der Gesellschaft führt dann wiederum zur negativen Beeinflussung des ohnehin brüchigen Selbstwertgefühls und verstärkt somit die „Notwendigkeit“ der Drogeneinnahme.

Bei dieser Beschreibung kann nicht der Anspruch erhoben werden, alle möglichen Bedingungsgefüge und Variationen, die zu einer Suchtentwicklung führen können, zu erfassen, wie z. B. spätere Traumatisierungen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die beschriebene Entwicklung in unterschiedlicher Intensität für die meisten unserer Patienten zutrifft.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass vorgeschädigte Persönlichkeitsstrukturen eine besondere Affinität zur Ausprägung eines

Abhängigkeitssyndroms haben und dass mit dem Beginn des pathologischen Drogenkonsums die bis dahin stattgehabte Persönlichkeitsentwicklung von einer gesellschaftlich angepassten, das heißt, einer an gesellschaftlicher Teilhabe orientierten, auf der Persönlichkeits- und der Verhaltensebene sich wegen der grundlegenden Werteverstärkung bis hin zur Steuerung der emotionalen Befindlichkeit durch psychotrope Substanzen in Richtung dissozialer Verhaltensweisen und Persönlichkeitsanteile entwickelt, wodurch es wiederum zu einer Verstärkung der negativen Regelkreise hin zur Droge als Mittelpunkt des Erstrebenswerten kommt.

### 3.3 Co-Morbidität

Der Begriff Co-Morbidität kann irreführend sein, wenn man den pathologischen Kreislauf Persönlichkeitsdefizite - pathologischer Drogenkonsum - Verstärkung der Persönlichkeitsdefizite außer Acht lässt.

#### Co-Morbiditätsrate bei Drogenabhängigen (Zusammenfassung mehrerer Studien)

| <u>Störung</u>                       | <u>in %</u> |
|--------------------------------------|-------------|
| Antisoziale Persönlichkeitsstörung   | 25-63       |
| Narzisstische Persönlichkeitsstörung | 20-53       |
| Kombinierte Persönlichkeitsstörung   | 14-57       |
| Posttraumatische Belastungsstörung   | 17-36       |
| Borderline Störung                   | 13-54       |
| Affektive Störungen                  | 20-73       |
| Angststörungen                       | 27-69       |
| Essstörungen                         | 22-37       |
| ADHS                                 | 17-36       |
| Selbstverletzungen                   | 30-37       |
| Suizidversuche                       | 15-25       |
| Psychotische Symptome                | 27-43       |
| Schizophrenie                        | 5-8         |
| Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit | 13-29       |
| Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit      | 5-12        |
| Nikotinabhängigkeit                  | 85-94       |

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Drogenabhängige eine Lifetime-Prävalenz zu psychiatrischen Störungen in Höhe von 75-88 % und eine im Behandlungszeit-



raum aktuelle Prävalenz von 65-76 % aufweisen. Dabei geht aus den Studien nicht hervor, ob die Diagnosestellung innerhalb eines Zeitraumes von 5-6 Wochen nach „Entgiftungsbehandlung“ erstellt wurde und so eventuell entzugsbedingte Persönlichkeitsveränderungen mit erfasst wurden.

Die Co-Morbiditätsrate ist bei Frauen insgesamt höher als bei Männern, bei Männern treten häufiger antisoziale Persönlichkeitsstörungen auf.

Als körperliche Folge bzw. Begleiterkrankungen bei Drogenabhängigen sind in erster Linie Hepatitis C und häufig desolante Zustände im Zahnbereich zu nennen, HIV-Infektionen spielen im Reha-Bereich eine eher untergeordnete Rolle.

## **4. Unser Grundverständnis der Behandlung**

### **4.1 Ganzheitlicher Therapieansatz**

Ausschlaggebend für die Chronifizierung von Suchterkrankungen sind einerseits die Vehemenz der ursprünglichen Entstehungsbedingungen, andererseits die Entwicklung krankhafter intrapsychischer, neurobiologischer und psychosozialer Regelkreise, welche letztlich jeden Bereich des Lebens in eine Abwärtsspirale negativ beeinflussen können.

Erfolgreiche Bewältigungsversuche der Betroffenen im Umgang mit ihrer Problematik sowie die zunehmende Beeinträchtigung des Alltagslebens durch ihr Suchtverhalten führen oftmals zusätzlich zu Hoffnungslosigkeit und Depression bis hin zu suizidalen Handlungen.

Daraus ergibt sich, dass die unmittelbare Überwindung dieser chronifizierenden Bedingungen mittels eines ganzheitlichen Therapieansatzes entscheidend ist.

In der Fachklinik „Schloss Tessin“ erfolgt deshalb die Integration moderner medizinisch-pharmakologischer, psychologischer, sozialtherapeutischer und edukativer Behandlungsansätze, vermittelt durch ein interdisziplinäres Team. Um einem ganzheitlichen Therapieansatz inhaltlich gerecht zu werden, ist unserer Ansicht nach die Behandlung der Folgen der ursprünglichen Entstehungsbedingungen, also der verschiedenartigen Entwicklungsstörungen unabdingbar. Für die Behandlung Drogenabhängiger bietet sich so die sinnvolle Kombination tiefenpsychologisch orientierter, Beziehungserfahrungen in den Mittelpunkt stellender und verhaltenstherapeutischer Verfahren in Form von motivierender Gesprächsführung, Kompetenzmanagement im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie im Bereich der psychotherapeutischen Interventionen an.

Unseren Patienten vermitteln wir frühzeitig, dass der gesamte Aufenthalt in der Fachklinik „Schloss Tessin“ als Therapie aufzufassen ist und das Gesamtgefüge der Klinik das vollständige soziale Umfeld einer veränderungsbereiten Persönlichkeit als Mikrokosmos in der Lage ist, abzubilden, jedoch in einem drogen- und gewaltfreien Raum.

## **4.2 Teilhabebezogene Behandlung**

Wir fühlen uns entsprechend unseres Leitbildes dem im § 1 des SGB IX hervorgehobenen grundlegenden sozialpolitischen Ziel, der Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen verpflichtet.

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, dabei hervorgehoben die Teilhabe am Arbeitsleben, hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX zum Gegenstand des Leistungsrechts gemacht. Deshalb sind für den unmittelbaren Therapieerfolg der berufliche Status, die sozialen Bindungen, die Wohnsituation sowie das Ausmaß sinnvoller Freizeitgestaltung als soziale Rahmenbedingungen von entscheidender Bedeutung.

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ trägt dieser Tatsache spezifischer sozialtherapeutischer Behandlungsangebote Rechnung, letztlich ordnet sich aber das gesamte Therapieangebot der o. g. Zielsetzung unter. Dabei bildet die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. die Vorbereitung zur Teilhabe am Arbeitsleben den unmittelbaren Schwerpunkt der Behandlung.

## **4.3 Alltagsrelevanz der Behandlung**

Als ein Indikator für den Therapieerfolg, also einer positiven Veränderung hinsichtlich der Teilhabe der Patienten, sind unmittelbare Verhaltensänderungen im Bereich des Alltagslebens der Patienten anzusehen.

Um einen möglichst schnellen Transfer von Selbsterkenntnis und Einsichten in den Alltag der Patienten zu gewährleisten, sind alle Behandlungsangebote der Fachklinik „Schloss Tessin“ darauf ausgerichtet, Patienten zur Erprobung von konkreten Verhaltensänderungen in typischen Alltags- und Versuchungssituationen anzuregen. Ein Behandlungsschwerpunkt liegt dabei auch auf gezielten Übungsaufgaben für die Patienten in der aktuellen Realität im Sinne einer Expositionsbehandlung. Die Heimfahrten der Patienten werden deshalb nicht als Urlaub von der Therapie betrachtet, sondern als ein wichtiger Therapiebestandteil im Sinne der Teilhabe, der vor- und nachbereitet wird.

#### **4.4 Servicehaltung / Mitwirkungspflicht**

Wir vermitteln den Patienten von Anfang an, dass das Anliegen der Therapie nur in gemeinsamer Anstrengung gelingen kann.

Dabei verstehen die Mitarbeiter der Fachklinik „Schloss Tessin“ ihre Arbeit als Dienstleistung gegenüber den Patienten. Bei der Entwicklung der Therapieorganisation wird besonderer Wert darauf gelegt, das ohnehin geschädigte Selbstwertgefühl der Patienten nicht durch therapeutische Bevormundung und überflüssige Einschränkungen noch weiter negativ zu beeinflussen. Alle organisatorischen Abläufe der Klinik orientieren sich entsprechend unseres Leitbildes an der Würde und der Selbstverantwortlichkeit des Menschen.

Wir vermitteln unseren Patienten aber auch, dass sie der Gesellschaft gegenüber eine Mitwirkungspflicht haben. Diesbezüglich besondere Aufmerksamkeit widmen wir dabei nach §§ 35, 36 BtMG bei uns aufgenommenen Patienten. Bei Patienten, bei denen die Therapie hinsichtlich der Bearbeitung einer angemessenen Motivationslage über einen längeren Zeitraum erfolglos bleibt, beenden wir die Therapie nach eingehender Beratung im therapeutischen Team und mit dem Patienten auch vorzeitig durch Entlassung nach Absprache mit der entsprechenden Beratungsstelle. Der jeweilige Kostenträger wird entsprechend informiert.

Unsere Patienten werden darüber informiert, dass bei einem zweiten Rückfall mit psychotropen Substanzen, d. h. auch Alkohol, der Kostenträger eine Rückmeldung erhält und ggf. die Kostenzusage entziehen kann.

#### **4.5 Umgang mit Rückfällen**

Die Tatsache, dass Rückfälle speziell zur Drogenabhängigkeit dazugehören, ist aufgrund insbesondere der kognitiven inneren Dynamik der Erkrankung in der Vermittlung problematisch, da es als Aufforderung zum Rückfall falsch verstanden werden kann. Die Vermittlung erfolgt deshalb bei uns im Sinne der ebenfalls unbestrittenen Tatsache, dass bei einer koronaren Herzkrankheit nach einem Herzinfarkt ein Rückfall in Form eines erneuten Herzinfarktes zwar generell zum Krankheitsbild gehört, aber in gemeinsamer Anstrengung alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollten, um dies zu verhindern.

Wenn Patienten Rückfälle während der Behandlung zeitnah durch Ansprache der Therapie zugänglich machen, folgen in der Fachklinik „Schloss Tessin“ keine

disziplinarischen Konsequenzen. Die therapeutischen Interventionen sind dann darauf ausgerichtet, ein mögliches Resignieren der Betroffenen zu verhindern bzw. zu überwinden und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung in zukünftige Abstinenz bzw. Veränderung wieder herzustellen.

Wird ein Drogenkonsum erst durch eine entsprechende Kontrolle offenbar, werten wir dies als nicht ausreichende Behandlungsmotivation und schwere Verletzung der Mitwirkungspflicht und führt zur Entlassung des Patienten. Die Entlassung vermitteln wir dem Patienten und der zuständigen Suchtberatungsstelle als wichtige therapeutische Intervention und informieren über die Möglichkeit der Wiederaufnahme bei entsprechend veränderter Motivation.

Wenn Patienten illegale Drogen oder Alkohol mit in unsere Einrichtung bringen und somit unseren cleanen Rahmen verletzen, haben sie sich damit für die Beendigung der Therapie entschieden und es folgt die sofortige Entlassung. Eine Wiederaufnahme bei uns ist in solchen Fällen dann nicht mehr möglich.

Gleiches gilt bei der Anwendung körperlicher Gewalt von Patienten.

Über unsere diesbezügliche Vorgehensweise werden unsere Patienten von Anfang an informiert.

## 5. Indikation zur stationären Behandlung in der Fachklinik „Schloss Tessin“

### 5.1 Vorfelddbedingungen

Erwartet wird im Vorfeld ein möglichst stabiler Kontakt zu einer Beratungsstelle. Hier sollte ein Grundwissen über Bedeutung und Ziele einer Rehabilitationsbehandlung vermittelt worden sein. Hinsichtlich der Motivationslage sollte der Patient sich zumindest überwiegend in der Phase der Veränderungsbereitschaft (nach Prochaska und DiClemente 1986) befinden. Die Erzeugung bzw. Förderung von langfristiger Abstinenzmotivation betrachten wir als integralen Bestandteil des Behandlungsprozesses in der Fachklinik „Schloss Tessin“. Während der Aufnahmevorbereitung sollte die Motivation jedoch ausreichend sein, um dem Patienten einen cleanen Start in die Reha-Behandlung zu ermöglichen. Wir streben deshalb auch die direkte Übernahme der Patienten aus einer erfolgreich durchgeführten stationären körperlichen Entzugsbehandlung an.

Letztlich muss ein entsprechender Behandlungsantrag an einen zuständigen Kostenträger gestellt und von diesem positiv entschieden worden sein.

### 5.2 Aufnahmeindikation

Aufgenommen werden können:

- von illegalen Drogen abhängige Frauen und Männer mit ausreichender persönlicher Reife und sozialer Kompetenz, um den Anforderungen einer Entwöhnungsbehandlung zu genügen,
- Aufnahmealter im Regelfall ab dem 18. Lebensjahr, in Ausnahmefällen ab dem 16. Lebensjahr
- Mehrfachabhängige mit Störungen auch durch andere Drogen, F19.2
- von illegalen Drogen abhängige Frauen und Männer mit
 

|  |
|--|
| F11 - 18   |
| - Persönlichkeitsstörungen, F60 - 61             |
| - Depressionen, F32 – 33.9                       |
| - ADHS, F90.0/1                                  |
| - Angst- und Zwangserkrankungen, F40 – 42.9      |
| - posttraumatischer Belastungsstörung, F43.1     |
| - Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit, F10.1 – F10.2 |

- Essstörungen, F50.0 – 50.8
- Sexuellen Funktionsstörungen psychischer Genese F52.0-52.9
- Frauen und Männer, deren Abhängigkeitssyndrom neben der Drogenabhängigkeit auch pathologisches Spielen beinhaltet, F63.0
- abhängige Frauen und Männer mit Residualzuständen von so genannten endogenen oder drogeninduzierten Psychosen, welche medikamentös eingestellt sind, F20 – 22.9
- Frauen und Männer, die sich gemäß den Auflagen der §§ 35, 36 BtMG für eine Therapie entschieden haben,
- Frauen und Männer, die bei uns oder einer anderen Klinik behandelt worden sind, längere Zeit abstinent gelebt haben und rückfällig geworden sind bzw. sich von Rückfall bedroht fühlen,

(Patienten können nach vorheriger Absprache ihre Hunde oder andere Kleintiere mitbringen.)

### **5.3 Aufnahme von Patienten**

Patienten können zu einem vereinbarten Termin mit öffentlichen Verkehrsmitteln bis in die etwa 20 km entfernt liegende Stadt Hagenow, 35 km entfernt liegende Stadt Schwerin anreisen und werden von uns dort abgeholt. Um einen nahtlosen Übergang von Entgiftungsbehandlungen oder anderen Klinikaufhalten zu uns zu gewährleisten, können Patienten aber auch von den jeweiligen Aufenthaltsorten von uns abgeholt werden.

In der Fachklinik „Schloss Tessin“ erfolgt dann unmittelbar eine Atemalkoholkontrolle bzw. eine Urinkontrolle bezüglich illegaler Drogen bzw. psychotrop wirkender Medikamente. Durch die Kontakte der Patienten zur Fachklinik „Schloss Tessin“ im Vorfeld der Aufnahme ist jeder Patient darüber informiert, dass bei positiven Aufnahmebefunden keine Aufnahme bei uns erfolgen kann. Wir vermitteln die Patienten dann mit ihrem Einverständnis in eine Entgiftungsbehandlung in Schwerin oder Wismar, oder die Patienten treten unmittelbar ihre Heimreise an. Ist der erforderliche Cleanstatus in einer Entgiftungsklinik oder am Heimatort erreicht, kann die Aufnahme erfolgen.

Bei der überwiegenden Anzahl der Patienten erfolgt die Aufnahme in die Fachklinik „Schloss Tessin“ nach der beschriebenen Kontrolle sofort. Dabei wird der Patient vom Therapeuten vom Dienst und einem erfahrenen Patienten, seinem Pate, begrüßt. Der Pate begleitet den neuen Patienten dann innerhalb der ersten 24 Stunden ständig und ist für die ersten Tage und Wochen Ansprechpartner für alltägliche Fragen.

Nach der Begrüßung erfolgen der Aufnahmevertrag und die Aushändigung einer Informationsmappe, welche wichtige Informationen beinhaltet und den Patienten zusätzlich in die Lage versetzt, sich zu orientieren.

Am Aufnahmetag erfolgt die medizinische Aufnahme. Spätestens am 2. Tag nach Ankunft des Patienten erfolgt die psychotherapeutische Aufnahme sowie zeitnah das Aufnahmegespräch im Bereich der Sozialarbeit und der Arbeitstherapie.

Die Aufnahme des Patienten ist mit den entsprechenden Diagnosestellungen und der Formulierung der sich daraus ergebenden Therapieziele abgeschlossen.

#### **5.4 Aufnahme von Patienten nach §§ 35, 36 BtMG**

Aufgrund der Tatsache, dass Abhängigkeit von illegalen Drogen zwangsläufig zu delinquentem Verhalten führt und viele Betroffene Freiheitsstrafen zu verbüßen haben, kann eine stationäre Therapiemaßnahme in unserer Fachklinik, in diesen Fällen nach den Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (§§ 35, 36 BtMG) angetreten werden. Wir wissen um die besondere Problematik des „nahtlosen“ Übergangs vom Strafvollzug in eine vermeintlich freie stationäre Therapie als „Knast-Ersatz-Maßnahme“. Die gerichtlichen Auflagen werden umgesetzt.

Betrachtet man die Situation straffälliger Drogenabhängiger im Vollzug, so wird deutlich, dass die extramurale Drogenszene von der intramuralen Drogenszene abgelöst wird, das heißt, die Abhängigkeitserkrankung setzt sich unter den Bedingungen des Strafvollzuges häufig fort und verfestigt sich. In der Analyse dieser Fälle fällt auf, dass sich die Motivation zur drogenabstinenten Lebensführung häufig erst im stationären therapeutischen Kontext einstellt. Wir sehen daher hier die Notwendigkeit einer besonders intensiven Motivationsarbeit in der Initialphase. Konkret heißt das, dass die Kontaktaufnahme zwischen den Patienten und der stationären Therapieeinrichtung so früh wie möglich erfolgen soll.



Wir erwarten einen regelmäßigen Briefkontakt im Vorfeld und bemühen uns um ein Vorstellungsgespräch innerhalb unserer Einrichtung, um die Aufnahme der Beziehung zu erleichtern und die Bildung von Vertrauen zu fördern.

Da Vorstellungsgespräche in unserer Einrichtung aufgrund der Rechtslage oft nicht realisierbar sind (Urlaubsberechtigung bei Inhaftierten), kann ein Vorstellungsgespräch in Einzelfällen in Absprache mit der jeweiligen externen Drogenberatungsstelle auch in den Justizvollzugsanstalten durchgeführt werden.

## **5.5 Kontraindikationen**

Nicht aufgenommen werden können Personen:

- die aktuell illegale Drogen oder Alkohol konsumieren bzw. deren Körper nicht drogenfrei ist,
- bei denen ein psychovegetatives Entzugssyndrom zu erwarten ist,
- die ein hirnorganisches Psychosyndrom mit gravierender Hirnleistungsschwäche aufweisen,
- bei denen eine akute Psychose vorliegt,
- die an einer ansteckenden Erkrankung oder einer anderen körperlichen Erkrankung leiden, dadurch zusätzlich stärkerer Pflege bedürfen und/oder dadurch keine kontinuierlich aktive Teilnahme am Therapieprogramm möglich ist,
- die keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse besitzen,
- mit akuter Suizidalität.

## **5.6 Umgang mit mitgebrachten Hunden**

Viele Patienten, die Hundebesitzer sind, würden auf keinen Fall eine Therapie antreten, welche damit verbunden ist, dass sie sich längere Zeit von dem Tier trennen müssten.

Verständlich wird diese Haltung aus der Krankheit heraus, wenn man annimmt, dass der zentrale Lebensinhalt eines Drogenabhängigen mit der Beschaffung bzw. dem Konsum von illegalen Drogen besteht und sich somit alle Beziehungen, auch die zu Eltern oder Partnern, der Nutzenbewertung dieses Zieles unterordnen. Häufig die einzige Beziehung der Patienten, welche nicht hauptsächlich der Beschaffung von

illegalen Drogen dient, ist die zu ihrem Hund. Deshalb bezeichnen die Patienten ihrem Hund auch sehr häufig als „meinen einziger Freund“ oder „mein einzig wahrer Freund“. In der Beziehung zum Tier werden meist die neben der durchgehenden Befindlichkeitssteuerung durch psychotrope Substanzen noch bestehenden Bindungswünsche ausgelebt und somit durchaus als pathologische Beziehung bezeichnet, wobei Patienten häufig berichten, dass sie nur wegen des Hundes noch leben und diese pathologische Beziehung also durchaus auch stabilisierenden Charakter haben kann.

Zusätzlich bestanden bei vielen Patienten bereits vor dem Drogenkonsum Persönlichkeitsdefizite, welche es ihnen nicht erlaubte, befriedigende Beziehungen als Liebesbeziehungen oder Freundschaften zu führen, so dass eine wichtige Ursache der Suchterkrankung auch gleichzeitig eine wichtige Ursache für die pathologische Mensch-Tier-Beziehung darstellt.

Wir haben uns deshalb von Anfang an entschlossen, dass unsere Patienten ihre Hunde zur Therapie mitbringen können.

Dabei müssen die Hunde von den Patienten vorher bei uns angemeldet werden, wobei wir die wichtigsten Daten über einen Fragebogen erheben.

Bei Kampfhunden muss ein tierärztlicher Wesenstest vorliegen bzw. wird von uns auf Kosten des Patienten durchgeführt. Gleiches gilt für Impfungen gegen ansteckende Hundekrankheiten sowie Maßnahmen gegen Parasitenbefall und für entsprechende Versicherungen.

Die Unterbringung erfolgt zusammen mit den Hundebesitzern in den Patientenzimmern, welche den humanhygienischen Anforderungen, durch regelmäßige amtliche Hygieneüberprüfungen bestätigt, genügen, ebenso den Tierschutzbestimmungen. Außerdem hält ein Tierarzt regelmäßig Sprechstunden in unserer Klinik.

Weiterhin steht den Hundebesitzern einmal wöchentlich in der therapiefreien Zeit eine Hundetrainerin zur Verfügung, welche formal hilft, die Mensch-Tier-Beziehung zu normalisieren.

Die Hundebesitzer treffen sich regelmäßig einmal pro Woche in einer Interessengruppe zur Organisation des gemeinsamen Zusammenlebens und der Aufarbeitung von spezifischen Problemen in der so genannten „Hundecrew“, dass letztlich auch ein soziales Training darstellt.

## 6. Therapiemanagement

### 6.1 Behandlungsziele

Die Behandlungsziele entsprechen dem ganzheitlichen Behandlungsansatz der Fachklinik „Schloss Tessin“ und folgen größtenteils dem Therapieziel-Katalog aus dem Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung der Indikationsbereiche Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen mit den Ebenen der psycho-sozialen, somatischen, edukativen Zieldimensionen sowie der Zieldimension der Aktivität und Partizipation.

Die Therapieziele entsprechen damit dem umfassenden Behinderungsprofil der Drogenabhängigkeit auf allen Lebensebenen der Betroffenen.

Die folgenden Therapieziele werden soweit dies möglich ist mit den Patienten in Einzelgesprächen abgestimmt.

- Zielsetzungen zur Besserung von Beschwerden auf psycho-sozialer Ebene
  - Motivierung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozess
  - Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses
  - Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation
  - Motivierung für Nachsorgemaßnahmen
  - Entwicklung eines realistischen Selbstbildes
  - Steigerung der Selbstwirksamkeit
  - Steigerung des Selbstvertrauens
  - Steigerung des Selbstwertgefühls
  - Verbesserung der Introspektionsfähigkeit
  - Verbesserung der Selbstwahrnehmung
  - Verbesserung der Wahrnehmung eigener Ziele, Wünsche und Bedürfnisse
  - Steigerung der Selbstverantwortung/Eigenmotivation
  - Stärkung/Förderung der Ich-Funktion
  - Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen
  - Verbesserung der Frustrationstoleranz
  - Verbesserung der Körperakzeptanz
  - Abbau der Selbstüberforderungstendenzen/Perfektionismus
  - Förderung der Akzeptanz der Krankheit/Symptome

- Erarbeitung einer Krankheitseinsicht
  - Bearbeitung/Bewältigung des vorangegangenen Trennungs-/Verlustgeschehens
  - Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse
  - Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse
  - Bearbeitung der biogeografischen Hintergründe der Suchtentstehung
  - Bearbeitung der Beziehungen innerhalb der Herkunftsfamilie
  - Verbesserung des Kommunikationsverhaltens
  - Verbesserung der Kritikfähigkeit
  - Förderung der Abgrenzungsfähigkeit
  - Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen
  - Erkennung und Bearbeitung dysfunktionaler Beziehungsmuster
  - Bearbeitung des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts
  - Bearbeitung des Schuldkonflikts
  - Verbesserung der Angstbewältigungskompetenz
  - Verbesserung der Depressionsbewältigungskompetenz
  - Normalisierung des Essverhaltens
  - kognitive Umstrukturierung
  - Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- Therapieziele zur Besserung von Beschwerden auf somatische Ebene
    - Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit/Belastbarkeit
    - Kräftigung der Rückenmuskulatur
    - Verbesserung des Ernährungszustandes
    - Gewichtsreduktion
    - Gewichtszunahme
    - Nikotinreduktion/Abstinenz
    - Behandlung der Hepatitis C-Erkrankung
    - Optimierung der Medikation
- Therapieziele auf edukativer Ebene
    - Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik
    - Analyse von symptomauslösenden Bedingungen

- Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen
  - Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses
  - Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik
  - Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses
  - Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention
  - Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte/gesunde Ernährung
  - Förderung der Entspannungsfähigkeit durch Erlernen eines Entspannungsverfahren
  - Vermittlung von Informationen über Stressentstehung und Stressbewältigung
  - Förderung der Genussfähigkeit
- Therapieziele auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation
    - Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
    - Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit
    - Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung
    - Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung
    - Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens
    - Klärung der beruflichen Situation
    - Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Schule)
    - Verbesserung der Fähigkeit zum Aufbau sozialer Beziehungen
    - Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich
    - Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich
    - Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft
    - Verbesserung der Freizeitgestaltung
    - Verbesserung der Alltagsbewältigung
    - Verbesserung der finanziellen Situation (Schuldenklärung)
    - Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen Bereich
    - Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich
    - Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im Partnerschaftsbereich

Ein wesentliches Therapieziel bei der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich, welches fast alle unsere Patienten betrifft, ist der Wechsel des sozialen Umfeldes, das heißt, Umzug in ein anderes Bundesland und die damit verbundene Notwendigkeit einer Adaptionsbehandlung.

## 6.2 Behandlungsdauer

In der Regel wird für die Patienten der Fachklinik „Schloss Tessin“ von den Leistungs- bzw. Kostenträgern für die medizinische Rehabilitation ein Zeitraum von 6 Monaten bewilligt. Bei den so genannten Auffangbehandlungen bzw. Kurzzeitbehandlungen, werden meist bis zu 3 Monate Behandlungsdauer bewilligt. Auffangbehandlungen bzw. Kurzzeitbehandlungen werden vom Kostenträger bewilligt für Patienten, welche auf Grund intrinsischer oder extrinsischer Gegebenheiten rückfallgefährdet sind und für die eine ambulante therapeutische Hilfestellung nicht mehr ausreichend erscheint bzw. für Patienten die nach einer absolvierten Entwöhnungstherapie rückfällig geworden sind und voraussichtlich in einem kürzeren Zeitraum psychisch ausreichend stabilisiert werden können. Entsprechend den Regelungen der Leistungsträger kann die Behandlungsdauer dem tatsächlichen Behandlungsbedarf nach oben oder nach unten angepasst werden.

Folgende Gründe können eine Verlängerung der ursprünglich bewilligten Behandlungsdauer erforderlich machen:

- erschwerte und dadurch verzögerte Herstellung einer vertrauensvollen, belastbaren therapeutischen Beziehung,
- erschwerter und dadurch verzögerter Aufbau von Veränderungsmotivation,
- Therapieverzögerung durch Behandlungskrisen in Form von Depressionen, Selbstverletzungstendenzen, Angstsymptomatik und psychotischen Zustandsbildern,
- Therapieausfall durch interkurrente somatische Erkrankungen, aber auch schwerwiegende Veränderungen im sozialen Umfeld der Patienten (Tod oder Trennung von Partnern etc.),
- Schwere Persönlichkeitsstörungen.

Gründe für eine Verkürzung der bewilligten Behandlung können darin liegen, dass die Therapieziele des Patienten bereits erreicht worden sind, was am ehesten bei Patienten der Fall ist, deren Drogenabhängigkeit sich erst spät entwickelt hat und somit bereits cleane Teilhabeerfahrungen vorhanden sind. Besonders günstig wirken sich dabei cleane Teilhabeerfahrungen am Erwerbsleben aus. Zur Stabilisierung wird dann meist eine ambulante Psychotherapie empfohlen.

Bei Patienten, bei denen die Persönlichkeitsdefizite weniger ausgeprägt sind, macht es sich ggf. erforderlich, statt der Therapiezeit bei uns die Zeit der Adaptionsbehandlung zu verlängern.

### **6.3 Therapiesteuerung**

Die Gesamtverantwortung der Rehabilitationsbehandlung liegt beim Leitenden Arzt in enger Zusammenarbeit mit dem Leitenden Psychologen.

Die Therapie in den 6 Bezugsgruppen verläuft in Verantwortung des Gruppentherapeuten. Beim Gruppentherapeuten laufen alle Informationen aus den Adjuvantstherapien zusammen, er fällt alle therapeutischen Entscheidungen unter Supervision des Leitenden Psychologen bzw. des Leitenden Arztes.

Die Zuordnung der Patienten zu den jeweiligen Gruppen erfolgt bereits im Vorfeld der Aufnahme der Patienten nach Studium der vorhandenen Krankenunterlagen.

Die Zuordnung zur Bezugsgruppe erfolgt dabei nach folgenden Kriterien:

- der konsumierten Hauptdroge, wobei Cannabis als Hauptdroge zur Zuordnung in eine der beiden „Cannabis-Gruppen“ („Alte Kirche“) führt,
- dem Geschlecht und Parametern, welche eher eine weibliche oder einen männlichen Bezugstherapeuten sinnvoll erscheinen lassen,
- ggf. bereits aus den Unterlagen erkennbare psychische Co-Morbidität, um die persönliche Arbeitsweise der Therapeuten bestmöglich zu nutzen,
- Alter, wobei eine lebensnahe Altersstruktur in der Bezugsgruppe angestrebt wird,
- ggf. bereits erkennbare Motivationslage, um Patienten, welche nach §§ 35, 36 BtMG bei uns aufgenommen werden, möglichst auf alle Gruppen zu verteilen.

Nach der stationären Aufnahme und der Erstellung der Arbeitsdiagnosen durch die entsprechenden Fachkollegen kann ein Gruppenwechsel erforderlich sein.

Die Aufstellung des Behandlungsplanes in den jeweiligen Therapiebereichen sehen wir als einen Prozess, der nur durch gemeinsames Handeln und gegenseitigen Informationsaustausch zusammen mit dem Patienten bewältigt werden kann.

Dazu stehen neben den morgendlichen Besprechungen zur Organisation des Tagesablaufes und der EDV-gestützten Patientenakte, welche mehr entlassberichtorientiert ist, jeweils zwei etwa einstündige Arbeitstreffen pro Woche aller therapeutischen Mitarbeiter zur Verfügung. Diese Fallbesprechungen dienen der

Zusammenführung patientenbezogener Informationen aus den verschiedenen Therapiebereichen, der Einschätzung der Therapiemotivation, der Besprechung von Besonderheiten im Therapieablauf einzelner Patienten sowie der Abstimmung des Behandlungsplanes bzw. der Beurteilung der Therapiefortschritte auch durch die Einstufung der Patienten innerhalb unseres „3-Stufen-Modells“.

Im letzten Drittel der Therapiezeit werden in diesem Rahmen unsere Empfehlungen dem Patienten gegenüber hinsichtlich Nachsorgemaßnahmen im weiteren Sinne nach der Behandlung bei uns vorbesprochen.

Zur Überwachung und Optimierung der Reha-Behandlung im spezifisch psychotherapeutischen Bereich finden wöchentlich zwei etwa einstündige Arbeitssitzungen unter Leitung des Leitenden Arztes mit den Bezugstherapeuten statt. In diesem Rahmen wird anhand des Therapiefortschritts der erforderliche Zeitrahmen besprochen, welcher dem Patienten vorgeschlagen werden soll.

## **6.4 Das 3-Stufen-Modell der Fachklinik „Schloss Tessin“**

### **6.4.1 Als therapeutische Intervention**

Die Einteilung des Behandlungsprozesses in verschiedene Stufen ist aufgrund des teilweise sehr unterschiedlichen Entwicklungstempos hinsichtlich der einzelnen Ebenen der Suchterkrankung eines Patienten eher schwierig.

Die Einteilung der gesamten Therapie in 3 Stufen erfolgt in erster Linie, um den Patienten eine zusätzliche formale Orientierung hinsichtlich ihres Therapieverlaufs zu geben. Die Zuordnung in eine Therapiestufe wird von den Patienten als Graduierung empfunden und kann somit als Anreiz- und Belohnungssystem als therapeutisches Instrument eingesetzt werden.

Den so genannten Hochstufungsprozess, der weit überwiegend vom Patienten initiiert wird, betrachten wir als wichtiges soziotherapeutisches Element.

Die einzelnen Stufen unterscheiden sich insbesondere aus Patientensicht in der Qualität und Quantität der Selbstverantwortung, was sich vorwiegend in unterschiedlichen Freiheitsgraden hinsichtlich der Ausgangs- und Realitätstrainingsregelungen äußert. Der Stand der Fähigkeit zur therapiezieladäquaten Selbstverantwortung kann dabei als Gradmesser des Therapiefortschritts angesehen werden.

Die Höherstufung findet innerhalb der gleichbleibenden Gruppe statt.



Der Hochstufungsprozess beginnt mit einem schriftlichen Antrag des Patienten auf Hochstufung, wobei der Begriff „Antrag“ aus lebenspraktischen Erwägungen bewusst gewählt wurde. Der Hochstufungsantrag ist formalisiert und beinhaltet eine Selbstreflexion hinsichtlich der Motivationslage, des Standes der Therapiezielverwirklichung und des erreichten Ausmaßes abstinenzorientierter Selbstverantwortung.

Das Verfassen dieses Antrages stellt für die meisten unserer Patienten eine Herausforderung dar, muss zum Teil trainiert werden und wird letztlich von den Patienten als Erfolgserlebnis empfunden.

Der Antrag wird dann auf Bezugsgruppenebene in einer gesonderten Antragsgruppe, wo auch andere Anträge besprochen werden, von jedem einzelnen Gruppenmitglied beurteilt, dokumentiert und ein Gruppenvotum abgegeben. Für die Behandlung des Antrages in der Gruppe muss der jeweilige Patient selbst sorgen, was ein anspruchsvolles soziales Kompetenztraining darstellt.

Die letzte Entscheidung über die Hochstufung obliegt dem Bezugstherapeuten. Das Ergebnis wird dem Patienten im Einzelgespräch vermittelt, wo auch die Erfahrungen im Hochstufungsprozess ausgewertet werden.

Vom Bezugstherapeuten kann auch eine Zurückstufung vorgenommen werden, was dann nicht als disziplinarische Maßnahme, sondern als therapeutische Intervention mit entsprechender Aufgabenstellung vermittelt wird.

#### **6.4.2 Überwiegende Inhalte der einzelnen Stufen**

##### *- Stufe 1 (Initialphase)*

Diese beginnt mit der Patientenaufnahme und der teilhabebezogenen Diagnosestellung hinsichtlich von Defiziten im somatischen, psychosozialen und im Bereich der Aktivität und Partizipation und der Erstellung des diagnosebezogenen Behandlungsplanes auf somatischer, psychosozialer, edukativer und auf der Ebene der Aktivität/Partizipation.

Für den Patienten bedeutet die 1 Stufe vor allen Dingen kennen lernen und Akzeptanz der therapeutischen Regeln und der Hausordnung sowie der endgültigen Entscheidung zur Therapie.

Bereits in der Stufe 1 beginnen die meisten therapeutischen Prozesse auf allen beschriebenen Ebenen.

Ausgang und Heimfahrt (Rea-Training) sind nur im Einzelfall bei besonderen Anlässen oder Ereignissen möglich.

Die Zeitdauer der 1. Stufe differiert individuell von 4 Wochen bis mehreren Monaten.

- *Stufe 2 (Intensivtherapeutische Phase)*

In dieser Phase stehen im psychotherapeutischen Bereich persönlichkeits- und konfliktzentrierte psychotherapeutische Verfahren im Mittelpunkt der Behandlung, begleitet von einer ständigen diagnostischen Absicherung und ggf. Anpassung der Therapieziele.

Auf medizinischer Ebene konzentriert sich die Behandlung auf Begleit- und Folgeerkrankungen im somatischen und psychiatrischen Bereich mit dazu gehöriger Optimierung von Medikationen sowie Reduzierung von Risikoverhalten und -faktoren.

Auf der Basis gewachsener Beziehungen und verfestigter Veränderungsmotivation ist die Vermittlung von Wissen über Krankheitsentstehung, das heißt der familiären Hintergründe der Erkrankung und aufrechterhaltender Bedingungen effektiv.

Von zentraler Bedeutung für die Fähigkeit, Veränderungsbereitschaft nach der Therapie in der Fachklinik „Schloss Tessin“ umsetzen zu können, ist das Vermögen der Patienten, auf allen Ebenen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, wobei dem Erwerbsleben die zentrale Rolle zukommt. Letztlich dienen alle Therapieelemente diesem Ziel, wobei die so genannten adjuvantsherapeutischen Therapieangebote in besonderer Weise die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trainieren und vorbereiten.

In dieser Behandlungsphase ermutigen wir die Patienten, sich direkt persönlich relevanten Problemsituationen der Alltagsrealität durch Realitätstrainings zu konfrontieren, um so ihre Bewältigung ohne Suchtmittel bzw. Vermeidungsverhalten üben zu können.

Zusätzlich beginnt in den letzten Wochen der intensivtherapeutischen Behandlungsphase die Vorbereitung auf die Entlassung und die Zeit nach der Therapie bei uns durch Erarbeitung einer realistischen Zukunftsperspektive

ebenfalls auf allen Teilhabeebenen mit dem Fokus auf das Erwerbsleben bzw. die Vorbereitung auf das Erwerbsleben.

Als eine der zentralen Voraussetzungen für ein drogenfreies Leben hat sich ein Wechsel des sozialen Umfeldes herausgestellt, so dass bei den meisten Patienten ein Wohnortwechsel und dementsprechend eine Adaptionsbehandlung zur Festigung des „Erlernen“ unter realitätsnäheren Bedingungen erforderlich und Wunsch ist. Die Umsetzung wird in diesem Zeitraum vorbereitet.

- *Stufe 3 (Abschiedsphase)*

Hier findet die organisatorische Vorbereitung für die Zeit nach der Therapie bei uns ihren Abschluss.

Der Behandlungserfolg soll nach Möglichkeit realitätsnah überprüft werden, so dass der Patient über Ausgang oder Realitätstraining am Wochenende selbstständig nach einem vorgelegten Wochenplan entscheidet. Dabei werden individuelle Risiken ermittelt, welche zu einem Rückfall führen können und daraus ein Notfallplan (Notfallkoffer) erarbeitet.

In der Abschiedsphase hat der Patient das Recht, von jedem von ihm gewünschten Mitarbeiter ein Abschlussgespräch nach Terminvereinbarung zu führen. Ein Abschlussgespräch mit dem Bezugstherapeuten und dem Leitenden Arzt ist Pflicht sowie eine so genannte Abschiedsgruppe, in welcher mit jedem Gruppenmitglied ein wechselseitiges Feedback erfolgt.

Jeder Patient wird am Entlassungstag mit einem Notfallplan ausgestattet, zu welchem eine ständige „Hotline“ zu unserer Klinik gehört, und von allen Patienten in einer Großgruppe (Gongrunde) verabschiedet.

## **7. Behandlungselemente**

### **7.1 Zu evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM)**

In den Niederlanden wird seit über 20 Jahren betreffs der Evidenzbasierung von Therapiemodulen bei psychisch Kranken bzw. Suchtkranken geforscht.

Dabei wird in neueren Arbeiten neben den Ergebnissen immer wieder auf die Schwierigkeiten hinsichtlich exakter Auswertungen aufgrund der Vielzahl von Wirkfaktoren und ethischer Schranken hinsichtlich des Einsatzes wissenschaftlich exakter Untersuchungsmethoden hingewiesen.

In Deutschland hat sich die Forschung bei evidenzbasierten Behandlungsmodulen im Suchtbereich vorwiegend auf die Behandlung von Alkoholkranken konzentriert. Forschungsergebnisse bei drogenabhängigen Patienten fokussieren ihre Betrachtungen meist auf Monoabhängigkeiten und vorwiegend auf Behandlungen im ambulanten Bereich.

Am hilfreichsten bei dem Versuch, die in der Fachklinik „Schloss Tessin“ eingesetzten Therapiemodule hinsichtlich anerkannter wissenschaftlich fundiert überprüfter Wirksamkeit auszuwählen, erschienen uns die „Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigen“ (2009-2011) der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Wir gehen aber davon aus, dass sich bei zukünftigen Forschungen im Bereich Drogenabhängigkeit aufgrund der unterschiedlich gearteten psychischer Comorbidität, der unterschiedlichen Altersstruktur der Erkrankten und der teilweise stark differierenden Teilhabestörungen Drogenabhängiger gegenüber Alkoholkranken Modifizierungen ergeben werden.

Für unser Therapieangebot „Adaptive Schule“ konnten wir in dem angeführten Manual- und auch bei der KTL-Verschlüsselung keine geeignete Entsprechung finden.

Sinngemäß entspricht unser Therapieangebot „Adaptive Schule“ am ehesten „Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“ (ETM 05a), so dass wir dieses Therapiemodul der Arbeitstherapie zugeordnet haben.

## 7.2 Somatische Medizin

### 7.2.1 Diagnosephase

Die Diagnostikphase zu Beginn der Therapie dient der Erstellung einer ganzheitlichen Diagnose sowie dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als Grundlage jeder Therapie.

Die allgemeinmedizinisch-neurologische Aufnahmeuntersuchung erfolgt unter besonderer Beachtung von:

- Erkrankungen des peripheren Nervensystems,
- Erkrankungen der Leber,
- Erkrankungen des Blutes bzw. der blutbildenden Organe,
- Verletzungsfolgen (Schmerzreduktion durch Opiate),
- Zahnstatus.

Bei Bedarf wird die körperliche Untersuchung durch eine apparative Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Hagenow, den HELIOS Kliniken Schwerin oder Fachärzten der Umgebung durchgeführt.

Die psychiatrische Diagnostik dient der Beurteilung der Persönlichkeit hinsichtlich eventuell vorliegender schwerer Persönlichkeitsabnormitäten. Hierbei gilt besondere Beachtung:

- zykliden Psychosen,
- organischen Psychosen,
- symptomatischen Psychosen, insbesondere drogeninduzierten Psychosen und deren Residualzustände,
- Suizidalität.

Zusammenfassend erfolgt die Beurteilung, ob und in welcher Weise der Patient in der Lage ist, aktiv gestaltend an den Therapieangeboten teilzunehmen. Das Ergebnis ist Bestandteil der ganzheitlichen Diagnose.

Bei der psychologischen Diagnostik erfolgt die Anwendung der anerkannten und erforderlichen Verfahren der Persönlichkeitsdiagnostik. Erforderlichenfalls werden entsprechende psychologische Testverfahren indikationsbezogen eingesetzt. Bei

begründetem Verdacht erfolgt die Abklärung entsprechender Hirnleistungsschwäche mittels Hirnleistungsdiagnostik.

Zentral für die Erstellung der psychologischen Diagnose ist das vertrauensvolle Gespräch, welches sich oft mehrphasig gestaltet und zu einer Arbeitsdiagnose, ggf. Differentialdiagnosen, führt. Inhaltlich folgen die Gespräche den Prinzipien der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“, einem Diagnostikinstrumentarium, welches als Gemeinschaftsarbeit der Universitäten Innsbruck, Heidelberg, Mainz und Rostock entwickelt wurde. Die daraus folgende Beurteilung ist ebenfalls Bestandteil der ganzheitlichen Diagnose, stellt sich jedoch meist als prozesshaftes Geschehen dar.

Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei:

- Prozesstrukturen des Lebenslaufes,
- biografische Leidensprozesse,
- biografische Ablaufmuster und Handlungsschemata,
- sexuelle und partnerschaftsbezogene Entwicklung,
- persönlichkeitsbezogene Problematiken in Schule und Arbeitsbereich.

Die Analyse der sozialen Anamnese ergänzt in wichtiger Weise die Teilhabebezogenheit der ganzheitlichen Diagnose.

Im Fokus stehen dabei:

- Arbeits- und Berufsanamnese,
- Erhebung der konkreten sozialen Situation und deren Entwicklung,
- konkrete Erhebung der Wohn- und Lebensverhältnisse,
- Erhebung der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung,
- Bezugspersonen, Partnerschaft,
- Teilnahme am kulturellen Leben,
- Behördenangelegenheiten, inklusive gerichtliche Angelegenheiten,
- finanzielle Situation.

Im Anschluss an die Erstellung einer Arbeitsdiagnose erfolgt die Bearbeitung eines Therapieplanes, welcher den individuellen Problematiken des Patienten Rechnung trägt.

Eine umfangreiche Abschlussuntersuchung/Abschlussgespräch bildet eine Grundlage für das abschließende sozialmedizinische Gutachten.

## 7.2.2 Medizinische Betreuung

Die regelmäßige medizinische Betreuung wird größtenteils durch die tägliche Arztsprechstunde sowie die Möglichkeit der Patienten, bei akuten körperlichen Beschwerden sowie in Konfliktsituationen den Arzt auch außerhalb der Sprechzeiten aufzusuchen, sichergestellt.

Bei Bedarf werden ggf. Arztbesuche bei niedergelassenen Ärzten aller Fachbereiche, insbesondere den Fachbereichen Allgemeinmedizin und Zahnmedizin, organisiert. Dabei verordnete Medikationen werden vom Arzt bzw. von der Krankenschwester überwacht und realisiert, gleiches gilt für vom eigenen medizinischen Bereich verordnete Medikamente.

Es erfolgen regelmäßige Visiten als Einzelvorstellungen und als Gruppensitzungen.

Bei spezifischen somatischen auftretenden Erkrankungen, welche einer speziellen weiterführenden Diagnostik und Behandlung bedürfen, besteht eine funktionierende, jahrelange Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Hagenow, den HELIOS Kliniken Schwerin sowie Fachärzten aller Fachbereiche in der näheren Umgebung der Klinik.

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ verfügt über ein Notfallmanagement. Neben den medizinischen Mitarbeitern sind dabei alle Mitarbeiter durch entsprechende Lehrgänge in die Lage versetzt worden, bei medizinischen Notfällen Erste Hilfe zu leisten. Darüber hinaus ist die Fachklinik „Schloss Tessin“ in das regionale Versorgungsnetz der medizinischen Notfälle integriert, welches gewährleistet, dass bei medizinischen Notfällen in 15 bis 20 Minuten Hilfe geleistet werden kann.

Außerdem steht ein täglicher (24 Stunden) medizinischer Hintergrunddienst zur Verfügung, der bei Bedarf in ca. 30 Minuten vor Ort sein kann. Gleiches gilt für einen psychotherapeutischen Hintergrunddienst.

Zur medizinischen Betreuung gehören auch Vorträge für jeweils alle Patienten zum Thema Gesundheitserziehung, d. h. Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen, wie Theorien zur Suchtentwicklung, Theorien zur Persönlichkeitsentwicklung, Vorstellung des Behandlungskonzeptes, Vermittlung von spezifischem Krankheitswissen über Infektionskrankheiten, wie Hepatitis C, HIV (weiter siehe edukative Therapieangebote und indikativen Gruppen).

### **7.2.3 Edukative Therapieangebote**

Durch eine krankhafte Wertverschiebung bei Drogenabhängigen zeigt sich häufig ein gesundheitliches Risikoverhalten, welches als solches von den Patienten nicht wahrgenommen wird. Dementsprechend werden Vorträge in Gruppen- und Einzelgesprächen mit folgenden Themen angeboten:

- Ernährungsberatung,
- Sexualhygiene,
- Raucherentwöhnung,
- erholsamer Schlaf,
- Alkohol, Drogen und die körperlichen Folgen,
- Anabolikamissbrauch.

### **7.2.4 Hygiene**

Zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Hygieneordnung sind umfangreiche Maßnahmen erforderlich, welche dem medizinischen Bereich obliegen. Diese sind in einer zertifizierten (2008) Hygieneordnung zusammengefasst. Es erfolgen regelmäßige Kontrollen durch das Landeshygieneinstitut.

Die hygienischen Belange obliegen dem ärztlichen Bereich in Zusammenarbeit mit der hygienebeauftragten Schwester.

## **7.3 Psychotherapie**

### **7.3.1 Vorbemerkung**

Der gesamte Rehabilitationsprozess mit allen Interventionen zielt auf einen Veränderungsprozess, das heißt auf verändertes Denken, verändertes Handeln und verändertes Fühlen, ab. Damit stellt der gesamte Rehabilitationsprozess letztlich Psychotherapie dar. Das folgende Kapitel fasst daher eher die so genannten traditionellen Elemente der Psychotherapie zusammen. Spezifische Psychotherapie, die vom Bezugstherapeuten geleitete Psychotherapie, findet in Form von Gruppengesprächen und in Form von Einzelgesprächen statt. Beide



Vorgehensweisen stellen dabei Elemente eines einheitlichen Prozesses bei der Verfolgung der individuellen Therapieziele dar.

In der Fachklinik „Schloss Tessin“ werden psychodynamisch-psychoanalytische Interventionen mit verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsverfahren sinnvoll miteinander kombiniert. Die Wichtung der Therapieverfahren orientiert sich dabei am Einzelfall und nicht an grundsätzlichen theoretischen Erwägungen.

### **7.3.2 Bezugsgruppentherapie**

Die Bezugsgruppentherapie wird psychodynamisch-analytisch und verhaltenstherapeutisch orientiert durchgeführt. Sie findet 4- bis 5-mal pro Woche (90 Minuten) statt. Die Teilnehmergröße beträgt bis 8 Patienten. Jede Gruppe wird von einem Bezugstherapeuten geleitet. Die Bezugsgruppen werden als so genannte „halboffene“ Gruppen, in denen ausscheidende Patienten durch neue Patienten ersetzt werden, geführt. Der Vorteil von „halboffenen“ Gruppen gegenüber den so genannten „geschlossenen“ Gruppen besteht in der Möglichkeit, individuell unterschiedlich lange Therapiedauern in Abhängigkeit von der Problematik des Patienten problemlos für die Gruppendynamik zu gewährleisten sowie in der Möglichkeit einer besseren Auslastung der Behandlungsplätze. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass neu in die Gruppe kommende Patienten Orientierung durch Vorbildwirkung so genannter „älterer“ Patienten erhalten.

Durch die Führung der Bezugsgruppen als so genannte gemischte Gruppen mit Frauen und Männern wird die Therapie der Sozietät außerhalb der Klinik nahe durchgeführt und eröffnet so alle Möglichkeiten der Projektion.

Weiterhin wird durch unser Bezugsgruppensystem die wichtige Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg im Sinne der o. g. Therapieziele, die Schaffung einer vertrauensvollen und belastbaren therapeutischen Beziehung im klar strukturierten schützenden Rahmen der Klinik gewährleistet.

Innerhalb der Bezugsgruppe werden dabei alle anstehenden Fragen des täglichen Miteinanders in der Einrichtung besprochen und geklärt, wobei die Gruppe modellhaft nicht nur einen Familienverband, sondern auch darüber hinausgehende

soziale Bezüge repräsentiert. Durch Übertragungsprozesse reagiert der Patient, unterstützt durch den langzeitigen Kontakt, insbesondere zum Gruppentherapeuten, zunehmend emotional wie in den genannten Sozietäten, so dass Wünsche und Bedürfnisse rational zugänglich gemacht werden können. Durch neue Beziehungserfahrungen hat der Patient so die Möglichkeit, pathologische Anteile im Entwicklungsprozess der Persönlichkeit zu korrigieren, indem er letztlich ein positives Objekt internalisiert und nach einer intendierten Ablösung unabhängig vom Therapeuten als Persönlichkeitsanteil in sich trägt.

### **7.3.3 Cannabisgruppe**

Patienten mit krankhaftem Cannabiskonsum stellen häufig besondere Anforderungen an das Hilfesystem wegen meist eher flacher bzw. ambivalenter Motivationslage, dem häufig bestehenden Amotivationssyndrom sowie des häufig jugendlichen Alters. Wir behandeln diese Patienten als so genannte „Cannabisgruppe“, d. h. in der Gruppe IV, in der „Alten Kirche“, die etwas abseits vom Haupthaus positioniert ist.

Neben den beschriebenen Behandlungselementen kommen dabei Elemente des CANDIS-Programms, welches in den Jahren 2004 bis 2007 im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten klinischen Interventionsstudie an der Technischen Universität Dresden entwickelt und umfassend evaluiert wurde.

Obwohl das CANDIS-Programm für die ambulante Behandlung entwickelt wurde, lassen sich Elemente sehr gut in die stationäre Behandlung integrieren.

### **7.3.4 Einzeltherapie**

Die Einzelgespräche stellen nicht eine Ergänzung der Gruppentherapie dar, sondern sind unverzichtbarer Bestandteil des Gesamtprozesses. Die Einzelgespräche finden durchschnittlich einmal pro Woche statt, die Frequenz ist jedoch variabel und passt sich dem inhaltlichen Therapieverlauf an. Sie können vom Bezugs- oder Co-Therapeuten intendiert oder vom Patienten eingefordert werden.

Die Einzelgespräche werden vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert geführt, wobei in erster Linie Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung zur Anwendung kommen und soziales Kompetenztraining zur Anwendung in der Bezugsgruppe vorbereitet wird.

Im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie werden initial fehlerhafte, automatisierte Denkvorgänge bewusst gemacht und einer eingehenden Überprüfung unterzogen. Hierbei soll dem Patienten die Subjektivität der Schlussfolgerungen vermittelt und einer Neubewertung ihrer Angemessenheit zugeführt werden.

Damit wird den Patienten die Korrektur irrationaler Einstellungen und problematischer Verhaltensweisen möglich. Die im Einzelgespräch erarbeiteten korrigierten Einstellungen kann der Patient dann in konkretes Handeln transferieren und in der Gruppensituation auf Effektivität und Belastbarkeit hin überprüfen.

Während einer Psychotherapie kommt es regelhaft zu verschiedenartigen Krisensituationen, so dass die motivierende Gesprächsführung nicht nur in der Anfangsphase der Therapie zum Einsatz kommt. Dabei werden Ambivalenzkonflikte strukturiert thematisiert und einer intrinsischen Motivation zugeführt.

Die technische Umsetzung einzelner Behandlungsansätze in der Einzel- und Gruppentherapie erfolgt nach den Grundsätzen der Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers.

In der Psychotherapie werden gestützt durch unser klinikinternes Kommunikationssystem alle therapielevanten Informationen aufgegriffen und entsprechend der gestellten Therapieziele kommuniziert.

## **7.4 Arbeitstherapie**

Die Arbeitstherapie stellt wegen ihrer an der Teilhabe am Arbeitsleben bezogenen Ausrichtung einen zentralen Bereich einer medizinischen Rehabilitation dar.

Nach unserem Verständnis stellt die Basis für eine erfolgreich durchgeführte Arbeitstherapie die Vermittlung des Verständnisses dar, dass Erwerbstätigkeit nicht nur der materiellen Versorgung dient, sondern ein wichtiges sinnstiftendes Element des Lebens sein kann, das heißt, dass es darauf ankommt, den richtigen Platz im Bereich der Erwerbstätigkeit entsprechend den eigenen Fähigkeiten und Neigungen mit Nachdruck anzustreben und es nicht nur darum geht, „irgendeinen“ Arbeitsplatz

zu besetzen. Wir vermitteln daher unseren Patienten, dass es lohnenswert ist, sich auch längerfristige Ziele hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit zu stellen und somit gleichzeitig längerfristige Abstinenz zu motivieren.

Diese Sichtweise halten wir für angemessen, da bei den meisten unserer Patienten besonders im Zeitraum der letzten Schuljahre und damit des Zeitraums der Berufswunschentwicklung mit entsprechender Einleitung von Bildungswegen durch die Suchterkrankung und die damit verbundene pathologische Werteverchiebung diese Entwicklung praktisch nicht stattgefunden hat.

Davon ausgehend wird deutlich, dass sich die Behandlung nicht auf die Überwindung der Drogenabhängigkeit und der dazugehörigen comorbiden psychischen Störungen beschränken kann, sondern dass ein teilhabebezogener ressourcenorientierter Entwicklungsprozess ohne Drogen angestoßen werden muss, der zeitlich weit über die eigentliche Suchtbehandlung hinausreicht.

Eine weitere wichtige Basis unseres therapeutischen Handelns ist die realitätsbezogene Ausrichtung.

### 7.4.1 Ausgangssituation

- Die Realität ist, dass nahezu hundert Prozent unserer Patienten arbeitslos sind.
- Der weitaus überwiegende Anteil davon war noch nie oder noch nicht über längere Zeit in einen geregelten Arbeitsprozess integriert.
- Eine abgeschlossene Berufsausbildung können die meisten unserer Patienten nicht vorweisen.
- Die meisten Patienten haben eine oder mehrere Lehrausbildungen abgebrochen.
- Gleiches gilt für die Maßnahme „Berufsvorbereitendes Jahr“.
- Die meisten unserer Patienten haben keine abgeschlossene Schulausbildung, meist Abgangszeugnisse der 7. bis 9. Klasse.
- Das abrufbare schulische Wissen entspricht inhaltlich häufig dem der 5. bis 6. Klasse.
- Bei vielen unserer Patienten besteht Hoffnungslosigkeit hinsichtlich eines für sie angemessen empfundenen Arbeitsplatzes.
- Daraus entsteht häufig eine Abwehrhaltung gegen jegliche Art von Arbeitsaufnahme.
- Bei Patienten der „Cannabisgruppe“ besteht häufig ein hirnorganisches Psychosyndrom in Form eines so genannten „Amotivationssyndroms“.
- Bei den meisten unserer Patienten fehlen Basisfertigkeiten, wie Pflichtgefühl, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Frustrationstoleranz usw.
- Die meisten unserer Patienten sind mindestens normintelligent, teilweise hochintelligent.

Demgegenüber steht ein Arbeitsmarkt, der immer weniger Arbeitsplätze für Gering- oder Nichtqualifizierte zur Verfügung hat.

Dementsprechend richten wir unsere therapeutischen Maßnahmen vorwiegend darauf aus:

- den Patienten in den ersten Monaten aus der Beziehung zum Arbeitstherapeuten heraus an Arbeitsaufgaben heranzuführen,

- den Patienten durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen einen positiven Zugang zur Arbeit bzw. zur schulischen Weiterentwicklung zu ermöglichen,
- den Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, ihre Fähigkeiten realistisch einschätzen zu lernen, aber auch Neigungen und Abneigungen im Arbeitsbereich kennen zu lernen,
- Basisfertigkeiten zu trainieren.

Diese Zielsetzungen, die man als „Steigerung der psychischen Leistungsfähigkeit“ zusammenfassen kann, werden ergänzt durch die Zielsetzung der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Die Vermittlung von Fachkompetenz dient dabei in erster Linie der Vermittlung von Freude an der Arbeit, dem Erlangen von Erfolgserlebnissen und der Selbstwertsteigerung und ist weniger Selbstzweck.

Letztlich dienen die Beobachtungen der Arbeitstherapie der sozialmedizinischen Beurteilung. Dazu wird bei jedem Patienten am Anfang und am Ende der Rehabilitationsbehandlung eine strukturierte arbeitsmedizinische Diagnose erstellt, um zur Berichterstattung, aber auch für den Patienten ersichtlich, eine Entwicklung darstellen zu können.

In der Fachklinik „Schloss Tessin“ benutzen wir dafür das „Merkmalsprofil zur Eingliederung Behinderter in Arbeit“ (MELBA).

Das MELBA-System (Kleffen et al., 1997) bietet die Möglichkeit, das subjektive Fähigkeitsprofil eines Patienten mit dem objektiven Anforderungsprofil seiner letzten Tätigkeit oder anderen Tätigkeiten, z. B. Berufswünschen, mit seinem tatsächlichen Arbeitsverhalten und Möglichkeiten im Rahmen der Arbeitstherapie in Beziehung zu setzen. Beurteilt werden 29 Merkmalskomplexe, wie kognitive Merkmale (z. B. Arbeitsplanung, Arbeitsorganisation), soziale Merkmale (z. B. Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit), die Arbeitsausführung (z. B. Sorgfalt), die Psychomotorik (z. B. Feinmotorik) und Kommunikations- und Kulturfähigkeiten (z. B. Rechnen, Lesen).

## 7.4.2 Arbeitstherapiebereiche

### - Regelarbeitstherapie

Die Regelarbeitstherapie findet 2-mal pro Woche statt.

Die Zuordnung zu den einzelnen Arbeitsbereichen kann auf Wunsch der Patienten erfolgen, wird aber meist nach Absprache mit dem Gruppentherapeuten durch den Arbeitstherapeuten festgelegt. Am Ende jeder Arbeitstherapie erfolgt eine therapiezielorientierte Auswertung durch den Arbeitstherapeuten.

Die *Holzwerkstatt* ist mit modernen Maschinen ausgerüstet, an denen die Patienten nur unter Anleitung arbeiten dürfen. Es werden Reparaturarbeiten für im Haus- und Gartenbereich durchgeführt, bevorzugt werden aber Projektarbeiten, in welchen die Patienten über einen längeren Zeitraum ein Arbeitsziel verfolgen. Beim Arbeiten in der Holzwerkstatt sind keine oder nur geringe Vorkenntnisse erforderlich, so dass sich das Arbeiten mit Holz sehr gut eignet, Patienten an eine Arbeit heranzuführen.

Das Arbeiten mit Holz ist materialbedingt besonders geeignet, Freude an der Arbeit zu vermitteln.

Das Arbeiten in der *Metallwerkstatt*, wo ebenfalls Reparaturarbeiten durchgeführt werden sowie kleinere Projektarbeiten möglich sind, erfordert einen höheren Grad an Vorkenntnissen, so dass sich die Arbeitstherapie in der Metallwerkstatt eher dazu eignet, Patienten, die eine entsprechende Lehre abgebrochen haben oder in einem entsprechenden Beruf krankheitsbedingt im Arbeitsprozess gescheitert sind, erlernte Fähigkeiten wieder aufzufrischen bzw. zu erweitern.

Die *Fahrradwerkstatt* stellt einen eigenen Werkstattbereich dar. Beim Arbeiten in diesem Bereich sind, weil sicherheitsrelevant, höhere Vorkenntnisse erforderlich als in der Metallwerkstatt, insbesondere allgemein handwerkliche Fähigkeiten und ein gewisses Maß an technischem Verständnis. Am Ende jeder Arbeitstherapie erfolgt eine Auswertung durch den Arbeitstherapeuten.

Der Bereich *Parkpflege* stellt zumindest größtenteils höhere Anforderungen an die körperliche Belastbarkeit und dementsprechend Entwicklungsmöglichkeiten.

Durch das Erfordernis des Umgangs mit Motorsägen, Motorsensen und Rasentraktor kann auch technisches Verständnis bzw. Umgang mit Technik, Eigenverantwortung und Arbeitsorganisation trainiert werden.

Bei schlechtem Wetter werden ggf. hauswirtschaftliche Arbeitsbereiche besetzt, um nicht eine Demotivation hervorzurufen.

Der Bereich *Tierpflege* (Pferde, Ziegen, Meerschweinchen) ist ebenfalls geeignet, das Verantwortungsgefühl der Patienten zu fördern, da eine ständige Versorgung auch außerhalb der Arbeitstherapiezeiten erforderlich ist. Als förderndes Element wird dabei die Beziehung zum Tier eingesetzt.

Dieser Arbeitsbereich bietet auch Trainingsmöglichkeiten im körperlichen Bereich, da hier teilweise leichte, aber auch mittelschwere und schwere körperliche Anstrengungen erforderlich sind.

Der Bereich *Hauswirtschaft* ist organisatorisch der Arbeitstherapie zugeordnet, dient aber inhaltlich eher dem Training sozialer Verhaltensweisen mit der Vermittlung an der Freude beim Schaffen einer persönlichen Umgebung, welche geeignet ist, sich wohl zu fühlen.

In diesem Arbeitsbereich hat der Patient auch Gelegenheit seine Frustrationstoleranz zu entwickeln. Der Bereich Hauswirtschaft wird von einer Arbeitstherapeutin geleitet.

Der Bereich *Ergotherapie* ist ebenfalls organisatorisch der Arbeitstherapie zugehörig, wird von uns aber inhaltlich eher einer indikativen Gruppe zugeordnet, in welcher durch Gestaltung von Bildern und Materialien durch künstlerische Techniken eine Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und Emotionen, Förderung der Impulskontrolle sowie die Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen im Vordergrund stehen. Der Bereich Ergotherapie wird von einer ausgebildeten Ergotherapeuten geleitet.



- Schule

Der Unterricht wird durch einen Diplomlehrer durchgeführt.

Die Schule findet zweimal wöchentlich statt und wird durch zielgerichtete Hausaufgaben mit entsprechenden Arbeitsmaterialien ergänzt. Die Zielsetzung der Schule bewegt sich hauptsächlich auf zwei Ebenen.

Die *erste Ebene* beinhaltet das Heranführen der Patienten an einen schulischen Lernprozess.

Die vorhandene schulische Leistungsfähigkeit der Patienten ist häufig mit Scham verbunden, außerdem haben die Patienten häufig ihre schlechten schulischen Leistungen und ihre durch ihre Persönlichkeitseigenschaften negative Kontakterfahrungen in Erinnerung. Hier gilt es vor allem den Patienten glaubhaft Verständnis entgegenzubringen und die Ursachen dieser negativen Erfahrungen als suchtkrankheitsbedingt zu identifizieren und bewusst zu machen.

Wichtig ist weiterhin, der teilweise vorhandenen Hoffnungslosigkeit und Selbstunsicherheit hinsichtlich der Fähigkeit des Erlernens von Lehrinhalten zu begegnen. Hier ist eine ständige Motivationsarbeit erforderlich.

Die *zweite* sich bedingende *Ebene* ist die direkte Wissensvermittlung, welche vom individuellen Entwicklungsstand jedes Einzelnen ausgehen muss. Dieser wird durch ein computergestütztes Erhebungsprogramm in den Fächern Mathematik und Deutsch erhoben und mit den Patienten besprochen. Die Wissensvermittlung erfolgt dann individuell auf den unterschiedlichen Wissensstufen.

- Projektwoche

Die Projektwochen finden drei- bis viermal im Jahr statt, so dass jeder Patient endlich an mindestens einer Projektwoche teilgenommen hat.

Die Patienten arbeiten dabei in allen Arbeitstherapiebereichen, wobei die Zuordnung in der Zeit der Projektwoche möglichst in dem Bereich erfolgt, welchen der einzelne Patient jeweils mit seiner beruflichen Zukunft am ehesten in Verbindung bringt.

Wir wollen mit den Projektwochen eine größere Realitätsnähe hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit herstellen und gehen davon aus, dass die o. g. Therapieziele so besser realisierbar sind.

Besonders geeignet ist diese Vorgehensweise zur besseren Beurteilung der arbeitsmedizinischen Parameter.

Die Projektwoche beginnt und endet mit einer Gruppenveranstaltung. Außerdem erfolgt auch hier am Ende jeden Arbeitstages eine Auswertung in den einzelnen Arbeitsbereichen.

## 7.5 Soziotherapie

Die Soziotherapie dient in besonderer Weise dem alltagsbezogenen praktischen Training sozialer Kompetenzen.

- Für die meisten Bereiche des gemeinsamen Alltags in der Klinik ist ein System von verantwortlichen Patienten entwickelt worden. Den Verantwortlichen ist jeweils ein Stellvertreter zugeordnet.

Es gibt Gruppen-, Essen-, Sport-, Spiele-, Fernseh-, Blumen-, Pferdecrew-, Hundecrew-, Waschküchen-, Fahrrad- und Patengruppenverantwortliche sowie einen Patient vom Dienst.

Dabei hat jeder „Verantwortliche“ einen definierten Aufgabenbereich, über den er belehrt wird. Die Einsetzung erfolgt nach einer entsprechenden schriftlichen Bewerbung mit Begründung durch den Bezugstherapeuten, kann aber auch vom Bezugstherapeuten aus therapeutischen Erwägungen ohne entsprechende Bewerbung geschehen.

Jeder Patient wird im Laufe seiner Behandlung in mehreren Verantwortungsbereichen eingesetzt. Die sich aus den Tätigkeitsbereichen ergebenden Konflikte werden öffentlich in Großgruppen (Gongrunden) ausgetragen und fördern so die Fähigkeiten sozialen Zusammenlebens zusätzlich.

- Heimfahrten verstehen und vermitteln wir als Realitätstraining, was sich auch im Sprachgebrauch „Rea-Training“ äußert. Sie werden entsprechend den Vorgaben der Kostenträger gewährt, müssen aber therapeutischen Aspekten genügen.

Die „Heimfahrten“ werden schriftlich beantragt, wobei dem Antrag eine detaillierte Planung der Aktivitäten beigefügt sein muss. Der Antrag wird dann zuerst in der Bezugsgruppe verteidigt und begründet, wobei die Rückmeldung jedes einzelnen Patienten protokolliert wird. Erst dann entscheidet der Gruppentherapeut über die Gewährung aus therapeutischer Sicht und erteilt ggf. zusätzlich Aufgaben welche der Patient im Realitätstraining zu erledigen hat und ggf. während des Rea-Trainings telefonisch rückmeldet.

Nach Wiederkehr in die Fachklinik „Schloss Tessin“ wird das Rea-Training in einer Kleingruppe unter Anfertigung eines Protokolls ausgewertet. Komplikationen werden ggf. in der Bezugsgruppe besprochen und ausgewertet.

- Die Kultur- und Freizeitaktivitäten werden ebenfalls schriftlich beantragt. Dabei unterstützen wir die Aktivitäten auch finanziell, da wir davon ausgehen, dass jede Aktivität, die frei von Drogenkonsum, in der Lage ist, Lebensfreude zu vermitteln, unterstützenswert ist. Dabei handelt es sich außerhalb des Hauses meist um Ausflüge in die Städte der Umgebung zur Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, aber auch Museumsbesuche, Besuche von Sportveranstaltungen, gemeinsamer Besuch von Freizeitparks, aber auch Strandbesuche an der Ostsee usw.

Die Kultur- und Freizeitaktivitäten werden vom Gruppentherapeuten oder von anderen Mitarbeitern begleitet und als Begegnung in der Bezugsgruppe thematisiert.

Im Haus können Fernsehabende mit vom Hause ausgesuchten Filmen, Spielabende, Volleyballturniere, Fußballturniere, Tischtennisturniere, Diskoabende usw. durchgeführt werden.

- Die Haus- und Zimmerreinigung findet täglich und an den Wochenenden samstags statt. Hier reinigen die Patienten ihre Zimmer und ihre Bereiche nach vorgegebenen Handlungsplänen und hygienischen Gesichtspunkten. Der zeitliche Rahmen ist dabei vorgegeben, im Anschluss wird das Ergebnis vom Arbeitsbereich Hauswirtschaft bzw. dem PVD oder Gruppensprecher kontrolliert.

- Es finden regelmäßig bezugsgruppenorientierte Back- und Kochkurse statt, in welchen den Patienten praktische Grundlagen hinsichtlich einer gesunden und preiswerten Ernährung vermittelt werden. Die Back- und Kochkurse werden von einer erfahrenden Ökotrophologin durchgeführt, welche auch in Vorträgen theoretische Kenntnisse vermittelt und zusätzlich in Einzelgesprächen krankheitsspezifische Ernährungsberatung tätigt.

- Zweimal pro Woche wird ein Einzel- bzw. Gruppen-Hundetraining durch eine Hundetrainerin durchgeführt. Das Hundetraining findet außerhalb der Therapiezeiten statt.

Der Umgang mit den Hunden stellt für einen großen Teil unserer Patienten normalen Alltag dar, dessen Bewältigung durch eine nicht tiergerechte Beziehung zu ihrem Hund häufig beeinträchtigt, teilweise von diesem dominiert wird. Die Patienten lernen hier, dem Hund eine angemessene, tiergerechte Stellung im Alltagsleben zu vermitteln, was letztlich zur Alltagsbewältigung der Patienten beiträgt.

- Wie im Arbeitsleben und auf anderen sozialen Ebenen, so auch in Partnerschaften, kann es im täglichen Zusammensein zu Konflikt- und Krisensituationen kommen. Ein unsachgemäßer Umgang damit führt regelhaft zu Spannungszuständen in den jeweiligen Sozietäten, behindert so an einer entsprechenden Teilhabe und stellt letztlich eine Rückfallgefahr dar.

Deshalb haben die Patienten zu jeder Tages- und Nachtzeit das Recht, die Großgruppe mittels Schlagen auf einen Gong (Gongrunde) und mindestens einen diensthabenden Therapeuten in akuten Krisensituationen zusammenzurufen. Dabei wird dem Patienten ein Ich-bezogener erfolgsorientierter Umgang mit Konflikt- und Krisensituationen und die Erfahrung vermittelt, dass das Ansprechen von Problemen insgesamt günstige Auswirkungen auf jegliches soziales Leben haben kann.

## 7.6 Sport- und Bewegungstherapie

Gezielte und angemessene sportliche Bewegung fördert letztlich alle teilhabebezogenen Zielsetzungen der Rehabilitationsbehandlung. Die Sport- und Bewegungstherapie wird von unserer Sporttherapeutin angeleitet und überwacht.

Durch die krankheitsbedingte Bewegungsarmut der Patienten geht es aber in erster Linie bei den sport- und bewegungstherapeutischen Angeboten um die Konditionierung des Herz-/Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates als grundlegende Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben. Dementsprechend wird die Sport- und Bewegungstherapie in besonderem Maße ärztlich supervidiert bzw. intendiert.

Außer der Wiederherstellung und Verbesserung der psychischen Leistungsfähigkeit dient die Sport- und Bewegungstherapie der Wiederbelebung und Aktivierung verschütteter sportlicher Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen und regt somit die Fähigkeit sinnvoller Freizeitgestaltung und die Vermittlung positiven Körpergefühls an.

Besonders regen wir die sportliche Tätigkeit in Gruppen an, weil dies zusätzlich soziale Fähigkeiten, wie Kommunikationsfähigkeit, Frustrationstoleranz und die Knüpfung sozialer Kontakte anregt.

In der Regelsporttherapie wird Volleyball, Völkerball, Tischtennis als Turnier, Federball als Turnier, körperbezogene und geschicklichkeitsbezogene Kampfspiele als Turnier sowie Radfahren in der Gruppe angeboten.

Außerdem findet einmal im Monat für jede Gruppe Bogenschießen durch einen ausgebildeten Bogenschießlehrer statt. Beim Bogenschießen wird in besonderer Weise die Konzentrationsfähigkeit und die Sensibilität für den eigenen Körper gefördert.

In der Freizeit stehen den Patienten ein Fußballplatz, ein Beachvolleyballplatz, ein gut ausgerüsteter Fitnessraum, Federball- und Tischtennismöglichkeiten, ausreichend Fahrräder sowie eine Laufstrecke im weitläufigen Gelände des Parks zur Verfügung.

Im Winter steht den Patienten über einen Kooperationsvertrag eine Sporthalle im 10 km entfernt gelegenen Wittenburg stundenweise zur Verfügung.

Unsere Patienten nehmen regelmäßig an Fußball- und Volleyballturnieren außerhalb der Klinik teil.

## 7.7 Sozialarbeit

Sozialarbeit bedeutet in der Fachklinik „Schloss Tessin“ „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Viele unserer Patienten haben in den letzten Monaten, teilweise Jahren behördliche Angelegenheiten krankheitsbedingt vernachlässigt oder gänzlich brach liegen lassen. Das hatte meist zusätzlich Ängste zur Folge, welche verdrängt werden mussten und zu zusätzlichen inneren Spannungen führten, welche wiederum die „Notwendigkeit“ des Drogenkonsums festschrieb.

Die Sozialarbeiter bieten unseren Patienten Hilfe bei:

- Beantragung von Sozialleistungen,
- Prüfung der bestehenden Ansprüche,
- Wohnungsangelegenheiten,
- Regelung des Krankengeldes,
- familienrechtliche Angelegenheiten,
- Beratung bezüglich Schuldenregulierung, ggf. Aufstellen eines Haushaltsbuches,
- Vermittlung in Schuldnerberatungsstellen,
- weiter siehe „Indikative Therapieangebote“.

Da die meisten unserer Patienten eine stationäre Nachsorge, meist eine Adaptionsbehandlung, in Anspruch nehmen, erfolgt die Aufklärung bzw. Beratung des Patienten über die Möglichkeiten der Nachsorge, ggf. Vermittlung in entsprechende Nachsorgeeinrichtungen, das heißt Kontaktaufnahme mit möglichen Einrichtungen, Unterstützung bei der Bewerbung und Abstimmung des nahtlosen Überganges von Entlassung in stationäre Nachsorgeeinrichtungen. Die Antragstellung beim Kostenträger erfolgt im Namen des Patienten bei uns.

Diese Aktivitäten beginnen meist in den letzten beiden Monaten der Rehabilitationsbehandlung und konzentrieren sich gegen Ende der Behandlung, wobei die Patienten dann im Regelfall zwei bis drei Wochen vor Therapieende in der sogenannten Entlassgruppe zusammengefasst sind. Die o.g. Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie findet größtenteils in Einzelkonsultationen statt.

In der Entlassgruppe erarbeitet jeder Patient in Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit wöchentlich einen individuellen Therapieplan welcher seinen persönlichen

Erfordernissen entspricht. Pflichtveranstaltungen sind in dieser Zeit lediglich die Arbeitstherapie bzw. die Großgruppenveranstaltungen sowie eine wöchentlich stattfindende Zusammenkunft der Entlassgruppe zum Erfahrungsaustausch. Die Gruppe wird durch eine Sozialarbeiterin unter Beratung des leitenden Arztes und des Gruppentherapeuten geführt.

## **7.8 Indikative Therapieangebote**

Um der Vielfalt der mit einer Drogensucht einhergehenden psychischen oder sozialen Probleme in der Therapie ausreichend gerecht werden zu können, machen wir indikative Therapieangebote zu einzelnen Problembereichen. Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung nimmt ein Patient in der Regel mehrere für ihn relevante indikative Therapieangebote nacheinander in Anspruch. Die Umsetzung erfolgt bezugsgruppenübergreifend in Gruppen oder als Einzeltherapie.

### **7.8.1 Frauengruppe**

Frauen weisen häufig eine spezielle, geschlechtsgebundene Abhängigkeitsentwicklung auf. Diese steht sehr häufig im Zusammenhang mit frauenfeindlichen Strukturen, in denen sie meist bereits aufgewachsen sind und später gelebt haben. Teilweise steht die Suchtentwicklung mit sexuellem Missbrauch im Kindesalter, Vergewaltigungen, Misshandlungen und Beschaffungsprostitution in engem Zusammenhang. Das führt letztlich zu einer negativen Beeinträchtigung des meist ohnehin geschädigten Selbstwertgefühls und bietet so Raum für die Entwicklung einer Vielzahl von pathologischen Bewältigungsmechanismen, auch einer Suchtentwicklung.

In der Bezugsgruppe können solche Problembereiche, da sie scham- und angstbesetzt sind, häufig nur angerissen werden. In einem besonders geschützten Rahmen, ohne männliche Mitpatienten, mit einer weiblichen Therapeutin fällt dies oft leichter.

Ziel der Intervention ist eine psychische Entlastung, die Entwicklung einer positiven Identität als Frau und damit verbundenem selbstsicheren Rollenverhalten als Frau, teilweise Abgrenzung vom männlichen Geschlecht, teilweise aber auch Verbesserung der Kontaktfähigkeit zum männlichen Geschlecht.

Die Verbesserung der Körperwahrnehmung und die Entwicklung eines positiven Körpergefühls werden zusätzlich in der Sport- und Bewegungstherapie intendiert. Die Frauengruppe ist inhaltlich eng verbunden mit der „Essgestörtengruppe“.

### **7.8.2 Selbstsicherheitstraining in der Praxis**

Die im sozialen Kompetenztraining in der Bezugsgruppe, das heißt im geschützten Rahmen unter therapeutischer Kontrolle erreichten Fortschritte in Bezug auf Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen und Kontaktfähigkeit bedürfen einer Erprobung unter realen Bedingungen. Hierzu dienen Realitätstrainings (Heimfahrten, Ausgänge), aber auch in Gruppen- oder als Einzeltherapie durchgeführte Aufgabenstellungen mit zunehmendem Schwierigkeitsgrad und der dazugehörigen anschließenden Aufarbeitung unter Kontrolle des Therapeuten bzw. ohne direkte therapeutische Begleitung.

Dieses Angebot wird Patienten, die keine Adaptionstherapie in Anspruch nehmen wollen, in besonderer Weise empfohlen.

### **7.8.3 Bewerbungstraining**

Dieses Therapiemodul richtet sich vor allem an Patienten, welche das Angebot einer Adaptionstherapie nicht in Anspruch nehmen möchten.

Dabei erfolgt die Information über gesetzliche Grundlagen und ggf. Vermittlung von Bewerbungsgesprächen, bzw. die Vorbereitung in reflektierten Rollenspielen sowie die Intendierung einer realistischen Einschätzung der eigenen Möglichkeiten sowie der Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt, gleiches gilt in ähnlicher Weise für Patienten, welche sich erst mal für eine schulische Laufbahn entschieden haben.

Das Bewerbungstraining soll nach Möglichkeit mit dem Erstellen einer vollständigen Bewerbungsmappe enden. Das Bewerbungstraining wird vom Sozialarbeiter bzw. unserem Diplomlehrer durchgeführt.



#### **7.8.4 Paartherapie**

Die Paarbeziehungsfähigkeit stellt eines der zentralen Elemente bei der Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar. Letztlich dient die oben beschriebene Psychotherapie auch der Verbesserung der Fähigkeiten, in Partnerschaften zu leben.

Drogenabhängige Paare haben häufig wenig oder keine Erfahrungen im cleanen Zusammenleben.

Wie bei der Einzelpersonlichkeit stand auch innerhalb der Beziehung die Beschaffung bzw. der Konsum von illegalen Drogen im Mittelpunkt aller Bestrebungen, so dass innerhalb dieser Beziehungen verbindende Elemente außerhalb des Drogenkonsums erlernt werden müssen.

Befinden sich beide Partner bei uns in der Therapie werden sie in einer Bezugsgruppe behandelt, wobei sich meist rasch dysfunktionale Beziehungsmuster herausstellen und einer Bearbeitung zugeführt werden können.

Befindet sich nur ein Partner in unserer stationären Therapie, bieten wir nur nach strenger Indikationsstellung ambulante Paargespräche mit dem Ziel der Beziehungsklärung an. Dabei wird außerdem vermittelt, dass eine Paarbeziehung, in welcher ein Partner drogenabhängig ist, letztlich nicht zu führen ist.

Während der Therapiezeit entstehen häufig Paarbeziehungen, welche durch Regelungen nicht zu verhindern sind, weshalb wir die Paarbeziehungen der psychotherapeutischen Betrachtung zuführen, so dass den Partnern ggf. pathologische Beziehungswünsche bewusst gemacht werden können, ihr eigenes Beziehungsverhalten und das des Partners kann thematisiert und unter therapeutischer Anleitung aufgearbeitet werden, was letztlich unmittelbar der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit dient. Die Paartherapie wird vom leitenden Arzt durchgeführt.

#### **7.8.5 Raucherentwöhnung**

Die Raucherentwöhnung beginnt mit einem Vortrag für alle Patienten, wobei Folgen für die Gesundheit und das Rauchen als Rückfallrisiko im Mittelpunkt steht.

Das Ziel ist eine Veränderung der Motivation zum Nichtrauchen nach DiClemente und Prohaska (1991), welche die Patienten vom Stadium der Absichtslosigkeit in das Stadium der Absichtsbildung versetzen sollen.

Bei Bedarf werden die Patienten einzeln oder in Gruppen in ein Therapiemodul integriert, welches über die Elemente Selbstbeobachtung und Dokumentation, Verhaltensanalyse, Erarbeitung von Handlungsalternativen sowie Rückfallprophylaxe und Umgang mit Entzugserscheinungen Nikotinabstinenz ermöglicht.

Ggf. werden dabei nikotinsubstituierende Medikamente zugelassen.

Die Raucherentwöhnung wird von den Gruppentherapeuten, d. h. von den Psychologen durchgeführt.

### **7.8.6 Intervention bei Essstörungen**

Essstörungen sind bei Drogenabhängigen als comorbide Erkrankung relativ häufig vertreten, wobei die quantitative Erfassung in der Literatur sehr unterschiedlich ist. Es sind fast ausschließlich Frauen betroffen.

Die pathogenetischen Ursachen, also die Persönlichkeitsdefizite, hier insbesondere Selbstwertdefizite, werden in der Bezugsgruppentherapie und der Einzeltherapie des Bezugstherapeuten durch entsprechende Therapiezielstellungen mitbehandelt. Ergänzend wird in Einzeltherapie oder einer kleinen Gruppe das Störungsverständnis durch Wissensvermittlung verbessert, ergänzt durch Hausaufgaben hinsichtlich Selbstbeobachtung und Esskontrolle.

Zusätzlich wird die Verbesserung der Körperwahrnehmung und die Verbesserung der Körperakzeptanz in der Sport- und Bewegungstherapie fokussiert. Die Intervention bei Essstörung obliegt dem jeweiligen Gruppentherapeuten in Zusammenarbeit mit dem Arzt.

### **7.8.7 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson**

Dabei wird den Patienten vermittelt, Spannungszustände differenziert wahrzunehmen und es werden Techniken eingeübt, Spannungszustände zu kontrollieren oder zu verändern.

Letztlich sollen die Patienten in die Lage versetzt werden, eigenständig einen Entspannungszustand auf psycho-physiologischer Ebene herbeizuführen. Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson wird von unserer Sporttherapeutin durchgeführt.

### **7.8.8 Tiergestützte Therapie**

Beim therapeutischen Reiten wird das Pferd als so genannte „Zwischeninstanz“ im Sinne eines therapeutischen Mediums genutzt. Anhand der unverfälschten Psychomotorik des Mediums Pferd als Rückmeldung im Kontakt mit dem Patienten fällt es diesen häufig leichter, therapeutische Interpretationen zu akzeptieren. Das therapeutische Reiten fördert so die Selbstwahrnehmung und den Aufbau von Beziehungen, was unmittelbar zu einer Stärkung der Selbstsicherheit beiträgt.

Gleiches gilt prinzipiell bei der Arbeit mit Hunden, wobei hier die bereits bestehende häufig pathologische Beziehung zum Hund einerseits zur Vermittlung individueller Probleme bei der Beziehungsgestaltung genutzt werden kann, die Beziehungsveränderung den Patienten häufig als Indikator von Veränderungen im Persönlichkeitsbereich dient. Für die tiergestützte Therapie steht dem Patienten eine entsprechende Reittherapeutin zur Verfügung, welche gleichzeitig eine ausgebildete Hundetrainerin ist.

### **7.8.9 Arbeit mit Angehörigen**

Bei Drogenabhängigen können auch nach langjährigem Krankheitsverlauf noch teilweise tragfähige Beziehungen zu Bezugspersonen außerhalb der Drogen- und Alkoholikerszene bestehen.

Hierbei handelt es sich meist um Familienangehörige.

Diese Beziehungen sind gerade während des für den Drogenabhängigen so entscheidenden Schrittes zur Therapie nachhaltig zu hinterfragen und ggf. auch zu stützen und auszubauen. Die Arbeit mit positiv wirksamen Bezugspersonen kann in jeder Phase der Therapie stützende Wirkung auf den Behandlungsverlauf haben. In diesen Fällen wird mit entsprechendem Einverständnis des Patienten die betreffende Bezugsperson als zusätzliches kuratives Element genutzt und in die Therapie

einbezogen. Hierbei werden gemeinsame Gespräche mit dem Ziel der Beziehungsklärung bzw. Klärung von Zukunftsperspektiven angeboten. Die Arbeit mit Angehörigen obliegt dem Gruppentherapeuten, ggf. in Zusammenarbeit mit dem leitenden Arzt.

### **7.8.10 Fahrerlaubnisgruppe**

Bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, im besonderen Maße aber bei der Teilhabe am Erwerbsleben, ist der Besitz einer Fahrerlaubnis von großer Wichtigkeit. Der Besitz einer Fahrerlaubnis ist bei unseren Patienten eher die Ausnahme, wobei bei vielen Patienten die Fahrerlaubnis durch die zuständigen Ordnungsbehörden entzogen wurden. Das Ziel dieses indikativen Angebotes ist die Beratung bzw. Motivierung zum Erwerb bzw. zum Wiedererwerb einer Fahrerlaubnis, basierend auf der gesetzlichen Grundlage der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung der Bundesanstalt für Straßenwesen. Die Fahrerlaubnisgruppe wird von einem diesbezüglich erfahrenen Arzt geleitet.

### **7.8.11 Externes Praktikum**

Patienten, die sich im Rahmen der Erarbeitung einer realistischen Zukunftsperspektive für eine Ausbildung oder Tätigkeit in einem pflegerischen Beruf interessieren oder dafür entschieden haben, besteht die Möglichkeit eines 14-tägigen Praktikums in einer Therapieeinrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige, welche sich in der Nähe befindet.

Das Praktikum stellt einerseits eine Arbeitsbelastungserprobung im körperlichen und psychischen Bereich dar, andererseits soll das Praktikum der Konkretisierung der Zukunftsperspektive dienen und stellt aufgrund des Umgangs mit den chronisch mehrfach geschädigten Patienten meist eine Verbesserung der Motivationslage hinsichtlich einer cleanen Lebensweise dar. Das externe Praktikum wird betreut von der Sozialarbeit bzw. dem entsprechenden Arbeitstherapeuten.

## 8. Umgang mit Krisen

Wie bei der gesamten Rehabilitationsbehandlung wird der Umgang mit Krisen entsprechend unseres Leitbildes bestimmt von der Achtung der Würde des Menschen, das heißt auch seiner Individualität.

Unter Krisen verstehen wir u. a. Handlungskomplikationen, wie Rückfälle mit psychotropen Substanzen oder Alkohol, bzw. Abbruchgedanken oder Abbruchbegehren.

Krisen sind einer Psychotherapie und noch eindeutiger einer längerfristigen stationären Psychotherapie immanent. Deshalb ist das Behandlungssetting von Anfang an auf das frühe Aufspüren von Krisen ausgerichtet, da diese sich häufig im Vorfeld erkennen lassen.

Um Krisen in Form von Rückfällen mit psychotropen Substanzen bzw. Alkohol vorzubeugen, führen wir regelmäßig für die Patienten zeitlich nicht vorhersehbare Urinkontrollen und Atemalkoholkontrollen durch. Dieses kann gruppenweise, für einzelne Patienten oder für alle Patienten zu jeder Tages- und Nachtzeit geschehen. Patienten welche aus einem Realitätstraining zurückkehren werden ausnahmslos einer Urinkontrolle bzw. Kontrolle auf Atemalkohol unterzogen, bei begründetem Verdacht erfolgt die Einsendung des Urins in ein entsprechend ausgerüstetes und geschultes Labor, bei entsprechendem Verdacht kann auch eine Blutentnahme erfolgen.

Unsere Patienten sind darüber informiert, dass die Mitarbeiter der Fachklinik „Schloss Tessin“ die Möglichkeiten der Manipulation zur Vertuschung stattgehabten Konsums psychotroper Substanzen kennen und wir unser Wissen darüber mit Hilfe und insbesondere durch die Zusammenarbeit mit unseren Patienten ständig erweitern.

Unsere Patienten werden auch darüber informiert, dass alle unsere Kontrollen nicht dazu dienen, ihnen Rückfälle nachzuweisen, sondern das unser Kontrollsystem als Hilfe verstanden werden soll, Versuchungssituationen zu widerstehen.

Weiterhin vermitteln wir unseren Patienten, dass die gegenseitige Kontrolle hinsichtlich des Abstinenzgebotes während der Therapie eine sehr effiziente Hilfe darstellen kann und nicht im Sinne einer „Knastmentalität“ als gegenseitiger Verrat anzusehen ist.

Die wichtigste Prophylaxe gegen Therapieabbruch bzw. Rückfall mit psychotropen Substanzen, welche häufig einen bilanzierten Therapieabbruch darstellt, ist der möglichst rasche Aufbau einer belastbaren und vertrauensvollen Beziehung zum Gruppentherapeuten. Als weitere Behandlungsintervention, welche zur Früherkennung von Krisen dienen soll, ist das tägliche Schreiben des Tagebuches, welches vom Bezugstherapeuten gelesen wird. Hier können Indikatoren erfasst und einer Erklärung, meist im Einzelgespräch, zugeführt werden.

Dabei ist bei Abbruchgedanken oder Abbruchbegehren wichtig, festzustellen, ob ein aktueller Konflikt besteht, welchen der Patient glaubt, nicht aushalten zu können, bzw. welcher für ihn unlösbar erscheint oder ob der Patient meist im Rahmen einer depressiven Episode Selbstwirksamkeitszweifel hat oder ob bei dem Patienten die aktuelle Veränderungsmotivation bzw. Motivation zur cleanen Lebensweise noch nicht ausreichend ist.

Die Intervention ist dementsprechend konfliktzentriert oder entscheidungszentriert (Pro- und Contrakonstellation) oder als im Sinne der kognitiven Umstrukturierung inszeniertes Selbstgespräch.

Bei augenscheinlich grundlegend nicht ausreichender Therapiemotivation ist es wichtig, die Entscheidung des Patienten nicht abzuwerten, sondern zu akzeptieren und nachfolgende Hilfeangebote zu erläutern und zu empfehlen.

In themenzentrierten Großgruppen wird dem Patienten unsere Vorgehensweise vorher verständlich gemacht und entsprechende Informationen vermittelt, um die Möglichkeiten eines Krisenmanagements zu verbessern.

Dem dient auch die so genannte „24 Stunden-Regel“, welche beinhaltet, dass ein Patient, nachdem er den Entschluss gefasst hat, die Therapie abubrechen, sich 24 Stunden in eine Klausur begibt, aus der heraus aber Einzelgespräche geführt werden können.

Bei Rückfällen, unter der Voraussetzung, dass der Patient sich an die therapeutischen Regeln gehalten hat, muss geprüft werden, ob das bisherige therapeutische Vorgehen ausreichend zielführend war, ob der Rückfall Bestandteil eines aktuellen Konfliktes zwischen Patient und Therapeuten darstellt, eine momentane Überforderungssituation des Patienten in einer Versuchungssituation vorgelegen hat oder der Patient generell nicht genügend zu einer cleanen Lebensweise motiviert ist.

Nach Klärung dieser Fragen sind die Therapiepläne entsprechend zu ergänzen und als Erstintervention einer drohenden Demoralisierung des Betroffenen entgegenzuwirken oder bei festgestellter fehlender Behandlungsaussichten die Behandlung zu beenden und entsprechende ambulante Hilfsangebote anzubieten und vorzubereiten.

## **9. Qualitätssicherung**

Nachdem im Zusammenhang mit dem Gesundheitsreformgesetz 2008 Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den Bereich der Krankenversicherung gesetzlich fixiert wurden und die gesetzliche Rentenversicherung ein umfangreiches Reha-Qualitätssicherungs-Programm eingeführt hat, gewinnt die Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation eine immer größere Bedeutung. Dabei fließen in der Fachklinik „Schloss Tessin“ die Kriterien der Vereinbarung der Rentenversicherungsträger nach SGB IX und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach SGB IX in die Qualitätssicherung ein.

### **9.1 Zertifizierung**

Die Fachklinik ist durchgehend nach den jeweils geltenden Normen zertifiziert. Ein Qualitätsbeauftragter war seit 2002 fortwährend in der Einrichtung tätig. Gegenwärtig fungiert die Verwaltungsleiterin auch als Qualitätsbeauftragte, sie wurde über die deQus zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement- Systems entsprechend geschult. Derzeit befindet sich die Klinik in einer Umbruchphase aufgrund des bevorstehenden Chefarztwechsels und des geplanten Standortwechsels. In diesem Zusammenhang sind auch personelle Veränderungen in der Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement vorgesehen.

Die letzte Zertifizierung erfolgte im Juni 2015, die nächste Rezertifizierung ist im Mai 2018 - das Umstellungsaudit auf die neue DIN EN ISO 9001:2015.

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik wird durch folgende Maßnahmen gesichert:

## **9.2 Interne Qualitätssicherung**

### **9.2.1 Manualisierung der Therapieangebote**

Die wesentlichen Therapieangebote sind als Kernprozesse in Manualen umfassend beschrieben, um so die Qualität der Angebote zu objektivieren und für alle Mitarbeiter transparent zu machen. Dieses Vorgehen sichert die kontinuierliche Weiterführung von Therapieabläufen bei Personalwechsel und bei Krankheiten von Mitarbeitern. Die Manuale werden entsprechend den Erfahrungen in der Klinik und unter Berücksichtigung von neuen Forschungserkenntnissen kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Patienten erhalten im Verlauf ihrer Therapie eine Vielzahl von Informationsmaterialien über hausinterne Abläufe sowie im Zusammenhang mit indikativen Gruppen, so dass ein umfassendes Patientenmanual zur Verfügung steht.

### **9.2.2 Qualitätszirkel der Mitarbeiter**

In regelmäßigen Abständen findet in der Klinik ein Qualitätszirkel statt, an dem alle Mitarbeiter und die Leitung teilnehmen.

Unter Leitung des Leitenden Arztes und des Qualitätsbeauftragten werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über wirtschaftliche und organisatorische Rahmenbedingungen informiert, um vor diesem Hintergrund verantwortliche und realistische Vorschläge für die weitere Arbeit entwickeln zu können.

Die Themen der jeweiligen Qualitätszirkel werden in Teamsitzungen in der dazwischen liegenden Zeit erarbeitet und festgelegt und dienen letztlich der ständigen konzeptionellen Weiterentwicklung. In der Zeit zwischen den Qualitätszirkeln arbeiten Projektgruppen an längerfristigen Aufgabenstellungen hinsichtlich der Verbesserung und Optimierung unserer Behandlungsangebote.

Darüber hinaus existiert in der Fachklinik „Schloss Tessin“ ein QM-Handbuch, welches die wichtigsten Arbeitsabläufe in der Klinik dokumentiert und somit eine wichtige Grundlage für das Handeln der Mitarbeiter darstellt.



### **9.2.3 Qualitätszirkel mit Patienten**

Von den Patienten wird regelmäßig eine so genannte Küchenkommission, aus 3-4 Mitglieder bestehend, gewählt. Dieses Gremium trifft sich einmal wöchentlich mit einem Mitglied der Klinikleitung, um über organisatorische und inhaltliche Probleme der materiellen Versorgung der Patienten zu sprechen und entsprechend schnell Verbesserungen in die Wege leiten zu können.

Darüber hinaus findet jede Woche ein Gespräch mit den Gruppensprechern der einzelnen Wohnebenen statt. Hier werden überwiegend organisatorische Schwierigkeiten der einzelnen therapeutischen Bezugseinheiten, aber auch konkrete Konflikte im Zusammenleben der Patienten besprochen.

### **9.2.4 Informationsaustausch der Mitarbeiter**

Der regelmäßige Informationsaustausch der Mitarbeiter über den jeweiligen Entwicklungsstand der Patienten wurde als Kernprozess in einem Manual dokumentiert.

Neben den täglichen Teamsitzungen finden wöchentlich eine interne Supervision unter Leitung des Leitenden Arztes statt, wobei die Erfahrungen der Mitarbeiter mit einzelnen festgelegten Patienten gesammelt und zu einer Persönlichkeitsdiagnose zusammengefasst und so die Therapieziele durch die Bezugstherapeuten ständig optimiert und kontrolliert werden.

Einmal pro Woche findet eine Hauskonferenz statt, an deren therapeutische Mitarbeiter sowie die Verwaltungsleitung der Klinik teilnimmt. In diesem Rahmen werden organisatorische und inhaltliche Aspekte des Klinikalltags besprochen und ggf. festgelegt, dass bestimmte Themenbereiche vertieft in Arbeitsgruppen lösungsorientiert bearbeitet werden.

### **9.2.5 Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter**

In unserer Klinik wird jährlich ein Weiterbildungsplan arbeitet, in welchem die Wünsche der Mitarbeiter sowie die Forderungen der Kostenträger, der Geschäftsführung und der Klinikleitung in Übereinstimmung gebracht werden.

In der Fachklinik „Schloss Tessin“ kommen die wesentlichen suchttherapeutischen Methoden, orientiert an der individuellen Therapieplanung vor dem Hintergrund tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Verfahren zur Anwendung. Die Mitarbeiter werden sowohl intern als auch extern den Anforderungen stationärer Therapie entsprechend fortgebildet.

Klinikintern besteht ein Themenkatalog, wobei im Abstand von 8 Wochen ein Mitarbeiter der Klinik eine Weiterbildungsveranstaltung für die Mitarbeiter durchführt. Nach Teilnahme eines Mitarbeiters an einer externen Weiterbildungsveranstaltung ist dieser verpflichtet, über diese Veranstaltung ein Kurzreferat vor den Mitarbeitern zu halten.

### **9.2.6 Erfassung der Patientenzufriedenheit**

Die Patienten werden im Verlauf ihrer Behandlung zweimal nach ihrer Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten, der Behandlungsorganisation und der Ausstattung der Klinik befragt.

So schätzen sie ihre Zufriedenheit mit den einzel- und gruppentherapeutischen Behandlungselementen, mit der Begleitung durch die Sozialarbeiter, der Versorgung durch die Hauswirtschaft und den Dienstleistungen der Verwaltungsmitarbeiter in einer fünfstufigen Skala ein. Die Mitarbeiter der Fachklinik „Schloss Tessin“ werden regelmäßig über die Ergebnisse dieser Befragung durch die Klinikleitung informiert und ggf. in Qualitätszirkeln Verbesserungen diskutiert und festgelegt.

### **9.2.7 Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit**

Mit den Mitarbeitern der Fachklinik „Schloss Tessin“ wird in halbjährlichen Abständen eine anonyme Befragung per Fragebogen nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit, mit der kollegialen Zusammenarbeit sowie mit dem Führungsstil der Klinik durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Befragung werden mit allen Beteiligten ausführlich diskutiert und finden Eingang in die externe Supervision des gesamten Teams.

Außerdem finden die Ergebnisse dieser Befragung Eingang als Themen von Qualitätszirkeln, wo ggf. neue Projekte entstehen.

Einmal jährlich wird mit jedem Mitarbeiter ein ausführliches Gespräch mit der Klinikleitung über die geleistete Arbeit und die weiteren Perspektiven geführt.

Dieses Gespräch wird dokumentiert, unterschriftlich vom Mitarbeiter und der Klinikleitung bestätigt und jeweils ein Exemplar dem Mitarbeiter verfügbar gemacht.

### **9.2.8 Supervision**

In der Fachklinik „Schloss Tessin“ wird in 8- wöchigem Abstand eine externe Teamsupervision durchgeführt, an der alle Mitarbeiter sowie bei Bedarf die Klinikleitung teilnehmen.

Während der Supervision ist die Struktur der Klinik in Mitarbeiter und leitendes Personal aufgehoben. Die Themen für die Supervision werden von den Mitarbeitern intern festgelegt.

Im Ergebnis dieser Veranstaltungen werden häufig Themen für Qualitätszirkel bzw. Projektarbeiten formuliert und festgelegt, die Supervision dient aber auch dem Abbau von Spannungen zwischen Mitarbeitern und so der Verbesserung der Arbeitsatmosphäre.

Vom Leitenden Arzt wird in regelmäßigen Abständen die Gruppenarbeit der Bezugstherapeuten supervidiert und anschließend mit dem Bezugstherapeuten ausgewertet.

### **9.2.9 Dokumentationen**

Die schriftliche und EDV-gestützte Dokumentation innerhalb der Klinik wurde als Kernprozess erfasst und in einem Manual dokumentiert.

In unserer Klinik werden neben dem EDV-gestützten System von jedem Patienten zwei Krankenakten geführt.

Dabei handelt es sich um eine ärztliche Krankenakte, in welcher somatische Vorerkrankungen sowie der somatische Verlauf der Rehabilitationsbehandlung dokumentiert sind. Diese Krankenakte ist nur dem Arzt zugänglich.

Zum anderen wird eine psychotherapeutische Akte vom Bezugstherapeuten geführt, in welcher der psychotherapeutische Verlauf mit Behandlungszielen und deren Umsetzung aufgezeichnet wird.

Der ärztliche Entlassungsbericht wird als Teamarbeit EDV-gestützt erstellt. Dabei wird der psychotherapeutische Verlauf vom Bezugstherapeuten zusammengefasst, die Komplementärtherapeuten aus den Bereichen Arbeitstherapie, Soziotherapie, klinischer Sozialarbeit, Ergotherapie, Sporttherapie und der Arbeit mit Tieren erstellen einen gesonderten Bericht über den Therapieverlauf, welcher in das interne Netz gestellt wird und dann vom Leitenden Arzt unter Einbeziehung des somatischen Verlaufs zur Rehabilitation zusammengefasst wird. Abschließend erfolgt eine gründliche sozialmedizinische Beurteilung mit der Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes sowie weiterer Behandlungs- und Nachsorgeempfehlungen. Der Entlassbericht soll in der Regel spätestens bis 14 Tage nach Entlassung des Patienten beim Kostenträger sein.

Es wurde innerhalb unserer Einrichtung eine Basisdokumentation entwickelt, welche sich an den Dokumentationsstandards der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ orientiert.

### **9.3 Externe Qualitätssicherung**

#### **9.3.1 Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer**

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ war von Anfang an am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung beteiligt.

Die Rückmeldungen zur Rehabilitationsstruktur, zu den therapeutischen Leistungen, zur Patientenbefragung, zu Berichtslaufzeiten und zum Peer-Review der Entlassungsberichte werden zeitnah nach Eintreffen der Qualitätssicherungsberichte den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht, mit den intern erhobenen Daten verglichen und ggf. in Qualitätszirkeln besprochen und Korrekturen herbeigeführt.

Hinzu kommen die Visitationen, die - vergleichbar mit den externen Qualitätsmanagement- Audits der Zertifizierungsgesellschaften - anhand einer ähnlichen Checkliste die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik überprüfen. Deren Ergebnisse münden in Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

### **9.3.2 Befragung von Kooperationspartnern**

Bei Bedarf werden Kooperationspartner, wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, klinische Einrichtungen zur Entzugsbehandlung, niedergelassene Ärzte sowie Zulieferer verschiedenster Art über ihre Zufriedenheit in der Kooperation mit der Fachklinik „Schloss Tessin“ befragt und gebeten, bei Bedarf Verbesserungsvorschläge zu machen.

Diese finden dann ggf. Eingang in Qualitätszirkel bzw. Projektarbeiten.

## 10. Literaturverzeichnis

Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (1998). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Material. Bern u. a. Verlag Hans Huber.

Backmund, M. & Stephan, E. (1999). HIV (Human Immunodeficiency Virus) und AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) bei Suchtkranken. In M. Backmund (Hrsg.), Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards. Ein Leitfaden für Praxis und Fortbildung (Kapitel XIII-1.4.2). Landsberg: ecomed-Verlag.

Bales, R. F. & Cohen, S. P. (1982). SYMLOG - ein System zur mehrstufigen Beobachtung von Gruppen. Klett-Cotta, Stuttgart,

Beck, A. T., Freeman, A. et al. (1995). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Bernow, N., Fehr, C. (2009). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Suchtmed 11 (2). (S. 63-70). Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

de Beurs, E., Barendregt, M. (2008). Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's. Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP. Utrecht.

Brünger, M. (1998). Reguläre und irreguläre Behandlungsbeendigung in der stationären Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen. Aachen: Shaker Verlag.

Brunner, E., Brunner, C., Mayring, P., Öhner-Schreiber, C., Prehslauer, (2009). Suchtbehandlung auf dem Prüfstand - Evidenztriangulation statt Evidenzhierarchie. Suchtmed 11 (2). (S. 59-62). Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Degkwitz, P. (1998). Sozialwissenschaftliche Modelle. In J. Götz (Hrsg.), Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome (Kapitel B 2.2.). Stuttgart: Thieme.

Deutsche Rentenversicherung. Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009-2011). Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Methodenbericht: Ergebnisse der Projektphasen der Entwicklung der Pilotversion Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. München, Freiburg, Berlin.

Egner, U. (2009). Suchtbehandlung passgenau! Anforderungen und Entwicklungspotentiale aus Sicht der DRV Bund. 22. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. in Heidelberg

Geschwinde, T. (1998). Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen. 4., ergänzte und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J. (1993). Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart.

Heuft, G. & Senf, W. (Hrsg.) (1998). Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart: Thieme.

Höhn, M. & Trüg, E. (1995). Die Bedeutung spezieller psychosozialer Behandlungselemente. In K. Behrendt, P. Degkwitz & E. Trüg. Schnittstelle Drogenentzug, Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe (S. 107 -117). Freiburg: Lambertus.

v. Keyserlingk, H.: Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Rehabilitation 1993, BfA aktuell, Berlin 1994.

v. Keyserlingk, H. & Jürgens, E. (1994). Intendiert-dynamische Gruppenpsychotherapie und Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. 10. Wissenschaftliche Tagung, Kongressunterlagen, Tübingen.

v. Keyserlingk, H.: Intendiert-dynamische Gruppenpsychotherapie bei Abhängigen. In: Keyserlingk, H. v., Kielstein, V., Rogge, J. (Hrsg) Diagnostik und Therapie Suchtkranker.

Kiesel, E. (1987). Kommunikative Bewegungstherapie. Berlin: Akademie Verlag.

Kleiber, D. & Kovar, K. A. (1998). Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. Abhängigkeiten, S. 24-45.

Korsukéwitz, C.: Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung – Aus Sicht der Rentenversicherung. Sucht aktuell, 2 (2006), S. 7-11.

Krausz, M (2009). Trauma und Sucht - die Gesundheitskrise der First Nations in Nordamerika. Suchtmed 11 (2). (S. 71-75). Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Küfner, J. (1998). Abbruchgedanken und deren Bewältigung bei Drogenabhängigen in stationärer Therapie. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 289-301). Ulm: Fischer

Küfner, H. (2003). Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 170-177.

Lindner, H. T., Klein, M. & Funke, W. (1994). Qualitätssicherung: Konzepte, Vorgehensweisen, Kritiken am Beispiel stationärer Entwöhnungsbehandlungen von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In: *Fachausschuss Sucht* (Hrsg.) *Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker*, Hilden.

Margraf, J., Schneider, S. & Ehler, A. (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin: Springer.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Missel, P. & Braukmann, W. (1991). Psychosomatik in der Sucht. Abhängigkeitskranke mit psychosomatischen Störungen in einem stationären Entwöhnungsprogramm. In: Heide, M., Lieb, H. (Hrsg.) *Sucht und Psychosomatik*. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht. S. 21-39.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York: Plenum Press.

Rist, F. (2009). Die Rolle des Psychotherapeuten in der Versorgung und Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen. 22. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. in Heidelberg

Rost, W. D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Stuttgart: Klett Cotta.

Schmidt, L. G., Gastpar M., Falkai, P., Gaebel, W. (2006). *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Streeck, U., Alberti, L., Heigl, F., Kollmann, T. & Trampisch, J. (1986). Der lange Weg zur Psychotherapie - Zur „Patientenkarriere“ von psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 32, S. 103-116.

Tretter, F. & Müller, A. (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe.



Vaillant, G. E. (1989). Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Alkoholabhängigen lernen? In: Watzl, H. & Cohen, R. Rückfall und Rückfallprophylaxe. Heidelberg: Springer.

Weissinger, V, Schneider, R.: Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchthilfe in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e.V. Sucht aktuell, 2 (2006), S. 4-7.

Universiteit Antwerpen, Universiteit Gent (2006). Federal Wetenschapsbeleid. Evidence-based werken in de verslavingszorg: een atand van zaken., CRDS Doornik.

Vollmer, H. C. (1995). Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. Verhaltenstherapeutische Sicht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis und Suchttherapie im Methodenvergleich (S. 30-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

## 11. Anhang – Therapiepläne

## 12. Impressionen aus der Fachklinik „Schloss Tessin“

*Unser Haus und die Parklandschaft*



*Eindrücke aus unserer Arbeit mit den Patienten*



