



AHG Klinik Schweriner See

Klinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Suchtmedizin

Therapiekonzept

AHG Klinik Schweriner See



Verantwortliche für das Therapiekonzept

Chefarzt

Dr. med. Thomas Fischer
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sozialmedizin

Oberärztin

Dr. med. Ulrike Prösch
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie

Leitender Psychologe

Dr. rer. nat. Volker Premper

Oberärztin

Dr. med. Heike Zarncke
Fachärztin für Innere Medizin

Leitende Psychologin

Dr. rer. hum. biol. Janina Grothues

Oberärztin

Beate Drevs
Fachärztin für Psychiatrie – Psychotherapie

Leitender Psychologe

Dr. phil. Bernd Sobottka

Herausgeber:

Dr. med. Thomas Fischer
Chefarzt
Am See 4 · 19069 Lübstorf
fon: 0 38 67.900-0
fax: 0 38 67.900-600

Gestaltung & Produktion:

graphische formgebung Herbert Rohsiepe, Bochum
Satz: Alexandra Kirsten, Schwerin
Fotos: Christian Nielinger, Essen;
Jörn Lehmann, Schwerin; Archiv der AHG
Druck: Turoprint GmbH, Schwerin

Das Therapiekonzept kann auch auf der Internetseite
www.klinik-schweriner-see.de abgerufen werden.





Einleitung

1 Strukturelle Eckwerte

- 1.1 Träger
- 1.2 Klinikstandort und Einzugsgebiet
- 1.3 Bettenkapazität und Unterbringungsart
- 1.4 Indikationsspektrum
- 1.5 Behandlungsdauer

2 Theoretisch-wissenschaftlicher Kontext

- 2.1 Therapeutische Ausrichtung
- 2.2 Behandlungsangebote

3 Konzept der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

- 3.1 Krankheitsmodell und Suchtverständnis
- 3.2 Behandlungsansatz
- 3.3 Behandlungsziele
- 3.4 Diagnostik
- 3.5 Umfang und Struktur von Behandlungsplänen
- 3.6 Therapeutische Leistungen

4 Konzept der Abteilung für Psychosomatik

- 4.1 Indikationen und Aufnahmemodalitäten
- 4.2 Kontraindikationen
- 4.3 Therapeutische Grundsätze
- 4.4 Wohngruppenkonzept
- 4.5 Behandlungsbausteine und Behandlungsverlauf
- 4.6 Therapeutische Leistungen

5 Stellung im regionalen Verband

- 5.1 Beratungsstellen
- 5.2 Carl-Friedrich-Flemming-Klinik der Helios Kliniken Schwerin
- 5.3 Niedergelassene Ärzte
- 5.4 Selbsthilfegruppen
- 5.5 Nachsorge- oder Adaptionseinrichtungen

6 Räumliche Gegebenheiten

7 Freizeitmöglichkeiten

8 Personelle Gegebenheiten

- 8.1 Mitarbeiter
- 8.2 Supervision und Fortbildung

9 Dokumentation und Qualitätssicherung

- 9.1 Dokumentation
- 9.2 Qualitätssicherung

Literaturverzeichnis

Einleitung



Die AHG Klinik Schweriner See wurde am 1.10.1994 eröffnet. Sie behandelt Patienten in den Indikationsbereichen Psychosomatik und Sucht. Das hier vorgelegte Konzept stützt sich auf eine langjährige praktische und theoretisch-wissenschaftliche Erfahrung in der Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger sowie psychosomatisch erkrankter Patienten. Es ist das Ergebnis vieler Anregungen und Diskussionen mit Patienten, Mitarbeitern, niedergelassenen Kollegen, Kollegen anderer Fachkliniken, den Kosten- und Leistungsträgern und nicht zuletzt den Beratungsstellen, Gesundheitsämtern und Selbsthilfegruppen.

Psychosomatik und Sucht in einer Klinik

Bis die Patienten beider Behandlungsgruppen in die AHG Klinik Schweriner See zur stationären Rehabilitation aufgenommen werden können, haben die meisten schon eine lange Krankheitskarriere hinter sich. So sind alkoholabhängige Menschen im Durchschnitt schon über 13 Jahre krank, bevor eine Entwöhnungsbehandlung erfolgt. Sie haben oft eine Vielzahl von Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten wegen alkoholbedingter Folgeerkrankungen und Unfällen durchgemacht, ohne dass ihre eigentliche Erkrankung, die Abhängigkeit, diagnostiziert wurde.

Ähnlich ergeht es vielen psychosomatisch erkrankten Patienten, die erst einen jahrelangen Weg durch das Gesundheitswesen gehen, ehe sie zur stationären Behandlung in eine psychosomatische Fachklinik kommen. Die bereits von STREEK et al. (1986) und ZIELKE (1993) dokumentierte etwa siebenjährige Zeitdauer von der Erstkonsultation bei einem Arzt bis zur Aufnahme in einer psychosomatischen Fachklinik findet auch bei den Patienten der AHG Klinik Schweriner See Bestätigung. Fast ein Drittel unserer Patienten haben sogar schon mehr als zehn Jahre Beschwerden.

Die Patienten beider Störungsbilder stehen zu über 90% im erwerbsfähigen Alter, so dass neben dem langen Leiden der Patienten und ihrer Angehörigen auch erhebliche volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsausfallzeiten entstehen.



Die AHG Klinik Schweriner See ist für die Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger sowie psychosomatisch erkrankter Patienten konzipiert. Über die Behandlung dieser Patientengruppen unter einem Dach liegen vielfältige positive Erfahrungen (MISSEL & BRAUKMANN 1991, SOBOTTKA & V. KEYSERLINGK 2001) vor, die in unserem Konzept Berücksichtigung finden. Bei beiden Gruppen von Störungsbildern ist eine multifaktorielle Genese anzunehmen, so dass deren Rehabilitation gleichzeitig auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene einsetzen muss. —

Viele psychosomatisch erkrankte Patienten benutzen missbräuchlich zur Beschwerdeminderung Medikamente oder Alkohol (SCHUHLER & JAHREISS 1996) mit der Gefahr, sich zusätzlich körperlich zu schädigen oder sogar eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln. Dieser Tatsache können wir bei der Behandlung psychosomatisch erkrankter und abhängiger Patienten in einer Klinik in besonderem Umfang gerecht werden. Eine für die effektive Behandlung dieser Patienten notwendige spezifische therapeutische Vorgehensweise einschließlich der Berücksichtigung präventiver Aspekte kann in der AHG Klinik Schweriner See differenziert realisiert werden. —

Umgekehrt zeigt sich bei zur Entwöhnung eingewiesenen Patienten häufig eine zusätzliche psychosomatische Symptomatik. Für diese Patientengruppe ist es vorteilhaft, dass in einer gemeinsamen Klinik die Mitarbeiter auch mit den Problemen psychosomatisch erkrankter Patienten vertraut sind. Gemeinsame Fortbildung und das Sammeln praktischer Erfahrungen in beiden Indikationsgebieten wirken sich sowohl auf die Behandlung Suchtkrankter als auch psychosomatisch erkrankter Patienten positiv aus. —

Strukturelle Eckwerte

1.1 Träger

Die AHG Klinik Schweriner See ist in privater Trägerschaft. Sie gehört zur Allgemeinen Hospitalgesellschaft AHG AG mit Sitz in Düsseldorf. Die AHG betreibt über 45 Kliniken und Therapiezentren in elf Bundesländern, in denen jährlich ca. 50.000 Patienten behandelt werden. Die Indikationsschwerpunkte liegen dabei in der Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen, in der Psychosomatischen Rehabilitation, der Soziotherapie, der Drogentherapie und der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

1.2 Klinikstandort und Einzugsgebiet

Die Klinik liegt eingebettet in zur Erholung einladenden Wiesen- und Waldlandschaften direkt am Schweriner See in Lübstorf. Hier verbindet sich die ruhige Lage mit den Vorzügen einer direkten Nahverkehrsanbindung an die Stadt Schwerin (97.000 Einwohner), Landeshauptstadt Mecklenburg-Vorpommerns, welche in zehn Kilometern Entfernung mit Bus, Bahn oder dem Auto gut zu erreichen ist. Die Hansestädte Wismar und Rostock und die Ostsee sind ebenfalls gut zu erreichen.

Die AHG Klinik Schweriner See ist in die Region eingebunden. Damit ergibt sich die Möglichkeit, das soziale Umfeld der Patienten, die ambulanten Behandler, die Beratungsstellen und die Selbsthilfegruppen in die Therapie einzubeziehen. So kann die für den einzelnen Behandlungsverlauf notwendige Vernetzung verschiedener Ansprechpartner sichergestellt werden.

Mit einem breit gefächerten Behandlungsangebot und ausgewiesenen Behandlungsschwerpunkten für pathologische Glücksspieler, Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas), Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch, Substanzmissbrauch als Co-Morbidität sowie Mitaufnahme von Begleitkindern sind wir ebenfalls auf überregionale Belegung eingerichtet. Bei einem bedeutenden Anteil von Patienten aus anderen Bundesländern bemühen wir uns um die Einbeziehung relevanter Vor- und Nachbehandler (einschließlich der ambulanten Nachsorge Sucht, IRENA bzw. Curriculum Hannover) sowie des sozialen Umfeldes der Patienten.

1.3 Bettenkapazität und Unterbringungsart

Die AHG Klinik Schweriner See hält 204 Behandlungsplätze vor.

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen (144 Betten):

- Aufnahmestation: 12 Betten in Doppelzimmern (zzgl. vier Notfallbetten, behindertengerechtes Zimmer)
- Mittelfristige Therapie: 120 Betten in Doppelzimmern
- Wohngruppe zur Behandlung von Müttern und Vätern mit Kind: 12 Betten in Einzelzimmern (zzgl. Kinder).

Abteilung für Psychosomatik mit 60 Betten in Einzelzimmern.



1.4 Indikationsspektrum

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen:

- Abhängige Frauen und Männer ab 18 Jahren nach erfolgter Entgiftungsbehandlung.

Spezielle Angebote:

- Möglichkeit der Mitaufnahme von Kindern als Begleitperson von eineinhalb bis zwölf Jahren
- Patienten mit Pathologischem Glücksspielen
- Kurzzeittherapie, Auffang- und Festigungsbehandlung
- Patienten in höherem Lebensalter. _____

Abteilung für Psychosomatik:

- depressive Syndrome, Angst- und Zwangsstörungen, Erschöpfungssyndrome, akute und posttraumatische Belastungsstörungen
- Essstörungen (insbesondere Bulimia, Anorexia nervosa und Adipositas), Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen sowie sämtliche psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne
- Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle
- Störungen aller Organsysteme, Schmerzsyndrome, Konversionsstörungen. _____

Spezielle Angebote:

- Möglichkeit der Mitaufnahme von Kindern als Begleitperson von eineinhalb bis zwölf Jahren
- Patienten mit sekundärem Substanzmissbrauch, sekundärer Substanzabhängigkeit in Abstinenz
- Patienten mit Pathologischem Glücksspielen
- Patienten mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch
- Patienten mit Essstörungen. _____

1.5 Behandlungsdauer

In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen betragen die Hauptbehandlungszeiten in der mittelfristigen Therapie vier Monate (16 Wochen).

Eine Verlängerung kann im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Entscheidung der Klinik realisiert werden. Bei besonderer Indikation kann eine intensive Kurzzeittherapie von acht Wochen durchgeführt werden. Auffang- und Festigungsbehandlungen mit einer Dauer von sechs Wochen werden angeboten. In Zusammenarbeit mit unserer in Schwerin ansässigen Tagesrehabilitation ist eine kombinierte vollstationär-teilstationäre Behandlung möglich. _____

In der Abteilung für Psychosomatik beträgt die durchschnittliche Behandlungsdauer vier bis sechs Wochen mit der Möglichkeit der Verlängerung im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets. Eine Besonderheit in der Behandlungsdauer stellen Patienten mit Pathologischem Glücksspielen dar, die entsprechend der Empfehlungsvereinbarung zwölf Wochen behandelt werden können.

Langfristige Unterstützung der Therapiemotivation ist dabei einer der wichtigsten Bestandteile der Behandlung. _____

Theoretisch-wissenschaftlicher Kontext

2.1 Therapeutische Ausrichtung

Die Klinik arbeitet auf der Basis eines verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes, in das Elemente aus anderen psychotherapeutischen Richtungen integriert sind.

Wissenschaftliche Untersuchungen (GRAWE et al. 1994, ZIELKE & STURM 1994, TSCHULIN 1992) sowie die Ergebnisse der Schweriner Therapievergleichsstudie (V. KEYSERLINGK & JÜRGENS 1994) belegen die sehr gute bis gute Wirksamkeit jeder dieser Psychotherapiemethoden. Eindeutig am besten untersucht und nachgewiesen ist jedoch die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie. Dieser Tatsache werden wir in unserem integrativ-verhaltenstherapeutischen Konzept in besonderer und bevorzugter Weise gerecht.

2.2 Behandlungsangebote

2.2.1 Medizinische Versorgung

Von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung ist eine weitreichende medizinische Versorgung gewährleistet, wie sie von den Rentenversicherungsträgern zur Qualitätssicherung empfohlen wird. Dazu gehört der ärztliche Bereitschaftsdienst und die ständige Anwesenheit von Pflegekräften auf der Aufnahmestation.

Bei der Aufnahme erfolgt eine umfassende körperliche, neurologische und psychiatrische Untersuchung. Die notwendigen Laborparameter werden bestimmt und entsprechend der Notwendigkeit werden EEG, EKG, Belastungs-EKG, Echokardiografie, Sonografie, Dopplersonografie oder endoskopische Untersuchungen durchgeführt. Diese Untersuchungen werden auf der Aufnahmestation, der medizinischen Zentrale, vorgenommen. Hier erfolgt auch die Medikamentenausgabe. In den Wohnbereichen führen die leitenden

ärztlichen Mitarbeiter wöchentliche Visiten durch. Zusätzlich bieten die ärztlichen Bezugstherapeuten einmal wöchentlich eine Sprechstunde an und realisieren auch erforderliche Akutbehandlungen. Notwendige Konsultationen bei anderen externen Fachärzten werden von der medizinischen Zentrale organisiert.

2.2.2 Bezugstherapeutensystem

In den therapeutischen Wohngruppen beider Abteilungen (je Gruppe 12–14 Patienten) hat jeder Patient seinen Bezugstherapeuten (Arzt oder Psychologe) als Ansprechpartner. Die gesamte Behandlungsplanung und -koordination für einen Patienten obliegt dem zuständigen Bezugstherapeuten. Dieser Kontakt zwischen beiden ist somit die zentrale Schaltstelle zwischen dem komplexen Behandlungsangebot der Klinik und der individuellen Problematik des Patienten. Eine vertrauensvolle, offene, wertschätzende und kooperative Beziehung zwischen Bezugstherapeut und Patient („therapeutische Allianz“, KANFER et al. 1996) ist dabei eine elementare Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg.

2.2.3 Gruppenpsychotherapie

In Analogie zum Bezugstherapeutensystem bilden die Patienten einer therapeutischen Wohngruppe eine „Bezugsgruppe“ für jeden Patienten. Mit diesen Patienten wird eine Standardgruppenpsychotherapie unter Anwendung eines verhaltenstherapeutischen Problemlöseschemas (GRAWE 1980) durchgeführt. Die Zielorientierung und systematische Fokussierung auf das Problemlöseschema stellen den verhaltenstherapeutischen „Beziehungsrahmen“ dar, in dem sowohl die Klärungs- als auch die Bewältigungsperspektive der Problematik des Patienten berücksichtigt werden.



Grundlage für den Erfolg dieser Arbeit ist ein konstruktives, offenes, ehrliches und annehmendes Gruppenklima (FISCHER 2008).

Neben der Standardgruppenpsychotherapie werden wohngruppen- und abteilungsübergreifende Gruppenpsychotherapien angeboten. Diese indikativen Behandlungsangebote werden als störungsspezifische oder themenzentrierte Gruppenpsychotherapien (ZIELKE & STURM 1994, FIEDLER 1996) realisiert. _____

2.2.4 Einzelpsychotherapie

In beiden Abteilungen werden regelmäßig einzelpsychotherapeutische Gespräche mit den Patienten geführt. Die Frequenz und Dauer dieser Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten sind abhängig von der Indikationsstellung. _____

2.2.5 Indikative Behandlungsangebote

Außerhalb des Standardtherapieprogramms innerhalb der Wohngruppen haben die Patienten entsprechend ihrer Diagnose bzw. ihrer Problemkonstellation, die sich aus den Gesprächen als auch aus der umfassenden testpsychologischen Diagnostik ergeben, die Möglichkeit, an spezifischen Behandlungsangeboten teilzunehmen, die wohngruppen- und abteilungsübergreifend durchgeführt werden. _____

Diese indikativen Therapiebausteine werden von Bezugstherapeuten, Oberärzten, Leitenden Psychologen sowie von Adjuvanstherapeuten aus den Bereichen Sport-, Ergo-, Arbeits-, Sozio- und Physiotherapie angeboten. _____

Das indikative störungsspezifische Behandlungsangebot umfasst Therapieeinheiten, an denen Patienten

mit einem umschriebenen Störungs- oder Beschwerdebild teilnehmen. Solche Angebote sind:

- Angstbewältigungsgruppe
- Anti-Diätgruppe (Adipositas)
- Bewerbertraining
- Depressionsbewältigungsgruppe
- Entspannungstraining nach Jacobson
- Frauengruppe
- Gruppentherapie für Patienten mit gestörtem Essverhalten (Anorexie, Bulimie)
- Gruppenpsychotherapie Pathologisches Glücksspielen
- Gruppenpsychotherapie Substanzmissbrauch
- Hirnleistungstraining
- Gruppenpsychotherapie Medikamentenabhängigkeit
- Raucherentwöhnung
- Schmerzbewältigungsgruppe
- Soziales Kompetenztraining. _____

Breit gefächert ist das indikative Angebot aus dem Bereich der Adjuvantherapie. Hier werden z. B. folgende Therapiebausteine realisiert:

- Anfängerschwimmen
- Bewegung nach Musik
- Bewegungsspiele
- Ergometertraining
- Frühsport
- Gestaltungsgruppe
- Kanufahren
- Körperwahrnehmung
- Muskuläres Aufbaustraining
- Produktorientiertes Arbeiten
- Projektgruppe
- Schwimmgruppe
- Theaterschminken
- Wirbelsäulengymnastik
- Walking / Jogging. _____

2.2.6 Soziotherapie

Die Aufgabe der Soziotherapie besteht vornehmlich darin, den Patienten bei der Klärung und Bewältigung von beruflichen, rechtlichen und finanziellen Schwierigkeiten sowie bei Wohnungsproblemen zu helfen. Die Unterstützung erfolgt nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Da im Land Mecklenburg-Vorpommern, aber auch in den anderen neuen Bundesländern, die Arbeitslosigkeit besonders hoch ist, ergeben sich für die Soziotherapeuten in diesem Tätigkeitsbereich besonders vielfältige Aufgaben. Es steht eine Sozialarbeiterin für die Aufnahmestation zur Verfügung, die alle relevanten Problembereiche exploriert und in einem Behandlungsplan erfasst. Die individuelle Bearbeitung der einzelnen Probleme wird in den Therapieverlauf integriert.

Weiterhin werden 14-tägig Informationsveranstaltungen durchgeführt. Vor der Entlassung wird in einem Abschlussgespräch noch einmal die Realisierung des Planes überprüft und weitere Maßnahmen, die nach der Entlassung notwendig sind, besprochen.

Die Soziotherapie hat folgende Schwerpunkte:

- Vorbereitung, Monitoring und Auswertung von hausinternen und externen Belastungserprobungen und Arbeitstherapie
- Vorbereitung von berufsfördernden Maßnahmen
- Unterstützung bei der Arbeits- und Wohnungssuche
- Finanzplanung (Übergangsgeld, Krankengeld, Sozialhilfe, Rentenzahlungen, Beihilfe)
- Schuldnerberatung
- Vermittlung von Kontakten zu ambulanten Einrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten
- Vermittlung in Nachsorgeeinrichtungen, Wohnheime
- Einleitung von Adaptionsmaßnahmen.

In der Klinik finden regelmäßig Sprechstunden der Agentur für Arbeit Schwerin und der Reha-Berater der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger statt.

2.2.7 Sporttherapie

Im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Klinikkonzeption ist die Sporttherapie ein wichtiger Bestandteil, der handlungsorientiert und auf nonverbaler Ebene die psychotherapeutische Behandlung ergänzt.

Viele Patienten kommen nach jahrelanger sportlicher Zurückhaltung in die Klinik und fallen durch verringerte Bewegungserfahrungen, körperliche Untrainiertheit und multiple Verspannungen auf. Insbesondere solche Patienten werden sukzessive an körperliche Aktivität herangeführt. Neben einer körperlichen Aktivierung und Roborierung werden eine Reihe von psychosozialen Zielsetzungen im Rahmen der Sporttherapie angestrebt. Beispielsweise kann ein Patient über eine Differenzierung der Körperwahrnehmung einen neuen Bezug zum eigenen Körper und zur persönlichen Ausdrucks- und Leistungsfähigkeit erlernen. Die erlebnisintensiven sportlichen Erfahrungen können auch dazu beitragen, die Wahrnehmung und das Interaktionsverhalten in sozialen Situationen zu verbessern. Freude an Bewegung oder positives Körpererleben sind Zielsetzungen im Rahmen einer affektiven Stabilisierung, die mit Hilfe der Sporttherapie realisiert werden können.

Ein Sporttherapeut in der AHG Klinik Schweriner See ist somit nicht nur ein Spezialist für ein Therapieangebot im motorisch-funktionellen Bereich. Er nutzt darüber hinaus seine Kompetenzen, um Veränderungen im Erleben und Verhalten eines Patienten auch im Sinne der allgemeinen Therapieziele zu erreichen. Dazu ist es notwendig, dass in dem interdisziplinären Behandlungsteam ein einheitliches Therapiekonzept verfolgt wird und in der Supervision die vereinbarten individuellen Therapieziele des Patienten immer wieder mit den Ärzten und Psychologen abgeglichen und, wenn notwendig, modifiziert werden.

Zum Erreichen der Therapieziele werden vielfältige sporttherapeutische Leistungen erbracht. Dabei basiert das sporttherapeutische Angebot auf drei Säulen:

- Sporttherapie mit der Wohngruppe
- Sporttherapie nach spezifischer Indikation
- Freizeitsport.

2.2.8 Ergotherapie

Auch im Rahmen der Ergotherapie haben die Patienten die Möglichkeit, in einem nonverbalen Bereich ihre Erfahrungen zu erweitern.

Im Vordergrund der Arbeit mit den Patienten steht die gestalterische und schöpferische Tätigkeit unter besonderer Beachtung des individuellen Planes, Herangehens sowie der Ausführung. Obwohl dem hergestellten Produkt für den Therapieverlauf eine eher untergeordnete Rolle zukommt, ist dennoch das Erlernen von Techniken, Fertigkeiten, insbesondere auch für Abhängigkeitskranke, von Bedeutung. Hier kann während der Therapie schon der Grundstein für spätere Freizeitbeschäftigungen und -möglichkeiten gelegt werden.

Die Ergotherapie bietet Materialgruppen an, in denen die konkrete Arbeit mit Ton, Holz, Speckstein und Seide im Mittelpunkt steht und nach Erlernen der unterschiedlichen Techniken die Kreativität gefördert werden kann.

Das Ziel der Projektgruppe ist die Anregung sozio-emotionaler Lernprozesse im Rahmen sachbezogener Kooperation (VESENBECKH 1994). Die Gruppe plant, entwickelt und führt ein Projekt gemeinsam durch, wobei in den Phasen der Arbeit interaktionelle Verhaltensweisen besonders herausgearbeitet werden können, die Kooperationsfähigkeit überprüft und verstärkt werden kann und die Möglichkeit besteht, eigenes automatisiertes Verhalten zu erkennen und zu korrigieren.



In den indikativen Bereichen macht die Ergotherapie Angebote, die über gestaltungstherapeutisches Arbeiten bis zur Belastungserprobung reichen.

In einem speziellen Angebot haben alle Patienten die Möglichkeit, sich Kenntnisse im Umgang mit Computern, dem Internet und der entsprechenden Software anzueignen.

2.2.9 Physiotherapie

Die physiotherapeutischen Maßnahmen sind ein wesentlicher Bestandteil im Therapieprogramm vieler Patienten. Massagen verschiedener Art, Inhalationen, Ultraschall, Reizstrom, Fangopackungen, Bäder, Sauna, Kryotherapie, Lymphdrainage, manuelle Therapie wie auch Wirbelsäulen- und Atemgymnastik gehören zum Angebotsspektrum dieser Abteilung. Durch die Physiotherapie erfolgt die Behandlung der Patienten durch manuelle Maßnahmen auf der somatischen Ebene. Neben der Verbesserung des Funktionsniveaus im Bewegungs- und Haltungsapparat gelingt darüber hinaus oftmals auch ein günstiger Effekt hinsichtlich des Zugangs zum Psychogeneseverständnis des Patienten. So werden auch entspannungsfördernde Maßnahmen in diesem Bereich gezielt ergänzend eingesetzt. Aspekte der Körperwahrnehmung aber auch der Genussfähigkeit können implizit geschult werden, was sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirkt.

2.2.10 Ernährungsberatung und Gesundheitstraining

Die Diätassistentinnen realisieren die Durchführung der ärztlich verordneten Diäten bei Begleiterkrankungen (Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Leberzirrhose, chronische Pankreatitis). Weiter erarbeiten sie mit essgestörten Patienten (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas) spezifische Ernährungspläne. Abhängig von der Gewichtszunahme oder -abnahme und dem gesamten Therapieverlauf werden diese Ernährungspläne in Rücksprache mit dem Therapeuten wöchentlich erweitert.

Für jeden Patienten wird individuell eine umfassende Gesundheitserziehung ermöglicht. Diese umfasst die persönliche Beratung über Risikofaktoren wie das Rauchen, falsche Ernährung, Bluthochdruck, Aufklärung über psychosomatische Zusammenhänge und über alkoholinduzierte Erkrankungen. Außerdem wird alle 14 Tage ein Vortrag zur Gesundheitsförderung gehalten. Die Diätassistentinnen stehen bei jeder Mittagsmahlzeit zur Rücksprache und Diskussion bereit.

2.2.11 Arbeitstherapie

Der Erfolg einer Rehabilitationsbehandlung wird im Rahmen der medizinischen Behandlung nicht ausschließlich an der Symptombewältigung gemessen, sondern gleichfalls am Wiedererlangen bzw. am Erreichen der Erwerbsfähigkeit. Das Ziel ist es, dass der Versicherte nach Beendigung der Behandlung fähig ist, seine bisherige berufliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder aufnehmen zu können. Deshalb haben die arbeits- und leistungsbezogenen Strategien innerhalb unseres Therapiekonzeptes eine noch größere Bedeutung gewonnen. Die arbeitsbezogene medizinische Reha-

bilitation, die in unserer Klinik in Form von Arbeitstherapie sowie externen und internen beruflichen Belastungserprobungen stattfindet, berücksichtigt mit ihren Angeboten diese Notwendigkeit. Die arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation in Form von Arbeitstherapie ist fest in das Therapieprogramm integriert. Die Zuweisung zu dieser Arbeitstherapie erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Behandlungsteam, insbesondere mit den Bezugstherapeuten und auch mit dem zuständigen Sozialarbeiter. Grundlage für die Verordnung ist eine ausführliche Berufsanamnese und die in unserer Klinik vorhandene „Checkliste zur beruflichen (Re-) Integration“. Besonders indiziert ist die Arbeitstherapie für Patienten, die vor der Behandlung schon lange arbeitslos waren oder schon lange arbeitsunfähig sind. Des Weiteren betrifft es auch die Patienten, die in ihrer letzten Tätigkeit aus medizinischen Gründen nicht mehr erwerbsfähig sind und sich beruflich neu orientieren müssen. Die Arbeitstherapie soll sich zunächst, ohne einen Leistungsdruck zu induzieren, an der oberen Grenze der Leistungsfähigkeit des Patienten orientieren und seine vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten berücksichtigen. Besonders für langzeitarbeitslose Patienten ist die Verbesserung der physischen arbeitsbezogenen Belastbarkeit und die Stabilisierung der Arbeitsgrundfähigkeiten ein wesentliches Ziel.

Die Qualität und Quantität der Arbeitsleistung, wie bei einer realitätsbezogenen Arbeitssituation, findet dann Eingang in die fachkompetente Einschätzung und die Prognose der Leistungsfähigkeit, die unter Hinzuziehung unseres Arbeitstherapeuten durchgeführt wird. Diese Einschätzung kann die Grundlage für weitere Rehabilitationsmaßnahmen bilden.

2.2.12 Therapeutische Belastungserprobung

Im Therapiekonzept der AHG Klinik Schweriner See spielt die Wiederherstellung oder Stabilisierung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Patienten eine bedeutende Rolle, insbesondere auch im Hinblick auf die Förderung der beruflichen Reintegration der oft langjährigen psychosomatisch erkrankten und alkohol- bzw. medikamentenabhängigen Patienten. Zur Vorbereitung konkreter Rehabilitationsschritte dient der Therapiebaustein der therapeutischen Belastungserprobung. Der Patient bekommt die Möglichkeit, sich unter therapeutischer Begleitung in einem realen Arbeitsumfeld zu erproben und eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit zu erlangen.

Eine therapeutische Belastungserprobung kann sowohl in der Klinik als auch bei externen Betrieben stattfinden. Es bestehen Kontakte zu derzeit annähernd 40 Betrieben in und um Schwerin, die den Patienten Erprobungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Berufsfeldern bieten (Handwerk, Büroarbeiten, Handel). Die Dauer einer therapeutischen Belastungserprobung beträgt in der Regel drei bis zehn Tage. Die Stundenzahl kann von anfangs zwei Stunden auf bis zu acht Stunden täglich gesteigert werden. Auf einem Beobachtungsbogen erfolgt eine unabhängige Einschätzung der Leistungsfähigkeit und der aufgabenbezogenen Kompetenzen durch den betrieblichen Ansprechpartner. Die Ergebnisse des Beobachtungsbogens und die Selbsteinschätzung des Patienten werden in einem therapeutischen Gespräch ausgewertet und bilden eine wichtige Quelle für realitätsnahe Therapiezielüberprüfungen.



2.2.13 Freizeitgestaltung

Die Integration der individuellen Freizeitgestaltung in das Behandlungssystem unserer Klinik hat die Funktion, vorhandene Defizite im Freizeitverhalten aufzudecken, schrittweise abzubauen und durch lustbetonte Tätigkeiten das Interesse auf sozialisierende Möglichkeiten zu lenken und diese zu üben. Im Mittelpunkt steht die Erweiterung des Interessenhorizontes, Entwicklung kreativer Gestaltungsfreude, Aufbau menschlicher Kontakte, Vermittlung eines Gemeinschaftserlebnisses, Anregung zur Mit- und Selbstgestaltung sowie Entwicklung bzw. Förderung von Genussfähigkeit. Hierfür stehen dem Patienten die Einrichtungen der Klinik wie Schwimmhalle, Sporthalle, Sauna und Ergotherapie Räume für „kreative Arbeiten“ zur Verfügung.

Um möglichst viele Patienten in ihren Freizeitinteressen und -möglichkeiten zu erreichen, reicht das Freizeitangebot der Klinik von sportlichen Aktivitäten über naturkundliche, geführte Wanderungen, Exkursionen mit Stadtführungen bis hin zu Autorenlesungen und Kunstausstellungen, Tanzveranstaltungen sowie Musik-, Kino- und Theaterabenden. Durch die günstigen Nahverkehrsverbindungen sind ferner der Besuch von Kino, Theater, Museen, Sportveranstaltungen und Ausstellungen in der nahegelegenen Landeshauptstadt Schwerin möglich.

Konzept der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

3.1 Krankheitsmodell und Suchtverständnis

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit verstehen wir als eine eigenständige biopsychosoziale Krankheit und nicht als Symptom einer anderen Störung. Die Basis hierfür ist auch das Verständnis von Suchterkrankung als erlerntes Verhalten vor dem Hintergrund biologischer und somatischer Wirkgrößen. Obwohl das Phänomen der Abhängigkeit auch bei dem jetzigen Stand der Forschung weder aus psychologischer noch aus biologischer Sicht befriedigend geklärt ist, gehört die Kenntnis von organisch-physiologischen sowie verhaltens- und erlebnismäßigem Zusammenwirken einzelner Faktoren zur Grundlage des Verständnisses der individuellen Abhängigkeit. Bei Abhängigen bestehen außerdem oftmals ausgeprägte Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung.

Die Abhängigkeit ist kein einheitliches Krankheitsbild, daher besteht die Notwendigkeit, das Behandlungskonzept auf die individuellen Besonderheiten der Entstehung und Aufrechterhaltung des Abhängigkeitsverhaltens des einzelnen Patienten abzustimmen.

Die sozialkognitive Lerntheorie von MARLATT (1985), die ihre Anwendung im Rückfallpräventionsmodell von PETRY (1993) findet, und das Paradigma der Selbstregulation (SCHNEIDER 1982) erklären Phänomene der Suchtkrankheit wie Toleranzerhöhung, Kontrollverlust und Rückfall. Dadurch kann eine verhaltensdiagnostische Bedingungsanalyse Grundlage sowohl für die Indikationsstellung als auch für die Therapieplanung sein. Nach der Therapieplanung setzen dann die Methoden der individuellen klinischen Verhaltenstherapie ein.

Unsere Aufgabe in der stationären Behandlung Suchtkrankter sehen wir darin, den Patienten unter der Voraussetzung der Abstinenz bei der Überwindung seiner Abhängigkeit zu unterstützen. Durch eine Besserung der körperlichen und physischen Folgeerkrankungen der Sucht kann seine Erwerbsfähigkeit meist erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Die Bearbeitung der Sucht selbst muss im Behandlungsprozess einen breiten Raum einnehmen. Die Rahmenbedingungen müssen dem Patienten ermöglichen, seine eigene Suchtentwicklung zu akzeptieren. Erst nachdem die Entscheidung zu einer völligen Abstinenz verinnerlicht wird, kann der Patient seine grundlegenden Persönlichkeitsdefizite bearbeiten und seine Lebensführung korrigieren. Das Hauptanliegen der Therapie besteht darin, dem Patienten Hilfestellungen zur Bewältigung seines Problemverhaltens zu geben, indem er selbst zum Experten seiner Krankheit wird.

Der Patient soll in die Lage versetzt werden, gegenüber seiner eigenen Befindlichkeit eine andere Einstellung zu gewinnen, um so über Krankheitseinsicht zu einer Psychotherapiefähigkeit zu gelangen. Durch die Förderung von Spontaneität, Selbstverantwortung und Kreativität werden

- die Entfaltung der individuellen Persönlichkeit (Persönlichkeitsnachreifung),
- eine Veränderung des Erlebens und Verhaltens,
- eine Verbesserung der Realitätsprüfung,
- der Aufbau stabiler und effektiver zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Ausdauer und Selbsterfahrung

angeregt und ermöglicht.

3.2 Behandlungsansatz

3.2.1 Indikationen (ICD-10)

Der Indikationsbereich für die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen umfasst Störungen durch folgende Substanzen:

- Störungen durch Alkohol (F10.xx)
- Störungen durch Cannabinoide (F12.xx)
- Störungen durch Sedativa und Hypnotika (F13.xx)
- Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18.xx)
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.xx).

Die hier mit .xx dargestellte vierte bzw. fünfte Stelle der ICD-10-Diagnose bezeichnet die Art der hervorgerufenen Störung. Für eine Entwöhnungsbehandlung in der AHG Klinik Schweriner See sind die Bereiche F1x.2 (Abhängigkeitssyndrom, diagnostische Leitlinien siehe Punkt 4. Diagnostik), F1x.3 (Entzugssyndrom) besonders wichtig. In der Vorgeschichte vieler Patienten kommen auch Entzugssyndrome mit Delir (F1x.4) bzw. psychotische Störungen durch Substanzgebrauch (F1x.5) vor. Ferner sind noch amnestische Syndrome (F1x.6) sowie Restzustände und verzögert auftretende psychotische Störungen (F1x.7) behandlungsrelevant. Patienten mit Pathologischem Glücksspielen (F63.0) werden dann in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen behandelt, wenn eine Komorbidität zu einer Substanzabhängigkeit (F1x.xx) besteht. Alle anderen Patienten mit Pathologischem Glücksspielen werden in der Abteilung für Psychosomatik aufgenommen. Die gleiche Regelung gilt für Patienten mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch.

3.2.2 Kontraindikationen

Kontraindiziert sind stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Patienten mit



- endogenen Psychosen
- schweren hirnrorganischen Beeinträchtigungen
- schwerwiegender Einschränkung der intellektuellen Leistungsfähigkeit.

3.2.3 Reha-Therapieziel

Das Therapieziel der stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist die Herstellung oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Patienten durch ein suchtmittelfreies, zufriedenes und in Selbstverantwortung geführtes Leben mit Reduzierung der Krankheitsfolgekosten.

3.3 Behandlungsziele

- Festigung der Motivation und ihre Stabilisierung
- Auseinandersetzung mit den Folgen der Abhängigkeit
- Akzeptanz und Entscheidung für Abstinenz
- Erwerb von Strategien zur Erhaltung der Abstinenz
- Rückfallprophylaxe
- Körperliche und psychische Gesundung
- Reintegration in das soziale Umfeld (Familie, Arbeit, Freizeit)
- Organisation der Selbsthilfe und Nachsorge.

Die differenzierte und individuelle Erarbeitung der Therapieziele setzt in erster Linie die Veränderungsbereitschaft der Patienten voraus. In der Therapie geht es um das Erlernen krankheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen, Abbau von Risikofaktoren, Erreichen angemessener Formen der Krankheitsbewältigung, Prognoseverbesserung, Erhöhung der psychophysischen Belastbarkeit und vor allem um die soziale Reintegration. Die Förderung und langfristige Unterstützung der Therapiemotivation ist dabei einer der wichtigsten Bestandteile der Behandlung.

3.4 Diagnostik

Unsere Diagnostik orientiert sich an der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der 10. Revision vorgestellten Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (DILLING et al. 1993). Die folgende Aufzählung resümiert die klinisch-diagnostischen Leitlinien des Abhängigkeitssyndroms.

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums.
- Substanzgebrauch zur Milderung von Entzugssymptomen.
- Ein körperliches Entzugssyndrom und /oder Nachweis einer Toleranz.
- Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums.
- Anhaltender Konsum trotz bewusst erlebter schädlicher Folgen (körperlich, psychisch, sozial).

Gleichermaßen gilt die diagnostische Aufmerksamkeit bezüglich einer möglicherweise vorliegenden psychischen Komorbidität, was durch gezielte Exploration, Verhaltensbeobachtung und testpsychologische Diagnostik untermauert wird.

Um der multivariaten Genese von Suchterkrankungen gerecht zu werden, bedarf es einer umfangreichen Diagnostik:

- Eigenanamnese, Fremdanamnese, Sozialanamnese, Suchtanamnese
- Testpsychologische Diagnostik
- Medizinische Diagnostik
- Persönlichkeitsdiagnostik
- Medizinisch-technische Diagnostik.

3.5 Umfang und Struktur von Behandlungsplänen

Wissenschaftlich unumstritten ist die Tatsache, dass sowohl die Kurzzeit- und die mittelfristige Therapie als auch die individuelle Korrekturmöglichkeit der Therapiedauer ihre Berechtigung haben (KÜFNER 1988).

Allerdings muss sowohl bei der Festlegung der Therapiedauer als auch der Therapiemethoden eine intensive Einzelfalldiagnostik, eventuell eine neuropsychologische Hirnleistungsdiagnostik erfolgen, um Besserungen und Rückbildungstendenzen objektivieren zu können.

Die mittelfristige Therapie wird der Tatsache gerecht, dass sowohl der Schweregrad der Abhängigkeit als auch die Problemkonstellation des Einzelnen sehr unterschiedlich sein können. Dies erfordert ein breit gefächertes, aber auch spezialisiertes Behandlungsangebot.

Die Kurzzeitbehandlung ist als intensive Behandlung für einen Zeitraum von acht Wochen ausgelegt. Bei Patienten mit hoher Motivation und guten gesundheitlichen Voraussetzungen, die auch beruflich und familiär gut integriert sind, ist eine Kurzzeitbehandlung besonders indiziert.

Eine Behandlung, die sich aus einer Kombination ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlungsbausteine zusammensetzt („Kombitherapie“), ist indiziert bei Patienten, bei denen zu Beginn oder in der Mitte des Behandlungsprogramms eine intensive stationäre Behandlung die Wahrscheinlichkeit des Gesamtbehandlungserfolgs erhöht und bei denen genügend Stabilität besteht, die übrigen Behandlungsteile mit Erfolg und nutzbringend in tagesrehabitativer oder ambulanter Form zu absolvieren.

Die stufenweise Indikationsstellung, die den individuellen Gegebenheiten des einzelnen Suchtkranken entspricht, ermöglicht eine Verbesserung der

Behandlungsergebnisse. In unserer Klinik wird für jeden Patienten durch den Bezugstherapeuten ein Gesamtbehandlungsplan unter Berücksichtigung der Behandlungsziele erstellt. Der Behandlungsplan wird den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten angepasst und kann daher während der Behandlungszeit verändert werden.

3.5.1 Mittelfristige Therapie

3.5.1.1 Therapiedauer

Therapieziel ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die mittelfristige Therapie ist auf einen Zeitraum von 16 Wochen festgelegt. Eine Verlängerung kann im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Entscheidung von der Klinik vorgenommen werden. Verlängerte Behandlungszeiten können bei Abhängigen mit zusätzlichen psychosomatischen Erkrankungen, schweren körperlichen und geistigen Folgeschäden, schweren Defiziten der Ich-Struktur und bei einer Polytoxikomanie notwendig werden. Besonders durch die erhebliche soziale Desintegration, wie sie derzeit bei einem Großteil der Patienten zu beobachten ist, wird ebenfalls häufig eine Verlängerung der Behandlung erforderlich.

Die Kriterien für eine Verkürzung sind gegeben, wenn die Therapieziele früher erreicht werden, bei sehr positivem Therapieverlauf und guten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Eine schnelle soziale Integration, z. B. ein neuer Arbeitsplatz, stellt ebenfalls eine Möglichkeit der vorzeitigen Entlassung dar.

3.5.1.2 Behandlungsverlauf

Therapiephase I

Die Therapiephase I steht unter den Schwerpunkten Orientierung und Motivation.



Jeder suchtkranke Patient durchläuft auf der Aufnahmestation eine 10–14-tägige Aufnahmephase. Hier erfolgt die medizinische Abklärung der Folge- und Begleiterkrankungen und falls notwendig die Behandlung und Überwachung der Entzugssymptomatik. Kurzzeitpatienten und Abhängigkeitskranke, die ihr Kind zur Betreuung in die Klinik mitbringen, werden direkt in ihrer Bezugsgruppe aufgenommen.

Am Aufnahmetag führt der Aufnahmearzt das erste Gespräch und die medizinische Grunduntersuchung mit dem Patienten durch. Die weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden in den täglichen Visiten festgelegt. Psychodiagnostik und die soziotherapeutische Befunderhebung ergänzen die Aufnahmeuntersuchung.

Sobald es die körperliche Verfassung des Patienten erlaubt, nimmt er an dem strukturierten Behandlungsprogramm der Aufnahmestation entsprechend dem Wochenplan (siehe nächste Seite) teil.

Insgesamt geht es in der Aufnahmephase um die Eingewöhnung in das Kliniksetting, das Kennenlernen von Mitpatienten, Mitarbeitern und Therapieformen, die Entwicklung von Vertrauen und damit um den Beginn der körperlichen und psychischen Rehabilitation.

Inhalte der Gruppentherapie sind die Auseinandersetzung mit der Therapievereinbarung, mit dem Ablauf und Inhalt der anstehenden Therapie, insbesondere mit dem verhaltenstherapeutischen Konzept. Zur Informationsvermittlung über die Abhängigkeitserkrankungen nutzen wir außer Gruppengesprächen Literatur, Fragebögen und Videos.

Therapieplan der Aufnahmestation

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07:30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
07:45						
08:00						
08:15						
08:30						
08:45	Visite	Visite	Oberarztvisite	Visite	CA-/Oberarzt-Visite	
09:00						
09:15	08:45 – 09:30	08:45 – 09:30	08:45 – 09:30	08:45 – 09:30	08:45 – 09:30	
09:30						Visite
09:45	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppenbesprechung	auch sonntags
10:00					Chefarzt	
10:15						09:00 – 10:00
10:30	09:45 – 10:45				09:45 – 10:45	
10:45						
11:00		09:45 – 11:15	09:45 – 11:15	09:45 – 11:15		
11:15	Ergotherapie					Ergo-/Sporttherapie
11:30		Vortrag Soziales	Vorbereitung der	Bewegungsübung		im Wechsel
11:45			Themengruppe			10:30 – 12:00
12:00	11:00 – 12:30	11:30 – 12:15	11:15 – 12:00			
12:15				11:30 – 12:30		
12:30	Mittagspause					
13:15						
13:30				Ergotherapie		
13:45						
14:00						
14:15				13:15 – 14:45	ab 14:15	
14:30					Therapieorgan.	Gruppenspaziergang
14:45					Klinikstruktur	auch sonntags
15:00		Sporttherapie	Video/			14:00 – 15:00
15:30	Kaffeepause	Sporthalle	Erfahrungsaustausch	Kaffeepause	Kaffeepause	
15:45	15:30 – 16:00			15:30 – 16:00	15:30 – 16:00	
16:00		15:00 – 16:00	15:15 – 16:15			
16:15		Kaffeepause	Kaffeepause			
16:30		16:15 – 16:45	16:15 – 16:45			
16:45	Gruppenspaziergang				Gruppenspaziergang	
17:00	16:30 – 17:30		Gruppenspaziergang		16:30 – 17:30	
17:15			16:45 – 18:15			
17:30						
17:45						
18:00						
18:15	Abendbrot					
	Selbsthilfegruppen lt. Plan					

Die Verlegung in die Wohngruppe wird durch den Arzt der Aufnahme station in einem Verlegungsgespräch vorbereitet. Weiterhin wird der Übergang durch Kontakt zu Patienten aus dem Wohnbereich erleichtert.

Therapiephase II

Die Therapiephase II steht zunächst unter den Schwerpunkten Klärung und Bilanz.

In der Wohngruppe absolviert der Patient seine gesamte weitere Therapiezeit. Nach der dortigen Integration ist die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Suchtproblematik Mittelpunkt der Therapie. Im Austausch mit seinen Mitpatienten und unter Anleitung seines Bezugstherapeuten erarbeitet sich der Patient innerhalb der Gruppe die individuelle Analyse seiner Abhängigkeit. Er gewinnt Verständnis für die funktionale Bedeutung, die das Suchtmittel für ihn hatte. Am Ende dieser Phase sollte sich der Patient eine klare Entscheidung zur Veränderungs- und Abstinenzmotivation und eine Krankheitseinsicht erarbeitet haben. Unter der zunehmenden Besserung vorliegender somatischer Schäden ist die Steigerung der körperlichen Belastbarkeit für die Patienten mit einer Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Selbstwertgefühls verbunden.



Im ersten Familienseminar, das durch den Bezugstherapeuten in der Gruppenzusammensetzung organisiert wird, erfolgt die Aufarbeitung der bisherigen Beziehung und ein möglicher Neuanfang. Das Familienseminar dient der Information der Angehörigen über die Abhängigkeitserkrankung und der Offenlegung und Bearbeitung von co-abhängigen Verhaltensweisen, Kommunikationsprobleme innerhalb der Partnerschaft werden angesprochen und es werden konkrete Absprachen für hilfreiches Verhalten getroffen. Die Angehörigen erfahren durch den Kontakt zu anderen eine Entlastung und werden angeregt, an Angehörigenangeboten am Wohnort teilzunehmen.

Im zweiten Teil dieser Therapiephase steht zunehmend die Übernahme von Verantwortung im Mittelpunkt.

Beispiel eines Therapieplans der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:30		Frühsport	Frühsport	Frühsport	
07:45		07:30 – 08:00	07:30 – 08:00	07:30 – 08:00	
08:00					
08:15					
08:30		Sport		Sport	EDV / Bürokom. Gruppe
08:45		Sporthalle		MAT	
09:00			Gruppentherapie		
09:15		08:30 – 09:30		08:30 – 09:30	08:30 – 09:30
09:30	Gruppentherapie				
09:45		Oberarztvisite		Themenzentriertes	
10:00				Arbeiten	
10:15		09:45 – 10:30	09:00 – 10:30		
10:30	09:15 – 10:45			09:45 – 10:45	
10:45					
11:00	Störungsspez. Gruppen	Störungsspez. Gruppen	Sport-/Ergo-/ Soziotherapie	Gruppentherapie	
11:15	Sport- und Ergotherapie	11:00 – 12:30	Theaterschminken		Themenzentriertes
11:30	EDV Anfänger	Sporttherapie	Bewerbertraining		Arbeiten
11:45	Kanu / Schwimmen	Körpertherapie			
12:00		Bewegungsspiele			11:15 – 12:15
12:15	11:00 – 12:30	11:15 – 12:15	11:00 – 12:30	11:00 – 12:30	
12:30	Mittagspause				
13:15	Sport- und Ergotherapie			Störungsspez. Gruppen	Ergotherapie Gruppe
13:30	Körperwahrnehmung				
13:45	13:45 – 14:45			Ergotherapie	
14:00	Freies Werken			Textiles Gestalten	
14:15	Gestaltung Töpfern	Gruppentherapie		EDV Fortgeschrittene	
14:30	13:15 – 14:45			13:15 – 14:45	
14:45					
15:00	Themenzentriertes		Testdiagnostik		13:15 – 15:15
15:15	Arbeiten		14:45 – 15:45	Vorträge	
15:30		14:15 – 15:45		Soziales	
15:45	15:00 – 16:00			Ernährung	
16:00			Gruppenaktivität	15:15 – 16:15	
16:15		Sport-/Ergo-/ Physiotherapie	Selbstorganisation	Sporttherapie	
16:30		Wirbelsäulengymnastik			
16:45		Bewegung mit Musik / Adipositasgymnastik		Bewegung mit Musik	
17:00		16:15 – 17:15		16:15 – 17:15	
17:15			16:00 – 17:30		
17:30					

Nachdem bereits zu Behandlungsbeginn gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten individuelle Behandlungsziele festgelegt wurden, erfolgt jetzt eine verstärkte Hinwendung zur therapeutischen Aufarbeitung individueller Probleme, die der Sucht zu Grunde liegen. Der Patient soll zum Experten seiner eigenen Problematik werden, Selbstverantwortung übernehmen, um so über selbst kontrollierte, korrigierende Erfahrungen gewünschte Veränderungen herbeizuführen. Auf der Basis einer stabilen therapeutischen Beziehung gewinnen übende Verfahren, z. B. zur Überwindung von Defiziten, insbesondere im interaktionellen und sozialen Verhalten zunehmend an Bedeutung. Wesentliche Ziele sind Zunahme des Selbstwertgefühls, Steigerung der Frustrationstoleranz und Erhöhung der sozialen Kompetenz. Ganz besonders gilt es, einen Lebenssinn (wieder) zu finden, Interesse an anderen Menschen zu gewinnen und nach Erkenntnis und Wissen über sich und die Welt zu streben. Auch in dieser Phase wird der systematische Aufbau des Selbsthilfepotentials fortgesetzt.

Therapiephase III

Die Therapiephase III steht unter den Schwerpunkten Erprobung, Belastung und Loslösung.

Diese Behandlungsphase dient der Sicherung der Abstinenz, der Realitätserprobung und der Reintegration in das soziale Umfeld. Im Rahmen der Rückfallprophylaxe werden individuelle Risiko- und Rückfallsituationen identifiziert und deren Bewältigung trainiert. Therapeutische Heimfahrten und Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, der Agentur für Arbeit und der Suchtberatungsstelle fördern den Realitätsbezug. Die dabei auftretenden Probleme können in der Gruppe anschließend bearbeitet werden. In weiteren Familienseminaren wird das Erreichte überprüft und die Ziele für die Anforderungen nach der Therapie festgesetzt. Die Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen wird abgeschlossen. Die mögliche Verlegung in eine Nachsorgeeinrichtung wird konkretisiert.



Gegebenenfalls wird eine Vermittlung zur ambulanten Psychotherapie vorgenommen. Medizinische und psychodiagnostische Abschlussuntersuchungen beenden die Therapie.

3.5.2 Kurzzeittherapie

Die Kurzzeitbehandlung ist ein intensiviertes Therapieprogramm für alkoholabhängige Patienten. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel acht oder zehn Wochen. In besonderen Fällen sind Verlängerungen der Therapiedauer möglich. Auf Grund der Intensität der Behandlung ist die Belastbarkeit der Patienten Voraussetzung. Abhängigkeitskranke mit schweren körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen sind daher für die Kurzzeittherapie nicht geeignet. Für die Kurzzeittherapie stehen 12 Behandlungsplätze in einer gemeinsamen Therapiegruppe zur Verfügung.

Der Aufnahme in die Kurzzeittherapiegruppe geht ein telefonisches Vorgespräch voraus, in dem der Patient auf die Behandlung vorbereitet wird. Am Aufnahmetag wird der Patient von seinem zuständigen Therapeuten in Empfang genommen und mit den Rahmenbedingungen der Behandlung vertraut gemacht. Die medizinische Aufnahmeuntersuchung erfolgt ebenfalls am ersten Tag durch den zuständigen Arzt. Die Patienten werden direkt in den Wohnbereich aufgenommen und werden dort in der Eingewöhnung auch durch ihre Mitpatienten unterstützt. In den nächsten Tagen schließen sich laborchemische Untersuchungen und testpsychologische Standarddiagnostik an. Die intensive Psychotherapie beginnt unmittelbar mit der ersten Gruppentherapiestunde.

Die Kurzzeittherapie ist besonders für Patienten geeignet, die über eine gute soziale Integration mit familiärem Rückhalt und Arbeitsplatz verfügen. Auch Patienten, die bereits eine Alkoholentwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben und nach längerer Abstinenz rückfällig wurden, sind für die Kurzzeittherapie geeignet. Die Behandlungselemente sind die viermal wöchentlich stattfindende verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenpsychotherapie, einmal wöchentlich ergänzt durch eine psychoedukative Gruppenpsychotherapie, in der die Erarbeitung individueller Verhaltens- und Rückfallanalysen im Mittelpunkt steht. Einzelpsychotherapie und Angehörigengespräche ergänzen die Behandlung. Darüber hinaus nehmen die Patienten an Ergo- und Sporttherapie teil und erhalten berufsbezogene und allgemeine Sozialberatung. Auch Belastungserprobungen und arbeitstherapeutische Maßnahmen sind möglich sowie die Teilnahme an weiteren störungsspezifischen und indikativen Therapieangeboten (z. B. Angstbewältigung, Depressionsbewältigung, Bewerbertraining etc.).

Behandlungsschwerpunkte in der Kurzzeittherapiegruppe sind die Rückfallanalyse bzw. die Analyse von Trinkauslösern, die Erarbeitung bzw. Weiterentwicklung eines Krankheitsmodells, die Vermittlung von Handlungskompetenzen wie Stressbewältigung und Problemlösen unter Berücksichtigung spezifischer Stressoren im familiären Umfeld und am Arbeitsplatz.

3.5.3 Auffang- und Festigungsbehandlung

Bei Patienten, die nach vorangegangener Entwöhnungsbehandlung rückfällig wurden und trotz ambulanter Therapie bei weiterbestehendem Abstinenzziel den Rückfall nicht bewältigt haben, ist eine stationäre Auffangbehandlung von sechs Wochen indiziert. Die Rückfälligkeit sollte nicht länger als sechs Monate zurückliegen. Der Patient sollte über Abstinenz Erfahrung und Krankheitseinsicht verfügen, so dass auf seine Erfahrungen aus der Vorbehandlung aufgebaut werden kann. Eine Auffangbehandlung kann ebenfalls indiziert sein, wenn eine Herausnahme aus dem familiären Umfeld erforderlich ist, da dieses keine Unterstützung bei der Bewältigung des Rückfalls geben kann bzw. eher rückfallbegünstigend wirkt. Mangelnde oder fehlende Unterstützung bei einem Rückfall im sozialen Umfeld wie Arbeitslosigkeit, Wohnungsprobleme oder zunehmende Isolation kann die Notwendigkeit einer Rückfallbehandlung begründen. Die Behandlungsschwerpunkte bestehen vor allem in einer Rückfallanalyse und der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien und Handlungskompetenzen.

Auch bei einer sechswöchigen Festigungsbehandlung sollte der Patient bereits eine Entwöhnungsbehandlung hinter sich haben und sich auf Grund nicht ausreichend bearbeiteter Probleme oder einer aktuell belastenden Lebenssituation rückfallgefährdet fühlen. In der Behandlung steht eine fokussierte Problemanalyse und die Erarbeitung von Bewältigungs- und Problemlösestrategien im Vordergrund.

Für beide Maßnahmen werden zusätzlich zum Gruppenpsychotherapieprogramm regelmäßig Einzelgespräche durchgeführt und ergo-, sport- und soziotherapeutische Maßnahmen angeboten. Auch ist die zusätzliche Teilnahme an störungsspezifischen und indikativen Gruppenangeboten möglich.

3.5.4 Mütter /Väter mit Kind

Die Notwendigkeit einer Entwöhnungsbehandlung stellt alle Eltern mit kleinen Kindern vor die Frage der Betreuung, Erziehung und Versorgung ihres Nachwuchses während der Therapiezeit.

In einer funktionierenden Partnerschaft ist es häufig dem Ehemann oder der Ehefrau möglich, mit Hilfe der Großeltern und Freunden diese Aufgabe zu übernehmen. Sollte es aber berufliche oder familiäre Hinderungsgründe geben, ist eine Mitaufnahme der Kinder möglich. Für Mütter bzw. Väter stellt die Mitnahme der Kinder häufig die einzige Möglichkeit dar, überhaupt ein stationäres verhaltenstherapeutisches Angebot wahrnehmen zu können.

Die AHG Klinik Schweriner See stellt bis zu 12 Therapieplätze für diesen Personenkreis zur Verfügung. Die Einzelzimmer sind für die gemeinsame Unterbringung von einem Patienten mit bis zu zwei Kindern geeignet. Sollte in Einzelfällen die Aufnahme von mehr als zwei Kindern notwendig sein, ist die Unterbringung in zwei Zimmern möglich. Die Kosten für die Kinder trägt nach Antragstellung ebenfalls der entsprechende Kostenträger. Die Kinder werden tagsüber in der 2009 neu eröffneten Kindertagesstätte direkt neben der Klinik betreut. Die Schulkinder führen ihren Schulbesuch, je nach Schulform und Klassenstufe, in der örtlichen Schule fort. Am Nachmittag erfolgt die Betreuung in der Kindertagesstätte; Hilfe zu Hausaufgaben kann dort gegeben werden.

Die Behandlung wird in einer gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppe durchgeführt. Gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern stehen ebenso auf dem Therapieplan, wie eine spezielle erlebnisorientierte Elterngruppe, in der neue Aktivitäten für den Umgang mit Kindern ausprobiert werden können.



Die Erzieherinnen und die Therapeutinnen entwickeln zusammen mit den Patienten neue Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und versuchen, diese zusammen mit den Kindern auszuprobieren. Gruppenaktivitäten können genutzt werden, um den Kindern neue, schöne gemeinsame Erlebnisse zu vermitteln und damit die häufig gestörte Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern. Soziale Kompetenz im Umgang mit den eigenen Kindern kann so gefördert werden.

Die Therapiezeit mit den eigenen Kindern stellt aber für die Eltern eine zusätzliche Belastung dar, an die sich beide Teile der Beziehung erst langsam gewöhnen müssen. Der Behandlungsbeginn ist deshalb häufig schwieriger und von Problemen der Eingewöhnung in den Klinikalltag, den Schulalltag und den Alltag in der Kindertagesstätte geprägt. Häufig auftretende leichte Erkrankungen der Kinder wie z. B. grippale Infekte, Fieber führen zu weiteren Schwierigkeiten in der Entwöhnungstherapie, da die Eltern im Krankheitsfall natürlich ihre Kinder betreuen wollen und müssen. Die Freiräume zur Kontaktaufnahme und zur Reflektion der Therapie mit den Mitpatienten sind dadurch eingeschränkt. Eine Therapiedauer von 16 Wochen halten wir deshalb für angemessen und können uns eine Therapieverkürzung nur im Einzelfall vorstellen.

Eine gezielte Vorbereitung der Patienten ist notwendig, um die erhöhten Anforderungen an eine solche Therapieform zu bewältigen, insbesondere ist das Zusammenleben der Mutter/des Vaters mit dem Kind vor der Therapie Voraussetzung, um den Einstieg bewältigen zu können. Deshalb werden von uns telefonische oder persönliche Vorgespräche geführt.

3.5.5. Kombinierte stationär–teilstationäre oder stationär–ambulante Therapie (Kombitherapie)

Eine konsequente Weiterentwicklung des bisherigen Spektrums des Behandlungsangebotes stellt die auf die Problemlage des jeweiligen Patienten zugeschnittene Kombination von stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsbausteinen dar. _____

Eine Behandlung, die sich aus der Kombination verschiedener Behandlungssettings zusammensetzt, ist indiziert bei Patienten, bei denen zu Beginn oder in der Mitte des Behandlungsprogramms eine intensive stationäre Behandlung die Wahrscheinlichkeit des Gesamtbehandlungserfolgs erhöht und bei denen genügend Stabilität besteht, die übrigen Behandlungsteile mit Erfolg und nutzbringend in tagesrehabilitativer oder ambulanter Form zu absolvieren. _____

Seit dem Jahr 2004 bietet die AHG Klinik Schweriner See in enger Zusammenarbeit mit der zur Klinik gehörenden, in Schwerin ansässigen AHG Poliklinik Schelfstadt eine solche Behandlungsmöglichkeit an.

Eine „Kombitherapie“ kann in Form einer stationären Initialbehandlung mit ambulanter oder tagesrehabilitativer Behandlungsphase stattfinden. Sie ist für Patienten sinnvoll, bei denen eine ausschließlich ambulante oder tagesrehabilitative Behandlung auf Grund spezieller medizinischer und/oder psychosozialer Schwierigkeiten keine ausreichende Gewähr für den Erfolg der medizinischen Rehabilitation bieten würde. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel sechs Wochen stationäre Behandlung und im Anschluss daran sechs Wochen teilstationäre oder 26 Wochen ambulante Behandlung. _____

Eine weitere Möglichkeit der „Kombitherapie“ ist eine zwischenzeitliche stationäre Behandlungsphase als Krisenintervention im Verlauf einer tagesrehabilitativen oder ambulanten Hauptbehandlung. Sie ist indiziert bei akuter Rückfallgefährdung sowie nach einem Rückfall oder bei körperlichen Erkrankungen, wenn eine intensivere medizinische Behandlung notwendig ist, die Entwöhnungsbehandlung aber nicht unterbrochen werden soll. Weiter ist eine intermediäre stationäre Behandlungsphase sinnvoll zur Vertiefung von Behandlungsschwerpunkten, die sich in der tagesrehabilitativen oder ambulanten Behandlung herauskristallisiert haben, und die durch das breit gefächerte indikative störungsspezifische Behandlungsprogramm der AHG Klinik Schweriner See gezielter behandelt werden können. Die intermediäre stationäre Behandlungsphase beträgt in der Regel sechs Wochen. _____



3.6 Therapeutische Leistungen

Das interdisziplinäre Behandlungsteam der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der AHG Klinik Schweriner See bietet folgende therapeutische Leistungen an:

Leistung	Zeit (Min)	Ausführender	Häufigkeit	Gruppengröße
Gruppenpsychotherapie	90	Bezugstherapeut	4/Woche	12
Einzelspsychotherapie	50 – 60	Bezugstherapeut	1 x 14-tägig	–
Aufnahmeuntersuchung	45 – 60	Arzt	nur 1. Woche	–
Erstinterview	60 – 90	Bezugstherapeut	nur 1. Woche	–
Suchtinformation	60 – 90	Bezugstherapeut	1/Woche	–
Psychologische Tests	30 – 90	Psychologe	1./ 13. Woche	–
Störungsspezifische Gruppen	90	Bezugstherapeut	1 – 2/Woche	6 – 12
Indikative Gruppen	60 – 90	Adjuvanstherapeut	1 – 2/Woche	6 – 12
Sporttherapie	60	Sporttherapeut	4/Woche	12
Ergotherapie	90	Ergotherapeut	3/Woche	12
Soziotherapie	20 – 50	Sozialarbeiterin	nach Indikation	–
Physiotherapie	10 – 50	Physiotherapeut	nach Indikation	–
Oberarztvisite	60	Oberarzt	1/Woche	–
Chefarzt-Vorstellung	60 – 90	Chefarzt	nur 1. Woche	12 – 16
Chefarzt-Gruppenpsychotherapie	90	Chefarzt	nur 1. Woche	12 – 16
Ärztliche Sprechstunde	60	Stationsarzt	1/Woche	–
Selbsthilfegruppe	60 – 90		1/Woche	24
Information/Motivation:				
Sozialdienst	60	Sozialarbeiterin	1 x 14-tägig	4 – 14
Ernährungsberatung	60	Diätassistentin	1 x 14-tägig	4 – 14

Konzept der Abteilung für Psychosomatik

Die Abteilung für Psychosomatik der AHG Klinik Schweriner See versteht sich als eine regional und überregional tätige Spezialeinrichtung zur Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. Sie ist die erste Abteilung einer Klinik in Mecklenburg-Vorpommern, die über mehrjährige Erfahrung in der Behandlung nach einem integrativ-verhaltenstherapeutischen Psychotherapieansatz verfügt.

4.1 Indikationen und Aufnahmemodalitäten

Die stationäre psychosomatische Behandlung ist indiziert, wenn ambulante Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes psychosomatisch Erkrankter nicht ausreichen und eine Kombination verschiedener therapeutischer Maßnahmen erforderlich ist (MEERMANN & VANDEREYCKEN 1996). Das kann z. B. der Fall sein bei vorliegender Multimorbidität oder bei psychischen Störungen mit schweren sozialen Beeinträchtigungen, die eine Herausnahme des Erkrankten aus dem sozialen Umfeld notwendig machen. Behandelt werden in der Abteilung folgende Krankheitsbilder:

- Affektive Störungen (ICD-10: F3)
- Angst- und Zwangsstörungen, Erschöpfungssyndrome, akute und posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen (ICD-10: F4)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10: F5), z. B. Essstörungen (insbesondere Bulimie, Anorexie und Essstörungen mit Adipositas), Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen sowie sämtliche psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F6), z. B. spezifische Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle (insbesondere Pathologisches Glücksspielen und Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch).

Voraussetzung für die Aufnahme ist eine Kostenübernahme der Rentenversicherungsträger, der Krankenkassen oder der privaten Krankenversicherungen. Die meisten Patienten haben sich dazu mit einer Verordnung oder Notwendigkeitsbescheinigung ihres behandelnden Arztes an ihre Krankenkasse gewandt. Dort wurde in der Regel die Kostenübernahme bewilligt oder ein Antrag auf Gewährung eines stationären Rehabilitationsverfahrens bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt. Überwiegend werden Patienten nach Beurteilung durch die Ärztlichen Dienste der Rentenversicherungsträger oder der Medizinischen Dienste der Krankenkassen zugewiesen.

Die therapeutische Abteilungsleitung überprüft noch einmal die Indikationsstellung für eine stationäre Behandlung anhand der Vorinformationen, die als Fremdbefunde (im Allgemeinen ärztliche Angaben und Unterlagen) zur Verfügung stehen.

Wichtige Kriterien sind:

- vorausgegangene umfassende, speziell somatomedizinische Diagnostik,
- Bereitschaft des Patienten, aktiv an der Behandlung mitzuarbeiten,
- Ausmaß ggf. bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung.

Zur Vermeidung von Fehlzuweisungen und damit verbundenen unnötigen Kosten ist im Einzelfall die Durchführung eines ambulanten Vorgesprächs notwendig.

In der AHG Klinik Schweriner See besteht für Mütter oder Väter die Möglichkeit, ein Kind als Begleitperson mit aufzunehmen, wenn im häuslichen Umfeld keine Betreuungsmöglichkeit realisierbar ist. Im Rahmen eines meist telefonischen Vorgesprächs werden Details bezüglich der Kinderbetreuung in der Klinik (z. B. Beschulung) erörtert.

4.2 Kontraindikationen

Kontraindikationen für eine Behandlung in der Abteilung für Psychosomatik der AHG Klinik Schweriner See bestehen für:

- Kinder bzw. Jugendliche unter 16 Jahren
- akut suizidgefährdete Patienten
- akut psychotische bzw. hirnorganisch beeinträchtigte Patienten.

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige mit psychischer Komorbidität ohne bisherige Abstinenz besteht die Möglichkeit zur Übernahme in eine Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen.

4.3 Therapeutische Grundsätze

Das therapeutische Konzept der Abteilung für Psychosomatik basiert auf einem integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatz. Dabei wird dem für psychosomatische Störungen zentralen Zusammenwirken der verschiedenen Krankheitsbedingungen in enger interdisziplinärer Kooperation Rechnung getragen. Das ist notwendig, da bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychosomatischen und auch psychiatrischen Erkrankungen in der Regel biologische und psychosoziale Faktoren bedeutsam sind. So können z. B. psychische und soziale Schwierigkeiten bei körperlichen Erkrankungen zum Hauptproblem werden und den Verlauf der Grunderkrankung erheblich verschlechtern. Insgesamt strebt die Abteilung für Psychosomatik daher an, relevante aktuelle Erkenntnisse der biomedizinischen Forschung und der Psychotherapiewissenschaften für die effektive Behandlung der Patienten zu nutzen und zu integrieren.



Das Behandlungskonzept sieht pragmatische und verhaltenorientierte Zielsetzungen vor, deren Realisierung bei einer angestrebten mittleren Behandlungsdauer von vier bis acht Wochen möglich scheinen. Während der stationären Behandlung werden die Patienten systematisch dazu motiviert, zu „Experten“ ihrer eigenen Problematik zu werden und „Selbstverantwortung“ zu übernehmen, um über selbstkontrollierte korrigierende Erfahrungen gewünschte Veränderungen herbeiführen zu können. Nach dem der klinischen Verhaltenstherapie zu Grunde liegenden Prinzip der geförderten Eigenaktivität werden schon im ersten Einzelgespräch individuelle Behandlungsziele festgelegt.

Mit den nachfolgend aufgelisteten Interventionsstrategien können im therapeutischen Prozess gleichzeitig mehrere Ziele angestrebt werden. Sie müssen jedoch mit dem einzelnen Patienten auf der Grundlage einer stabilen therapeutischen Beziehung sowie der Erarbeitung eines Ätiologie- und Veränderungsmodells individuell definiert werden:

- Gezielte Interventionen zur Reduktion von Problemverhalten oder Symptomen
- Aufbau bzw. Ausbau von Alternativerhalten bei Erkundung und Förderung individueller Ressourcen
- Übende Verfahren zur Überwindung von Defiziten, insbesondere im sozialen und interaktionellen Verhalten
- Systematischer Aufbau des Selbsthilfepotentials.

Insbesondere im Sinne der zuletzt genannten Interventionsstrategie erhöht die aktive Mitgestaltung des Patienten nicht nur dessen Therapiemotivation, sondern stärkt auch die eigenen Fähigkeiten, die der Erkrankung zu Grunde liegenden Probleme nach Entlassung möglichst selbständig zu bewältigen.

4.4 Wohngruppenkonzept

Unser wohngruppenzentriertes Konzept ist bereits beim Bau der Klinik berücksichtigt worden. Jede der fünf Wohngruppen der Abteilung für Psychosomatik befindet sich in einem eigenen Stockwerk und versteht sich als therapeutische Einheit. Jeweils 12 bis 14 Patienten leben hier für die Gesamtdauer des Aufenthaltes gemeinsam auf einer Etage. Die Patientenzimmer sind alle über einen Flur erreichbar; Terrasse und Sitzecke bilden Kommunikationszentren im dortigen Alltag. Die Verantwortungsübernahme für die kooperative Nutzung aller Einrichtungsgegenstände der Wohngruppe sowie die Beteiligung an Aufgaben, die für das Gemeinwohl in der therapeutischen Wohngruppe und das Zusammenleben in der Klinik wichtig sind, stellen für die Patienten einer Wohngruppe eine wirklichkeitsnahe Umgebung dar, die der Komplexität unserer Umwelt und deren Erfordernissen am ehesten entspricht. Dies ist vergleichbar mit familiären und beruflichen Kontexten, die sich in den meisten Fällen als symptomauslösende und verstärkende Lebensumwelten erweisen. In diesem Setting werden in relativ kurzer Zeit, die auch in häuslicher Umgebung vorhandenen Verhaltensweisen, Ressourcen sowie Defizite sichtbar und der Bearbeitung direkt zugänglich. Lernschritte können in der Wohngruppe auch außerhalb der Einzel- und Gruppentherapie gefestigt und ausgebaut werden, so dass die Wohngruppenstruktur, insbesondere im Sinne des sozialen Lernens, als ein zentrales therapeutisches Instrument unseres Behandlungskonzeptes wirkt.

4.5 Behandlungsbausteine und Behandlungsverlauf

Sämtliche Maßnahmen, die bei unseren Patienten zum Einsatz kommen, werden in Teambesprechungen und in den Einzelgesprächen mit dem Patienten unter Berücksichtigung größtmöglicher Transparenz festgelegt und aufeinander abgestimmt. Das gilt z. B. für den Umgang mit Medikamenten. Auch in der Abteilung für Psychosomatik werden die Patienten so zu einer verantwortungsbewussten Handhabung von Medikamenten angehalten. Das beinhaltet eine Verbesserung der Compliance bei medizinisch notwendigen Medikamenten ebenso wie eine grundsätzliche Problematisierung des Einsatzes von Tranquilizern, Schlaf- und Schmerzmitteln.

Jede der fünf Wohngruppen der Abteilung wird von zwei Bezugstherapeuten betreut, wobei jeder Patient in einem dieser beiden seinen primären Ansprechpartner und psychotherapeutischen Behandler besitzt. Der Bezugstherapeuten-Patienten-Kontakt bildet die Verbindung zwischen unserem Behandlungsangebot und der individuellen Problematik des Patienten. Dabei ist eine vertrauensvolle, offene, wertschätzende und kooperative Beziehung zwischen Bezugstherapeut und Patient eine elementare Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg.

Nach medizinischer und psychologischer Diagnostik erstellt der Bezugstherapeut unter Einbeziehung aller somatischen sowie psychologischen Daten eine Verhaltensanalyse und ein funktionales Bedingungsmodell der Gesamtsymptomatik. Beides ist Ausgangspunkt für den gemeinsam mit dem Patienten zu erstellenden Therapieplan. Durch den Kontakt mit dem Bezugstherapeuten ist die notwendige Individualisierung der Therapie bei der sonst im Vordergrund stehenden Gruppenbehandlung gewährleistet, werden die Therapieverlaufsdaten jedes Patienten systematisch aufeinander bezogen und in konkrete therapeutische Veränderungsstrategien umgesetzt. Die fachliche Supervision erfolgt dabei durch die Oberärztin und den Leitenden Psychologen.

Die Behandlungselemente der stationären Verhaltenstherapie in der Abteilung für Psychosomatik lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Einzelpsychotherapie
- Standardgruppenpsychotherapie
- Störungsspezifische Gruppenpsychotherapie
- Entspannungstraining nach Jacobson
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung
- ggf. ergänzende medikamentöse Behandlung. _____

Die Einzelpsychotherapie wird mit dem Bezugstherapeuten realisiert. In der Regel wird ein Einzelgespräch in der Woche geführt. Über die Notwendigkeit weiterer Einzelpsychotherapien wird in Abhängigkeit vom Krankheitsbild entschieden. _____

Die Standardgruppenpsychotherapie für alle Patienten einer Wohngruppe ist verhaltenstherapeutisch konzipiert und findet an drei Terminen in der Woche zu jeweils 90 Minuten statt. Zusätzlich nimmt jeder Patient an mindestens einer störungsspezifischen oder themenzentrierten Gruppenpsychotherapie teil. Hinzu kommen indikative Gruppenangebote aus dem Bereich der Adjuvanstherapien an ein bis zwei Terminen in der Woche. _____

Das Entspannungstraining nach Jacobson wird als Standardverfahren für alle Patienten einer Wohngruppe an zwei Terminen in der Woche durchgeführt.

In Abhängigkeit von der Indikationsstellung werden folgende Therapien realisiert:

Sport- und Bewegungstherapie (z. B. zur allgemeinen körperlichen Roborierung oder zur Verbesserung des Selbstwertgefühls) als Einzel- und Gruppenbehandlung zu mindestens zwei Terminen in der Woche. _____



Ergotherapie (z. B. zur Förderung kreativer Ressourcen oder zur aktiven Freizeitgestaltung) als Gruppenangebot an ein bis zwei Terminen in der Woche.

Soziotherapie (z. B. zur Vorbereitung beruflicher Reintegration, zur Vorbereitung einer Belastungs-erprobung oder zur Information bei Sozialversicherungsfragen) mit Einzel- und Gruppenterminen. _____

Physiotherapie (z. B. zur Reduktion von Dysfunktionen im Bewegungs- und Haltungsapparat) als Einzel- und Gruppenbehandlungen. _____

Ernährungsberatung (z. B. zur Erarbeitung differenzierter Ernährungspläne) als Einzel- oder Gruppenberatung. _____

Bei entsprechender Indikationsstellung erfolgt eine erweiterte medikamentöse Behandlung. Notwendige Konsultationen bei anderen Fachärzten werden von der medizinischen Zentrale der Klinik aus organisiert.

Der Vorbereitung des Transfers innerklinisch erlernter Verhaltensänderungen in den häuslichen Bereich können Verhaltenserprobungen im häuslichen Umfeld sowie Paar- und Familiengespräche dienen. _____

Klinikinterne oder auch externe Belastungserprobungen in Betrieben ermöglichen es den Patienten, ihr Leistungsvermögen differenziert unter realen Anforderungsbedingungen zu erleben. Aspekte einer ausführlichen Leistungsbeurteilung können ebenso realisiert werden wie erste Schritte zur beruflichen Reintegration. _____

Die zuvor aufgeführten Behandlungselemente verstehen wir als Therapiebausteine, die individuell auf den einzelnen Patienten ausgerichtet das Fundament des jeweiligen Therapieverlaufs ergeben. _____

Therapieplan der Abteilung für Psychosomatik

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:30		Frühspport	Frühspport	Frühspport	
07:45		07:30 – 08:00	07:30 – 08:00	07:30 – 08:00	
08:00					
08:15					
08:30	Gruppentreff	Gruppentreff	Gruppentreff	Gruppentreff	Gruppentreff
08:45		Entspannung	Gruppentherapie		Entspannung
09:00		08:45 – 09:15	08:45 – 10:15		08:45 – 09:15
09:15	Zwischenmahlzeit	Ergotherapie		Zwischenmahlzeit	Zwischenmahlzeit
09:30		Textiles Gestalten		Oberarztvisite	
09:45	Sport	Freies Werken		09:30 – 10:30	Sport
10:00	Sporthalle	Töpfern			Schwimmhalle
10:15	09:45 – 10:45	09:15 – 10:45	Zwischenmahlzeit		09:45 – 10:45
10:30					
10:45		Zwischenmahlzeit			
11:00	Störungsspez. Gruppen 11:00 – 12:30	Störungsspez. Gruppen 11:00 – 12:30	Sport-/Ergo-/ Soziotherapie	Störungsspez. Gruppen 11:00 – 12:30	Gruppentherapie 11:00 – 12:30
11:15		Sporttherapie	Theaterschminken		
11:30		Körpertherapie	Gestaltung, Kanu / MAT		
11:45		11:00 – 12:30	EDV-Anfänger		
12:00		Bewegungsspiele	Bewerbertraining		
12:15		11:15 – 12:15	11:00 – 12:30		
12:30	Mittagspause				
13:15			Sport-/Ergotherapie	Störungsspez. Gruppen	
13:30	Gruppentherapie		Körpertherapie, MAT	Textiles Gestalten	
13:45	13:30 – 15:00		13:45 – 14:45	13:15 – 14:45	
14:00		Vorträge	Töpfern, Freies Werken		
14:15		Sozial/Ernährg. 14:00 – 14:30	EDV Fortgeschrittene		
14:30		Zwischenmahlzeit	13:15 – 14:45		
14:45		Ergotherapie	Zwischenmahlzeit	Zwischenmahlzeit	
15:00	Zwischenmahlzeit	Gestaltung	Testdiagnostik		
15:15	Arztprechstunde	Projektgruppe	14:45 – 15:45		Zwischenmahlzeit
15:30		14:45 – 16:15			
15:45			Gruppenaktivität		
16:00			Selbstorganisation		
16:15		Sport-/Ergo-/ Physiotherapie	15:45 – 17:15	Sporttherapie MAT	
16:30		Projektgruppe		Bewegung mit Musik	
16:45		Bewegung mit Musik	16:15 – 17:15		
17:00		Adipositasgymnastik			
17:15		16:15 – 17:45			
17:30					
17:45		Kochgruppe 17:45 – 19:15			



4.6. Therapeutische Leistungen

Die für jeden Patienten zu erbringenden therapeutischen Leistungen der interdisziplinären Behandlungsteams lassen sich wie folgt dargestellt unterteilen:

Leistung	Zeit (Min)	Ausführender	Häufigkeit	Gruppengröße
Einzelpsychotherapie	50 – 60	Bezugstherapeut	1 – 2 / Woche	–
Gruppenpsychotherapie	90	Bezugstherapeut	3 / Woche	12 – 14
Störungsspezifische Gruppen	90	Bezugstherapeut	1 – 2 / Woche	6 – 12
Indikative Gruppen	60 – 90	Adjuvanstherapeut	1 – 2 / Woche	6 – 12
Einführung Psychosomatik	90	Bezugstherapeut	2 x 1. Woche	4 – 14
Entspannungstraining	30	Bezugstherapeut	2 / Woche	12 – 14
Aufnahmeuntersuchung	45 – 60	Arzt	nur 1. Woche	–
Erstinterview	60 – 90	Bezugstherapeut	nur 1. Woche	–
Gruppentreff	15	Bezugstherapeut	5 / Woche	12 – 14
Sporttherapie	60	Sporttherapeut	2 – 5 / Woche	6 – 14
Ergotherapie	90	Ergotherapeut	2 / Woche	14
Soziotherapie	20 – 50	Sozialarbeiterin	nach Indikation	–
Physiotherapie	10 – 50	Physiotherapeut	nach Indikation	–
Ärztliche Sprechstunde	60	Arzt	1 / Woche	–
Oberarztvisite	60	Oberärztin	1 x 14-tägig	–
Klinikleitungs-Vorstellung	15	Klinikleitung	nur 1. Woche	4 – 14
Einzelgespräch Supervisor	20	Leitender Psychologe	nur 2. Woche	–
Chefarztvisite	60	Chefarzt	1–2 / Behandlung	–
Information/Motivation:				
Sozialdienst	60	Sozialarbeiterin	1 x 14-tägig	4 – 14
Ernährungsberatung	60	Diätassistentin	1 x 14-tägig	4 – 14

Stellung im regionalen Verband

Die AHG Klinik Schweriner See versteht sich als ein Teil des Behandlungsnetzes und kooperiert mit allen anderen Einrichtungen, die substanzabhängige und psychosomatisch erkrankte Patienten behandeln. Dazu gehört die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen, Gesundheitsämtern, den niedergelassenen Ärzten, den Akutkrankenhäusern und den Selbsthilfegruppen.

5.1 Beratungsstellen

Die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen wird in erster Linie dadurch gesichert, dass die Sozialarbeiter regelmäßig die Beratungsstellen besuchen, um sich über alle gegenseitig interessierenden Fragen auszutauschen. Zusätzlich findet in der Klinik unser sogenannter Beratungsstellentag statt. Hier werden gemeinsam mit den zur Zeit in Behandlung befindlichen Patienten und den entsprechenden Beratungsstellenmitarbeitern Aspekte der Kooperation und der sich ergänzenden Beratungselemente besprochen. Die Beratungsstellen werden über die Einbestellung, Aufnahme und Entlassung der von ihnen an uns zugewiesenen Patienten informiert. Darüber hinaus steht jeder Bezugstherapeut nach der Verlegung des Patienten in die Wohngruppe für Kontakte mit dessen Beratungsstelle zur Verfügung.

Einmal im Jahr führen wir das Sommersymposium in unserer Klinik durch, das eine gute Gelegenheit für den gegenseitigen Austausch ist. Darüber hinaus können die Mitarbeiter der Beratungsstellen an den 14-tägigen internen Fortbildungen für die Mitarbeiter der Klinik teilnehmen.

1999 wurde das klinikeigene psychosoziale Beratungs- und Behandlungszentrum „Landreiter 9“ in Schwerin eröffnet. Im Jahr 2003 konnte unter dem Dach des

„Landreiter 9“ ein tagesrehabilitatives Behandlungsangebot aufgebaut werden. In Kooperation mit dem Beratungs- und Behandlungszentrum wird eine Optimierung in der Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlungsmöglichkeiten im Großraum Schwerin angestrebt. Ein weiterer Schritt dieser Optimierung gelang 2005 durch die Eröffnung der AHG Poliklinik Schelfstadt, in der eine Beratungsstelle, eine Adaptionseinrichtung, eine Tagesklinik und eine Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) unter einem Dach vereint sind.

5.2 Carl-Friedrich-Flemming-Klinik der Helios Kliniken Schwerin

Besonders kollegiale und intensive Beziehungen bestehen zur Entgiftungsabteilung und Institutsambulanz der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik der Helios Kliniken Schwerin. Ein beträchtlicher Anteil an Patienten, die in unserer Klinik eine Entwöhnungsheilbehandlung durchführen, ist dort entgiftet und für eine Behandlung motiviert worden. Durch individuelle Absprachen hat unsere Klinik die Möglichkeit, schnell und komplikationslos Patienten mit Entzugerscheinungen oder schweren Rückfällen in die dortige Abteilung zu verlegen. Wiederum ermöglicht die AHG Klinik Schweriner See in Einzelfällen eine schnelle Übernahme von Patienten zur Entwöhnungsbehandlung.

Die Zusammenarbeit mit der nahe gelegenen Carl-Friedrich-Flemming-Klinik und den Helios Kliniken Schwerin erweitert sich um die Möglichkeit, sowohl umfassende diagnostische (z. B. Röntgen, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Elektromyografie) als auch spezielle therapeutische Leistungen (Orthopädie, Gynäkologie, Innere Medizin, Chirurgie) in Anspruch zu nehmen.



5.3 *Niedergelassene Ärzte*

Die niedergelassenen Ärzte haben in der Regel den ersten Kontakt zu psychosomatisch erkrankten sowie alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten. Die AHG Klinik Schweriner See hält aus diesen Gründen zu ihnen einen engen Kontakt. Dieser Kontakt wird z. B. über gemeinsam behandelte Patienten oder auch bei Fortbildungsveranstaltungen in der Klinik stetig ausgebaut und gepflegt. Besonders intensiver Kontakt besteht zu den Schwerpunkt-Praxen Sucht.

5.4 *Selbsthilfegruppen*

Große Aufmerksamkeit widmet die AHG Klinik Schweriner See der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen. Dieser Zusammenarbeit dient der Selbsthilfegruppentag, der einmal jährlich in der Klinik mit dem Ziel der Intensivierung der gegenseitigen Beziehungen und des Austausches von Erfahrungen durchgeführt wird. Außerdem informiert die Klinik über die neuesten Entwicklungen in ihrer Therapie.

Regelmäßig stellen sich in der Klinik die verschiedenen Organisationen (KISS, AA, Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttempler, Freundeskreise, freie Gruppen) der Selbsthilfegruppen vor und führen auch Gruppenstunden oder Meetings durch. Die Patienten der Klinik werden im Rahmen ihrer Therapie verpflichtet, mindestens einmal an einer Veranstaltung jeder Selbsthilfegruppe teilzunehmen, um so die Vielfalt der Selbsthilfe kennenzulernen. Bestehen schon Kontakte zu Selbsthilfegruppen, so wird den Patienten bei vertretbarer örtlicher Entfernung eine Teilnahme während der Therapie ermöglicht.

5.5 *Nachsorge- oder Adaptionseinrichtungen*

Eine Nachsorge nach abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung erhöht nachgewiesenermaßen die Fähigkeit, das in der Behandlung Erarbeitete in den Alltag zu integrieren und Abstinenz dauerhaft aufrecht zu erhalten. Daher wird für den überwiegenden Anteil der Patienten eine ambulante Reha-Nachsorge Sucht beantragt.

Ein nicht unbedeutender Teil unserer Patienten bedarf jedoch nach der abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung noch der stationären Weiterbetreuung in einer Nachsorge- oder Adaptionseinrichtung zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Die AHG Klinik Schweriner See ermöglicht den verschiedenen Nachsorgeeinrichtungen ihr Konzept in der Klinik vorzustellen und gemeinsam zu diskutieren. Nur bei genauer gegenseitiger Kenntnis, konzeptioneller Abstimmung sowie Absprachen im Einzelfall ist gewährleistet, dass die Adaptionseinrichtung die von uns vorgegebenen Zielsetzungen umsetzen kann (VERSTEGE 1994). In der Regel ermöglichen wir den Patienten ein Vorstellungsgespräch in der Nachsorgeeinrichtung, gegebenenfalls auch in Begleitung einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Klinik. Seit 2005 betreibt die AHG Klinik Schweriner See eine eigene Adaptionseinrichtung in der AHG Poliklinik Schelfstadt in Schwerin.

Räumliche Gegebenheiten

Bereits bei der Planung und während des Baugeschehens setzten sich Architekt, Baumanagement, Bauherr und Therapeuten mit der Frage auseinander, wie sich die Ziele der Reha-Klinik am besten in dem baulichen Rahmen umsetzen ließen. Trotz bauplatzbedingter, ökonomischer, organisatorischer und klimatischer Zwänge ist eine Gesamtanlage entstanden, die alle Belange einer modernen Rehabilitationseinrichtung erfüllt. Es handelt sich bei dem Klinikbau um einen Gebäudekomplex, welcher der mecklenburgischen Landschaft in der Wahl der Materialien und der Farbgebung nachempfunden ist. Die Klinik ist in mehrere öffentliche, halböffentliche und private Bereiche klar gegliedert.

Vom Eingangsbereich aus hat man Zugang zu wichtigen Treffpunkten und Funktionsbereichen wie zur Cafeteria, dem Internet-Café, dem Speisesaal, der Turnhalle, dem Schwimmbad und den Räumen der Verwaltung und Ergotherapie. Von diesen Bereichen aus sind die einzelnen Wohnbereiche klar erkennbar getrennt. Diese ermöglichen jedem Patienten den Rückzug in eine mehr private Sphäre. Hier kann er im Rahmen seiner Wohngruppe das vertrauliche Gespräch am Tisch in der Teeküche oder im Aufenthaltsraum suchen.

Andererseits bieten Aufenthaltszonen wie die Postausgabe oder die Cafeteria die Möglichkeit, ohne Verpflichtung Kontakt aufzunehmen und sich näher kennenzulernen.

Die Klinik besteht aus einem Hauptgebäude und zwei Pavillons. Im Hauptgebäude befinden sich die Funktionsräume, die Aufnahmestation und die Wohnbereiche der alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten. In beiden Pavillons, die durch Flure mit dem Hauptgebäude verbunden sind, liegt der Wohnbereich der Abteilung für Psychosomatik.



Im Untergeschoss des Hauptgebäudes verfügt die Klinik über eine Lehrküche, eine Sauna, Fernsehräume und Räume für die Ergo- und Sporttherapie. Eine eigenständige Physiotherapieabteilung ist ebenfalls im Haus integriert.

Außerdem werden eine wissenschaftliche Bibliothek und eine Patientenbibliothek vorgehalten. Für Vorträge, Fortbildungsveranstaltungen und Teamsitzungen steht ein großer Konferenzraum mit moderner Technik zur Verfügung. Patienten können zudem das Internet-Café der Klinik nutzen.

Die Zimmer der Patienten der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen befinden sich im ersten und zweiten Obergeschoss des Hauptgebäudes. Es besteht ein Wohngruppensystem, das heißt, dass die Patientenzimmer um den Therapieraum, den Aufenthaltsraum und das Büro des Bezugstherapeuten gruppiert sind. Durch diese Strukturierung ist die Überschaubarkeit der Klinik gewährleistet. Die abhängigkeitskranken Patienten wohnen in Zweibettzimmern, die alle mit WC, Dusche und Telefon ausgestattet sind. Die Abteilung für Psychosomatik verfügt fast ausschließlich über Einzelzimmer. Es leben jeweils 12 bis 14 Patienten in einer therapeutischen Wohngruppe. Die Patientenzimmer sind über einen gemeinsamen Flur erreichbar. Terrasse und Sitzecke bilden Kommunikationszentren im Wohnbereich. Eine Kochnische ermöglicht die Zubereitung von Kaffee und Tee.

Die Wohngruppe für Mütter/Väter mit Kind ist mit Einzelzimmern, einem Kinderspielzimmer und einer Wohnküche ausgestattet.

Freizeit- möglichkeiten

Der Klinikalltag unserer Patienten besteht aus einem festen Therapieteil und freier Zeit, die individuell gestaltet werden kann. Entsprechend unserem Wohngruppenkonzept wählt jede Gruppe einen Sprecher. Ziel ist es, durch Eigeninitiative der Patienten einen Abbau des Konsumverhaltens gegenüber Freizeitangeboten zu erreichen, um so die Verantwortungsübernahme zu forcieren und Ressourcen zu mobilisieren.

Durch Freizeitangebote der Klinik wird zunächst Unterstützung gegeben, um diesen Veränderungsprozess in Gang zu setzen. Die unterschiedlichsten Angebote sollen als Anreiz dienen, die Neugier wecken, aber auch möglichst eine dauerhafte Motivation für die Freizeitgestaltung nach Beendigung der Therapie schaffen. Um möglichst viele Patienten in ihren Freizeitinteressen und Möglichkeiten zu erreichen, ist die Palette der Freizeitangebote breit gefächert. Sie reichen von sportlichen Aktivitäten über naturkundliche geführte Wanderungen bis hin zu Diavorträgen, Exkursionen mit Stadtführungen, Musik-, Kino- und Theaterabenden, Lesungen, Kunstausstellungen sowie Tanzveranstaltungen. Nicht zu vergessen ist das konkret schöpferische Arbeiten mit verschiedenen Materialien wie Ton, Seide, Speckstein und Peddigrohr.



Personelle Gegebenheiten

8.1 Mitarbeiter

Die Klinik wird durch den Chefarzt und den Verwaltungsdirektor geleitet.

Die Behandlung in der AHG Klinik Schweriner See wird durch drei interdisziplinär zusammengesetzte Behandlungsteams gewährleistet. Die therapeutische Leitung dieser Teams wird durch den Chefarzt, die Oberärzte und die Leitenden Psychologen realisiert. Weiterhin ist jedem leitenden Mitarbeiter ein Funktionsbereich der Adjuvanstherapie zugeordnet.

Das Behandlungsteam der Abteilung für Psychosomatik setzt sich aus einer Oberärztin, einem Leitenden Psychologen, 5 Assistenzärzten, 5 Dipl.-Psychologen, 1,2 Sporttherapeuten, 1,3 Ergo- und Arbeitstherapeuten sowie 1,0 Dipl.-Sozialarbeiter zusammen.

Das eine Behandlungsteam der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen wird von einer internistischen Oberärztin und einer Leitenden Psychologin, das andere von einer psychiatrischen Oberärztin und einem Leitenden Psychologen geleitet. Insgesamt stehen in diesen beiden Abteilungen einschließlich der Aufnahmestation 13,25 Bezugstherapeuten, d. h. 6 Assistenzärzte und 7,25 Dipl.-Psychologen, zur Verfügung. Zur Abteilung gehören 2,5 Sport- und 4,2 Ergo- und Arbeitstherapeuten und 2,5 Dipl.-Sozialarbeiter.

Abteilungsübergreifend sind 10 Mitarbeiter im Krankenpfordienst, eine Oberschwester sowie 4 Erzieherinnen tätig.

Die eigenständige kassenärztlich zugelassene physiotherapeutische Praxis behandelt nach entsprechender Verordnung ebenfalls Patienten aller Abteilungen.

Die Tabelle zeigt den medizinisch-therapeutischen Stellenplan:

Medizinisch-therapeutischer Stellenplan

Funktion	Zahl
Chefarzt	1,00
Oberärzte	3,00
Leitende Psychologen	3,00
Assistenzärzte	11,00
Dipl.-Psychologen	12,25
Dipl.-Sozialarbeiter	3,50
Oberschwester	1,00
examinierte Krankenschwester/-pfleger	10,00
Dipl.-Sportlehrer	3,80
Ergo- und Arbeitstherapeuten	5,50
Physiotherapeuten	3,00
Chefarztassistentin	1,00
Erzieherinnen	4,00

In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen ist der Bezugstherapeut für alle Patienten seiner Wohngruppe allein und für die Nachbargruppe als Co-Therapeut zuständig.

8.2 Supervision und Fortbildung

In der AHG Klinik Schweriner See wird Einzel- und Gruppensupervision sowie Teamsupervision durchgeführt, um einen möglichst reibungslosen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitarbeitern der Klinik zu gewährleisten und die Umsetzung des Konzeptes zu realisieren. Folgende Treffen, Konferenzen und Supervisionen werden durchgeführt:

Im Frühteam wird kurz über die Vorkommnisse während des Bereitschaftsdienstes berichtet. Relevante Informationen werden ausgetauscht und fachliche



Absprachen können getroffen werden. Die Kommunikation zwischen den Abteilungen und Fachbereichen ist somit schon zu Arbeitsbeginn möglich.

Das Fachzeitschriftenforum findet einmal wöchentlich im Frühteam statt. Ärzte und Psychologen referieren ausgewählte Beiträge aus den Bereichen Sucht, Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie. _____

In der Mittagsbesprechung treffen sich die Mitarbeiter eines Teams einschließlich der Adjuvanstherapeuten, um über aktuelle therapeutische Interventionen oder auch technisch formale Fragen zu beraten. Hier werden die Informationen aus allen Therapiebereichen zusammengetragen und in die Entscheidungen einbezogen.

Mehrmals im Jahr findet eine Besprechung aller therapeutischen Mitarbeiter statt. In diesem Großteam werden übergreifende fachliche und organisatorische Fragen erörtert. _____

Wöchentlich findet eine Supervision auf Abteilungsebene statt, die von den zuständigen Leitenden Psychologen und Oberärzten geleitet wird. Anhand von Fallvorstellungen aus der laufenden Therapie wird das therapeutische Geschehen bearbeitet. Die leitenden Mitarbeiter führen darüber hinaus wöchentlich Supervisionen mit den Behandlungsteams der einzelnen Wohngruppen durch. _____

Die Supervision der Adjuvanstherapiebereiche (Ergotherapie, Sporttherapie, Soziotherapie, Physiotherapie, Arbeitstherapie) wird ebenfalls regelmäßig von jeweils einem leitenden Mitarbeiter durchgeführt. _____

Die Supervision der Krankenschwestern/-pfleger wird einmal im Monat durch zwei Oberärzte realisiert. _____

An zwei Terminen im Monat findet ein zweistündiges Treffen der leitenden Mitarbeiter statt.

In dieser Leitungskonferenz werden die inhaltlich konzeptionellen Richtlinien für die therapeutische Arbeit diskutiert und festgelegt. Probleme der Fachaufsicht und Supervision werden besprochen. Organisatorische und personelle Fragen werden gemeinsam mit dem Verwaltungsdirektor gelöst. _____

14-tägig findet eine Fortbildung für das gesamte Team zu aktuellen Themen aus Sucht und Psychosomatik statt. An dieser internen Fortbildung können auch die Mitarbeiter der Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte und interessierte Kollegen aus anderen Einrichtungen teilnehmen. Neben der kontinuierlichen fachlichen Weiterentwicklung der einzelnen Mitarbeiter dienen diese Fortbildungen auch der Qualitätssicherung der Klinik. Sie sind durch die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern anerkannt. _____

Jeweils im Juni oder im Juli findet das Sommersymposium der AHG Klinik Schweriner See statt. Diese Tagung dient der Fortbildung von Therapeuten, die insbesondere in den Indikationsbereichen Sucht und Psychosomatik tätig sind. Am Vormittag halten Experten fachspezifische Vorträge. Der Praxisbezug erfolgt am Nachmittag in Arbeitsgruppen. _____

Ein- bis zweimal im Jahr findet eine mehrtägige Fortbildung zu einer fachspezifischen Thematik statt. Ein ausgewiesener Experte hält zunächst einen öffentlichen Vortrag und führt anschließend einen Workshop durch. Zum einen dienen die jeweils ausgewählten Themenbereiche der Fortbildung der Mitarbeiter und externer psychotherapeutisch tätiger Kollegen, zum anderen nutzen diese Veranstaltungen der Klinik zur konzeptionellen Standortbestimmung und einer entsprechenden Weiterentwicklung. _____

Dokumentation und Qualitätssicherung

9.1 Dokumentation

Die AHG Klinik Schweriner See benutzt die innerhalb der Kliniken der AHG AG entwickelten und erprobten Basisdokumentationssysteme:

- Basisdokumentationen verhaltenstherapeutische Psychosomatik des Fachausschusses Psychosomatik des AHG-Wissenschaftsrates
- Basisdokumentationen Sucht des Fachausschusses Sucht des AHG-Wissenschaftsrates

Es handelt sich dabei um EDV-gestützte Datenerfassungs- und Auswertungsprogramme, die die dezentrale Erfassung und Auswertung in jeder Klinik, aber auch eine zusammenfassende und vergleichende Analyse aller beteiligten Einrichtungen ermöglicht.

Der Entlassungsbericht orientiert sich am Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007). Er enthält u. a. eine gründliche sozialmedizinische Beurteilung mit der Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes. Für den Leistungsträger dient der Abschlussbericht als sozialmedizinische Stellungnahme und entspricht somit einem Gutachten. Für die Klinik selbst stellt der Entlassungsbericht die übersichtliche fachliche und ökonomische Dokumentation aller Behandlungskerndaten dar. Er gibt dem weiterbehandelnden Arzt oder Therapeuten frühzeitige und umfassende Informationen. Der Entlassungsbericht wird unmittelbar nach Entlassung des Patienten den Kosten- oder Leistungsträgern sowie dem weiterbehandelnden Arzt übersandt.

9.2 Qualitätssicherung

Alle AHG Fachkliniken und auch die AHG Klinik Schweriner See haben sich von Beginn an zum Ziel gesetzt, Qualitätssicherung routinemäßig und flächendeckend in der struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Ebene anzuwenden (LINDNER et al. 1994).

Strukturbezogen wurden die Prinzipien der Qualitätssicherung bereits bei der Planung des Klinikneubaus, der Einstellung der Mitarbeiter und bei der apparativen Ausstattung angewandt, indem den Empfehlungen der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung gefolgt wurde.

Prozessbezogen ist Form und Inhalt des dargestellten Konzepts selbst Ausdruck der Qualitätssicherung, indem indikationsbezogene Patiententherapiepläne und ausführliche Angaben zu den Indikationen, den Behandlungszielen sowie den diagnostischen und therapeutischen Leistungen gemacht werden.

Klinikinterne, interdisziplinär angelegte Qualitätszirkel dienen der Auseinandersetzung mit den klinikbezogenen Auswertungsergebnissen zum Qualitäts-Screening und den Patientenbefragungen der Rentenversicherungsträger.

In klinikübergreifenden Qualitätszirkeln mit Schwesternkliniken der AHG, aber auch mit den Einrichtungen anderer Träger in der Region, wird die fachliche, indikationsorientierte Auseinandersetzung mit den Methoden, Zielen und der Praxis der Rehabilitation gepflegt.



Ergebnisbezogen wird in der AHG Klinik Schweriner See die Qualitätssicherung mittels regelmäßiger Katamnesen und den Basisdokumentationen durchgeführt. Anhand speziell entwickelter Entlassungsfragebögen werden die Patienten gebeten, ihren Eindruck zur Behandlung wiederzugeben. _____

Das Verfahren zur Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems wurde 2011 erfolgreich abgeschlossen. Die AHG Klinik Schweriner See erfüllt damit für den Geltungsbereich Rehabilitationsleistungen in den Bereichen Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik die Forderungen der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2008 und der Qualitätsgrundsätze der DEGEMED, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., und des Fachverbandes Sucht e.V.

Die AHG Klinik Schweriner See nimmt regelmäßig an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherer teil. Dieses sind insbesondere Visitationen, das Peer-Review-Verfahren und die Patientenbefragung durch die Deutsche Rentenversicherung. _____

2006 wurde die AHG Klinik Schweriner See Mitglied des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser und erhielt 2011 das Silberzertifikat der Europäischen Union bereits zum dritten Mal in Folge. _____

Literaturverzeichnis

- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND (Hrsg.): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Eigendruck, Berlin 2007. _____
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10. Huber, Bern 1993. _____
- FIEDLER, P.: Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996. _____
- FISCHER, T.: Gruppentherapie bei Abhängigkeitserkrankungen in: Bilitza, K. W. (Hg.): Psychotherapie der Sucht. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008.
- FISCHER, T., PREMPER, V. et al.: Qualitätsbericht der AHG Klinik Schweriner See 2010. Eigendruck, Lübstorf 2011. _____
- GRAWE, K. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen. Urban & Schwarzenberg, München 1980. _____
- GRAWE, K., DONATI, R. & BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1994. _____
- KANFER, F.H., REINECKER, H. & SCHMELZER, D.: Selbstmanagement-Therapie. Springer, Berlin 1996.
- KEYSERLINGK, H. v.: Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Rehabilitation 1993, BfA aktuell, Berlin 1994. _____
- KEYSERLINGK, H. v. & JÜRGENS, E.: Intendiert-dynamische Gruppenpsychotherapie und Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. 10. Wissenschaftliche Tagung, Kongressunterlagen, Tübingen 1994. _____
- KÜFNER, H., FEUERLEIN, W. & HUBER, M.: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 34, 1988, 157–272. _____
- LINDER, H. T., KLEIN, M. & FUNKE, W.: Qualitätssicherung: Konzepte, Vorgehensweisen, Kritiken am Beispiel stationärer Entwöhnungsbehandlungen von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In: Fachausschuss Sucht (Hrsg.) Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker, Hilden 1994. _____



MARLATT, G. A. & GORDON (Eds): Relapseprevention: Maintenance Strategies in the treatment of Addictive Behaviors, Guilford, New York 1985. _____

MEERMANN, R. & VANDEREYCKEN, W. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart 1996. _____

MISSEL, P. & BRAUKMANN, W.: Psychosomatik in der Sucht: Abhängigkeitskranke mit psychosomatischen Störungen in einem stationären Entwöhnungsprogramm. In: M. HEIDE & H. LIEB (Hrsg.) Sucht und Psychosomatik. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht, Bonn 1991, S. 21–39. _____

PETRY, J.: Alkoholismustherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1993. _____

PREMPER, V.: Komorbide psychische Störungen bei pathologischen Glücksspielern – Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnisse. Pabst, Lengerich 2006. _____

SANDER, W., JUX, M.: Psychological distress in alcohol dependent patients—evaluating inpatient treatment with the symptom checklist (SCC-90-R). European Addiction Research 12 (2006) 61–66. _____

SCHNEIDER, R.: Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. Röttger, München 1982. _____

SCHUHLER, P. & JAHRREISS, R.: Die Münchwies-Studie: Alkohol- und Medikamentenmissbrauch psychosomatisch Kranker. Westkreuz, Berlin/Bonn 1996. _____

SOBOTKA, B.: Entscheidungsverhalten bei pathologischen Glücksspielern. Pabst, Lengerich 2007. _____

SOBOTKA, B. & KEYSERLINGK, H. v.: Psychosomatik und Sucht unter einem Dach? In: M. ZIELKE, H. V. KEYSERLINGK & W. HACKHAUSEN (Hrsg.), Angewandte Verhaltenstherapie in der Rehabilitation. Pabst, Lengerich 2001. _____

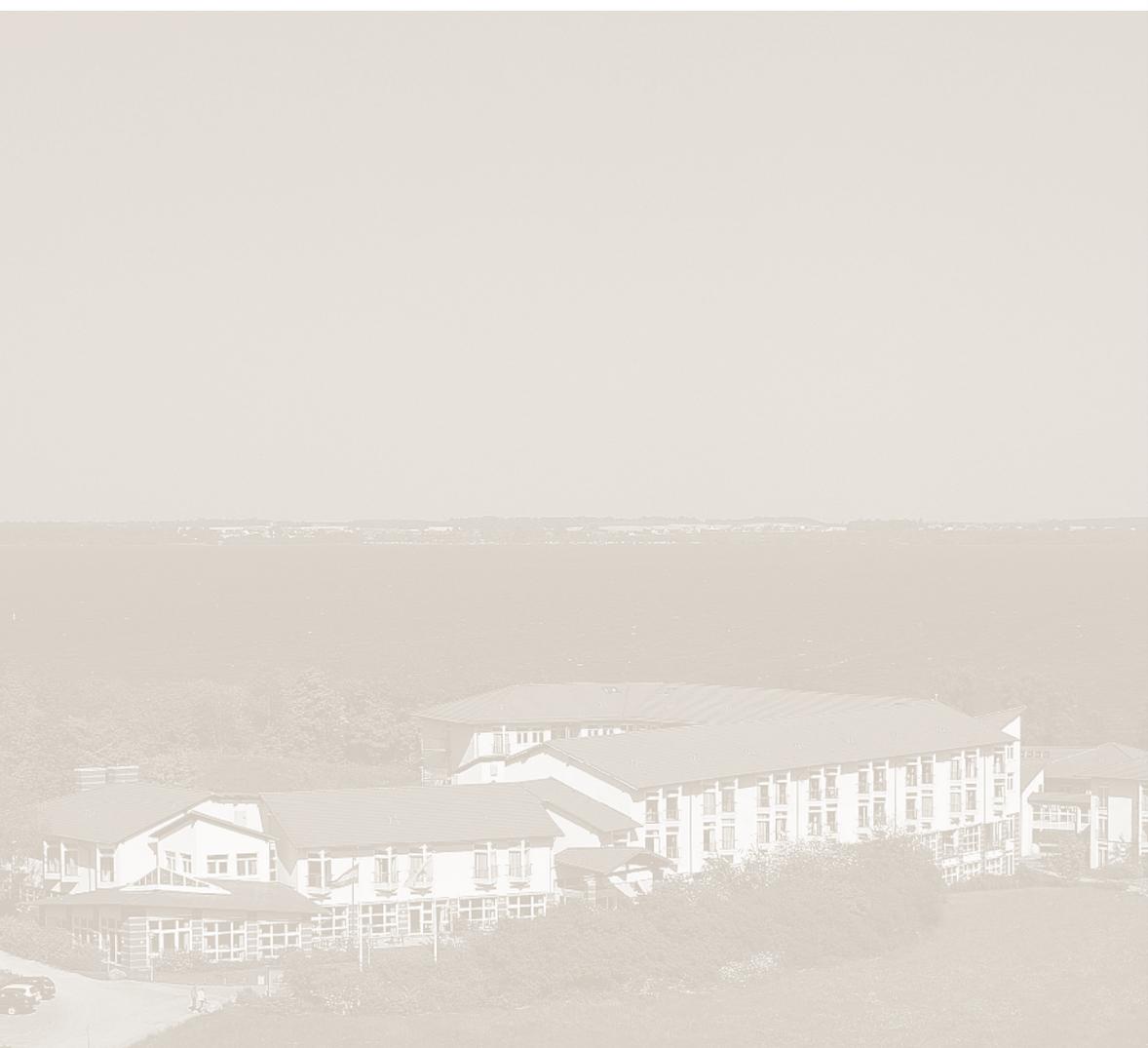
STREECK, U., ALBERTI, L., HEIGL, F., KOLLMANN, T. & TRAMPISCH, J.: Der lange Weg zur Psychotherapie – Zur „Patientenkarriere“ von psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 32 (1986) 103–116. _____

TSCHEULIN, D.: Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen. Hogrefe, Göttingen 1992. _____

VESENBECKH, W.: Ergotherapeutische Ansätze in der Behandlung psychosomatischer und neurotischer Patienten. In: M. ZIELKE & J. STURM (Hrsg.), Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994. _____

ZIELKE, M.: Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1993. _____

ZIELKE, M. & STURM, J. (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994. _____



AHG Klinik Schweriner See

Klinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Suchtmedizin

Am See 4 · 19069 Lübstorf
fon: 0 38 67.9 00-0
fax: 0 38 67.9 00-100
fkschwerin@ahg.de
www.klinik-schweriner-see.de
www.ahg.de/Schwerin

