



Medizinisches Rehabilitationskonzept

MEDIAN Klinik Am Waldsee

Inhaltsverzeichnis

1 Allgemeine Angaben zur MEDIAN Klinik am Waldsee	4
1.1 Daten und Kontakte	4
1.2 Platz- und Bettenanzahl	4
1.3 Rehabilitationsträger	4
1.4 Geografische Lage / Infrastruktur	5
1.5 Historie der Einrichtung	5
1.6 Kooperationspartner	5
2 Struktur der Einrichtung	6
2.1 Räumliches Angebot	6
2.2 Medizinisch-technische Ausstattung	6
2.3 Personalbemessung	6
3 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen	7
3.1 Indikationen	7
3.2 Kontraindikationen	7
3.2.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten	7
3.2.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe	7-8
3.2.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	8
3.3 Rehabilitationsziele	8
4 Rehabilitationsablauf	9
4.1 Aufnahmeverfahren	9
4.2 Rehabilitationsdiagnostik	9-10
4.3 Ärztliche Aufgaben	11-12
4.4 Behandlungselemente	13
4.4.1 Therapiemodell	13-14
4.4.2 Veränderungsmodell	15
4.4.2.1 Inhaltliche und zeitliche Organisation der Therapie	15
4.4.2.1.1 Eingangsphase	15-16
4.4.2.1.2 Stammpause	17
4.4.2.1.2.1 Klärungsprozess	18
4.4.2.1.2.2 Veränderungsprozess	18
4.4.2.1.2.3 Ablöseprozess	18
4.4.2.3 Therapeutische Angebote und Beratungen	19
4.4.2.3.1 Arbeitstherapie	19-21
4.4.2.3.2 Sport- und Bewegungstherapie	21-22
4.4.2.3.3 Sozialberatung	23
4.4.2.3.4 Psychoedukative Angebote	23

4.4.4 Spezielle rehabilitative Angebote	24
4.4.4.1 Freizeit- und Kulturangebote	24
4.4.4.2 Indikativangebote	24
4.4.4.2.1 Kognitives Training	24
4.4.4.2.2 „Lernen zu lernen“	24
4.4.4.2.3 Bewerbungstraining	24
4.4.4.2.4 Antiaggressions- Kommunikations- und Selbstsicherheitstraining	24-25
4.4.4.2.5 Hinterfragen des eigenen Freizeitverhaltens	25
4.4.4.2.6 Rückfallprophylaxe	25
4.4.4.2.7 Frau und Sucht	25
4.4.4.2.8 Raucherentwöhnung	26
4.4.4.2.9 Allgemeine Hygiene	26
4.4.4.2.10 Hilfe zur Selbsthilfe	26
4.4.5 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge	27
4.4.6 Adaption	27-28
4.5 Umgang mit kritischen Behandlungssituationen	28
4.5.1 Therapeutischer Umgang mit „Abbruchgedanken“	29
4.5.2 Umgang mit Rückfällen während der stationären Behandlung	29
5 Notfallmanagement	30
6 Dokumentation	30
7 Qualitätssicherung	31
8 Hygiene	31
9 Datenschutz	32
10 Literaturverzeichnis	32-34
11 Anhang	35
Anhang 1 Semistrukturiertes Aufnahme-Interview	35
Anhang 2 Haus- und Behandlungsordnung	36-37
Anhang 3 Therapieplan	38
Anhang 4 Therapieplan Adaption	39





1 Allgemeine Angaben zur MEDIAN Klinik am Waldsee

1.1 Daten und Kontakte

Die Kontaktadressen der MEDIAN Klinik am Waldsee sind wie folgt:

MEDIAN Klinik Am Waldsee
Reha-Zentrum für junge Abhängige
Riedener Mühlen · 56745 Rieden

Telefon (Zentrale) +49 2655 933-0
Telefon (Patientenaufnahme) +49 2655 933-102
Telefax +49 2655 933-110

waldsee-kontakt@median-kliniken.de
www.median-kliniken.de

1.2 Platz und Bettenanzahl

Die MEDIAN Klinik am Waldsee verfügt über Einzel- und Doppelzimmer mit entsprechenden Gruppen- und Therapie-, Verweisungsräumen und Lehrwerkstätten. Insgesamt stehen 77 Betten zur Verfügung, davon 64 für die Rehabilitationsbehandlung und 13 für die Adaption.

1.3 Rehabilitationsträger

Die MEDIAN Klinik Am Waldsee wird federführend durch den Leistungsträger DRV Bund belegt, wobei von sämtlichen Rentenversicherungsleistungsträgern der Bundesrepublik Deutschland Patienten an die MEDIAN Klinik Am Waldsee überwiesen werden. Ein Großteil dieser Patienten stammt von lokalen Leistungsträgern wie der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und der Deutschen Rentenversicherung Hessen. Da ein Anteil unserer Patienten unter der Kostenträgerschaft der Krankenkassen steht, werden auch Patienten von allen Krankenkassen, auch Privatkassen, zur Rehabilitationsbehandlung an die MEDIAN Klinik am Waldsee überwiesen. Kostenträger sind im Einzelfall aber auch Sozialämter, beispielsweise im Rahmen der überörtlichen Sozialhilfe, unterschiedliche Kinder- und Jugendeinrichtungen sowie Jugendämter bei der Behandlung von Patienten bis zum 21. Lebensjahr (gemäß § 34 KjHG).



1.4 Geografische Lage/ Infrastruktur

Die Klinik befindet sich etwa 1 km von der Ortsgemeinde Rieden entfernt und gehört zum Ortsteil Riedener Mühlen. In einer Entfernung von etwa 400 Metern grenzt das Klinikgelände an den Riedener Waldsee, von dem sich der Name herleitet. Der Riedener Waldsee ist ein Badesee und gehört zu einem Naherholungsgebiet. Das Tal Rieden gehört zu den waldreichen Gegenden der Vulkan-eifel und ist an die Städte Mayen, Mendig und Bad Neuenahr-Ahrweiler durch öffentliche Verkehrsmittel angebunden. Kindergarten, Grundschule und Lebensmittelgeschäfte sind am Ort vorhanden. Bekleidungsgeschäfte und weiterführende Schulen, Ämter und Behörden finden sich in der Verbandsgemeinde Mendig sowie der Kreisstadt Mayen. In einer Entfernung von 4 Kilometern befindet sich der Autobahnzubringer zur A 61. Die Entfernung nach Bonn beträgt etwa 30 Autominuten, nach Koblenz etwa 20 Autominuten.

1.5 Historie der Einrichtung

Die MEDIAN Klinik Am Waldsee wurde am 01.10.1995 eröffnet. Von Beginn an hat sie sich auf die rehabilitative Entwöhnungsbehandlung von jungen Erwachsenen mit Suchterkrankungen und weitereren komorbidien psychiatrischen Erkrankungsbildern konzentriert.

Das vierstöckige, vor Inbetriebnahme der Klinik teilweise neu gebaute und in den anderen Teilen vollständig und 2005/2006 erneut komplett renovierte Gebäude ist freistehend und von einem etwa 14.000 qm großen Gelände umgeben, in dem sich ein großer Garten befindet.

1.6 Kooperationspartner

Die MEDIAN Klinik Am Waldsee ist Mitglied im Fachverband Sucht und im Arbeitskreis Doppel-diagnosen. Sie kooperiert mit folgenden psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten: Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein Eifel in Sinzig, Eifeler Verhaltenstherapie-Institut in Daun (EVI), Institut für Systemische Familientherapie, Supervision und Organisationsentwicklung (IFS) in Essen und Akademie für Verhaltenstherapie in Köln (AVT). Sie kooperiert weiterhin mit der Deutschen Angestellten Akademie für die Ausbildung von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten.

Die MEDIAN Klinik Am Waldsee ist durch Forschungsverbünde mit mehreren wissenschaftlichen Zentren vernetzt. U.a. mit dem Institut für Psychologie der Universität Maastricht (NL) sowie mit den Universitätskliniken in Göttingen und Aachen. Weiterhin besteht eine enge Kooperation zur Deutschen Sporthochschule in Köln. Die MEDIAN Klinik Am Waldsee trägt dadurch zur Erkenntnisgewinnung in suchtmedizinischen und psychiatrischen Forschungsbereichen bei und publiziert diese Erkenntnisse in nationalen und internationalen Fachzeitschriften. Weiterhin ist sie mit eigenen Beiträgen regelmäßig auf Fachkongressen vertreten. Durch die engen Kontakte zu deutschen Universitäten ist die Möglichkeit zur Promotion gegeben.

Kooperationspartnerschaften im Bereich der medizinischen Versorgung bestehen mit niedergelassenen Fachärzten (siehe auch Punkt 2.2), darüber hinaus auch mit unterschiedlichen Fachkliniken (siehe auch Punkt 4.3) der näheren Umgebung.



2 Struktur der Einrichtung

2.1 Räumliches Angebot

Die MEDIAN Klinik Am Waldsee verfügt über Einzel- und Doppelzimmer, Gruppenräume, Therapiewerkstätten, Therapie- sowie mehrere Funktionsräume, u.a. für die medizinische Funktionsdiagnostik.

Da die Behandlung in sechs Gruppen erfolgt (eine Aufnahmegruppe und 5 Therapiegruppen), steht für jede Therapiegruppe ein Aufenthalts-, ein Abstellraum sowie eine Teeküche zur Verfügung. Die sechs Wohnbereiche sind so angeordnet und separiert, dass sie einen ökologischen Rahmen für die soziale Struktur des Hauses bilden.

Darüber hinaus stehen Therapieräume, ein gemeinsamer Speisesaal, zahlreiche Funktions-, Arbeits- und Kreativräume, Kraft und Ausdauer-Geräteraum Gymnastikraum sowie eine Lehrküche zur Verfügung. Weitere Sporteinrichtungen werden gemeinsam mit der Gemeinde Rieden genutzt und betrieben.

2.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Die medizinisch-apparative Ausstattung der Klinik entspricht dem notwendigen Bedarf. EKG und Defibrillator werden vorgehalten. Elektroenzephalografie, Ultraschall- sowie endoskopische Diagnostik und radiologische Diagnostik ist durch Kooperationsabsprachen mit niedergelassenen Fachärzten bzw. Fachkrankenhäusern (siehe Punkt 1.6) der unmittelbaren Umgebung möglich.

2.3 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen der Federführung der Leistungsträgerschaft festgelegt.

In der MEDIAN Klinik Am Waldsee arbeitet ein multidisziplinäres Team unter fachärztlich-psychiatrischer Leitung. Zu den Mitarbeitern gehören Fachärzte und Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sport-, Bewegungs- und Arbeitstherapeuten, Hauswirtschaftler, Diätassistenten, Pflegekräfte und Verwaltungsmitarbeiter. Die medizinische und therapeutische Versorgung bzw. Betreuung der Patienten ist durch Nachtdienste und Rufbereitschaft über 24 Stunden, auch an Feiertagen, gesichert.

3 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

3.1 Indikationen

Behandelt werden junge Abhängigkeitskranke, die in der Regel zwischen 18 und 35 Jahren alt sind. In begründeten Ausnahmefällen werden Patienten ab dem 17. Lebensjahr mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten aufgenommen. Es werden auch Patienten behandelt, die das 35. Lebensjahr überschritten haben, sofern sie über eine genügende Veränderungsmotivation und -fähigkeit verfügen. Bei der Mehrzahl der Patienten hat der Beginn des regelmäßigen Drogenkonsums in der peripubertären Entwicklungsphase begonnen.

Die MEDIAN Klinik Am Waldsee ist in besonderer Weise auf die Behandlung von komorbidien psychiatrischen Erkrankungen spezialisiert. Abhängigkeitserkrankte mit schizophrenen Spektrumserkrankungen, affektiven und/oder Angststörungen oder einer Persönlichkeitsstörung werden bevorzugt behandelt.

Patienten, die sich einer rehabilitativen Behandlung auf der Grundlage der Paragraphen 31 ff des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) unterziehen müssen, (gerichtliche Auflagen, „Therapie statt Strafe“) werden ebenfalls behandelt, sofern die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind.

3.2 Kontraindikationen

Akut somatisch erkrankte Patienten, die aufgrund ihrer somatischen Erkrankung nicht am Therapieprogramm teilnehmen können, werden nicht aufgenommen. Das Vorliegen von gravierenden hirnorganischen Beeinträchtigungen, akute Suizidalität, Erkrankungen, die eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordern, oder die eine Teilnahme am Therapieprogramm im weiten Umfang unmöglich machen, stellen weitere Kontraindikationen für eine Aufnahme in der MEDIAN Klinik Am Waldsee dar. Patienten, die eindeutig keine Abstinenzwilligkeit erkennen lassen, werden ebenfalls nicht behandelt bzw. zuvor nicht aufgenommen.

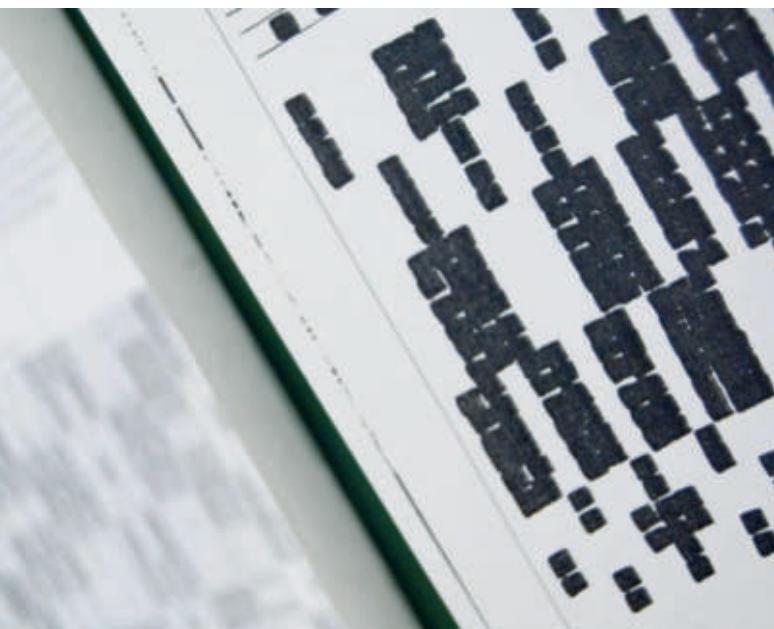
3.2.1 Rehabilitationsziele bezogen auf die Aktivitäten

Die Wiederherstellung der vollschichtigen Arbeitsfähigkeit wird angestrebt.

Ziel ist in diesem Zusammenhang, die Einschaltung weiterer stationärer Vollversorgungssysteme zu vermeiden. Ferner wird das Einüben von ambulanten Arztkontakte bei psychisch schwer Erkrankten gefestigt. Aufbau von angemessenen Freizeitaktivitäten sowie die Pflege von zwischenmenschlichen Kontakt sind weitere Rehabilitationsziele.

3.2.2 Rehabilitationsziele bezogen auf die Teilhabe

Bei schwer erkrankten Patienten ist die Vermittlung einer Arbeits- oder Ausbildungsstelle generell problematisch. Dennoch wird in der MEDIAN Klinik Am Waldsee versucht, allen Patienten nach der Entlassung aus der Rehabilitationsbehandlung eine entsprechende Ausbildungs- bzw. Arbeitsper-



spektive zu ermöglichen. Die Entlassung aus der Rehabilitationsbehandlung erfolgt ausschließlich in strukturierte und vorbesprochene Lebensräume, z.B. im Sinne einer gezielten Wohnumfeldanpassung, wobei eine psychiatrische Weiterbetreuung in der Regel weiter notwendig ist. Zusätzlich werden Kontakte zu unterschiedlichen Selbsthilfegruppen, Drogenberatungsstellen gezielt gebahnt.

3.2.3 Rehabilitationsziele bezogen auf die Kontextfaktoren

In der Regel gelingt es, an bestehende Sozialkontakte anzuknüpfen. Existieren diese nicht, so sind Selbsthilfekontakte in der Regel, wie schon oben angedeutet, vermittelbar. Vermittelt werden weiterhin externe Praktikumsstellen. Bei Patienten mit vorherigen Arbeitserfahrungen werden definierte Hilfestellungen zur Suche nach Arbeitsstellen gegeben. Dies erfolgt u.a. durch das Erlernen des richtigen Verfassens von Bewerbungsschreiben und/oder das Einüben von Bewerbungsgesprächen. Es wird auch regelhaft ein Bewerbertraining durchgeführt.

3.3 Rehabilitationsziele

Rehabilitationsziel ist die Befähigung zu einer abstinenter Lebensführung. Dabei werden die Methoden der abstinenzorientierten Entwöhnungsbehandlung zum Einsatz gebracht. Die MEDIAN Klinik Am Waldsee ist eindeutig abstinenzorientiert. Eine bloße Verminderung des Substanzgebrauchs (z.B. im Sinne eines „kontrollierten Konsums“) wird nicht unterstützt. Auch substitutive Behandlungen werden nicht durchgeführt.

Der Konsum von Nikotin, Koffein und Teein wird im Rahmen der Behandlung in der MEDIAN Klinik Am Waldsee problematisiert. Im Rahmen der medizinischen Aufklärung wird eine Minimierung des Konsums dieser psychoaktiven Substanzen empfohlen. Es werden Nichtrauchertrainings (4.4.4.2.8) durchgeführt.

Gleichfalls hinterfragt und modifiziert werden pathologische Essgewohnheiten oder nicht stoffgebundenes Suchtverhalten.

Mit der Befähigung zu abstinenter Lebensführung ist ein weiteres Rehabilitationsziel verbunden, nämlich die weitestmögliche berufliche Wiedereingliederung einschließlich der Kompensation beeinträchtiger Aktivitäten. Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft soll ermöglicht und Pflegebedürftigkeit abgewendet werden.

Bei Patienten mit einer schizophrenen Spektrumserkrankung ist die möglichst weitreichende Remission der Erkrankung zusätzliches Behandlungsziel. Dabei soll die Medikation auf ein individuelles Optimum angepasst werden. Der eigenverantwortliche Umgang mit Medikation soll zudem erlernt werden.

Bei zusätzlicher Achse-II-Erkrankung des DSM-IV-TR (bzw. F6-Diagnospektrum des ICD-10) ist eine weitreichende Stabilisierung der Persönlichkeit zusätzliches Ziel der Behandlung. Auch bei bestehender Restsymptomatik sollen diese Patienten in der Lage sein, eine Behandlungs- bzw. Betreuungsnotwendigkeit auch im ambulanten Kontext zu finden und entsprechend wahrzunehmen.

Bei Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wird analog zur Schizophrenie die Symptomreduktion - einschließlich Medikamentencompliance - angestrebt.



4 Rehabilitationsablauf

4.1 Aufnahmeverfahren

Die Aufnahme in der MEDIAN Klinik Am Waldsee setzt eine ausreichende körperliche Entgiftung voraus. Insbesondere Patienten, die im Anschluss einer Substitutionsbehandlung aufgenommen werden, bedürfen vor Aufnahme einer stationären Entgiftung. Entgiftungsbehandlungen sind ferner bei Abhängigkeiten von Alkohol und Benzodiazepinen regelhaft vorgesehen. Restentzügigkeiten können - sofern keine klinischen Kontraindikationen vorliegen - im Hause behandelt werden.

Die Aufnahme in die MEDIAN Klinik Am Waldsee erfolgt immer auf freiwilliger Basis. Die Klinik hat offenen Charakter. Zwangsbehandlungen werden nicht durchgeführt.

Eine Kontaktaufnahme des Patienten zur Klinik am Waldsee vor der Aufnahme ist erwünscht. Im Zweifelsfall soll durch Vorgespräche u.a. abgeklärt werden, ob eine stationäre Rehabilitationsbehandlung erfolgreich durchgeführt werden kann. Bei Vorliegen einer Schizophrenieerkrankung oder anderer psychiatrischer Erkrankungen einschließlich Persönlichkeitsstörungen, bei einer Übernahme aus dem Strafvollzug und bei Vorliegen einer hirnorganischen Erkrankung (z.B. Epilepsie), ist der Kontakt zur Klinik vor der Aufnahme zwingend erforderlich. Dieser Vorkontakt kann in einem regelmäßigen Briefwechsel mit der Klinik bestehen. Ein Vorgespräch kann aber auch in der Klinik geführt werden. In seltenen Fällen, in denen ggf. die Mobilität des Patienten eingeschränkt ist, führen erfahrene Mitarbeiter der Klinik auch ein Vorgespräch in der Lebensumgebung des Betroffenen durch. Ist die diagnostische Einschätzung unklar und / oder die Rehabilitationsprognose nicht eindeutig, können Möglichkeiten und Grenzen der rehabilitativen Behandlung in einem solchen Vorgespräch abgeklärt werden. Zwingend erforderlich ist ein Vorgespräch auch bei Paaren, die sich gemeinsam einer Behandlung unterziehen wollen.

Vor der Aufnahme sollte der Patient über eine ausbaufähige Abstinenzmotivation verfügen und bereit sein, während der Behandlung in der MEDIAN Klinik Am Waldsee auf den Konsum von Drogen zu verzichten.

Eine Aufnahme in der MEDIAN Klinik Am Waldsee erfolgt nur, wenn zuvor eine Kosten- bzw. Leistungszusage des zuständigen Kosten- bzw. Leistungsträgers vorliegt. Vor der Aufnahme müssen folgende Unterlagen vorliegen: ein aktueller Arzbericht, ein Sozialbericht der therapievorbereitenden Stelle, eine Zahnsanierungsbescheinigung, der Impfpass, die Krankenversicherungskarte, die Meldebesecheinigung und ggf. der Gerichtsbeschluss zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.

4.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die psychiatrische und therapeutische Befunderhebung erfolgt auf der Grundlage psychiatrischer und verhaltenstherapeutischer Diagnosestandards (z.B. Haug & Kind, 2007, Margraf 2003). Berücksichtigt werden darüber hinaus auch Verhaltenskompetenzen bzw. vorhandene Ressourcen des Patienten. Der Katalog der diagnostischen Befunderhebung, der zur Klärung individueller Fragestellungen im Hinblick auf die Therapieplanung eingesetzt wird, ist breit konzipiert und umfasst auch kognitiv-leistungsspezifische Merkmalsbereiche (z.B. Intelligenz und Intelligenzfunktionen, konzenttrative Belastbarkeit, räumliches Vorstellungsvermögen, Aufmerksamkeitskapazität, Umstell- und Merkfähigkeit) sowie persönlichkeitsbezogene Merkmalsbereiche. Der Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit dienen die Laboruntersuchungen, die medizinische Begutachtung sowie die körperlichen und neurologischen Untersuchungen (vgl. Gossop, 2004).



Zur objektivierenden Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit affektiver Erlebnisreaktionen und unterschiedlicher Persönlichkeitsdimensionen kommen bei allen Patienten unmittelbar nach der Aufnahme die folgenden testpsychologischen Untersuchungsinstrumente zur Anwendung:

- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B: Lehrl, 2005) zur Prüfung des intellektuellen Gesamtpotenzials.
- Leistungsprüfsystem (LPS: Horn, 1983) zur Prüfung intellektueller Primärfunktionen (z.B. analytische Denkfähigkeit, visuell-räumliches Vorstellungsvermögen).
- d2 Test (Brickenkamp, Schmidt-Atzert & Liepmann, 2010) zur Prüfung der allgemeinen Konzentrationsfähigkeit.
- Computergestützte Testbatterie für Aufmerksamkeitsleistungen (TAP; Zimmermann & Fimm, 2009) zur Prüfung alltags- und berufsbezogener Aufmerksamkeitsleistungen (z.B. Alertness, Teilung der Aufmerksamkeit, Flexibilität und Umstellfähigkeit, Arbeitsgedächtnis).
Toronto-Alexithymie-Skala (Kupfer et al., 2001) zur Feststellung möglicher Störungen der Affektverarbeitung unter Berücksichtigung alexithymer Merkmalszüge.
International Personality Disorder Examination (IPDE: Loranger, 1996) zur Einschätzung von

Persönlichkeitszügen und Verhaltensweisen, die für eine Beurteilung der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV-TR von Bedeutung sind.

Beck-Depressions-Inventar (BDI: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994) zur Feststellung depressiver Störungssymptome.

- Revidierte Symptom-Checkliste (SCL-90-R: Franke, 1995) zur Feststellung unterschiedlicher psychischer Störungssymptome.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, nicht nur die expliziten therapeutischen Situationen als Diagnose- und Interventionsbereiche aufzufassen, sondern das gesamte Klinikleben und -geschehen als Therapieraum zu verstehen, in dem jederzeit Verhaltensbeobachtungen, -erprobungen und -modifikationen stattfinden können.

In der MEDIAN Klinik Am Waldsee wurde ein berufsgruppenübergreifendes semistrukturiertes Interview für die Erstellung des Aufnahmebefundes entwickelt (siehe Anhang 2), mit dem systematisch u.a. folgende Aspekte erfasst werden: krankheitsbezogene Vorgesichte einschließlich Entwicklung und Verlauf der Suchterkrankung, Familienhintergrund, Bildungsabschluss, beruflicher Ausbildungsstand, bisherige berufliche Tätigkeiten und finanzielle Lebensverhältnisse.

4.3 Ärztliche Aufgaben

Die medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen bzw. Interventionen sind grundsätzlich aufeinander abgestimmt (Schmidt et al., 2006). Eine Aufgabe des behandelnden Arztes ist die Diagnosestellung nach den Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV-TR. Bei somatischen Komplikationen wird in die umliegenden Krankenhäuser, bei schweren psychiatrischen Dekompensationen, die insbesondere mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehen, in die Landes-Nervenklinik Andernach (Rhein-Mosel-Fachklinik) verlegt. Mit den entsprechenden Krankenhäusern der Umgebung bestehen Kooperationsabsprachen.

Neben einer umfassenden allgemeinmedizinischen, neurologischen und psychiatrischen Eingangsumtersuchung, die eine vollständige psychiatrische Anamnese sowie Erhebung des psychopathologischen Befundes einschließt, wird eine Laboruntersuchung folgender Blutwerte von einem auswärtigem Labor durchgeführt: Leukozyten, Erythrozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, MCV (mittl. Zellvolumen), MCH (Hb/Ery), MCHC (Hb/ges. Ery-Vol.), RDW (Ery-Verteilungsbreite), Thrombozyten, Neutrophile Granulozyten, Lymphozyten, Monozyten, Eosinophile Granulozyten, Basophile Granulozyten, Harnsäure, c-reaktives Protein. Im Einzelfall wird diese Routinediagnostik entsprechend der jeweiligen Indikationen Natrium, Kalium, Kreatinin i.S., Harnstoff, Bilirubin gesamt, GOT (AST), GPT (ALT), GGT, alkalische Phosphatase, Laktatdehydrogenase, noch erweitert. Ergänzt wird dies bei Bedarf durch einen Urinstatus und ein Drogenscreening. Auf pathologisch veränderte Parameter wird durch das ärztliche Personal unmittelbar reagiert. Ggf. weitergehende somatische Abklärungen werden von den kooperierenden Fachkrankenhäusern bzw. Fachärzten der Umgebung durchgeführt.

Die zusammenfassende Bewertung der klinisch-psychiatrischen, testpsychologischen und therapeutischen Befunde, innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme, findet unter ärztli-

cher Leitung statt. Dabei erfolgt auch eine erste sozialmedizinische Leistungseinschätzung, u.a. im Hinblick auf die Wechsel- und Nachschichttauglichkeit, die Möglichkeit zur Benutzung von Steigergeräten, die Dauer der Belastungsfähigkeit im arbeitstherapeutischen Prozess oder die Fähigkeit zum Bedienen von Geräten und Steuerungsanlagen. Die Dauer von Arbeitsphasen, die im besonderen Maße Konzentration und Aufmerksamkeit erfordern, wird ebenfalls mit beurteilt. Diese erste sozialmedizinische Leistungsbeschreibung ist Grundlage für den gezielten, d.h. individualisierten Einsatz arbeitstherapeutischer Techniken und ist somit Ausgangspunkt der abschließenden sozialmedizinischen Begutachtung zum Ende des Behandlungsprozesses.

Es finden zweimal wöchentlich ärztliche Visiten statt. Diese werden in Form einer klinischen Visite im Patientenzimmer, ein anderes Mal am Arbeitsplatz des Rehabilitanden in der Arbeitstherapie durchgeführt. Zusätzlich werden Arztsprechstunden angeboten. Wie im Alltag außerhalb der Klinik auch, melden die Patienten den Bedarf für einen Kontakt beim Arzt an, und erhalten zeitnah, in der Regel am gleichen Tag, einen entsprechenden Termin. Die Versorgung mit Medikamenten ist gegeben. Diese werden unter Kontrolle im Schwesternzimmer eingenommen.

Im Rahmen der Behandlung mit Psychopharmaka wird eine fortlaufende Kontrolle von Vital- und Laborparametern durchgeführt. In diesem Zusammenhang erfolgen auch regelmäßige EKG-Kontrollen. Die Behandlung mit Psychopharmaka wird den rehabilitativen Erfordernissen angepasst.

Während des stationären Aufenthaltes auftretende Bagatellerkrankungen sowie Erkrankungen, die keine spezielle Betreuung oder apparative Ausstattung erfordern, werden in der Klinik mit behandelt. Über den niedergelassenen Facharzt für innere Medizin oder den ebenfalls niedergelassenen Facharzt für Allgemeinmedizin (beide in Kliniknähe), besteht die Möglichkeit zu einfachen chirurgischen Eingriffen, internistisch-diagnostischen Maßnahmen, wie Belastungs-EKG, Echokardiogra-

phie, Rektuskopie, Sigmoidoskopie und Gastroskopie. Patienten nach einem berufsgenossenschaftlich relevanten Unfall werden entsprechend den Vorschriften einem D-Arzt vorgestellt.

Die Teilnahme an den wöchentlich stattfindenden Arztvorträgen zu unterschiedlichen therapierelevanten medizinischen Themen (z.B. Ursachen von organischen und psychischen Erkrankungen, Notwendigkeit medikamentöser Behandlungen) ist Pflicht für alle Patienten. Informiert wird grundsätzlich über die Wirkungen und Nebenwirkungen der zuvor konsumierten Suchtmittel einschließlich ihrer Folgeerkrankungen, die Erkrankungsbilder von Schizophrenie und Depression, deren medikamentöse und therapeutische Behandlungsstrategie sowie die Wirkungen und Nebenwirkungen von verordneten Psychopharmaka. In den Arztvorträgen werden auch weitergehende Themen besprochen: z.B. Ernährungsverhalten, ein angepasster Schlaf-/Wachrhythmus, allgemeine Aspekte des geschlechtlichen Umgangs miteinander einschließlich Verhütung. Eine Aufklärung über häufig anzutreffende Infektionserkrankungen sowie deren konkrete Vermeidungs- und Behandlungsstrategien runden die Arztvorträge ab.

In der MEDIAN Klinik Am Waldsee erfolgt eine gesonderte individuelle Ernährungsberatung jedes Patienten, in der auch diätische Aspekte bei gegebener medizinischer Indikation ausführlich besprochen werden. Letztlich werden auch bei dem in der Klinik angebotenen Nichtrauchertraining Ernährungsfragen behandelt. Die Ernährungsberatung wird bei Bedarf durch entsprechende praktische Übungen (z.B. Diätküche) und Teilnahme am Kochtraining ergänzt.

Unter fachärztlicher Leitung findet regelmäßig alle vier Wochen über jeden Patienten eine teaminterne Falldiskussion statt, in der diagnostische Aspekte sowie Therapiefortschritte aus den beteiligten Rehabilitationsbereichen Medizin, Sozialarbeit, Psycho-, Arbeits- und Bewegungstherapie zusammenfassend referiert werden. Neue Vorgehensweisen und Therapieschritte werden unter ärztlicher Leitung abgesprochen. Spezifische therapeutische

Interventionen oder rehabilitative Planungen werden teamintern abgestimmt und anschließend mit dem Patienten besprochen. Die Falldiskussionen werden dokumentiert. Die alle vier Wochen erfolgte Dokumentation des GAF-Status gemäß DSM-IV-TR ermöglicht hier eine quantifizierbare Erfassung der Therapiefortschritte.



Die medizinische Behandlung in der MEDIAN Klinik am Waldsee erfasst zusammengefasst folgende Bereiche:

- Entwicklung und Optimierung einer notwendigen Pharmakotherapie unter Beachtung des Rehabilitationsziels der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung,
- Behandlung von Begleiterkrankungen,
- Aufbau und Unterstützung der Compliance bei chronischen Erkrankungen,
- Vorbeugung durch Gesundheitserziehung und Informationsvermittlung,
- sozial- und arbeitsmedizinische Beurteilungen des Patienten,
- abschließende sozialmedizinische Begutachtung am Behandlungsende.

Am Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird jeder Patient einer umfangreichen psychiatrisch-neurologischen und allgemein-medizinischen Abschlussuntersuchung unterzogen. Dabei werden alle relevanten Parameter erfasst, die zur systematischen Beurteilung der Arbeits-, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit notwendig sind. Insbesondere zu Beginn der Behandlung evaluierte Funktions einschränkungen werden in ihrer Rückbildung dokumentiert und abschließend sozialmedizinisch bewertet. Der Patient wird über die abschließende sozialmedizinische Bewertung eingehend informiert. Der Abschlussbericht, der ärztlich verantwortet ist, dokumentiert den Behandlungsprozess. Die ärztlichen Mitarbeiter des Hauses unterhalten und pflegen regelmäßige Kontakte zu relevanten Konsiliarärzten. Sie veranlassen auch die regelmäßige Schulung des in der Klinik tätigen Personals in medizinischen Notfallfragen.



4.4 Behandlungselemente

4.4.1 Therapiemodell

Der Aufenthalt der Patienten in der MEDIAN Klinik Am Waldsee ist eine Zeit der intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Lebens- und Suchtgeschichte. Das intensive Zusammenleben in der Gruppe und das permanente Reflektieren des eigenen Verhaltens sowie der eigenen Möglichkeiten und Grenzen führen zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Person, ihren Bedingungen und ihren potentiellen Möglichkeiten. Die therapeutische Gemeinschaft der Hausbewohner und ihre unterstützende Begleitung durch das therapeutische Team bieten vielfältige Möglichkeiten des sozialen Lernens. Dabei ist sowohl das Lernen am geeigneten Modell als auch das Lernen nach anregenden und unterstützenden Stimulationsprozessen im Sinne des „enriched environment“ - Modells (Solinas et al., 2008) hilfreich. Die Klinik zeigt dabei mit ihrer Hausordnung (siehe Anhang 3) und ihrer Tagesstruktur dem Patienten eine klare und verständliche Struktur. Behandlungsinterventionen werden transparent gemacht, wodurch die Mitarbeit und Compliance gefördert wird. Durch eine maximale Offenheit im Umgang miteinander wird die Förderung eines kooperativen und vertrauensvollen Umgangsstils sowohl der Patienten untereinander wie zwischen den Patienten und den Therapeuten angeregt und gefördert. Suchtkrankheiten werden als komplexe, d.h. vielschichtige Erkrankungen im Sinne eines biopsychosozialen Rahmenmodells verstanden (Degkwitz, 1998; Vollmer, 1995). Sucht wird aber auch als eine erlernte Verhaltensweise betrachtet. Im Rahmen eines funktionalen Bedingungsmodells wird dabei die Bedeutung und Funktion bestimmter Suchtmittel für das Erleben und Verhalten individuell betrachtet und analysiert.

Differentialdiagnostisch beeinflussen sich in einem multikausalen Entstehungsgefüge der Abhängigkeitserkrankung wechselseitig Persönlichkeitsfaktoren, soziale, kulturelle und ökologische Elemente sowie die Verfügbarkeit und Wirkungsweise psychotroper Substanzen (Geschwinde, 1998). Eine dem multidimensionalen Gefüge der Entstehung und Aufrechterhaltung von Drogenkonsum-, -missbrauch und –abhängigkeit angemessene Veränderungsstrategie muss alle diese verschiedenen Ebenen im Blick haben. Psychiatrische Erkrankungen wie die Schizophrenie, die Depressionserkrankung oder Persönlichkeitsstörung führen zu einem pathologisch veränderten Erleben und Empfinden mit der Folge von beispielsweise Angst, Reizbarkeit, Aggressivität und Impulsivität. Der gezielte Einsatz von psychotropen Substanzen zur Regulierung dieser Affekte ist eine naheliegende, wenn auch nicht allein genügende Erklärungshypothese für die Entwicklung von Abhängigkeiten bei komorbid erkrankten Patienten. Biologische, genetische, soziale und psychologische Faktoren wirken dabei ineinander.

Entsprechend dem skizzierten, verhaltenstherapeutisch orientierten Persönlichkeitsmodell gibt es keine einheitliche Suchtpersönlichkeit. Vielmehr ist von einer Vielzahl von Persönlichkeitsfaktoren auszugehen, die suchtbegünstigenden oder suchtresistenten Wert haben. Zu den suchtbegünstigenden prämorbidien Faktoren zählen antisoziale Tendenzen in der Kindheit und Jugend, Störungen der Impulskontrolle, Mangel an Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, übermäßiges „sensation seeking“, chronische Depravierung hinsichtlich Zuwendung und sozialer Aufmerksamkeit, bestimmte Temperamentsfaktoren, die in jeweils verschiedenen Interaktionen mit konkreten Lebenssituationen eine Suchtentwicklung zwar nicht determinieren, aber begünstigen können. Eher

als einzelne traumatische Erfahrungen kann die Lebenssituation in einer Kette negativer Situationen und Umstände („chain of negative events“) suchtbegünstigend wirken.

Innerhalb der Gruppe der jungen Drogenabhängigen zeigt sich auch, dass Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln als der letztlich fehlgeschlagene Versuch aufgefasst werden kann, vielfältige Lebensprobleme zu bewältigen. Nicht zufällig entstammen die meisten Personen dieser Gruppe sog. „Multi-Problemkontexten“, was biologische, psychologische und soziale Dimension betrifft. Der „Selbstheilungsversuch“, den diese Personen mit Drogen versuchen, löst kurzfristig Spannungen und Konflikte, erzeugt auf Dauer jedoch mehr Konflikte und Diskrepanzen, häufig mit erheblichen Auswirkungen in den Bereichen Partnerschaft, Erwerbsleben, Gesundheit und soziale Anpassung. Die Therapie wird somit aufgrund der überwiegend in der frühen Lebensgeschichte eingetretenen Störungen und Defizite der Patienten auch zum Prozess der Nachreifung bzw. Nachsozialisation.

Viele Drogenabhängige haben äußerst negative oder dysfunktionale Beziehungen bzw. Beziehungsmuster erlebt und können dadurch erhebliche Bindungsstörungen aufweisen. Die entsprechenden Folgen können in der weiteren Entwicklung komplex sein, beziehen sich vor allem aber auf instabile zwischenmenschliche Beziehungen und Störungen des Selbstbildes und Selbstempfindens, die dann schließlich mit der Entwicklung unterschiedlicher psychischer Störungen in einem hohen Zusammenhang stehen (Bischof-Köhler, 1996; Gloer-Tippelt, 2000; Grossmann & Grossmann, 2009; Tyson & Tyson, 2001). Es ist daher in der Rehabilitationsbehandlung von Drogenabhängigen notwendig, qualitativ hochwertige, verlässliche, haltgebende und entwicklungsfördernde Beziehungsangebote zu unterbreiten. Eine Nachsozialisation ist erforderlich. Zahlreiche Patienten haben in diesem Zusammenhang noch keine eigenständige, drogenfreie Lebenserfahrung sammeln können, was dann zu dem Mangel an Autonomie und Individuation geführt hat.



Den vielfältigen Störungen der Patienten stehen andererseits auch Kompetenzen gegenüber, die sie zum Überstehen schwieriger Situationen in der Herkunftsfamilie und der Drogenszene benötigt und entwickelt haben. Es gilt in der Rehabilitation, diese Kompetenzen in neue Kontexte und Handlungsabläufe einzubauen („reframing“). Ein Bewusstsein für diese unterschiedlichen Kompetenzen und ihren zielgerichteten Einsatz für Problemlösungen zu schaffen sowie positive und für das Selbst konstruktive Lebensperspektiven zu entwickeln (z.B. Erhöhung der Selbstwirksamkeit), sind ebenfalls wichtige Aufgaben in der psychosozialen Beratung und Behandlung. Die in der Lebensgeschichte sowie in der Folge der Drogenkarriere erworbenen Störungen sollen in der Klinik deutlich gemacht und verändert werden können. Dazu kann die gesamte Klinik als therapeutisches Übungsfeld dienen. Aber auch der nachstationäre Zeitraum ist unter diesen Gesichtspunkten zu berücksichtigen. So soll der Patient sein späteres Lebensumfeld im Hinblick auf seine Problembereiche kritisch antizipieren und zu adäquaten Bewältigungs- oder Lösungsmöglichkeiten befähigt werden.

4.4.2 Veränderungsmodell

Die verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Drogentherapie führen zu Verhaltensänderungen, die hinsichtlich ihrer Wirkung im Alltag zu überprüfen sind (Bühringer, 1995). Dies kann zunächst im Klinikalltag, dann von der Klinik ausgehend im Umfeld (Realitätstraining, Verhaltensaufträge), in externen Situationen (Praktika, Ausflüge, Familienheimfahrten) und schließlich im Sinne eines angestrebten dauerhaften Transfers im nachstationären Lebensfeld in enger Verbindung mit Nachsorge, Adaption oder Selbsthilfe erfolgen (Weissinger & Missel, 2006).

Diese Veränderungen werden in der Klinik durch Veränderung der alten Belohnungssysteme und Kontingenzen vorbereitet. Auch der Abbau irrationaler Erwartungen und Glaubenssysteme, etwa bezüglich der Selbstwirksamkeit, des Selbstbildes, aber auch der Wirkung der Droge, ist von entscheidender Bedeutung. Damit begonnene Veränderungsprozesse zu stabilen neuen Erlebens- und Verhaltensweisen führen können, bedarf es regelmäßigen Trainings, adäquater Erfolgserlebnisse und attraktiver Veränderungsziele (Stern & Drummond, 1997). Kognitive Vermittlungsprozesse, die einen Patienten bezüglich seines Durchhaltevermögens und seiner Frustrationstoleranz unterstützen, sind hier hilfreich und können in der MEDIAN Klinik Am Waldsee gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet, erprobt und stabilisiert werden (Moggi & Donati, 2004).

Da komplex beeinträchtigte Patienten, etwa solche mit psychotischer Begleitsymptomatik, längerfristige Veränderungsprozesse mit speziell auf die Einschränkung der Wahrnehmungs- und Verarbeitungskapazitäten ausgerichtete Interventionsanstrengungen benötigen, ist hier die Therapie stark zu individualisieren und bezüglich ihrer Dauer in hohem Maße variabel zu gestalten (Schwartz & Maier, 2001). Dabei stehen stützende und Sicherheit gebende Angebote im Vordergrund. Veränderungen werden allmählich und schrittweise, immer an die Belastbarkeit des Patienten angepasst, eingeführt. Besonders bei psychotischen Patienten

haben sich stark fragmentierende Definitionen von Therapieschritten und sofortige, auch individuell abgestimmte positive Verstärkungsmechanismen für erwünschte Verhaltensänderungen selbst bei schwer erkrankten Patienten bewährt (Smith et al., 1996).



4.4.2.1 Inhaltliche und zeitliche Organisation der Therapie:

Am Ende einer zweiwöchigen Eingangsphase, in der diagnostische Abklärungen sowie motivationsfestigende Ansätze im Mittelpunkt stehen, erfolgt die Zuweisung zu therapeutischen Stammphasengruppen. Die Zuweisung in eine spezifische Stammphasengruppe erfolgt aufgrund klinisch-diagnostischer Beurteilungen nach vorhergehender Absprache mit den Patienten.

4.4.2.1.1 Eingangsphase

Eine besondere Beachtung verdient der Umgang mit anfänglich ambivalenter Motivation in der Eingangsphase. Die Behandlungsmotivation wird ggf. im Rahmen eines „motivationalen Interviews“ systematisch verstärkt, damit sich in den ersten Tagen des stationären Aufenthaltes ein verlässli-



ches Arbeitsbündnis entwickeln kann (Baker et al., 2002). Ergänzt wird dieses Vorgehen mit psychoedukativen Verfahren (z.B. D'Amelio et al., 2007). In der Eingangsphase durchläuft der Patient für den Zeitraum von ca. zwei Wochen mehrere diagnostische Prozesse. Zunächst wird die biographische, suchtmedizinische und arbeitsmedizinische Anamnese erhoben. Parallel werden körperliche Untersuchungen durchgeführt. Die psychiatrische Befunderhebung und Diagnosestellung erfolgt nach den gängigen klinisch-diagnostischen Standards anhand der Kriterien des ICD-10. Ergänzt wird dies durch testpsychologische Untersuchungen. Der sprachkulturelle Hintergrund der Patienten wird dabei angemessen berücksichtigt. Bei den testpsychologischen Untersuchungen erfolgt die Testabnahme jeweils zum Zeitpunkt des Leistungsoptimums des Patienten. Daher wird die Gewinnung der notwendigen Daten unter Umständen in mehreren Sitzungen und auf mehrere Tage verteilt.

Die psychiatrische Medikation, die bei Aufnahme häufig noch den Notwendigkeiten und Gegebenheiten der Akutpsychiatrie entspricht, wird beginnend ab der Eingangsphase (in der Regel aber unter Fortführung der generellen Medikationsstrategie) auf rehabilitative Bedingungen hin verändert. Dabei spielt insbesondere die optimale Reduktion von sedierenden Medikamenten eine wichtige Rolle, die ihrerseits sowohl die kognitive Leistungs- als auch die emotionale Erlebnis- und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen können. Die Medikation wird so verändert, dass eine angemessene Teilnahme am Rehabilitationsprogramm möglich ist. Allerdings kann ggf. die Behandlung mit Neuroleptika die Maschinentauglichkeit der Patienten in der Arbeitstherapie beeinträchtigen.

Die Durchführung eines im Vordergrund stehenden Motivationsprogramms mit dem Ziel der Bearbeitung von Therapieerwartungen und Durchhalteproblemen hat sich gegenüber anderen Interventionsformen in der Eingangsphase bewährt.

Neben der psychiatrischen Diagnosestellung und den weitergehenden medizinischen und testpsychologischen Untersuchungen steht in der Eingangsphase die Erstellung einer Verhaltensanalyse - unter besonderer Berücksichtigung vorhandener Ressourcen oder Defizite - im Mittelpunkt. Dabei werden sowohl unmittelbar suchtbezogene als auch soziale und psychische Bereiche integrativ berücksichtigt. Weiterhin werden Selbstmanagement und Problemlösefähigkeit- je nach psychischer Belastbarkeit - behutsam aufgebaut und intensiviert. Neben offenen und halbstrukturierten Interviews werden Informationen aus angeleiteten Gruppenübungen oder über die Auswertung von Projekten (mit unterschiedlichem Grad der sozialen Anbindung) einbezogen.

Am Ende der Eingangsphase liegt aufgrund der durchgeführten Untersuchungen ein umfassendes Diagnose- und Leistungsbild vor, dass die anschließende therapeutische Behandlung in der Stammphase sowie die gezielten arbeitstherapeutischen Interventionsstrategien in den Werkstätten vorbereitet. Bei komorbid erkrankten Patienten stehen diese Planungen unter dem Vorbehalt, dass eine Verschlechterung der psychiatrischen Grunderkrankung, (z.B. eine erneuter psychotische Dekompensation) die therapeutischen Planungen verzögern bzw. verändern kann.



4.4.2.1.2. Stammpphase

Die psychotherapeutische Stammpphasenbehandlung findet in Einzel- und Gruppensitzungen statt (siehe Anhang 4: Therapieplan). Zwei Mal wöchentlich werden Gruppentherapien in den Bezugsgruppen durchgeführt, eine dritte Gruppensitzung findet nicht nach Bezuggruppen gegliedert sondern als Indikationgruppe (4.4.2.) statt. In der Gruppentherapie werden die in der Eingangsphase festgestellten suchtypischen Verhaltensweisen mit den Patienten vertiefend reflektiert. Alle Patienten sollen sich auch, sofern ein ausreichend vorhandenes Konzentrationsvermögen besteht, mit suchtauslösenden und suchtaufrechterhaltenden Bedingungen auseinandersetzen (Geller, 1997). Biographische Konstellationen, die suchtypisches Verhalten induzieren oder begünstigen, werden besprochen. Veränderungsstrategien bzw. -modelle werden anschließend erarbeitet. Eine Zukunftsplanung und eine individuelle Entwicklung eines Notfallmanagementplanes runden inhaltlich die Themen der Gruppenpsychotherapie ab (Daley & Marlatt, 1997; Fiedler, 2001). Dabei werden stets die dynamischen Voraussetzungen einer Gruppe mit Psychotikern beachtet (Tschuschke, 2001). Im Mittelpunkt der Gruppentherapie steht dabei auch der Aufbau sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pfingsten, 2007).

Die Gruppentherapie wird durch individualisierte Einzeltherapien sinnvoll ergänzt. Die Einzeltherapie richtet sich nach den Erfordernissen des Patienten und seinen Möglichkeiten. Auch in der Einzeltherapie werden sowohl verhaltens- als auch tiefenpsychologisch orientierte Interventionsmethoden angewandt. Als Äquivalent zur Einzeltherapiesitzung werden psychotherapeutische oder ärztliche Kurzkontakte, insbesondere in Krisensituationen,

angeboten, wenn die konzentriative Belastungsfähigkeit des Patienten die psychotherapeutische Behandlung limitiert.

Weiterhin finden, je nach Bedarf und Notwendigkeit, Familien- bzw. Angehörigengespräche statt. Diese werden gemeinsam mit den Patienten vor- und nachbereitet. Je nach Einzelfall können hier auch familientherapeutische Interventionsmethoden bzw. psychoedukative Verfahren zur Anwendung kommen.

Die Psychotherapie bei psychotischen Patienten folgt dabei den für Psychotiker definierten Grundsätzen (Wiedemann & Klingberg, 2003). Hier sind eher stabilisierende Zugangsweisen zu wählen. Eine Behandlung bzw. Intervention ist grundsätzlich so zu gestalten, dass Reexazerbationen nicht begünstigt werden (Schwarz & Maier, 2001). Der kognitiv-behavioralen Therapie kommt beim Psychotiker dabei ein erwiesener Maßen wichtiger, auch motivations-festigender Effekt zu, den es im Einzelfall zu nutzen gilt (Haddock et al., 2003).



Die Stammphasenbehandlung erfasst den Behandlungszeitraum nach der Eingangsphase bis zum Ende der vom Kosten- bzw. Leistungsträger insgesamt bewilligten Behandlungszeit. Dabei verläuft der psychotherapeutische Prozess in der Stammpphase in drei Phasen, deren jeweilige zeitliche Dauer auf die individuellen Erfordernisse des Patienten abgestimmt wird. Diese Phasenübergänge können sich aber auch je nach Einzelfall überlappen.

• 4.4.2.1.2.1

Erste Phase in der Stammphasenbehandlung: Klärungsprozess

Die erste Phase ist als „Klärungsprozess“ zu verstehen. Begonnen wird mit der Erarbeitung der individuellen Lebens- und Suchtgeschichte unter besonderer Berücksichtigung der bisher erlernten und erlebten Formen der Beziehungsgestaltung. Hier gewinnen die Methoden der Verhaltensanalyse sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie eine besondere Bedeutung.

• 4.4.2.1.2.2

Zweite Phase in der Stammphasenbehandlung: Veränderungsprozess

Die erste Klärungsphase geht allmählich über in die zweite Phase, die auf die Entwicklung und Umsetzung konkreter Verhaltensänderungen abzielt. Techniken der Verhaltensmodifikation, der Desensibilisierung bei Ängsten und Vermeidungsverhalten, der Entwicklung und Erhöhung sozialer Kompetenzen, der Aufbau von übergeordneter Problemanalyse und Bewältigungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Stressbewältigung und Stärkung der Impulskontrolle werden nach Absprache mit dem Patienten als individuelle Behandlungselemente entwickelt. Mit dieser Vorgehensweise können sich schnell erste Erfolgsergebnisse einstellen. Diese verhaltensaute Ausrichtung der therapeutischen Bemühungen hat sich besonders für psychisch weniger belastbare Patienten als sehr erfolgreich erwiesen. Ergänzt und unterstützt wird diese Vorgehensweise durch erlebnispädagogische Projekte (z.B. Gruppenausflüge, Freizeitprojekte), mit deren Hilfe Gemeinschaftssinn, Fähigkeiten zum Belohnungsaufschub und Freude an Zielerreichung und Erfolg erreicht werden. Die zunehmende Beweglichkeit der Patienten inner- und außerhalb der Klinik bietet zudem geschützte Bereiche zum Austesten neu erworbener oder veränderter Verhaltensweisen. Bei besonderer Indikationsstellung bieten sich zudem ergänzend tiefenpsychologisch fundierte Vorgehensweisen mit biographisch aufarbeitenden Therapietechniken an.

• 4.4.2.1.2.3

Dritte Phase in der Stammphasenbehandlung: Ablöseprozess

Die allmählich wachsende Selbständigkeit und Autonomie des Patienten führt zur Einleitung von sog. Ablösungsprozessen, die dann die dritte Phase im Therapieprozess darstellen. Hier kann eine ritualisierte Form des Abschieds von der Drogen (manchmal als szenische Darstellung mit der Unterstützung von Mitpatienten und Therapeuten) hilfreiche Vorstufe und Übung im schrittweisen Ablösungsprozess von der Einrichtung und z.B. den Bezugspersonen bzw. -therapeuten sein. Zu nehmend erfolgt die gedankliche Umorientierung auf die „Zeit danach“, wobei konkrete Planungen, erste Terminvereinbarungen und Abklärungen der sozialen Ressourcen vorgenommen werden. Neben Rollenspielen, in denen konkrete Heimkehrsituationen eingeübt werden, liegt ein Schwerpunkt der psychotherapeutischen Begleitung kurz vor der Entlassung in der expliziten Gestaltung von Verabschiedungszeremonien und der vorausschauenden gedanklichen und szenischen Vorwegnahme möglicher „Stolpersteine“. Konkrete Hilfestellungen für die Zeit danach werden ebenfalls gegeben.



4.4.3 Therapeutische Angebote und Beratungen

Die Grundkonzeption der MEDIAN Klinik Am Waldsee folgt einem verhaltenstherapeutischen Ansatz (Batra et al., 2000; Vollmer & Krauth, 2000), der elektiv um Strategien und Interventionstechniken der systemischen Arbeit (Thomasius et al., 2000) und der tiefenpsychologisch fundierten Methoden (Burian, 2000) erweitert wird. Auch spielen milieutherapeutische Ansätze eine wesentliche Rolle im Gesamtkonzept der Klinik Am Waldsee.

Das soziale Hausklima der MEDIAN Klinik Am Waldsee stellt einen milieutherapeutisch wirksamen Faktor dar. Es ist im zwischenmenschlichen Miteinander von Wertschätzung, Achtung, Hilfsbereitschaft und Respekt geprägt. Dabei hilft die Betonung bürgerlicher Wertevorstellungen, dieses Hausklima im Alltag zu pflegen. Dazu zählen beispielsweise die Einhaltung des „Sie“-Status zum Patienten sowie die Beachtung von Sauberkeit, Hygiene, Körperpflege, ein pfleglicher Umgang mit Einrichtung und Mobiliar, die ausgewählte und den Störungsbildern angepasste Raumgestaltung, die Auswahl von im Haus gehörter Musik, das Einhalten einer „Kleiderordnung“, in der sowohl „Schlamzigkeit“ wie sexuell-appellative Aufdringlichkeit vermieden werden. Das offene und angemessene Ansprechen von Alltagskonflikten, die Suche nach geeigneten Lösungen sowie die schrittweise Bewältigung problematischer Verhaltensweisen kann dann auch im Klinikalltag in realitätsnaher Form geübt und geformt werden. Insbesondere soziale Fähigkeiten (sog. „soft-skills“) werden dabei auch in den therapiefreien Zeiten, z.B. am Mittagstisch oder in der Freizeit, beachtet und, falls notwendig, gezielt weiterentwickelt oder therapeutisch bearbeitet. Auch diese Entwicklungsfortschritte im alltäglichen Miteinander werden mit dem Patienten erörtert, was letztlich Veränderungsmotivation, Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein verstärkt (Frieboes, Zaudig & Nosper, 2005; Liberman, 1994). Tägliche Hausversammlungen dienen schließlich der Offenheit und Transparenz der Klinikabläufe und bieten einen Rahmen, in dem

der Gemeinschaftssinn, die Verantwortung für andere aber auch die Eigenverantwortung gestärkt werden. Dabei ist den oft limitierenden Bedingungen der unterschiedlichen Störungen und Beeinträchtigungen bei schizophrenen Erkrankungen angemessen Rechnung zu tragen. Auch hier bietet sich wie zuvor unter den arbeitstherapeutischen Methoden schon erörtert, eine Fragmentierung komplexer Vorgänge in überschaubare und leistbare Einzeloperationen als mögliche Trainingsmethode an (Vuksic-Mihaljevic, 1998). Im Rahmen des milieutherapeutischen Gesamtkonzeptes und im Sinne der Sicherstellung von Hygiene im Wohnbereich der Patienten finden tägliche Zimmerbegehungen durch die Bezugstherapeuten statt. Dabei werden Mängel in Bezug auf Sauberkeit, Ordnung sowie Einhaltung der Hausordnung mit dem Patienten problematisiert.



4.4.3.1 Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie in der MEDIAN Klinik Am Waldsee dient dem Ziel der möglichst vollständigen Wiederherstellung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Patienten. Unter Berücksichtigung der weitgehend arbeitsentwöhnten Patienten und unter Würdi-

gung der häufig vorliegenden Einschränkungen durch komorbide Erkrankungsbilder müssen die arbeitstherapeutischen Techniken sowohl einfach strukturierte und hochredundante Arbeitsabläufe abbilden als auch die Entwicklung zu vollständig selbstverantworteter Arbeit ermöglichen. Um diese Ziele zu erreichen kommen eine Vielzahl von Techniken zum Einsatz.



Folgende Arbeitstherapiebereiche werden von der MEDIAN Klinik Am Waldsee angeboten:

- Hauswirtschaft
- Küche
- Schneiderei
- Wäscherei und Mangelei
- Weberei
- Tonwerkstatt bzw. Töpferei
- Schreinerei
- Möbelrestaurierung
- Haus- und Gebäuderenovierung (Hausmeisterei)
- Garten- und Landschaftsbau
- Nutztierpflege
- Servicebereich (Dienstleistung)
- EDV-Arbeitsplätze

Diese Bereiche werden jeweils von arbeitstherapeutisch ausgebildeten Werkstattleitern betreut. Die Werkstattleiter besitzen zusätzlich Handwerksqualifikationen und verfügen über Ausbildungseignungsprüfungen.

Die Werkstätten werden variabel organisiert, so dass geschützte Einzelarbeitsplätze, aufeinander aufbauende Arbeiten (im Sinne mittlerer Serienarbeitsplätze), kleine Fertigungsstraßen und Kreativarbeitsplätze je nach individuell beschriebener konkreter Zielsetzung vorgehalten und organisiert werden können. Dabei werden methodische Anleihen aus dem Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie gemacht.

Die Zielsetzung in der Arbeitstherapie erfolgt nach Absprache zwischen Arbeitstherapeut und Patient auf der Grundlage der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Von Bedeutung sind dabei auch folgende Aspekte: das Wiedererlernen von Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit sowie Kommunikations- und Absprachefähigkeit. Der Arbeitstherapeut überprüft anhand ausgewählter arbeitstherapeutischer Projekte die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Patienten und fördert diese im Laufe der Behandlung. Möglichst sollen Projektarbeiten in Gruppen trainiert werden. Häufig schränken aber komorbide Erkrankungen die Gruppenfähigkeit ein, weshalb auch Tätigkeiten an Einzelarbeitsplätzen zur Verfügung stehen. Auf dieser Grundlage erfolgt eine konkrete Zielbeschreibung für einen je nach Tätigkeitsfeld definierten Zeitraum. Die zu erreichenden Verhaltensziele werden mit dem Instrument des „Goal Attainment Scaling“ definiert und abschließend danach bewertet (Guy & Moore, 1982). Der Patient wird in diesen Bewertungsprozess mit einbezogen. Danach erfolgt eine neue arbeitstherapeutische Zielausprache für einen definierten Zeitabschnitt.

Bei ausgeprägten kognitiven Störungen müssen sich die Arbeitstherapiebereiche auf diese kognitiven Funktionsminderungen einstellen. In Kleingruppen organisierte Arbeitsprozesse werden dann beispielsweise so weit aufgegliedert, dass diese auch für Patienten mit mittelgradig ausgeprägten apraktischen Störungen noch beherrschbar sind. So können auch für unterschiedlich schwer beeinträchtigte Patienten realistische Arbeitsumgebungen geschaffen und im Sinne von langsam steigenden Arbeitsanforderungen entwickelt werden (Halligan & Wade, 2005).

Bei sehr ausgeprägten kognitiven Störungen (z.B. im Sinne ausgeprägter exekutiver Dysfunktionen, Lern- und Gedächtnisstörungen und erheblichen Konzentrationsstörungen) (Winger & Woods, 2004), sind die Ergebnisse der klassischen Arbeitstherapie bisweilen unbefriedigend. Daher kommen hochredundant-übende Trainingsmethoden, die z.T. aus dem Bereich der neurologischen Rehabilitation adaptiert wurden, zur Anwendung.



Die Arbeitstherapie findet für alle Patienten der MEDIAN Klinik Am Waldsee, unabhängig vom Eingangs- oder Stammphasenstatus, werktäglich in der Zeit zwischen 8:45 und 11:45 Uhr statt. Gesondert für Patienten die sich in der Stammphase befinden, wird an einem Werktag auch nachmittags die Arbeitstherapie durchgeführt. Dadurch kann ein „≥6-Stunden-Arbeitstag“ simuliert werden. Ziel der Arbeitstherapie ist die zunehmend realitätsnahe Erfahrung der Arbeitswelt. Diese orientiert sich an den Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten. Die interne arbeitstherapeutische Einbindung wird so ausgerichtet, dass sie einerseits die berufliche Wiedereingliederung vorbereitet, andererseits als Vorlauf für ein externes Berufspraktika während der Adoptionsphase dienen kann. Diese externen Berufspraktika werden durch Kooperationsabsprachen mit einer Vielzahl von ortsansässigen Handels- und Handwerksunternehmen sichergestellt. So existieren Kooperationsabsprachen mit Landschafts- und Gartenbaubetrieben, Kraftfahrzeughandel, Kraftfahrzeugwerkstatt, Tiefbauunternehmen, Steinmetzen, Schreinereien, Dachdeckerbetrieben, Zimmereibetrieben, Küchen- und Kantinenbetreibern, Servicebereichen der Gastronomie, Hotels, Reisebüros, Einzelhandelsunternehmen, Bäckereien, Metzgereien usw.. Erreichen Patienten im Verlaufe der internen Praktika eine entsprechende Zuverlässigkeit und eine zeitlich adäquate Ausdehnung ihrer Arbeitsfähigkeit, so kann ein Praktikum in einem externen Betrieb angestrebt werden. In einigen Fällen führt ein solches Praktikum zu der späteren Übernahme als Auszubildender oder Angestellter in dem Betrieb. In der Regel gelingt eine vollschichtige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

4.4.3.2 Sport- und Bewegungstherapie

Ein werktäglich um 7.00 Uhr stattfindender Frühsport dient in erster Linie der Tagesstrukturierung. Die sport- und bewegungstherapeutischen Angebote der MEDIAN Klinik Am Waldsee berücksichtigen zum einen die allgemeine körperliche Belastbarkeit des Patienten, zum anderen die im Therapieverlauf anstehenden und zu fördernden Genesungsprozesse. Viele Patienten haben im Laufe ihrer Erkrankung ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper entwickelt. Störungen des Körperschemas bis hin zu manifesten Auffälligkeiten im Rahmen von Essstörungen, Störungen der Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit und der Körperkoordination sind häufig festzustellen. Neben den kognitiven Zielen wie der Entwicklung einer Selbstverantwortung und Handlungskompetenz werden auch Verbesserungen im motorischen Bereich angestrebt. Ausdauer, Kraft, Koordination und Flexibilität sollen bewegungstherapeutisch antrainiert und geübt werden, so dass eine Wiederherstellung, Stabilisierung und Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit gewährleistet ist. Darüber hinaus sind weitere Aspekte wie Motivation, Aktivierung, Vertrauensbildung und Kooperation mit anderen Patienten wesentliche Bestandteile der Bewegungstherapie.

Im Rahmen der körperorientierten Therapie finden bewegungstherapeutische Angebote dreimal wöchentlich in der Gruppe statt. Diese berücksichtigen selbstverständlich das unterschiedliche Leistungsniveau der Teilnehmer im Hinblick auf die kardiovaskuläre Fitness, Koordination und motorische Geschicklichkeit. Dabei kommen sowohl Individualsportarten wie Walking oder Zirkeltraining, die zur Verbesserungen der eigenen Leistungsfähigkeit dienen, als auch Spielsportarten, die eher das Gemeinschaftsleben fördern, zum Einsatz. Die Bewegungstherapie der MEDIAN Klinik Am Waldsee orientiert sich an die unterschiedlichen jahreszeitlichen klimatischen Gegebenheiten, so dass im Sommer die sportlichen Aktivitäten vor allem im Freien stattfinden. Berücksichtigt wird auch, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von Patienten unter Haltungsstörungen leidet, häu-

fig auch an Erkrankungen des Kniegelenkes und des lumbo-thorakalen Apparates. Daher werden ergänzend zur allgemeinen Bewegungstherapie eine spezielle Kniegruppe und eine Rückenschule mit krankengymnastischen Anteilen regelmäßig angeboten.

Darüber hinaus bestehen ergänzende Angebote, die von Patienten im Rahmen ihrer Freizeitgestaltung selektiv in Anspruch genommen werden können und/oder im Rahmen eines speziellen Trainingsprogrammes zur Auflage gemacht werden. U.a. hat sich eine Gruppe herausgebildet, die unter Anleitung („Nordic“-)Walking betreibt. Außerdem wird von den Sport- und Bewegungstherapeuten wöchentlich der Besuch eines Hallenbades, im Sommer des Freibades, organisiert.

Ein Fitnesscenter im Ort Rieden hat mit der MEDIAN Klinik am Waldsee eine Kooperationsabsprache getroffen, die den Besuch der Anlage zu weit reduzierten Preisen erlaubt. Mit den ortsansässigen Sportvereinen (Fußball, Handball, Volleyball, Tennis) existieren Kooperationsvereinbarungen, die entsprechend stabilen und geeigneten Patienten die Teilnahme an den Trainings- und Wettkampfprogrammen ermöglicht. Die Sport- und Bewegungstherapie stellt daher ein wichtiges Bindeglied zum „normalen Leben“ vor Ort dar (Froböse et al., 2003; Schüle & Huber, 2004; Höller, 2011).

Hinsichtlich der Bedeutung bewegungstherapeutischer Behandlungselemente ist auf aktuelle Forschungsergebnisse zu verweisen, die die neurobiologische „Wirksamkeit“ bzw. neurobiologischen Korrelate einzelner therapeutischer bzw. rehabilitativer Behandlungselemente verdeutlicht haben (zur Übersicht siehe Kunert, 2009). Gezeigt werden konnte dies insbesondere im Hinblick auf die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen (z.B. Goldapple et al. 2004, Paquette et al. 2003) und bewegungsgestützter Therapieverfahren (z.B. Colcombe et al., 2006, Draganski et al., 2004, Hollmann 2003, Pajonk et al. 2010). Bei den bewegungsgestützten Therapieverfahren konnten sowohl deutliche Effekte im Hinblick auf die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit



als auch der emotionalen Befindlichkeit festgestellt werden. Es ist damit zu rechnen, dass in den nächsten Jahren diese neurowissenschaftlichen Erkenntnisse zunehmend Einfluss auf die Behandlung von Suchtpatienten nehmen und zu einer Modifikation von Behandlungskonzepten bzw. einer verstärkten Integration von bestehenden Behandlungselementen führen werden. Die MEDIAN Klinik am Waldsee ist unter diesen Gesichtspunkten darum bemüht, verhaltens- und bewegungstherapeutische Behandlungselemente stärker als bisher miteinander zu verknüpfen. Beispielsweise lassen sich aggressive Verhaltensweisen sowohl im klassischen verhaltenstherapeutischen Setting, darüber hinaus aber auch bewegungstherapeutisch erfolgreich behandeln.



Unter Berücksichtigung komplexer Bewegungsstörungen bei Mehrfachabhängigen (Deimel et al., 2009; Höller, 2011) haben sich bewegungsgestützte Behandlungselemente in folgenden Bereichen bewährt:

- Suchtverhalten, Suchtdruck
- Amotivationales Syndrom
- Emotionale Basisprozesse (z.B. Alexithymie)
- Anhedonie
- Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit
- Affektive Erlebnisreaktionen (z.B. Depressivität und Angst)
- Verhaltenssteuerung (z.B. Impulsivität und Aggressivität)
- (Körper-)Wahrnehmung
- Kognition (z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer)
- Sozialverhalten.



4.4.3.3 Sozialberatung

Die Sozialberatung in der MEDIAN Klinik Am Waldsee klärt die oft undurchsichtige soziale Situation der Patienten und gibt entsprechende Hilfestellungen. Zu den anfänglichen Aufgaben der therapiebegleitenden Sozialarbeit gehört, aufbauend auf den Vorgaben der vorbereitenden Beratungsstelle, eine sorgfältige Erfassung der Sozialanamnese unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildungs- und Berufssituation. So gilt es, zunächst die vorrangigen Probleme oder Unklarheiten zu identifizieren (Arbeitsplatz- und Wohnsituation, juristische und finanzielle Probleme) und eine konkrete Planung zu deren Klärung zu erarbeiten. Dabei wird der Patient mit zunehmender Belastbarkeit im Laufe des stationären Aufenthalts auch angeleitet, die notwendigen Klärungs- und Lösungsschritte selbst durchzuführen. So soll er (wieder) lernen, Briefe zu schreiben, Anträge zu stellen sowie Hilfemöglichkeiten zu erkennen und zu nutzen, wie etwa Beratungsmöglichkeiten bei Ämtern oder Behörden in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, ein Konto für die persönlichen Geldmittel des Patienten bei einer örtlichen Bank zu eröffnen. So erlernen die Patienten (wieder) die Verwaltung und Einteilung ihres Geldes und alle damit verbundenen Notwendigkeiten der eigenständigen Kontenführung. Im Austausch mit den örtlichen Behörden, Ämtern und öffentlichen Einrichtungen sowie über Kontakte mit der Dorfgemeinschaft können darüber hinaus soziale Kompetenzen eingeübt werden.

Wesentliche Aufgabe der therapiebegleitenden Sozialarbeit ist zudem die rechtzeitige Planung der erforderlichen nachstationären Betreuung. In Zusammenarbeit mit den zuständigen Bezugsthe-

rapeuten und Ärzten erfolgt gegebenenfalls eine Indikationsstellung hinsichtlich einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung, einer soziotherapeutischen Betreuung, einer Übernahme in eine betreuende Wohnform oder einer Adoptionsmaßnahme. Die jeweils notwendigen Schritte werden gemeinsam mit dem Patienten geplant und in die Wege geleitet. Es kann dabei sinnvoll sein, den Patienten zu Vorkontakten bei nachbetreuenden Stellen zu begleiten oder bei entsprechend bestehender Selbständigkeit des Patienten diese als Belastungserprobung für ihn zu konzipieren.

4.4.3.4 Psychoedukative Angebote

In regelmäßigen Abständen finden psychoedukative Patientenschulungen anhand bewährter Verfahren (z.B. D'Amelio, Behrend & Wobrock, 2007; Gouzoulis-Mayfranck, 2007) zu den Schwerpunktthemen Sucht, Schizophrenie, Angst und Depression sowie Persönlichkeitsstörungen statt (vergl. 4.3 S. 15). Weiterhin wird auf die Bedeutung einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme eingegangen. Die entsprechenden Hintergründe hierfür werden patientengerecht erörtert. Psychoedukative Verfahren sind im Sinne der „good clinical practice“ elementarer Bestandteil der einzel- und gruppentherapeutischen Arbeit und finden regelmäßig, mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten, Anwendung. Ernährungsberatung sowie Kurse zur allgemeinen Hygiene und Kochkurse mit diätischem Anspruch runden das psychoedukative Therapieangebot der MEDIAN Klinik Am Waldsee ab.



4.4.4 Spezielle rehabilitative Angebote

4.4.4.1 Freizeit- und Kulturangebote

Regelmäßige stattfindende Ausflüge ergänzen das klinikinterne Programm und fördern die Entwicklung einer eigenen Freizeitkultur. Diese gruppendynamisch nutzbaren Angebote werden ergänzt durch ein reichhaltiges Freizeitkulturprogramm, in dem – je nach Jahreszeit – ausgewählte Kulturveranstaltungen für die Patienten angeboten werden. Hierzu gehört der regelmäßige Besuch von Museen, Lesungen, Ausstellungen, wie auch der Besuch von Kino- und Theatervorführungen einschließlich Konzerten. Die Nähe zur Köln-Bonner und Koblenzer Kulturszene mit seinen zahlreichen Museen und vielfältigen Angeboten erweist sich als günstig.

4.4.4.2 Indikativangebote

4.4.4.2.1 Kognitives Training

Da die Mehrzahl der Patienten spezifische sucht- oder krankheitsassoziierte kognitive Störungen aufweist, wird ein in Klinik und Forschung bewährtes computergestütztes Aufmerksamkeitstraining (insbesondere für den Bereich der geteilten Aufmerksamkeit bzw. der parallelen Informationsverarbeitung) angeboten (CURE® Trainingsprogramm, Siemens AG). Das kognitive Training findet zwei Mal wöchentlich für jeweils 45 Minuten speziell für diejenigen Patienten statt, bei denen in den leistungspsychologischen Einganguntersuchungen Leistungseinschränkungen festgestellt werden konnten. Darüber hinaus werden mit diesem Verfahren aber auch diejenigen Patienten behandelt, bei denen erst während der Rehabilitationsbehandlung (beispielsweise auch in der Arbeitstherapie) entsprechende kognitive Funktionsstörungen festgestellt werden konnten. Eine Erweiterung dieses indikativen Angebotes für die Funktionsbereiche Lernen und Gedächtnis sowie logisches Denken auf Basis des CURE®-Trainingsystems wird angestrebt und befindet sich aktuell in der Erprobungsphase.

4.4.4.2.2 „Lernen zu lernen“

Im indikativen Angebot „Lernen zu lernen“ werden im Sinne einer klinikinternen „Abendschule“ Basisfertigkeiten in den Bereichen Lesen, Schreiben und Rechnen eingeübt. Übergeordnete pädagogische Ziele sind die Förderung der intellektuellen Kompetenzen, darüber hinaus auch die Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit und der Selbststeuerung. So kann der Patient lernen, wahrgenommene Defizite als Herausforderungen zu betrachten, denen er schrittweise in Eigenverantwortung begegnen kann.

Bei dieser unter pädagogischer Leitung stehenden Indikativgruppe sollen die Bildungsinhalte der Klasse 6 der allgemeinbildenden Schule zuverlässig für jeden Patienten vermittelt werden, so dass jeder am Ende der Behandlung dazu in der Lage ist, einen Antrag bei einer Behörde zu stellen, einen Erlebnisbericht zu verfassen, einen Lebenslauf zu schreiben, den Dreisatz zu rechnen und Grundkenntnisse der Prozentrechnung zu beherrschen. Die Teilnahme an diesem Indikativangebot ist freiwillig. Allerdings werden Patienten auch zur Teilnahme ermuntert, wenn eine gezielte Förderung in den o.g. Bereichen notwendig erscheint.

4.4.4.2.3 Bewerbungstraining

Im Rahmen dieses Indikativangebots soll sich der Patient in die Rolle als Bewerber selbstkritisch hineinversetzen, d.h. er soll eigene Stärken und Schwächen in einer Bewerbungssituation erkennen und auch benennen. Darüber hinaus soll Eigenaktivität und Eigenverantwortlichkeit gezielt gestärkt werden. Dies erfolgt über praktische Übungen mit Hilfe von Vorlagen und Arbeitshilfen um beispielsweise einen Lebenslauf zu schreiben, Bewerbungsmappen individuell zu gestalten und ein Bewerbungsgespräch angemessen zu führen.

4.4.4.2.4 Soziales Kompetenz- und Selbstsicherheitstraining

Mit diesen Angeboten soll insgesamt die soziale Kompetenz der Patienten in kritischen Situationen gefördert werden. Elemente dieser Themen werden schon in der Eingangsphase durchgeführt (z.B. Entwicklung von Konfliktlösungsstrategien; siehe

oben). Die speziellen Angebote richten sich jeweils an Patienten mit entsprechenden Verhaltensauffälligkeiten (z.B. bei impulsiv-aggressiven Verhaltensakzentuierungen). Darüber hinaus werden Indikativangebote zum Selbstsicherheitstraining oder zur Entwicklung von situationsadäquaten Konfliktlösungsstrategien für alle Patienten der Klinik am Waldsee angeboten.

4.4.4.2.5 „Hinterfragen des eigenen Freizeitverhaltens“

In der Klinik bilden sich in unregelmäßigen Abständen freiwillige Gruppen von Patienten, die eigenes Freizeitverhalten (sofern dies mit der Suchterkrankung in Verbindung steht) hinsichtlich deren Hintergründe kritisch reflektieren. Ziel ist dabei, die Lücke zwischen Therapie und Freizeit in der Klinik sinnvoll zu schließen um somit die therapeutischen Bemühungen auch auf das Freizeitverhalten in der Klinik auszudehnen. Bearbeitet werden einzelne Themen wie z.B. Musik bzw. Szenemusik, Piercings und Tatoo's sowie Kleidung und allgemeine Körperkultur (Frisurens etc.). Die Patienten werden dabei angehalten, ihre entsprechenden Überlegungen den anderen Patienten gegenüber verständlich darzulegen. Sie sollen dabei unterschiedliche Medien benutzen (z.B. Powerpoint, Overheadfolien), zu deren Gebrauch sie gesondert angeleitet werden. Sie sollen dabei lernen, ihre Gedanken und Empfindungen verständlich zu äußern und angemessen mit anderen darüber zu diskutieren. Indirekt wird dadurch auch die soziale Kompetenz gefördert.

4.4.4.2.6 Rückfallprophylaxe

Ziel dieses speziellen Indikativgruppenangebotes ist, dass sich Patienten während ihrer stationären Rehabilitationsbehandlung in der MEDIAN Klinik am Waldsee mit einem potentiellen Rückfallgeschehen auseinandersetzen. Im Rahmen eines strukturierten Trainingsprogramms (Klos & Görzen, 2009) werden zunächst zentrale Aspekte des Rückfallgeschehens aufgegriffen. Theorien, Modelle und Forschungsergebnisse zum Rückfallgeschehen werden anschließend dargestellt und patientengerecht vermittelt. Darüber hinaus werden individuelle Aspekte wie das persönliche

Risikoprofil, Bewältigungsstrategien und Ressourcen erarbeitet, um die Patienten auf drohende bzw. eintretende Rückfälle angemessen vorzubereiten. Neben der Wissensvermittlung und der Erarbeitung einer verbesserten Selbsteinschätzung zielt dieses Indikativgruppenangebot auf eine realistische Selbstwirksamkeitserwartung, eine Steigerung der Fähigkeit zu Antizipation, eine Reduzierung des Abstinenzverletzungseffektes sowie auf die Einübung von Bewältigungsstrategien. Wesentliche Aspekte dieses Indikativgruppenangebots zur Rückfallprophylaxe sind zudem Bestandteil der üblichen therapeutischen Arbeit mit allen Patienten der Klinik.

4.4.4.2.7 Frau und Sucht

Die unterschiedlichen Geschlechtsrollen von Frauen und Männern werden neben biologischen vor allem von sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst bzw. bestimmt. Diese Aspekte wirken auch auf die Entwicklung und den Verlauf einer Suchterkrankung. Im Einzelnen bedeutet dies, dass Frauen und Männer nicht nur körperlich unterschiedlich auf Suchtmittel reagieren, sondern dass auch die Motive und Bedingungen für den Einstieg in und den Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit geschlechtsspezifisch sehr stark geprägt sein können. So sind bei nahezu allen psychischen Erkrankungen Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf festgestellt worden (vgl. Rohde & Marneros, 2006). Diesen Aspekten muss somit bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Präventions- und Hilfeangeboten im Therapiebereich angemessen Rechnung getragen werden. So werden im Rahmen des Indikativangebots „Frau und Sucht“ unterschiedliche frauenspezifische Aspekte des Drogenkonsums thematisiert. Durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und das Vertrautmachen mit verschiedenen Interventionsmöglichkeiten soll dabei die Fähigkeit, eigene Ressourcen zur Bewältigung von Alltags- und Krisensituationen besser einzusetzen, zusätzlich gesteigert werden. Weitere Aspekte wie z.B. Sexualität oder Kinderwunsch werden ebenfalls thematisiert.

4.4.4.2.8 Raucherentwöhnung

In den Räumlichkeiten der MEDIAN Klinik Am Waldsee besteht ein Rauchverbot sowohl für Patienten als auch Mitarbeiter. Mitarbeiter der Klinik sind angehalten, in ausgewiesenen Raucherzonen vor der Klinik zu rauchen. Für die Patienten ist ein gesonderter wettergeschützter Pavillon im Gartenbereich der Klinik geschaffen worden. Darüber hinaus wird der Nikotinkonsum der Patienten in den Therapiesitzungen problematisiert. Als freiwilliges Indikativgruppenangebot wird ein Raucherentwöhnungsprogramm angeboten, das einmal wöchentlich für die Dauer von 90 Minuten über den Zeitrahmen von drei Monaten von einer in diesem Programm geschulten Therapeutin durchgeführt wird. Als Minimalziel ist eine individuell zu vereinbarende schrittweise Reduktion des Nikotinkonsums definiert. Grundsätzlich werden die Patienten zu einem nikotinabstinenten Leben ermuntert.

4.4.4.2.9 Allgemeine Hygiene

Mit diesem Indikativgruppenangebot wird Grundwissen zur Körperpflege, zur Hygiene in allgemeinen Lebensbereichen, zur Wäschepflege einschließlich der Nutzung von Waschvollautomaten vermittelt. Diese alltagspraktischen Hintergrundinformationen bzw. -kompetenzen haben sich als bedeutsam herausgestellt, da sozialisationsbedingt häufig konkrete Erfahrungen in diesen Bereichen fehlen und ein späteres selbständiges Leben behindern kann.

4.4.4.2.10 Hilfe zur Selbsthilfe

Über Beratungen und regelmäßige Kontakte in der Klinik, aber auch über die entsprechenden Angebote in den umliegenden Ortschaften, werden alle Patienten der Selbsthilfe (wieder) zugeführt. Die Kontakte außer Haus werden dabei der psychischen Belastbarkeit des Patienten angepasst und so gestaltet, dass eine Überforderung vermieden wird. Dies gilt im besonderen Maße für Patienten, die bei Vorliegen einer Doppeldiagnose in ihren Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung und des Selbstschutzes eingeschränkt sind.

Die jeweiligen Beratungen werden durch die individuelle Kleingruppenarbeit ergänzt. Sind mehrere Patienten beratungsbedürftig (besonders in Bezug auf die Frage Bewerbung, Arbeitsplatzsuche, Wohnungssuche am Ende der Therapie) so wird die Beratung in Kleingruppen durchgeführt, was zur Entwicklung von geeigneten Unterstützungssystemen zwischen den Patienten führt.

Patienten der Adoptionsphase haben die Möglichkeit, einmal wöchentlich eine Gruppe der „Narcotics Anonymous“ in Koblenz zu besuchen. Hierfür stellt die Klinik einen Shuttle-Service zur Verfügung. Auch ist während des stationären Aufenthaltes eine Teilnahme an der Gruppe der „Anonymen Alkoholiker“ in Mayen möglich.



4.4.5 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge

In seltenen Fällen ist eine Kontaktpflege therapeutischer oder medizinischer Art mit entlassenen Patienten angezeigt und sinnvoll. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn bei schwer beeinträchtigten Patienten eine therapeutische Beziehung nur bedingt ersetzbar ist, eine begonnene biographische Arbeit bei Entlassung des Patienten noch nicht abgeschlossen ist oder Patienten sich in seltenen Fällen zu einer Wohnungsnahme in der Umgebung der Klinik entschieden haben und, unter der Voraussetzung, dass bei Krisenfällen und Notfällen die Hilfe der Klinik weiter in Anspruch genommen werden kann, in ausgewählte Lehrbetriebe vermittelt werden konnten. In diesen seltenen Fällen werden einzelne, auch nach Therapiebeendigung durchzuführende Einzeltherapiesitzungen oder medizinische Beratungen durchgeführt, die dem Übergang des Patienten in ein eigenbestimmtes Leben dienlich sind.

Generell besteht für regulär entlassene Patienten die Einladung, sich am sozialen Leben des Hauses weiter zu beteiligen. So etwas doie Teilnahme an unserem jährlich stattfindenden Sommerfest. Für die Patienten der Klinik bietet der Kontakt mit erfolgreich Rehabilitierten und im Erwerbsleben stehenden Ehemaligen einen motivationalen Anreiz.

Darüber hinaus werden entlassene Patienten eingeladen, telefonisch, brieflich oder per Email Kontakt zur Klinik zu halten.

Struktur, Elemente und Phasen der Rehabilitationsbehandlung in der MEDIAN Klinik Am Waldsee sind nachfolgend übersichtsartig zusammengefasst (siehe Abb. 1).

4.4.6 Adaption

Das Angebot einer eigenständigen Adoptionsphase richtet sich insbesondere an Patienten, für die Arbeitslosigkeit und eine fehlende Unterkunft bzw. Wohnung nach Ende der Rehabilitationsbehandlung eine besonders belastende Situation ergibt und die dadurch in starkem Umfang als rückfallgefährdet einzustufen sind.

Voraussetzung für den Übergang in die Adaption ist eine erfolgreiche Behandlung der Grunderkrankung mit einer weitgehend erreichten Stabilisierung bezüglich der Abstinenzentwicklung der Patienten.

Die Adaption baut neben den Ergebnissen der vorangegangenen Persönlichkeitsstabilisierung auf den Ergebnissen der arbeitstherapeutischen Behandlung auf, insbesondere auf der Klärung der beruflichen Orientierung und den Erwerb von Fähigkeiten, sich in der Realität zu behaupten.

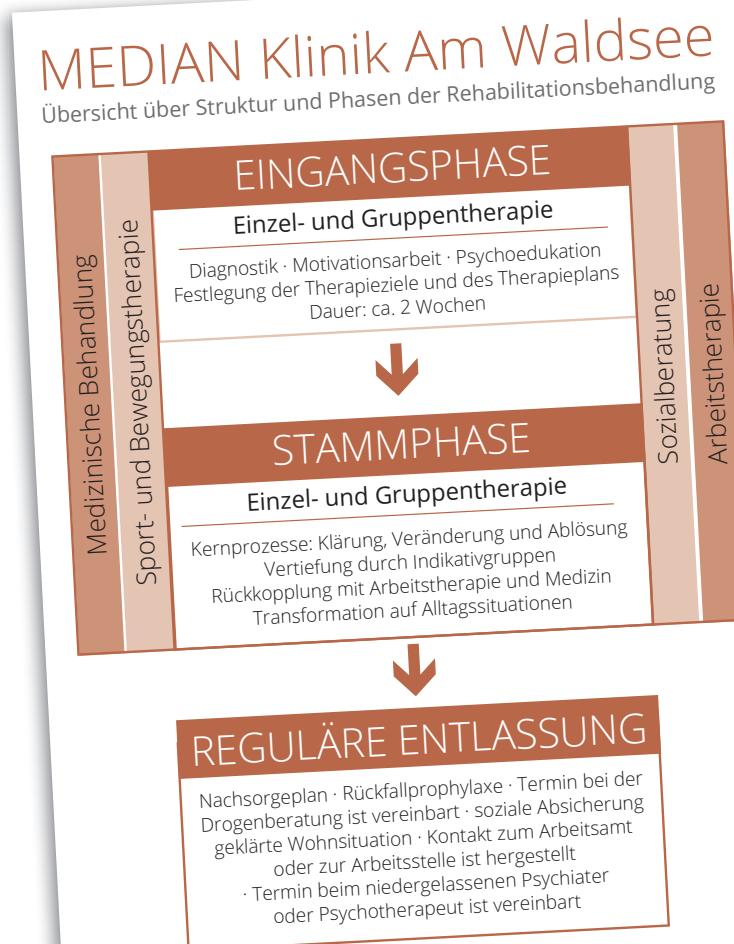


Abb. 1: Übersichtsartig dargestellt sind, wie im Text ausführlich erläutert, Struktur, Therapieelemente und Phasen der Rehabilitationsbehandlung in der MEDIAN Klinik am Waldsee.



Ziel der Adaption ist es, die erreichten Fortschritte der vorherigen Behandlung zu stabilisieren und den Patienten zu unterstützen, seine Fähigkeiten und Kenntnisse so zu entwickeln, dass er nach Abschluss der Adaption zu einer eigenständigen Lebensführung sowie zur Bewältigung besonderer Belastungssituationen in Arbeitswelt und Wohnumfeld in der Lage ist. Die Maßnahmen der Adaption sind auf die reale Lebenswelt außerhalb der beschützenden und damit künstlichen Klinikwelt gerichtet.

Die Schwerpunkte der Maßnahmen liegen beispielsweise in folgenden Bereichen: externe Arbeitspraktika, reale Arbeitsplatzsuche, Aufnahme von Ausbildungs- bzw. Umschulungsverhältnissen oder Gestaltung einer Wohnung. Die Betreuung erfolgt in sozialarbeiterischer Form mit dem Ziel, Eigeninitiative zu fördern und die Nutzung von Fremdhilfe zu minimieren. Jedes sinnvolle Eigenengagement und jede sinnvolle eigene Aktivität außerhalb der Einrichtung werden gefördert.

Die Indikation für die integrierte Adaption sehen wir insbesondere dann gegeben, wenn aus psychotherapeutischer oder psychiatrischer Sicht eine Veränderung der therapeutischen Bezugspersonen nicht sinnvoll erscheint, z.B. bei bestimmten psychiatrischen Zusatzerkrankungen.

4.5 Umgang mit kritischen Behandlungssituationen

Kritische Behandlungssituationen gehören zum therapeutischen Alltag einer Drogen-Rehabilitationsklinik und erfordern ein geschultes, flexibles und den individuellen Besonderheiten des Patienten angepasstes Vorgehen des gesamten Teams. Kritische Behandlungssituationen können dabei in offener (z.B. geäußerte Abbruchgedanken oder Drogenrückfall) oder in verdeckter Form während des Therapieprozesses auftreten, z.B. in Form von zunehmenden Rückzugstendenzen, depressiven Verstimmungszuständen oder sonstigen Symptom- oder Verhaltensakzentuierungen. In der MEDIAN Klinik Am Waldsee werden in akuten Krisensituationen gezielt therapeutische Fallkonferenzen in Anwesenheit des gesamten therapeutischen Teams durchgeführt. Ergänzt wird dies durch gesonderte Gespräche des Chefarztes bzw. Oberarztes oder des leitenden Psychologen mit dem Patienten und seinem Bezugstherapeuten. Je nach Einzelfall können auch die zuweisende Beratungsstelle, gesetzlichen Betreuer oder sonstige relevante Bezugspersonen oder Angehörige nach vorhergehender Absprache mit dem Patienten in diesen Prozess mit einbezogen werden. Um eventuelle Kurzschlussreaktionen des Patienten beispielsweise bei starken Abbruchgedanken zu vermeiden, wird mit ihm zunächst versucht zu vereinbaren, dass er sich die Möglichkeit einer eintägigen Bedenkzeit einräumt („24-Stunden-Regel“). Diese allgemeine Strategie hat sich in der MEDIAN Klinik Am Waldsee in unterschiedlichen Krisensituationen bewährt.

4.5.1 Therapeutischer Umgang mit „Abbruchgedanken“

Ein zentrales Problem in der Behandlung von Drogenabhängigen sind die Therapieabbrüche. Teilweise fühlen sich Patienten mit den Anforderungen, die an sie während der Therapie gestellt werden, überfordert. Nicht selten sind sie prästationär auch nur unzureichend über die Abläufe der stationären Rehabilitationsbehandlung informiert worden. Neben Gefühlen der Überforderung können sich dann auch niedergedrückt-depressive Verstimmungszustände einstellen. Weiterhin können sich Zweifel an der eigenen Fähigkeit, zu einem drogenfreien Leben zurückzufinden, einstellen. Letztlich kann auch die Überzeugung vorherrschen, dass man ohne eine Therapie von dem Drogenkonsum loskomme. Als weitere „Abbruchgründe“ sind die notwendigen Rahmenbedingungen, d.h. Regeln und Abläufe der Tages- und Therapiestruktur zu nennen, die einige Patienten als Bedrohung ihrer Freiräume oder Individualität betrachten. Im Umgang mit diesen Abbruchgedanken haben sich vor allem Gespräche mit anderen Patienten, therapeutische Einzelgespräche, Konfrontation in der Gruppe oder ablenkende therapeutische Angebote als hilfreich erwiesen. In der MEDIAN Klinik am Waldsee wird jeder Patient während der ersten therapeutischen Gespräche im Einzel- oder Gruppenkontakt mit dieser speziellen Krisensituation vertraut gemacht. Dadurch wird er auf solche „Krisen“ schon zu Beginn der Therapie rechtzeitig vorbereitet. Außerdem werden ihm die eventuell ablaufenden innerpsychischen Prozesse mit den damit assoziierten („irrationalen“) Gedanken und Einstellungen präsentiert. Auch unter diesen Gesichtspunkten sind Vorgespräche vor dem Therapiebeginn von besonderer Bedeutung.



4.5.2 Umgang mit Rückfällen während der stationären Behandlung

Ein Drogenrückfall während der stationären Behandlung verweist auf komplexe Ursachen, die häufig erst im Nachhinein rekonstruierbar sind (Küfner et al., 1995). In der MEDIAN Klinik Am Waldsee werden Patienten, die während der Rehabilitationsbehandlung ihren Drogenrückfall selbst melden in der Regel nicht entlassen. Vielmehr werden mit dem Patienten notwendige therapeutische Konsequenzen erarbeitet. So wird nach Möglichkeiten gesucht, um den eingetretenen substanzbezogenen Rückfall möglichst kurzfristig wieder aufzufangen und eine medizinisch abgesicherte Detoxifikation sicherzustellen. Erst dann wird eine detaillierte Analyse des Rückfallgeschehens erarbeitet, um effektive Coping-Strategien zu erarbeiten, die zukünftiges Rückfallverhalten vermeiden helfen.

Wenn Patienten Rückfälle während der Behandlung verheimlichen oder verleugnen und diese erst durch andere Patienten oder Klinikmitarbeiter aufgedeckt werden, hängt die Bereitschaft zur Weiterbehandlung u.a. davon ab, ob und inwieweit der Patient sich selbst wieder um die Herstellung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung mit den Therapeuten bemüht und eine verlässliche Bereitschaft zur konstruktiven Rückfallbewältigung gegeben ist. Ein erneutes Verheimlichen eines Rückfalls führt in der Regel zur unmittelbaren Entlassung, auch um der Gefährdung der Mitpatienten entgegenzuwirken.

Den Patienten wird bei einer vorzeitigen, d.h. disziplinarischen Entlassung allerdings, sofern dies als sinnvoll erachtet wird, das Angebot unterbreitet, dass bei ausreichender Motivationslage und dem Vorliegen einer Kostenzusage eine Wiederaufnahme in die MEDIAN Klinik Am Waldsee möglich ist.





5 Notfallmanagement

In der MEDIAN Klinik Am Waldsee sind Notfallpläne entwickelt worden. In regelmäßigen Abständen finden unangekündigte Notfallübungen mit allen Patienten und Mitarbeitern statt (z.B. Brand-schutzübungen einschl. Evakuierungen aus den Klinikgebäuden). Weiterhin finden in regelmäßigen Abständen Notfallfortbildungen und Notfallübun-gen, auch unter ärztlicher Beteiligung im Rahmen von Erste Hilfekursen, statt.



6 Dokumentation

Die Dokumentation erfolgt neben der klassischen Patientenakte im Rahmen des Basisdokumen-tationssystems Sucht, das sowohl soziodemo-graphische und störungsspezifische Aspekte, Therapieverlaufsdaten als auch katamnestische Informationen erfasst.

Die Fortschritte in der Rückbildung von Funkti-onsstörungen werden fortwährend dokumentiert. Der Rehabilitationsplan wird in vierwöchentlich stattfindenden Teamsitzungen jeweils individuell für den Patienten festgelegt und entwickelt. Der Erfolg wird nach Ablauf einer vierwöchigen Frist dokumentiert und evaluiert.

7 Qualitätssicherung

Die MEDIAN Klinik Am Waldsee befindet sich in einem permanenten Prozess der Qualitätssicherung in den unterschiedlichen Klinikbereichen mit dem Ziel der ständigen Qualitätserhöhung. Aus diesem Grunde ist ein internes Qualitätsmanagement mit regelmäßigen klinikinternen Vorträgen zu verschiedenen Aspekten der Qualitätssicherung bzw. -erhöhung installiert worden. Weiterhin hat die MEDIAN Klinik Am Waldsee den Zertifizierungsprozess gem. ISO 9001:2008 im Januar 2011 erfolgreich abgeschlossen.

Die Umsetzung der therapeutischen Leitlinien wird in regelmäßigen Team- und Fallbesprechungen abgesprochen und überwacht. Einmal wöchentlich finden interne Fallsupervisionen im Rahmen der Kurvenvisite statt, die vom ärztlichen Leiter oder stellvertretend vom Oberarzt durchgeführt werden. Externe Supervision erfolgt einmal monatlich im Gesamtteam oder in Untergruppen. Neben der psychotherapeutischen Zusatzausbildung nach den Vorgaben der Empfehlungsvereinbarung wird von den psychotherapeutisch tätigen Mitarbeitern eine kontinuierliche Fortbildung bezüglich einschlägiger Themen erwartet. Hier können,

neben den Angeboten der Fachverbände, auch die Fortbildungsangebote der anderen zum Träger gehörenden Fachkliniken genutzt werden. Für das Gesamtteam werden regelmäßig einmal im Monat interne oder externe Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Einmal monatlich findet zudem ein sog. „Literatur-Club“ statt, in dem im Rahmen einer Kurzpräsentation von maximal 15 Minuten Dauer diagnose- und behandlungsrelevante Aspekte der aktuellen Fachliteratur von den therapeutisch tätigen Mitarbeitern der Klinik präsentiert werden. Ein Befragungsbogen gibt den Patienten während des stationären Aufenthaltes die wöchentliche Gelegenheit, eigene Beurteilungen und Anregungen zu den verschiedenen Bereichen abzugeben, die in den internen Qualitätszirkeln zur Optimierung des Angebotes Eingang finden. Auch unter diesem Aspekt der Evaluation der eigenen Arbeit ist eine enge Kooperation mit den übrigen Komponenten des Betreuungsnetzes erforderlich. In Zusammenarbeit mit Hochschulen und wissenschaftlichen Forschungsinstituten wird eine externe Evaluierung gefördert.

8 Hygiene

Ein erheblicher Anteil der Patienten leidet an einer Hepatitis C- oder Hepatitis B- oder selten auch HIV-Infektion. Außerdem können Patienten unter Mykosen oder einem Parasitenbefall leiden (z.B. Scabies, Pedunkulose). Im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen der MEDIAN Klinik Am Waldsee werden hygienischen Aspekten in der Behandlung grundsätzlich eine sehr große Bedeutung zugemessen. So ist die Funktion eines Hygienebeauftragten geschaffen worden. Hygienepläne

für unterschiedliche Bereiche der Klinik liegen vor. Auch der Einsatz von Patienten in bestimmten Arbeitstherapiebereichen, die ein hohes Maß an Hygiene erfordern (z.B. Küchenbereich) wird stark kontrolliert, so dass die Einhaltung aller gültigen Bestimmungen und Verordnungen gewährleistet ist.

9 Datenschutz

Die allgemeinen Bestimmungen des Datenschutzes werden beachtet und eingehalten. Zugang zu den Patientenakten haben nur Mitarbeiter der MEDIAN Klinik am Waldsee. Die Patientenakten befinden sich zentral im Bereich der Medizin. Patientenakten dürfen nur kurzfristig entliehen werden. Nach der Entlassung aus der Klinik werden diese in einem zentralen Klinikarchiv aufbewahrt und verwaltet. Die Klinik Am Waldsee verfügt über eine Datenschutzbeauftragte.



10 Literaturverzeichnis

- Baker, A., et al. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 233-240.
- Batra, A., et al. (2009). Verhaltenstherapie, Grundlagen-Methoden-Anwendungsbereiche. Stuttgart: Thieme.
- Bischof-Köhler, D. (1996). Zusammenhänge zwischen kognitiver, motivationaler und emotionaler Entwicklung in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In H. Keller (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*, Bern: Huber, S. 319-376.
- Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., Liepmann, D. (2010). Test d2 - Revision. Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest. Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. (1995). Alkohol- und Drogenabhängigkeit; in: F. Petermann (Hrsg.), *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe, 397-420.
- Burian, W. (2000). Psychodynamische Psychotherapie bei Suchterkrankungen; in R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme, 90-101.
- Chubon, R. A. (1994). Social and psychological Foundations of Rehabilitation. Springfield IL: Charles C. Thomas.
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, J. S., Prakash, R., McAuley, E., Elavsky, S., Marquez, D. X., Hu, L., Kramer, A. F. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *Journal of Gerontology* 61, 1166-1170.
- D'Amelio, R., Behrendt, B., Wobrock, T. (2007). Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. München: Urban & Fischer.
- Daley, D.C., Marlatt, G.A. (1997). Relapse Prevention; in J. H. Lowinson & P. Ruiz (Eds.), *Substance abuse – A comprehensive Textbook*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 458 ff.
- 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.
- Deimel, H., Kleinknecht, C., Ruef, D., Kunert, H.J. (2009). Mehrfachabhängigkeit bei jungen Drogenabhängigen – psychomotorische Ausgangslage bei Therapiebeginn. *B & G Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 25: 240-247.
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., May, A. (2004). Changes in grey matter induced by training. *Nature* 427, 311-312.

- Fiedler, P. (2001). Grundlagen und Praxis der Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. In: Psychotherapie im Dialog. Nr. 1, 2001(S. 16-24).
- Franke, G. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz Test.
- Frieboes, R. M., Zaudig, M., Nosper, M. (Hrsg.) (2005). Rehabilitation bei psychischen Störungen. München: Urban & Fischer.
- Froböse, I., et al. (2003). Training in der Therapie. Jena: Urban & Fischer.
- Geller, A. (1997). Comprehensive Treatment Programms; in: J. H. Lowinson & P. Ruiz (Eds.), Substance abuse – A comprehensive Textbook. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 425 ff.
- Geschwinde, T. (1998). Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen. Vierte, ergänzte und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.
- Gloer-Tippelt, G. (2000). Familienbeziehungen und Bindungstheorie. In K. A. Schneewind (Hrsg.), Familienpsychologie im Aufwind, Göttingen: Hogrefe, S. 49-63.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S. & Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in Major Depression. *Arch Gen Psychiatry* 61, 34-41.
- Gossop, M. (2004). Drug Addiction and its Treatment. Oxford: Oxford University Press, 71-92.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Heidelberg: Steinkopff.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. (2009). Bindung und menschliche Entwicklung. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gruber, A.J., et al. (2003). Attributes of long-term heavy cannabis users: a case-control study. *Psychological Medicine*, 33, 1415-142.
- Guy, M., Moore, L. (1982). The Goal Attainment Scale for psychiatric inpatients: development and use of quality assurance tools. *Quality Review Bulletin*, 8, 19-29.
- Haddock, G., et al. (2003). Cognitive-behavioral therapy and motivational intervention for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 183, 418-426.
- Halligan, P. W., Wade, D. T. (2005). Effectiveness of Rehabilitation for Cognitive Deficits. Oxford: Oxford University Press.
- Haug, H. J., Kind, H. (2007). Psychiatrische Untersuchung. 7. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Hautzinger, Bailer, Worall & Keller (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.
- Hölter, Gerd (Hrsg.) (2011). Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hollmann, W., H.K. Strüder, H. K., Tagarakis, C. V. M. (2003). Körperliche Aktivität fördert Gehirngesundheit und -leistungsfähigkeit. *Nervenheilkunde* 9, 467-474.
- Hinsch, R., Pfingsten, U. (2007). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Horn, W. (1983). Leistungsprüfsystem. Göttingen: Hogrefe.
- Klos, H., Görgen, W. (2009). Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- Kunert, H. J. (2009). Neurowissenschaftliche Aspekte des chronischen Cannabiskonsums: Bedeutung für bewegungsorientierte Therapie- und Rehabilitationsansätze. *B & G Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 25: 234-239.
- Kühner, H., Arzt, J., Roch, I., Denis, A., Rug, U. (1995). Suchtmitteleinnahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung, S. 112-126. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Kupfer, J., Brosig, B. & Brähler, E. (2001). Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version. Hogrefe: Göttingen.
- Lehrl, S. (2005). Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B. Balingen: Spitta Verlag.
- Liberman, R. P. (1994). Das Training sozialer Fertigkeiten; in R. P. Liberman, et al. (Hrsg.), Die Rehabilitation chronisch seelisch Kranker in der Psychiatrie. Bern: Huber, 107-156.
- Loranger, A.W. (1996). International Personality Disorder Examination. IPDE. ICD-10 Modul. Bern: Huber.

- Margraf, J. (2003). Lehrbuch der Verhaltenstherapie 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Berlin: Springer.
- Moggi, F., Donati, R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe.
- Pajonk, F.G., Wobrock, T., Gruber, O., Scherk, H., Berner, D., Kaizl, I., Kierer, A., Müller, S., Oest, M., Meyer, T., Backens, M., Schneider-Axmann, T., Thornton, A.E., Honer, W.G. & Falkai, P. (2010). Hippocampal plasticity in response to exercise in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 67(2): 133-143.
- Paquette, V., Le ´ Vesque, J., Mensour, B., Leroux, J.M., Beaudoin, G., Bourgouin, P. & Beauregard, M. (1993). "Change the mind and you change the brain": effects of cognitivebehavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage* 18 (2003) 401–409.
- Prestun, J., et al (1995). Understanding Psychiatric Medications in the Treatment of Chemical Dependency and Dual Diagnoses. Springfield IL: Charles C. Thomas.
- Rammohan, A., Rao, K. (2002). Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psych Scand*, 105, 356-362.
- Rohde, A., Marneros, A. (2006). Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, L.G., Gaspar, M., Falkai, P. & Gaebel,W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie: Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schüle, K., Huber, G. (Hrsg.) (2004). Grundlagen der Sporttherapie. München: Urban & Fischer.
- Schwarz, F., Maier, C. (2001). Psychotherapie der Psychosen. Stuttgart: Thieme.
- Siemens AG (2008). CURE. Modul AUF-GET. Geteilte Aufmerksamkeit (Vers. 2.0). Bonn, Siemens AG.
- Smith, T. E. et al. (1996). Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatric Services*, 47, 1099-1103.
- Solinas, M., Chauvet, C., Thiriet, N., El Rawas, R., Jaber, M. (2008). Reversal of cocaine addiction by environmental enrichment. *PNAS*, 105, 17145-17150.
- Solowij, N. (1999). Cannabis and cognitive functioning. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stern, R., Drummond, L. (1997). The Practice of Behavioural and Cognitive Psychotherapy. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomasius, R., et al. (2000). Familientherapie und systemische Therapie bei Suchterkrankungen, in R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme, 122-146.
- Tschuschke, V. (Hrsg.) (2001). Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Tyson, P., Tyson R. L. (2001). Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 79-140.
- 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 der Suchttherapie im Methodenvergleich (S.30-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H. C., Krauth, J. (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen, in R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme, 102-122.
- Vuksic-Mihaljevic, Z., et al (1998). Schizophrenic-disorder and social functioning. *Psychiatry Clin Neurosci*, 52, 21-27.
- Weissinger,V., Missel,P. (2006). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankung. Sucht aktuell, Nr. 2, 2006 (S. 44-72).
- Wiedemann, G., Klingberg, S. (2003). Psychotherapie produktiver Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Psychose. *Nervenarzt*, 74, 76-84.
- Winger, G., et al. (2004). A Handbook on Drug and Alcohol Abuse. Oxford: Oxford University Press.
- Zimmermann, P. & Fimm, B. (2009). Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung. Version 2.2. Würselen: Psytest.

11 Anhang

Anhang 1

Berufsgruppenübergreifendes semistrukturiertes Aufnahmeinterview



Berufsgruppenübergreifendes semistrukturiertes Aufnahmeinterview

Aufnahme-Interview

Datum: _____ Geburtsdatum: _____ Aktuelles

1. Basisdaten

Name, Vorname: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____
Familienstand: _____ Kinder: _____
Geschwister: _____ Erwachsenen: _____
(+Xer) Elterngestalter: _____ Entzweitungen: _____
Lebensgefährte: _____

2. Zugang zur Rehabilitation

Mit wem wurde der Antrag gestellt?
Wie lange besteht Kontakt zur Drogenberatungsstelle?
Wie erreichten Sie die Klinik?
Wie kommt der Patient in unsere Behandlung?
Wann hat er sich angemeldet?

_____ ja (J) _____ Nein (N)

3. Altersgruppe

Alter	Droge
Konsumbeginn:	Alkohol
Abhängigkeitsbeginn:	Cannabis
Konsumbeginn:	Spice
Abhängigkeitsbeginn:	Opiate
Konsumbeginn:	Substitutionsmittel
Abhängigkeitsbeginn:	Kokain und Crack
Konsumbeginn:	Psychostimulanten und Eractogene
Abhängigkeitsbeginn:	Halluzinogene
Konsumbeginn:	sog. „Boddrogen“
Abhängigkeitsbeginn:	Mißbrauchlich genommene Medikamente
Konsumbeginn:	

4. Psychische Anamnese

Sind Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft bekannt (z.B. Drogenkonsum)?
Auftreten erster Krankheitsymptome, Leistungsschub bzw. schulische oder soziale Auffälligkeiten:
Prodromi, Vorgeschäftsymptome:
Erste Diagnosestellung (wann, durch wen):
Erste Behandlung (ambulant, stationär, Behandlungsmethode und Erfolg):
Folgebehandlungen:

5. Psychosoziale Entwicklung

Was sind die aktuellen Beschwerden (subjektiv)?
Welche Beschwerden nimmt Ihre Umwelt wahr?
Wo sieht sich der Patient / seine Umwelt im allgemeinen Leben eingeschränkt?

6. Soziale Anamnese

Lebensunterhalt?
Schulzen:

7. Schulleben

Kindergarten: _____ Grundschule: _____
Weiterführende Schule: _____ Klasse wiederhol.: _____
Abschluss: _____ Ausbildung: _____
Berufswahl: _____

8. Berufliches Leben

Allgemeine Berufstätigkeit (1-10): _____ Konzentrationsleistung (1-10): _____
Gedächtnis (1-10): _____ Körperliche Belastbarkeit (n %): _____
Psychische Belastbarkeit (n %): _____

9. Soziale Anamnese

Lebensunterhalt?

Schulzen:

10. Schulische / Berufliche Anamnese

Kindergarten: _____ Grundschule: _____
Weiterführende Schule: _____ Klasse wiederhol.: _____
Abschluss: _____ Ausbildung: _____
Berufswahl: _____

11. Arbeitsmarkt

Arbeitslosigkeit (wie oft, wie lange?);
Arbeitssuchende?;
Erwerbstätigkeit?;
Berentungen?;
Kündigung (ggf. weswegen, wie oft?);

12. Reha-Ziele

1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____
5) _____ 6) _____
7) _____ 8) _____
9) _____ 10) _____

13. Diagnosen

Diagnostische Klassifizierung nach ICD-10
Diagnostische Klassifizierung nach DSM-IV
Achse I (psychische Störungen, andere klinisch relevante Probleme)
Achse II (Persönlichkeitstörungen, George Behinderung)
Achse III (Somatische Krankheitsfaktoren)
Achse IV (Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme)
Achse V (GAF)

Haus- und Behandlungsordnung

Stand: Februar 2018



Das Zusammenleben von Menschen erfordert Regeln. Diese Regeln können, den Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend verändert und angepasst werden.

Rücksichtnahme im Kontakt untereinander, gegenseitige Wertschätzung und die Kooperation von allen im Hause Tägigen und im Hause Leben- den sind Voraussetzungen für eine Behandlung. Szenerieverhalten ist zu meiden.

1. Abstinenz

- Das Konsumieren, das Bevorraten und Hereinschaffen von Suchtmitteln, Drogen und Alkohol ist untersagt. Dies gilt auch für alkoholhaltige Rasierwasser, Parfüm, acetonhaltigen Nagellackentferner und entflammbar Kosmetika. Verboten ist die Einnahme, Bevorratung und das Hereinschaffen von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln. Die Anwendung von Medikamenten, sofern diese nicht innerhalb des Hauses ärztlich verordnet sind, ist untersagt.
- Um einer Suchtverlagerung vorzubeugen, ist der private Besitz von Kaffee und Konsum von Energy Drinks nicht erlaubt. Kaffee und Tee wird von der Küche in geeigneter Menge zur Verfügung gestellt.

2. Untersuchung und Behandlung

- Bei der Aufnahme werden die Kleidung sowie die mitgebrachten Gegenstände untersucht und ggf. in Verwahrung genommen.
- Der Patient verpflichtet sich, die von der Klinik für notwendig gehaltene Behandlung durchführen zu lassen.
- Dem Personal der Klinik ist es jederzeit gestattet, den Patienten zu durchsuchen.

3. Umgang und Lebensumfeld

- Die Patienten verpflichten sich dazu, das Klinik-eigentum und die Klinikeinrichtung nicht zu beschädigen. Für die Sauberkeit im privaten Bereich ist jeder Patient selbst verantwortlich.
- Alle Patienten wirken an hausinternen Diensten mit. Verschwendungen von Rohstoffen, von Energie, mutwillige Beschmutzung oder Zerstörung, das mutwillige oder fahrlässige Schädigen von Personen oder Tieren ist nicht gestattet. Bei Zu wider-handlung können Sie zur Schadensregulierung herangezogen werden.
- Konflikte sind gewaltfrei zu lösen.
- Rauchen ist im gesamten Haus und auf dem Klinikgelände untersagt. Rauchen ist ausschließ-lich auf den dafür ausgewiesenen Raucherplätzen gestattet. Hierbei handelt es sich um den Gartenbereich jenseits des Baches für Patienten des Haupthauses und die Außenterrassen der Adaption für Patienten der Adaption.

- Von 23:30 bis 06:00 Uhr darf in dringenden Bedarfsfällen auf den dafür ausgewiesenen Balkonen geraucht werden. Hierfür ist ein aktueller Eintrag in das Raucherbuch vor Betreten des Balkons notwendig. Es dürfen maximal 2 Patienten gleichzeitig den Raucherbalkon nutzen.
- Das Haus ist nur mit sauberen Hausschuhen zu betreten. Für Schuhe, sowie für Jacken, Mäntel etc. ist die Zentralgarderobe zu nutzen.
- Geld- und Tauschgeschäfte sind verboten.
- Ab 23:00 Uhr gilt im Hause Zimmerpflicht, vor Feiertagen und samstags ab 23:30 Uhr
- Die Privatsphäre des Patientenzimmers ist zu respektieren, daher betritt keiner ohne Absprache mit dem Diensthabenden das Zimmer eines Anderen.
- Die Waschmaschinen stehen zwischen 14:00 bis 22:30 Uhr zur Verfügung.
- In der Klinik gibt es ein „schwarzes Brett“, an dem wichtige Informationen für die Patienten ausgehängt werden.
- Jeder Patient hat das Recht, sich mit Wünschen und Beschwerden unmittelbar an die Klinikleitung zu wenden.
- Bedingt durch die Vorgaben der Berufsgenossenschaft dürfen Piercings inkl. Ohrringe während der Arbeitstherapie und der Sporttherapie nicht getragen werden.

4. Besuch und Ausgang

- Dem Patienten ist es nach Absprache gestattet, Besuch außerhalb der Therapiezeiten zu empfangen. Der Besuch ist bei Eintreffen und Verlassen der Klinik dem Diensthabenden vorzustellen. Getränke dürfen nicht mit in die Klinik gebracht werden.
- Die Klinik und das Klinikgelände dürfen nur mit Genehmigung verlassen werden. Über einen Ausgang wird auf Antrag entschieden. Wer Ausgang nimmt, muss sich beim Diensthabenden abmelden und nach dem Ausgang wieder anmelden.

5. Post, Telefon, Pakete und elektrische Geräte

- Die Patienten dürfen in unbegrenztem Maße Briefe schreiben und empfangen. Damit keine Drogen eingeschmuggelt werden, ist es erforderlich, private Briefe in Anwesenheit des Patienten zu öffnen. Nutzung von Versandhandel ist nur nach Absprache möglich. Ankommende Pakete und Päckchen muss der Patient in Anwesenheit des Therapeuten öffnen und den Inhalt kontrollieren lassen.
- Mobiltelefone sind nicht gestattet. Es steht ein öffentlicher Fernsprecher im Hause zur Verfügung. Patienten sind im Haus nicht telefonisch erreichbar.
- Eine Audioanlage für die gemeinschaftliche Nutzung kann im Gruppenraum auf eigenes Risiko aufgestellt werden. Das Mitbringen anderer elektronischer Geräte ist mit Ausnahme von Rasierer, Glätteisen, Fön, Haartrimmer, elektrischer Zahnbürste, Wecker (ohne Radiofunktion) und MP3-Playern nicht erlaubt. Ein Fernseher steht in einem Gemeinschaftsraum zur Verfügung. Musik kann während der programmfreien Zeit mit Kopfhörer auf dem Zimmer, im Gruppenraum und im Garten gehört werden.

6. Patientenzimmer

- Das Mobiliar ist pfleglich zu behandeln. Es ist nicht gestattet, Objekte mit Tesafilm oder Reißbrettstiften oder Nägeln auf der Wand, den Fenstern oder den Türen zu befestigen. Dies gilt auch für Therapieraume. Es stehen Pin-Wände zur Verfügung.
- Es ist verboten, in den Patientenzimmern sowie den Wohn- und Wegbereichen sowie auf den Balkonen Wäsche zu trocknen, oder Stühle mit auf den Balkon zu nehmen.
- Das Aufbewahren von verderblichen Nahrungsmitteln und leeren Getränkeflaschen ist in den Patientenzimmern nicht gestattet. Hierfür sind die Kühlchränke in den Teeküchen zu nutzen.

Anhang 3

Wochenplan für die Stammphasen A, B, C, D, E und Eingangsphase

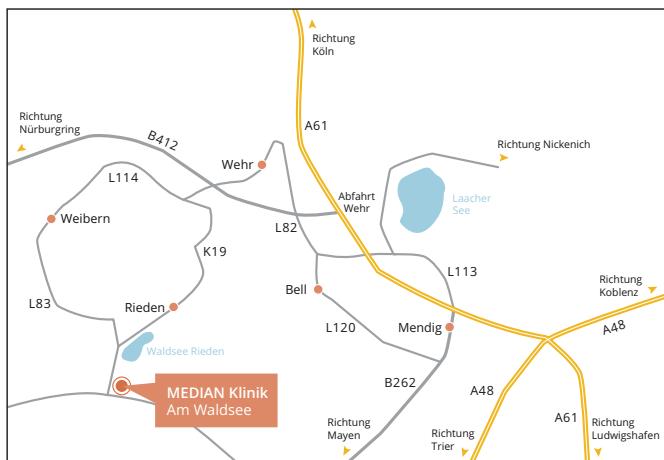
Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7.00 Uhr	Frühsport, Körperpflege	Frühsport, Körperpflege	Frühsport, Körperpflege	Frühsport, Körperpflege	Frühsport, Körperpflege	Aufstehen, Körperpflege	8.00 Uhr Aufstehen, Körperpflege
7.45 Uhr	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	8.45 Uhr Medi-Ausgabe
8.00 8:30 Uhr	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	9.00 - 9.30 Uhr Frühstück
8.45 Uhr	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzelgespräche, Einzeltherapie, Sozialberatung	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzelgespräche, Einzeltherapie, Sozialberatung	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzelgespräche, Einzeltherapie, Sozialberatung	dto. 9.00 Uhr Testung	Arzvisite in den AT-Bereichen dto.	8.45 - 12.00 Uhr Reinigen der Wohnräume + Hausputz	9.30 - 12.00 Uhr Freizeit, Ausgang, Besuch
10.15 Uhr	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause		
10.30 – 11.40 Uhr	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzeltherapie Einzelgespräche, Sozialberatung	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzeltherapie Einzelgespräche, Sozialberatung	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzeltherapie Einzelgespräche, Sozialberatung	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzeltherapie Einzelgespräche, Sozialberatung	Arbeitstherapie, Arzttermine, Einzeltherapie Einzelgespräche, Sozialberatung		
11.45 Uhr	Zimmerabnahme, Post	Zimmerabnahme, Post	Zimmerabnahme, Post	Zimmerabnahme, Post	Zimmerabnahme, Post	12.15 Uhr Putzbesprechung	
12.00 Uhr	Mittagessen, Mittagsruhe	Mittagessen, Mittagsruhe	Mittagessen, Mittagsruhe	Mittagessen, Mittagsruhe	Mittagessen, Mittagsruhe	12.20 Uhr Mittagessen	12.00 Uhr Mittagessen
13.30 Uhr	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	13.00 Uhr Medi-Ausgabe	13.30 Uhr Medi-Ausgabe
13.45 – 15.00 Uhr	Gruppenthera- pie für A, C und Eingangsphase Sporttherapie für B, D, E	13.50 - 14.20 Uhr med. Vortrag	Indikative Gruppe, Sporttherapie	Arbeitstherapie für A, B, C, D, E 13.45 – 16.30 Uhr Sport Eingangs- phase Patienten 1. bis 6. Woche	Gruppentherapie für A, C und Eingangsphase Sporttherapie für B, D, E	ab 14.00 Uhr Ausgang, Freizeit, Besuch	14.00 - 15.00 Uhr Gruppenaktivität
15.15 – 16.30 Uhr	Gruppentherapie für B, D, E Sporttherapie für A, C und Eingangsphase	14.30 Uhr Arzvisite	Indikative Gruppe, Sporttherapie	Arbeitstherapie für A, B, C, D, E	Gruppentherapie für B, D, E Sporttherapie für A, C und Eingangs- phase		15.30 Uhr Kaffee, Kuchen
16.30 – 17.15 Uhr	Freiwilliges Sportangebot / Entspannungstrai- ning (16.45 -17.45 Uhr)	Hygienevortrag	Freiwilliges Sport- angebot		Freiwilliges Sportangebot		
18.00 – 18.45 Uhr	Tagesthemen im Speisesaal + Abendessen	Tagesthemen im Speisesaal + Abendessen	Tagesthemen im Speisesaal + Abendessen	Tagesthemen im Speisesaal + Abendessen	Tagesthemen im Speisesaal + Abendessen	Tagesthemen im Speisesaal + Abendessen	Tagesthemen im Speisesaal + Abendessen
19.00 – 20.00 Uhr	Freizeitaktivität z. B. Schwimmen (18.30 - 21.45 Uhr)	Freizeitaktivität TZG	ab 19.30 Uhr „Ler- nen zu lernen“	Freizeitaktivität	Freizeitaktivität	19.00 Uhr Rückkehrrunde	19.00 Uhr Rückkehrrunde 19.45 Uhr Callround
20.45 Uhr	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe
23.00 Uhr	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	24.00 Uhr Zimmerpflicht	23.00 Uhr Zimmerpflicht

Anhang 4

Wochenplan Adaption

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7.00 Uhr	Aufstehen	Aufstehen	Aufstehen	Aufstehen	Aufstehen	Aufstehen	Aufstehen, Frühstück
7.45 Uhr	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	
8.00 Uhr	Frühstück, Putzdienste	Frühstück, Putzdienste	Frühstück, Putzdienste	Frühstück, Putzdienste	Frühstück, Putzdienste	Frühstück	
8.45 Uhr	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Hausputz bis 12.00 Uhr	Medi-Ausgabe
10.15 Uhr	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause		
10.30 Uhr	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum		Freizeit
11.45 – 13.30 Uhr	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	
13.30 Uhr	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe
13.45 – 16.30 Uhr	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Arbeitstherapie oder ext. Praktikum	Freizeit	Freizeit / Grup- penaktivität 1 x im Monat
16.30 – 18.00 Uhr	AdaGruppe	Einkauf 16.15 - 17.45 Uhr	15.30 Uhr Visite Besuch NA Gruppe Koblenz; danach Medi-Ausgabe 16.30 - 22.00 Uhr	Freizeit	Freizeit		
18.00 – 19.15 Uhr	Kochgruppe, zweiwöchig 18.00 - 20.30 Uhr	Tagesthemen, Abendessen		Tagesthemen, Abendessen	Tagesthemen, Abendessen	Tagesthemen, Abendessen	Tagesthemen, Abendessen
19.15 – 20.15 Uhr	Freizeit	Freizeit		TZG	Freizeit	Freizeit	Callround
20.45 Uhr	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe		Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe	Medi-Ausgabe
24.00 Uhr	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht	Zimmerpflicht

Der Weg zu uns



Die MEDIAN Klinik am Waldsee liegt in Rieden, an einem kleinen Waldsee, in der Südeifel, unweit der Kleinstadt Mayen, angebunden an die Autobahn A 61 Köln-Koblenz.

Mit dem Auto:

- Auf der A 61 Abfahrt „Wehr“. Folgen Sie dem Autobahnzubringer „Wehr/Nürburgring“.
- Abfahrt „Rieden“ und der Ausschilderung „Waldsee Rieden“ folgen. Fahren Sie am See vorbei. Ca. 800 m weiter finden Sie die Klinik auf der linken Straßenseite.

MEDIAN Klinik Am Waldsee

Reha-Zentrum für junge Abhängige
Riedener Mühlen · 56745 Rieden
Telefon +49 2655 933-0 · Telefax +49 2655 933-110
waldsee-kontakt@median-kliniken.de

www.median-kliniken.de