

# Konzeption

der Fachklinik  
für Drogenabhängige

Schloss Tessin  
Mecklenburg-Vorpommern



Stand: 30.01.2006

A. Kroker  
FA für Psychiatrie  
und Neurologie  
Chefarzt

## Vorwort

Bis zur so genannten Wende war es in Mecklenburg-Vorpommern nicht möglich illegalisierte Drogen käuflich zu erwerben. Deshalb gab es in Mecklenburg-Vorpommern auch kein Drogenproblem. In den damaligen Bezirken Schwerin und Rostock lag jedoch der pro Kopf Verbrauch von Alkohol seit vielen Jahren deutlich über dem der übrigen ehemaligen DDR. Dementsprechend erkrankten auch mehr Menschen an Alkoholkrankheit, so dass in Mecklenburg-Vorpommern die ambulant tätigen Ärzte sowie die Krankenhäuser von jeher mit Suchtproblematik besonders vertraut waren. Bereits vor der Wende existierten von den Gesundheitsämtern und der Evangelischen Kirche getragene Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Mit der Öffnung der Grenze war auch der Weg für den kriminellen Handel mit illegalisierten Drogen in den neuen Bundesländern und auch in Mecklenburg-Vorpommern frei. So musste von Seiten der Politik auf die Gefahr einer Drogenwelle reagiert werden. Bereits am 18.12.1990 erfolgte die Regelung von fachlichen Standards, sowie Durchführungsbestimmungen und finanziellen Zuständigkeiten bei der Behandlung Drogenabhängiger durch die Übernahme der 1978 in den alten Bundesländern zwischen den Leistungsträgern getroffenen Empfehlungsvereinbarungen Sucht als Zusatzvereinbarung in Form der Empfehlungsvereinbarung Sucht/Ost.

1991 wurde in Mecklenburg-Vorpommern die Landesstelle gegen die Suchtgefahren gegründet. Von der Landesstelle gegen die Suchtgefahren sowie vom Sozialministerium wurden in der Folgezeit Weiterbildungsprogramme initiiert Welche Fachtagungen, interne Weiterbildung, Seminare sowie Exkursionen beinhalteten. Dabei nahmen wir die angebotene Hilfe von Fachleuten aus den alten Bundesländern gerne an.

Parallel dazu erfolgte flächenhaft eine Eigeninitiative Weiterbildung der im Suchtbereich stationären und ambulant tätigen Ärzte hinsichtlich der Behandlung von Intoxikationen und Entzugssyndromen von illegalen Drogen.

Indes blieb der befürchtete rasche Anstieg von Abhängigkeitssyndromen aus dem Bereich illegalisierter Drogen weitgehend aus. So hatte sich z. B. die Anzahl der stationären Entzugsbehandlung von illegalen Drogen bei einer gleichbleibenden durchschnittlichen Anzahl von alkoholentzugsbedingten Behandlungen von etwa 1.000 pro Jahr in der Nervenlinik Schwerin von 1991 2 Patienten auf 1994 24 Patienten im Jahr gesteigert, diese Patienten kamen jedoch zum großen Teil aus den alten Bundesländern, insbesondere aus Hamburg.

Das „Sozialistische Bildungssystem Ost“ der ehemaligen DDR hatte durch den restriktiven Umgang mit westlicher Lebensweise in Kombination mit der unausgewogenen Berichterstattung der bundesrepublikanischen Medien als

„Nebenprodukt“ eine hocheffiziente Drogenprävention betrieben. Die Wirkung dieser unbeabsichtigten Drogenprävention verebbte etwa nach 3 bis 5 Jahren.

Die Probierebereitschaft Jugendlicher in den neuen Bundesländern, welche 1990 nach verschiedenen Untersuchungen gegen 0 % ging, lag bereits 1995 bei 8 % und dürfte derzeit etwa bei 60 - 70 % liegen.

Seit etwa 1995 muss nach unseren Erfahrungen mit deutlichem Zuwachs von Abhängigkeitserkrankungen im Zusammenhang mit illegalen Drogen gesprochen werden. Dieses relativ späte Auftreten der Krankheitshäufung entspricht auch der inneren Dynamik einer Suchterkrankung, welche eine Fremd- oder Eigenmotivation zur Behandlung häufig erst nach Monaten oder Jahren entstehen lässt, d. h. der Zeitraum zwischen Verfügbarkeit, Entstehung einer Probierebereitschaft, Erstkonsum und gegebenenfalls Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung sowie Entstehung einer Behandlungsmotivation und die individuellen Unterschiede hierbei haben sicherlich zu diesem verspäteten Auftreten der Krankheitshäufungen geführt.

Durch gemeinsames Handeln des Sozialministeriums, der LVA Mecklenburg-Vorpommern sowie der Landesstelle gegen die Suchtgefahren Mecklenburg-Vorpommern entstand die Idee und der Entschluss 1993 eine Rehabilitationsklinik für Drogenkranke bereit zu stellen. Dieser Entschluss wurde Anfang 1995 mit der Eröffnung der Fachklinik für Drogenkrankheiten „Schloss Tessin“ in Tessin bei Wittenburg als erste in der Landesplanung enthaltene entsprechende Fachklinik in den neuen Bundesländern umgesetzt.

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

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

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

Nach dieser bewegten Geschichte wurde das gesamte Gebäude mit erheblichem Aufwand zwischen den Jahren 1991 und 1995 denkmalgerecht rekonstruiert und grundsaniert.

| <b>Inhaltsverzeichnis</b>                | <b>Seite</b> |
|--|--------------|
| 1. Einleitung                            | 2            |
| 2. Ausstattung und Struktur              | 5            |
| 3. Unser Grundverständnis der Behandlung | 7            |
| 4. Indikationskriterien                  | 10           |
| 5. Behandlungselemente                   | 15           |
| 6. Behandlungsablauf                     | 26           |
| 7. Qualitätssicherung                    | 33           |
| 8. Literaturverzeichnis                  | 37           |

# 1. Einleitung

Laut statistischem Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 2002 konsumieren in Deutschland 160.000 Menschen regelmäßig psychotrope Substanzen, so genannte harte Drogen wie z. B. Opiate, Kokain nach einem festen Konsummuster, dass eine Abhängigkeit im Sinne der diagnostischen Merkmale nach ICD-10 angenommen werden muss (Siemon, Tauscher und Pfeiffer, 1999).

Der Anteil von Patienten, welche so genannte weiche Drogen wie z. B. Ecstasy, THC, LSD etc. in krankhafter Weise zur Lebensbewältigung konsumieren, ist auf ein Vielfaches höher einzuschätzen.

Im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung werden in Deutschland jährlich ca. 4 - 5 % der Drogenabhängigen behandelt.

Die Einteilung der psychotropen Substanzen nach so genannten harten Drogen und weichen Drogen erscheint uns hinsichtlich der psychosozialen sowie somatischen Folgen für die krankhaft konsumierenden nicht mehr zeitgemäß, so dass wir diese Begriffe im Folgenden nicht mehr verwenden. Eine befriedigende Klassifikation der psychotropen Substanzen ist auf Grund der verschiedenen chemischen Strukturen, der verschiedenen Anwendungsformen und Gebrauchsbedingungen und Herstellungsverfahren ohnehin kaum möglich. Geschwinder (1998) orientiert sich in seinem Ordnungssystem der Rauschdrogen an den vergleichbaren psychischen Wirkungen. Er unterscheidet Psychodysleptika, Narkotika, Stimulantia sowie Ausweichmittel wie Barbiturate, nichtbarbiturale Hypnotika, spezifische Psychopharmaka, stark wirksame Analgetika und Antitussiva sowie diverse Schnüffel und Inhaltsstoffe. Daneben sind Alkohol und Nikotin sowie Coffein psychoaktive Substanzen, die missbräuchlich konsumiert werden bzw. von denen eine Abhängigkeit bestehen kann.

Die wesentlichen Charakteristika abhängig machender Substanzen sind Toleranzentwicklung (Gewöhnung), körperliche und psychische Abhängigkeit. Diese Phänomene sind zum einen mittels psychologischer Modelle, aber auch über biologische bzw. verhaltenspharmakologische Überlegungen erklärbar. Die deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) definiert Sucht als ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand (Klaus Wanke, Romburg/Saar). Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bedingungen und die sozialen Chancen eines Individuums. Für die Entwicklung von psychischer Abhängigkeit, welche u. a. in einem gesteigerten Verlangen nach einer psychotropen Substanz zum Ausdruck kommt, sind Belohnung und Lernen verantwortlich, wobei den Prozessen der klassischen bzw. operanten Koordinierung große Bedeutung zukommt. Dabei spielt das Belohnungssystem als biologische Basis für das Erlernen von Reiz-Reaktionsmustern eine entscheidende Rolle, so wird neben der Dopermindefizithypothese auch eine verminderte Ansprechbarkeit der zum Belohnungssystem gehörenden mesolimbischen doperminären Neurone diskutiert (Mann, Günther, 1999).

In den letzten Jahrzehnten sind die Aktivitäten zur Suchtforschung deutlich angestiegen, wobei trotz vielfältiger Forschungsbemühungen bis heute nicht abschließend geklärt werden konnte, welche spezifischen Bedingungen essentiell für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit sind. Dabei wurde viele Jahre nach einer spezifischen Suchtpersönlichkeit gesucht, deren Existenz jedoch aktuell allgemein verneint wird. Unbestritten ist vor allem aus tiefenpsychologisch

und psychoanalytischer Sicht (Rost, 1997; Schlüter-Dupont, 1990) die Bedeutung von tief greifenden Entwicklungsstörungen für die Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms. Dabei wird das Abhängigkeitssyndrom als Symptom von schwerwiegenden Persönlichkeitsdefiziten bzw. Entwicklungsstörungen gesehen, welches dann durch eine spezifische Eigendynamik die psychogene Grundlage der Abhängigkeitserkrankung verstärkt bzw. die Entwicklungsdefizite stagnieren lässt. Als persönlichkeitsbezogene Risikofaktoren werden immer wieder niedrige Leistungsmotivation, Externale Erfolgserwartungen, geringes Selbstwertgefühl sowie negative Einschätzung bezüglich des eigenen psychosozialen Befindens diskutiert. Im allgemeinen favorisiert die gegenwärtige Forschung ein multidimensionales bzw. multifakturielles Bedingungsmodell, in dem biologische Faktoren wie genetische Einflüsse, psychologische und soziale Bedingungen sich gegenseitig beeinflussen und die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit begünstigen, wobei die psychotrope Substanz ihrerseits wieder Auswirkungen auf die auslösenden Bedingungen hat.

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

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

Die Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation wie sie nach den Grundsätzen der Empfehlungsvereinbarung Sucht 1978 bzw. 1999 durchgeführt wird sind mit längerfristigen Zielen, wie die Wiederherstellung in berufliche, familiäre und soziale Bezüge verbunden, dabei ist die dauerhafte Abstinenzhaltung eine wichtige Grundlage für die Erreichung einer solchen umfassenden Reintegration. Ziel der umfassenden medizinischen Rehabilitationsbehandlung mit dem Schwerpunkt Suchttherapie in der Fachklinik „Schloss Tessin“ ist es, sowohl das problematische Drogenkonsumverhalten und die damit verbundenen negativen Konsequenzen als auch weitere mit Abhängigkeit verbundene Komorbide oder davon abhängige psychische Störungen und körperliche Erkrankungen zu modifizieren und durch Ressourcen und kompetenzorientiertes Verhalten zu ersetzen, um so die Überlebensfähigkeit bzw. Lebensfähigkeit und die soziale Reintegration der Betroffenen zu sichern und so die Erwerbstätigkeit der Patientinnen und Patienten wieder herzustellen.

Dass bei genügender Therapiemotivation bzw. genügender Motivation zu einer veränderten Lebensführung unter cleanen Bedingungen therapeutische Interventionen bei Drogenabhängigen sehr erfolgreich angewendet werden können, ist in mehreren Therapiestudien eindrucksvoll nachgewiesen worden (z. B. Vollmer, Ferstel und Ellgring 1992).

Es ist seit langem bekannt, dass im Gegensatz zur Behandlung Alkoholkranker die Behandlung von Drogenkranken durch sehr hohe Abbruchquoten gekennzeichnet ist. Roch, Küffner, Arzt, Böhmer und Denies 1992 zeigten anhand einer Literaturübersicht, dass lediglich 20 Prozent der Patientinnen und Patienten eine stationäre Entwöhnungsbehandlung ohne Substitution regulär abschließen. 1998 belegte Brünger, dass die Quoten der regulären Behandlungsbeendigung seit 1990 deutlich angestiegen sind. So konnten in der Fachklinik „Schloss Tessin“ 2000 74 % regulär entlassen werden, vorzeitig gegen ärztlichen Rat verließen 18 % der Patienten die Klinik und vorzeitig aus disziplinarischen Gründen 8 %. 2001 konnten 80 % regulär entlassen werden, vorzeitig gegen ärztlichen Rat verließen 8 % die stationäre Behandlung in unserer Klinik und vorzeitig aus disziplinarischen Gründen 12 %.

Brünger (1998) zeigt in seiner empirischen Analyse dass die Behandlungsabbrüche bei weiblichen Drogenabhängigen deutlich häufiger sind als bei männlichen Patienten.

Eine Untersuchung von Kyfner 1998 zeigt einige wesentliche Gründe für Abbruchgedanken von Patienten, dabei werden immer wieder Niedergeschlagenheit und Depression, Zweifel an der eigenen Fähigkeit zu einem drogenfreien Leben, Zweifel am Sinn der Therapie und Zweifel die Therapie zu schaffen genannt. Als wichtig wird hervorgehoben welche Strategien hilfreich gewesen sind um diese Gedanken konstruktiv zu bewältigen dabei insbesondere Gespräche mit Mitpatienten, therapeutische Einzelgespräche, Konfrontation in der Gruppe und ablenkende therapeutische Angebote. Zusammenfassend kommt der Autor zu dem Schluss dass eine Einrichtung die Entscheidungsfähigkeit der abbruchgefährdeten Patienten fördern und den Betroffenen besonders auch den weiblichen Patienten auf solche Krisen schon zu Beginn der Therapie vorbereiten sollte. Da alle katamnestic Studien zeigen, dass eine vorzeitige Beendigung der Behandlung in aller Regel mit einem schweren Drogenrückfall im nachklinischen Zeitraum verbunden ist, muss eine Klinik möglichst viele hilfreiche Maßnahmen entwickeln, um den regulären Behandlungsabschluss zu ermöglichen. Dazu gehören entsprechende Therapieregeln, konstruktive Interventionen bei Rückfällen während der Behandlung sowie u. a. auch attraktive Freizeitangebote bei Einrichtungen in ländlichen Regionen (Brünger, 1998).

Wir verstehen uns als ein zentrales Element im Rahmen eines differenzierten Unterstützungsnetzwerkes für Menschen mit Drogenproblemen. Es wird eine enge Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem sowie Selbsthilfeorganisationen verwirklicht.

## **2. Ausstattung und Struktur**

Federführender Leistungsträger ist die LVA Mecklenburg-Vorpommern.

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

Mit der auf Polytoxikomanie erweiterten Indikationsstellung hat die Einrichtung im März 1995 den Betrieb aufgenommen.

### **Klinikstandort des Stammhauses**

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

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

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

### **Bauliche Gegebenheiten und Kapazität des Stammhauses**

Zum Schloss gehören zwei Nebengebäude sowie Stallungen, Carports und ein Aussichtsturm. Im Stammhaus dem eigentlichen Schloss befinden sich Zimmer für 35 Patienten, Aufenthaltsräume, das Sekretariat und Büros. Im Kellergeschoss sind die Küche, Wirtschaftsräume, ein Kraftsportraum, eine Waschküche untergebracht. Ein Nebengebäude wurde bereits restauriert. Hier befinden sich die Unterkünfte einer Gruppe sowie der dazugehörige Gruppenraum, eine Werkstatt, ein Sportraum und ein Kiosk.

Die Stallungen und Carports wurden anstelle von alten Schuppen neu errichtet. In den Stallungen sind die Hunde der Patienten untergebracht. Die Carports dienen als Abstellfläche für die klinikeigenen Fahrzeuge und Fahrräder.

Der Aussichtsturm wird Katzenturm genannt und steht unter Denkmalschutz, er kann leider nicht mehr betreten werden.

Es gibt einen Fußballplatz, einen Volleyballplatz und Grillmöglichkeiten.

### **Das Team**

Nach unserem Verständnis ist die umfassende ganzheitliche Behandlung Drogen- bzw. Suchtmittelabhängiger nur in einer multidisziplinären Teamstruktur leistbar.

Unser Team in Tessin besteht aus drei Arbeitstherapeuten, einer Sporttherapeutin, einer Reittherapeutin, einer Ergotherapeutin, einer Krankenschwester, zwei Verwaltungskräften, zwei Sozialarbeiterinnen, drei Diplompsychologen als Gruppentherapeuten, drei Dauernachtwachen und

einem Nervenarzt. Außerdem arbeiten wir mit zwei Allgemeinmedizinerinnen und mehreren Fachärzten der Umgebung zusammen.

### **Behandlungsdauer**

Unsere therapeutischen Behandlungsangebote sind inhaltlich und zeitlich auf die spezifischen Erfordernisse unserer vielfältigen Klientel zugeschnitten. So dauert die Langzeittherapie mit anschließender Adaptionsbehandlung für die von illegalen Suchtstoffen abhängigen Menschen in der Regel 10 Monate. Die mittelfristige Entwöhnungstherapie für mehrere Suchtstoffe missbräuchlich benutzende Abhängige etwa 4 Monate. Die Adaptionsbehandlung in der Regel 3 Monate.

Über die Zuordnung der Mehrfachabhängigen in die individuell angezeigte Therapieform muss vor dem Hintergrund der Schwere des Substanzmissbrauches spezifisch entschieden werden.

### **Wohnen und Versorgung in der Einrichtung**

Bei der Ausgestaltung unserer „therapeutischen Gemeinschaft“ steht das Prinzip der eigenverantwortlichen Lebensführung als Lernziel entsprechend dem Struktur- und Phasenmodell, im Zentrum der Arbeit mit den Patienten.

Dies bedeutet konkret, dass die Patienten unter der Anleitung der therapeutischen Fachkräfte lernen, ihre Zeit innerhalb des geregelten Tagesablaufes zu organisieren und zu strukturieren. Dazu gehört die Übernahme von Verpflichtungen und Verantwortung innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft, wie z. B. die Vorbereitung der Mahlzeiten, das Einkaufen im hauseigenen Laden, der Umgang mit vorgegebenen Kontingenten an Sachmitteln, die Wäschepflege sowie die Instandhaltung und Reinigung des Hauses und der Außenanlagen.

Bei der Bewältigung von lebenspraktischen Aufgabenstellungen betreuen Gruppentherapeuten und hauswirtschaftliche Fachkräfte die Therapiegruppen. Auch in diesem Bereich soll die Übernahme der Eigenverantwortung und der solidarischen Verantwortung für Mitpatienten gefördert werden.

### **3. Unser Grundverständnis der Behandlung**

#### **Krankheit und Abhängigkeit**

Als allgemeine Definition des Begriffes "Droge" hat sich die Bezeichnung der WHO (1964) durchgesetzt, wonach jede Substanz, die innerhalb des lebenden Organismus eine oder mehrere seiner Funktionen zu verändern vermag, als Droge bezeichnet wird, insbesondere jene mit zentralnervöser Wirkung, damit alle Rauschmittel und praktisch auch jedes Arzneimittel.

Als Suchterkrankung bezeichnen wir das unwiderstehliche Verlangen nach (weiterer) Einnahme der betreffenden Droge - die psychische Abhängigkeit - und die Toleranzsteigerung sowie die Abstinenzerscheinungen bei Absetzen der psychotropen Substanz - die physische Abhängigkeit. Laut Definition der WHO handelt es sich um einen Zustand periodischer oder chronischer schädlicher Intoxikation durch den wiederholten Gebrauch von Drogen.

Zugleich ist Drogenabhängigkeit aber auch eine "kulturspezifische historische Individualitätsform" (Seve, 1994).

Im Zusammenhang mit illegalen Drogen benutzen wir den Begriff "Missbrauch", der in die "Abhängigkeit" münden kann.

Die Polytoxikomanie verstehen wir auf einer deskriptiven Ebene als den Austausch eines Suchtstoffes durch einen anderen oder die gleichzeitige oder hintereinander erfolgende Einnahme mehrerer Suchtstoffe vor allem in Kombination mit Alkohol oder die Einnahme von mehr als einem Präparat gleichzeitig innerhalb eines Tages (Schmidbauer/v.Scheidt, 1991).

In ihrer psychosozialen Dimension umfasst Abhängigkeit das unabweisbare Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Die Droge gewährt kompensatorisch Spannungsreduktion, zu Beginn werden euphorische Glückszustände erlebt.

Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Andere Werte und Ziele treten dahinter zurück. Sie beeinträchtigt die Entwicklung einer "Ich"-starken Persönlichkeit, es werden dysfunktionale Realitätserlebnis- und Wahrnehmungsrepräsentanzen etabliert und als Rückkoppelungsmechanismen sozial erfahren. Dadurch wird eine immer größer werdende Kluft zur Sozietät erfahren, welche wiederum den Suchtzirkel bzw. den Weg zum Abhängigkeitssyndrom beschleunigt.

## Diagnostische Leitlinien des Abhängigkeitssyndroms nach ICD 10

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bzw. des Beginns, der Beendigung oder der Menge des Konsums psychotroper Substanzen
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei relativer oder vollständiger Abstinenz
- Nachweis einer Toleranzerhöhung aufgrund der Adaptionsfähigkeit des Organismus
- Zunehmende Orientierung des Lebens auf die Substanzbeschaffung und den Konsum
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen des Konsums

### Krankheitsentwicklung

Sucht entwickelt sich aus einem Zusammenwirken von Drogeneinwirkung und betroffener Persönlichkeit mit ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit Umwelteinflüssen, Dispositionen und "Vermittlungsmustern durch Interaktionsformen" (A. Lorenzer, 1987).

Frühe Sozialisationsstörungen, die suchttypisch konsumierte Substanz und äußere Auslöser, führen mit zum Abhängigkeitssyndrom, das über den bloßen Missbrauch hinausgeht.

Potentiell gefährdet ist grundsätzlich jeder Mensch; besonders anfällig sind jedoch empfindsame, selbstunsichere und stimmungslabile Personen mit erhöhtem Reizbedürfnis oder risikofreudiger Neugier.

Auslöserfunktionen können unter anderem chronische Schmerzzustände, anhaltende Stress- und Konfliktsituationen, soziale Isolierung, berufliches Versagen, eine subjektiv erlebte Sinnentleerung der Lebenssituation sowie die konkrete Verfügbarkeit des Suchtmittels haben.

Positives Selbsterleben mittels psychotroper und stimmungs- und verhaltensmodifizierender Substanzen bedingt ebenso einen Drang zur Wiederholung wie chemisch induzierte Lösungen von Angst- und Spannungszuständen.

Bei einem Zusammentreffen von regelhaft angenommenen "frühen Ich-Störungen" mit defizitärer Beziehungsfähigkeit, undifferenzierter Objekt- und Selbstwahrnehmung, mit einer geringen Frustrationstoleranz und dem Bedürfnis, scheinbar unwiderstehliche Impulse sofort befriedigen zu müssen, legt diese Dynamik unter Zuhilfenahme überwertiger Spaltungs-, Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen den Nährboden für die Suchtgenese.

Nach Poser (1995) findet man in der Vorgeschichte von Suchtkranken einen vergleichsweise hohen Anteil von psychiatrischen Erkrankungen, wie Angstneurosen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen mit vorwiegend narzisstischer Ausrichtung.

Was Ursache bzw. Wirkung der missbräuchlichen Substanzeinnahme ist, ist im phänomenologischen Sinn schwer zu trennen und für das Erleben des Patienten unerheblich, therapeutisch kommt dieser Unterscheidung jedoch große Bedeutung

zu.

Unabhängig von Einstiegsanlässen und Ursachen entwickelt sich bei einem Teil der Drogenmissbraucher eine Drogenbindung durch die Wiederholung der Einnahme von Drogen und deren Toxizität.

Das Rauschmittel wirkt dann zunehmend konfliktverdrängend und rückt in den Mittelpunkt des Lebensinteresses. Unbeeinträchtigt gebliebene, positiv besetzte Eigenschaften der Persönlichkeit und das soziale Umfeld treten in den Hintergrund. Aus physiologischer Sicht bewirken Gewöhnung und pharmakologische Toleranz ein Nachlassen der euphorisierenden und konfliktüberdeckenden Wirkung. Die Droge wird Bestandteil eines Stoffwechselgleichgewichtes, ihr Fehlen führt zu einer Stoffwechselstörung, die sich in subjektiv äußerst unangenehmen Entzugserscheinungen (dem "Affen") in Form von Gliederschmerzen, depressiven Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit, Zittern, Kalt-Heiß-Zuständen äußert.

Die Vermeidung des Entzugssyndroms wird zum zentralen Problem und ist praktisch identisch mit der Existenzbewältigung durch den spannungsreduzierenden Suchtstoff.

## 4. Indikationskriterien

### Behandlungsziele

Das Behandlungsziel der stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist die Wiederherstellung oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Patienten durch ein suchtmittelfreies in Selbstverantwortung geführtes Leben.

Dies wird angestrebt durch

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

Sowohl die Ausbildung der Drogenabhängigkeit, des Abhängigkeitssyndroms und die Manifestation der Suchtdynamik, als auch der gegenläufige Prozess der Drogenabstinenz und das Erreichen der psychosozialen Selbständigkeit sind Langzeitprozesse. Eine Klärung und eine progressiv fortlaufende Überprüfung von Therapiezielen in der "Hier und Jetzt"-Situation sind wichtige Elemente der Arbeit von Therapeut und Patient. Dazu gehören ebenso die Arbeit mit dem Rückfall innerhalb des therapeutischen Settings wie der regressiv orientierte tiefenpsychologische Ansatz mit dem Focus auf die mögliche "Reversibilität des Gewordenen".

Übergeordnetes Ziel unserer Arbeit ist die Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Gesundheit des Patienten und - wo immer dies möglich ist - der Erwerbsfähigkeit.

Es wird hingearbeitet auf eine dauerhafte Abstinenz und eine Selbstbestimmte, zufriedene Lebensführung.

Dennoch wird es Patienten geben, denen es zunächst nur gelingen wird, den Kreislauf von Sucht und tödlichem Risiko zu unterbrechen. Wenn es nicht gelingt, Rückfälle und Abbrüche therapeutisch aufzufangen und zu bearbeiten, fühlen wir uns in der Pflicht, diese Patienten in andere Behandlungsformen, die ihren aktuellen Bedürfnissen eher entsprechen, zu vermitteln.

Eine wichtige therapeutische Aufgabe ist die Betreuung von Drogenkonsumenten mit Persönlichkeitsveränderungen und Residualsyndromen, die durch den neuen Lebensstil, vor allem jedoch durch den Drogenabusus und nach drogeninduzierten psychotischen Zustandsbildern aufgetreten sind. Sie zeigen unterschiedliche Entstehungsbedingungen und psychopathologische Erscheinungsformen.

Schon die Distanz des auf die "Szene" fixierten Abhängigen zur gesellschaftstragenden sozialen Umwelt durch seine Zugehörigkeit zu einer subkulturellen Gruppe kann zu einer Veränderung der Persönlichkeit führen. Substanzbedingt stellt sich der extrem Konsumierende mit Energie- und Antriebsverlust und einem Versanden der psychischen Kräfte dar. Die überwertig und primär auf sinnliche Erfahrungen ausgerichteten Denk- und Verhaltensweisen im

Sinne eines Suchens nach dem "Kick" in der Gruppe führen zu einer gelockerten Beziehung zur Umwelt, die realitätsfremde Züge erkennen lässt. Es lassen sich Verhaltensweisen feststellen, die als "Flippen" umschrieben worden sind (Hasse 1989).

Vor allem bei langjährigem Konsum von Haschisch und LSD als Hauptdrogen wurden Persönlichkeitsveränderungen im Sinne eines "amotivational Syndrome" beobachtet. Es wird durch eine Antriebsverarmung mit dem Verlust von Interesse und Initiative, eine nachlassende Auseinandersetzung mit der Umgebung, mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit zu leistungsorientiertem Handeln bei einer verringerten Frustrationstoleranz erworben. Soziale Isolation, Veränderungen des Affektes im Sinne eines Wechsels zwischen Reizbarkeit und Abstumpfen, Verlust an Kritikfähigkeit und eine Beeinträchtigung der kognitiven intellektuellen Fähigkeiten kennzeichnen die psychische Suchtstoffbindung. Für dieses Syndrom sind nicht nur Drogeneffekte, sondern in entscheidendem Maße auch persönlichkeitspezifische, psychodynamische und situationsabhängige reaktive Faktoren verantwortlich.

Bei chronischem Konsum toxischer und/oder psychomimetischer Substanzen werden Langzeitschäden mit unterschiedlichen psychopathologischen Phänomenen beschrieben. Es handelt sich vor allem um affektive Störungen mit panikartig auftretenden Angstzuständen und psychotischen Erlebnissen, perzeptuelle und sensorische Veränderungen, halluzinatorische Phänomene, die auf die Umgebung und das Körperschema bezogen sind, Störungen des Denkens, der Aufmerksamkeit und des Realitätsgefühles, Depersonalisationserlebnisse und Derealisationsercheinungen im engeren Sinne, sowie um Veränderungen im Bereich der Psychomotorik (vergl. Woggon 1974).

Es kann sich ein irreversibles organisches Psychosyndrom mit Hinweisen auf eine Hirnatrophie entwickeln.

Regelmäßiger und exzessiver Drogenabusus führt zu akuten und chronischen Psychosyndromen, deren Heilungsaussichten oft erst nach längerer Verlaufsbeobachtung beurteilt werden können.

Auffallend häufig lassen sich nach drogeninduzierten, eigengesetzlich ablaufenden Psychosen Residualsyndrome nachweisen (Bron 1982). Ihr Ausprägungsgrad und ihre weitere Entwicklung sind bei allen therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zu berücksichtigen. Notwendigerweise werden daher differenzierte Behandlungsverläufe und individuelle Therapiepläne und -ziele zu erstellen sein, die sich am individuellen Ausbildungsgrad des Krankheitsbildes des jeweiligen Suchtkranken orientieren müssen.

Bei den Mehrfachabhängigen steht beim Missbrauch von Arzneimitteln entweder die euphorische Wirkung im Vordergrund z. B. bei Analgetika und Benzodiazepin der Selbst- oder Fremdmedikation oder die Substanzzuführung dient der Vermeidung von psychischen oder physischen Entzugserscheinungen bei Absetzen der Zufuhr z. B. durch Morphin- Kodeinpräparate und Amphetamine. Sie repräsentiert für uns (im Sinne von Dörner/Ploog, 1994) die allgemeine Suche nach der Vergiftung oder auch die Suche nach der allgemeinen Vergiftung.

## **Aufnahmeindikationen**

Aufgenommen werden können

- von illegalen Drogen abhängige Frauen und Männern mit genügender persönlicher Reife und sozialer Kompetenz um den Anforderungen einer Psychotherapie zu genügen.
- Mehrfachabhängige mit Störungen auch durch andere Drogen
- Personen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch polyvalenten Drogenabusus, wie exogenen Psychosen sowie psychosomatische und affektive Störungen, sofern sie in der Lage sind, am Therapieverlauf aktiv gestaltend teilzunehmen.
- Personen, die zu ihrer Abhängigkeit von stofflichen Drogen eine weitere somatische Erkrankung als süchtige Fehlhaltung, insbesondere Essstörungen und pathologisches Spielen ausgebildet haben.
- Personen, die sich gemäß den Auflagen des § 35 BtMG für eine Therapie entschieden haben.
- Suchtkranke mit Persönlichkeitsstörungen
- Paare mit oben genannten Erkrankungen

(Patienten können nach vorheriger Absprache ihre Hunde mitbringen.)

## **Kontraindikationen**

Nicht aufgenommen werden können Personen

- die aktuell stoffliche Drogen konsumieren bzw. deren Körper nicht drogenfrei ist.
- bei denen ein psychovegetatives Entzugssyndrom zu erwarten ist.
- die ein hirnorganisches Psychosyndrom mit Hirnleistungsschwäche und oder gravierenden Veränderungen aufweisen.
- bei denen primär eine endogene Psychose vorgelegen hat und sich die Abhängigkeitserkrankung sekundär entwickelt hat.
- die an einer Aids Erkrankung oder an einer anderen körperlichen Erkrankung leiden, dadurch zusätzlich stärkerer Betreuung bedürfen und oder keine kontinuierlich aktive Teilnahme am Therapieprogramm möglich ist.
- deren juristischer Status nicht geklärt ist (z. B. bei offenem Haftbefehl).
- die keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse besitzen.

## **Formale Aufnahmevoraussetzungen**

Zur Aufnahme werden benötigt:

eine Bewerbung des Patienten mit Lebens- und Suchtverlauf  
eine gültige Kostenzusage  
Taschengeldantrag, Versichertenkarte der Krankenkasse  
gegebenenfalls ein Antrag auf Kleidergeld  
ein Personalausweis oder Reisepass

## **Verlegung und Quereinstieg / Arbeit mit dem Rückfall**

Bei der Arbeit mit Abhängigen ist es unvermeidlich, dass es im Einzelfall auch nach längeren Behandlungen in stationären Therapieeinrichtungen zu Abbrüchen und Rückfällen kommt.

Trotz eines Abbruches oder einer vorzeitigen Entlassung, gehen wir davon aus, dass während der stationären Therapie bestimmte Behandlungsschritte erfolgreich absolviert wurden, wenn diese auch nicht zu dauerhaften Abstinenz geführt haben. Vor diesem Hintergrund sehen wir die Notwendigkeit, für Patienten, die sich kurz nach dem Abbruch für eine Fortsetzung der Therapie entscheiden, bzw. für „therapieerfahrene“ Patienten, die nach einer Phase der Abstinenz rückfällig geworden sind, im Rahmen des individuellen therapeutischen Ansatzes einen spezifischen Behandlungsplan zu entwickeln bzw. unter Berücksichtigung der bisherigen Therapieerfahrung zwischen Einrichtung und Patient fortzuschreiben.

In der obligatorischen Anamnese phase werden die Ursachen des Abbruches bzw. des Rückfalles erfasst, die bis dahin vollzogenen Behandlungsschritte der vorausgegangenen Therapie überprüft und daraus die weitere Behandlungsplanung entwickelt.

Unter gleichen Bedingungen können Patienten aus anderen Einrichtungen (stationäre oder teilstationäre Therapien) und Patienten, bei denen im Laufe einer ambulanten Therapie eine intensive stationäre Behandlung notwendig wird, aufgenommen werden. Sollte sich innerhalb der Therapie herausstellen, dass eine optimale Versorgung des Patienten innerhalb unseres Settings nicht gewährleistet ist, werden wir einvernehmlich eine anderweitige Unterbringung innerhalb unserer oder anderer externer Einrichtung anbieten.

## **Aufnahme von Patienten nach § 35 BtMG**

Aufgrund der Tatsache, dass Abhängigkeit von illegalen Drogen fast zwangsläufig zu delinquentem Verhalten führt und viele Betroffene Freiheitsstrafen zu verbüßen haben, kann eine stationäre Therapiemaßnahme in unserer Fachklinik, in diesen Fällen nach den Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (§§ 35/36 BtMG), „Therapie statt Strafe“ angetreten werden.

Wir wissen um die besondere Problematik des „nahtlosen“ Übergangs vom Strafvollzug in eine vermeintlich freie stationäre Therapie als „Knast-Ersatz-Maßnahme“.

Betrachtet man die Situation straffälliger Drogenabhängiger im Vollzug, so wird deutlich, dass die extramurale Drogenszene von der intramuralen Drogenszene abgelöst wird; das heißt, die Abhängigkeitserkrankung setzt sich unter den Bedingungen des Strafvollzuges fort und verfestigt sich oder nimmt dort erst ihren Anfang. In der Analyse dieser Fälle fällt auf, dass sich die Motivation zur drogenabstinenten Lebensführung erst im stationären therapeutischen Kontext einstellt. Wir sehen daher die Notwendigkeit einer intensiven Motivationsarbeit in der Initialphase. Konkret heißt dies, dass die Kontaktaufnahme zwischen dem Patienten und der stationären Therapieeinrichtung so früh wie möglich erfolgen soll. Wir erwarten einen regelmäßigen Briefkontakt und bemühen uns um ein Vorstellungsgespräch innerhalb unserer Einrichtung, um die Aufnahme der Beziehung zu erleichtern und die Bildung von Vertrauen zu fördern.

Da Vorstellungsgespräche in unserer Einrichtung aufgrund der Rechtslage oft nicht realisierbar sind (Urlaubsberechtigung bei Inhaftierten), können diese in Einzelfällen in Absprache mit den externen Drogenberatungen auch in den Justizvollzugsanstalten der Region durchgeführt werden.

## 5. Behandlungselemente

Die individuelle Psychotherapie des einzelnen Abhängigkeitskranken auf der Grundlage der multifaktorellen Entwicklungsmöglichkeiten von Suchterkrankungen erfordert eine differenzierte, multimodale Behandlungsstruktur vor allem durch die Gewährung von Schutz und Halt mittels des vom Therapeuten zur Verfügung gestellten „Hilfs-Ichs“ innerhalb der vorgegebenen Strukturen des stationären Settings.

Wir messen der Abhängigkeitserkrankung einen eigenständigen Krankheitswert zu, es erscheint uns deshalb eine miteinander vernetzte Behandlung von Heroinabhängigen mit anderen stofflich süchtigen Menschen gemäß ihrer pathologischen Repräsentanzform gemeinsam angezeigt zu sein.

Die Patienten müssen angehalten und befähigt werden, Introspektionsfähigkeit, Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft als Grundlagen des Therapieerfolges auszubilden.

Über die Fremdmotivation durch Gruppe und Therapeut werden durch die „kognitive Umstrukturierung“ in der Initialphase der Weg in Richtung „Aushaltmechanismen“ bzw. „Akzeptanz“ der Störung geebnet und ein inneres Motivationspotential aufgebaut.

Auch die Brennpunkte der Persönlichkeitsproblematik werden von uns im Wesentlichen als identisch verstanden und innerhalb unseres Strukturmodells dementsprechend gemeinsam behandelt.

Dabei gehen wir von folgenden Zielsetzungen aus:

Es muss verstanden und erlebt werden, dass zwischen Suchtstoffmissbrauch und individueller Lebensgestaltung ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

Die seelischen Hintergründe im Zusammenhang mit der individuellen Biographie über die engagierte Auseinandersetzung strukturiert bearbeitet werden.

Veränderungswille und die Übernahme neuer Handlungsstrategien vor dem Hintergrund der „suchtoffenen Persönlichkeit“ müssen eine Neueinstellung zum Leben ermöglichen.

Therapie wird damit Hilfe zur psychosozialen Selbsthilfe. Hiermit wird eine Grundhaltung angesprochen, die voraussetzt, dass die Mitarbeiter offen für die gesunden Seiten des Gegenüber sind, und die davon ausgeht, dass die Sucht im Leben des Betroffenen einen „ichsyntonen“, produktiven Sinn darstellt.

Dieses bedeutet in seiner Konsequenz auch die Anerkennung der Funktionalität repetitiver Suchthandlungen, die zur Befindlichkeitssteuerung, zur Affektabwehr, zur Abwehr von Scham, Versagensängsten und aggressiver Phantasien oder zur subjektiv erfahrenen Stabilisierung narzisstischer und Selbstsicherheitsdefizite werden.

Damit wird deutlich, dass Therapie nicht nur eine Deklaration des Drogenverzichts sein kann, sondern eine Veränderungsbereitschaft voraussetzt, die erst über kognitiv-emotionale Prozesse, wie die Selbstakzeptanz des Betroffenen und die gewonnene Selbstsicherheit, möglich wird.

Selbstakzeptanz ermöglicht die Akzeptanz anderer Personen und letztlich auch der Therapie. Notwendig erscheinen uns die Schaffung und Stabilisierung personaler

Identität durch therapeutische Maßnahmen zur Autonomie und zum Überwinden des substanzgebundenen Lebens.

Zwischen der Akzeptanz der Therapie und der vom Patienten wahrgenommenen Wirksamkeit besteht ein originärer Zusammenhang. Je größer beim Patienten die Akzeptanz ist, desto eher misst er der Behandlung auch eine langfristige Wirkung bei (Raschke et al. 1984, nach „Psychologie der Gegenwart“).

Als notwendige Voraussetzungen erscheinen uns die Eigenmotivation, die Einsicht in die gescheiterte Suchtkarriere und eine hinreichend ausgebildete Introspektionsfähigkeit. Daraus resultiert eine auf den Einzelnen abgestimmte, individuelle Behandlung. Voraussetzung dafür ist eine sorgfältige Diagnostik und ein multidisziplinär erstellter Behandlungsplan. Dabei werden auch Behandlungsziele entsprechend den Veränderungsmöglichkeiten reflektiert und gegebenenfalls neu definiert.

Aus der Vielzahl der Therapieformen, die auf den jeweiligen Patienten abgestimmt zur Anwendung kommen, sind Entspannungsübungen und Psychotherapieverfahren im engeren Sinne, vor allem die tiefenpsychologische orientierte Psychotherapie und die Verfahren der kognitiv ausgerichteten Verhaltenstherapie von Bedeutung.

Weiterhin kommt die systemisch orientierte, ganzheitliche Sozialtherapie mit paar- und familientherapeutischen Schwerpunkten zur Anwendung.

Es ergeben sich somit reale und fiktive Konfrontationen aufgrund der vorhandenen Reifungsdefizite und der häufig unangepassten und unangemessenen Bewältigungs- und Abwehrstrategien.

Um diese Entwicklung anzuschieben, muss stationäre Drogentherapie auf diese Dynamik reagieren und im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung ein therapeutisches Milieu im Sinne der Möglichkeit der Nachreife herstellen, welches dann wiederum zur Basis positiver Veränderung und der Entwicklung realistischer Lebensperspektiven mit erweiterten Fähigkeiten und Fertigkeiten wird.

Diese Veränderungen sind nicht nur auf der abstrakten Ebene zu realisieren, sondern erfordern einen Prozess des Entdeckens, Lernens, Probierens und Erfahrens, wodurch das lebenspraktische Konzept im Rahmen des Gesamtkonzeptes der Rehabilitation eine besondere Bedeutung hat.

Diese lebenspraktischen Maßnahmen fördern im Zusammenwirken mit einzel- und gruppentherapeutischen Maßnahmen, mit erlebnisaktivierenden und arbeitstherapeutischen Angeboten

die Auseinandersetzung mit individuellen Reifungsdefiziten

das Erlernen eigenverantwortlichen, autonomen Handelns,

das Erlernen sozialer Kompetenz (Selbstsicherheit, Selbstkontrolle, Bewältigung von Belastungs- und Stresssituationen),

die Übung im verantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper und

die Organisation des Alltagslebens.

Im Einzelnen bedeutet dies innerhalb unserer Einrichtung:

### **I. Initialphase**

- Akzeptanz der Regeln und Strukturen im stationären Realitätsfeld
- Erstellung des Behandlungsplanes unter Berücksichtigung der Befunde

### **II. Therapieverlauf**

- Persönlichkeits- und konfliktzentrierte psychotherapeutische Verfahren
- Begleitende Diagnostik
- Körperorientierte Behandlungsverfahren und Arbeitserprobung
- Weiterentwicklung des Behandlungsplanes (Einbeziehung internistischer und psychosomatischer Befunde bei Essstörungen)
- Verlaufsdokumentation

### **III. Therapieabschluss**

- Überprüfung der Behandlungsziele
- Erfolgsbewertung des Verlaufs hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit
- Planung der Nachsorge, insbesondere der nahtlosen Übernahme in die geeignete Adaptionseinrichtung
- ambulante Betreuung

Die Therapie beginnt mit der Erstellung einer ganzheitlichen Diagnose

### **Somatische Diagnostik**

Diese dient der medizinischen Abklärung der Begleit- und Folgeerscheinungen der Abhängigkeit im somatischen Bereich sowie evtl. vorhandener Allgemeinerkrankungen. Hierbei gilt besonderer Beachtung:

Erkrankungen des peripheren Nervensystems

Erkrankungen der Leber

Erkrankungen des Blutes bzw. der blutbildenden Organe

Verletzungsfolgen (Schmerzreduktion durch Opiate)

Zahnstatus

### **Laborchemische Untersuchung**

Diese dient ebenfalls der medizinischen Abklärung der Begleit- und Folgeerscheinungen der Abhängigkeit. Bei jedem Patienten wird dabei mindestens nach Aufnahme und vor Entlassung eine Blutkontrolle, Kontrolle der Transaminasen sowie eine Hepatitis-Serologie und ein HIV Test durchgeführt. Während der Aufnahmeuntersuchung erfolgt Überprüfung des Clean-Status durch Urinschnelltest. Die Aufnahmeuntersuchung endet mit der Erstellung eines Planes zur weiteren Diagnostik bzw. Behandlung bei Vorliegen des Verdachtes oder bei Vorliegen einer körperlichen Erkrankung. Es erfolgt Dokumentation in einer Krankenakte welche nur dem Arzt zugänglich ist.

## **Psychiatrische Diagnostik**

Die zielgerichtete Exploration und Anamneseerhebung dient der Beurteilung der Persönlichkeit hinsichtlich evtl. vorliegender schwerer Persönlichkeitsabnormitäten, dabei gilt besonderer Beachtung:

Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises  
Zykloide Psychosen  
Organische Psychosen  
Symptomatische Psychosen insbesondere drogeninduzierte Psychosen und deren Residualzustände.

Zusammenfassend erfolgt die Beurteilung, ob der Patient in der Lage ist aktiv gestaltend an allen Therapieformen teilzunehmen.

## **Psychologische Diagnostik**

Es erfolgt Anwendung der anerkannten und erforderlichen Verfahren der Persönlichkeitsdiagnostik in einer Form einer Screeningtestbatterie, erforderlichenfalls werden zusätzliche psychologische Testverfahren verdachtsbezogen eingesetzt. Ebenfalls bei Verdacht erfolgt Abklärung evtl. hirnganischer Ausfälle mittels Hirnleistungsdiagnostik.

## **Analyse der Biographie**

Prozessstrukturen des Lebenslaufes  
Biographische Erleidensprozesse  
Biographische Ablaufmuster und Handlungsschemata  
Verlaufskurven (sozialstrukturelle und schicksalhafte Bedingungen)  
Erhebungsinstrument standardisiertes, teilstrukturiertes und narratives Interview

## **Soziale Anamnese**

Erhebung über die konkrete soziale Situation  
Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnisse  
Bezugspersonen  
Schulden  
Behördenangelegenheiten  
Schematische Darstellung des Behandlungsverlauf

Im Anschluss an die Erstellung einer Arbeitsdiagnose und Aufstellung des individuellen Therapieplanes beginnt die Rehabilitationsbehandlung im engeren Sinne durch folgende Therapieangebote, zu deren Teilnahme sich der Patient durch den Therapievertrag verpflichtet:

## **Somatisch medizinische Betreuung**

Regelmäßige medizinische Betreuung durch tägliche Arztsprechstunde sowie die Möglichkeit des Patienten in Konfliktsituationen, psychischen Ausnahmezuständen und akuten körperlichen Beschwerden den Arzt auch außerhalb der Sprechzeiten aufzusuchen.

## **Tägliche Arztprechstunden**

07.30 Uhr bis 09.00 Uhr

15.00 Uhr bis 16.30 Uhr

Bei Bedarf werden ggf. täglich Arztbesuche bei niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen, insbesondere der Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Zahnmedizin organisiert. Dabei verordnete Medikationen werden vom Arzt bzw. von der Krankenschwester überwacht und realisiert.

Es erfolgen regelmäßig wöchentlich themenzentrierte Gruppen zur Gesundheitserziehung als ärztliche Gruppenvisiten.

## **Gruppentherapie in der Bezugsgruppe**

Die Gruppengespräche finden dreimal pro Woche statt. Jede Gruppe wird dabei von einem Bezugstherapeuten und einem Co-Therapeuten geleitet.

Elementare Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg im Sinne der oben genannten Therapieziele ist die Schaffung einer vertrauensvollen und belastbaren therapeutischen Beziehung im klar strukturierten schützenden Raum der Klinik. Dies ist formal durch unser Bezugstherapeutensystem mit jeweils einem Co-Therapeuten im klar strukturierendem schützendem Raum der Klinik gewährleistet. Innerhalb der Bezugsgruppe werden dabei alle anstehenden Fragen des täglichen Hier seins in der Einrichtung besprochen und geklärt wobei die Gruppe modellhaft nicht nur ein Familienverband sondern auch darüber hinausgehende soziale Bezüge repräsentiert. Innerhalb dieser, seiner Bezugsgruppe macht der Patient neue Erfahrungen insbesondere im emotionalen Bereich hinsichtlich seiner Selbst- und Fremdwahrnehmung und im kognitiven Bereich hinsichtlich der Akzeptanz, bzw. bei Änderungsbedarf wiederum neue Erfahrungen auf dem Weg zu einer wahrhaftigeren inneren und äußeren Erlebniswelt, so dass energieaufwendige Abwehrmechanismen minimiert werden. Dabei empfindet der Patient im Regelfall einen Zuwachs an Selbstwert und ist so in der Lage für die Entstehung einer Suchterkrankung wesentliche pathogenetische Persönlichkeitsdefizite auszugleichen.

Insgesamt kann so eine an gesellschaftliche Normen orientierte Nachreifung der Persönlichkeit des Patienten gewährleistet werden, welche es ermöglicht innerhalb von Partnerschaften und anderen Sozietäten ein weitestgehend Selbstbestimmtes und zufriedenes Leben zu gestalten.

Um innerhalb der Bezugsgruppe die Möglichkeit der dazu erforderlichen neuen Erfahrungen anzubieten werden unter Beachtung und Ausnutzung, gegebenenfalls Intendierung der gruppenspezifischen Prozesse während der letztlich ständigen Neustrukturierung der Gruppe verhaltenstherapeutische Techniken (kognitive Verhaltenstherapie, Ratio-emotive-Therapie), Tiefenpsychologisch-analytische Verfahren sowie systemisch orientierte Sozio-Therapie angewendet.

Letztlich hat der Patient therapeutisch begleitet die Möglichkeit sich von den verschiedenen „Hilfs-Ichs“ innerhalb der Bezugsgruppe bzw. dem „Eltern-Ich“ als reife Persönlichkeit zu emanzipieren. Damit hat der die Möglichkeit sich von der Bindung an den Substanzgebrauch zu lösen.

Die während der Gruppentherapie jeweils gemachten neuen Erfahrungen und erworbenen psychologischen Kompetenzen können in den jeweils einmal pro Woche

stattfindenden Großgruppen (Hausversammlung) bzw. den bei Bedarf zusammengerufenen Großgruppen im Krisenfall Einzelner (Gongrunden) auf Bestand und Tauglichkeit innerhalb eines größeren sozialen Bezugssystems erprobt werden.

### **Themenzentrierte Gruppenarbeit**

Neben den gruppentherapeutischen Maßnahmen werden themenzentrierte Gruppen mit folgenden Schwerpunkten angeboten.

- Orientierungs- und Informationsgruppe für Therapieanfänger
- Umgang mit HIV-Infektion
- Allgemeine Gesundheitserziehung
- Gesunde Ernährung
- Training sozialer Kompetenz
- Selbstsicherheitstraining
- Rückfallprophylaxe
- Frauenspezifische Fragen
- Sucht-Karriere behandelnde Ansätze
- "Essgestörten" - Gruppe
- Pathologisches Glücksspiel
- Partner- und Familienseminar

### **Arbeitstherapie**

Im Rahmen der Arbeitstherapie soll primär die Vorbereitung auf die berufliche Realität erfolgen; sie ist ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation.

Die unterschiedlichen Arbeitsbereiche sollen Entwicklungs- und Gestaltungserfahrungen im Umgang mit Werkstoffen, Werkzeugen und Arbeitsabläufen vermitteln und somit Zugänge zu neu erworbenen handwerklichen Fähigkeiten für das berufliche Umfeld eröffnen. Sie sollen in der realen Anforderungssituation des Lebensalltags Fähigkeiten und Fertigkeiten fördern und Leistungsfähigkeit und Selbstvertrauen steigern helfen.

In den hauswirtschaftlichen Arbeitsbereichen werden Kenntnisse und Grundfertigkeiten vermittelt, die auf die Lebensrealität nach der Therapie vorbereiten und für die Bewältigung und Organisation des Alltagslebens notwendig sind.

Folgende Arbeitsbereiche stehen zur Verfügung:

- Holzbearbeitung
- Metallbearbeitung
- Ökologischer Landbau / Tierhaltung
- Ökologischer Gartenbau
- Biotoppflege
- Hauswirtschaft
- Küche
- Textil- Gestaltungs- und Bearbeitungsbereich
- Hausmeisterei
- Schlosserei

### Vorgehensweise:

Die einzelnen Arbeitsschritte und -abläufe bauen aufeinander auf, orientieren sich an den Fähigkeiten jedes einzelnen Patienten und werden entsprechend eingeteilt und erklärt.

Die notwendige Unterstützung und Hilfe für die während des Arbeitsprozesses auftretende Probleme wird geleistet.

Die Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit der Arbeit in der Natur (Garten und Park) sollen entwickelt und ausgebaut werden.

Ziele sind

- die Steigerung der Leistungsfähigkeit und des Selbstwertgefühles und
- die Anregung von Verantwortlichkeit für den eigenen Arbeitsbereich

### **Gestaltungstherapie**

Die Gestaltungstherapie soll die Kreativität und Gestaltungsfähigkeit mit verschiedensten Medien anregen. Sie vermittelt Erfahrungen im kreativen Umgang mit Materialien und Werkstoffen, die zur Basis sinnvoller Freizeitgestaltung werden können, so Arbeiten mit Ton, Speckstein, Papier, Gips und Holz. Gemeinsame Reflektionen innerhalb der Gruppe und zwischen Therapeut und "Erschaffendem" dienen dem Herausarbeiten individueller Themen und archetypisch symbolischer Bilder.

### **Kultur- und Freizeitaktivitäten**

Die oft langjährige Abhängigkeit hat durch massive Einengung der Interessen und Aktivitäten zu einem Verlust an "Lebensqualität" geführt. Ein wichtiger Teil der menschlichen Existenz ist die "freie" Zeit, deren kreative Gestaltung Lebensqualität mitbestimmt. In der Therapieeinrichtung Tessin gibt es strukturierte, begleitende und Selbstorganisierte Kultur- und Freizeitaktivitäten.

Der strukturierte Freizeitbereich zeigt Wege sinnvoller Freizeitgestaltung auf und ermuntert zu eigenverantwortlichen Aktivitäten innerhalb vorgegebener Abläufe und Vorgaben. Zu den begleitenden Aktivitäten gehören die "Wochenendausfahrten", die auf der Grundlage einer gemeinsam gestalteten Planung ein Erleben der Patienten untereinander und in ihrem Verständnis den begleitenden Mitarbeitern außerhalb der Einrichtung und der Therapie ermöglicht.

Außer den Angeboten in der Einrichtung werden Kontakte zu den Vereinen und Verbänden der Region (Sport, Kultur und Naturschutz) und eine Vernetzung mit Selbsthilfegruppen angeregt.

In Form von Projektarbeit haben Patienten die Möglichkeit, Fragestellungen (Ökologie/Natur, kreativ/künstlerisch, audiovisuelle Medien, Bildungsangebote usw.) im Rahmen der erlebnisorientierten Therapieangebote zu bearbeiten.

### **Die Soziotherapie**

Das Profil der Sozialarbeit steht unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“

Die Aufgaben dieses Bereiches sind:

Schuldenklärung; Taschengeldregelung; Klärung der Wohnsituation und des beruflichen Werdegangs, der Arbeitssituation und des Beschäftigungsstatus; Fragen

der Unterhaltssicherung und der Sozialhilfe; Regelung juristischer und finanzieller Fragen (Beantragung von Übergangsgeld und Sozialhilfe, wenn nicht bereits durch die Beratungsstellen erledigt).

Die Sozialarbeit ist Ansprechpartner für Justiz und Behörden.

## **Sporttherapie**

Ziele des Einsatzes der spezifischen Mittel der Sporttherapie unter enger Anbindung an die gesamttherapeutische Zielsetzung:

- Wiederherstellung und Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit
- Verbesserung der Lebensqualität durch positive Erfahrungen und den Kontakt mit der Gruppe
- Knüpfen sozialer Kontakte
- Wiederbelegung und Aktivierung verschütteter sportlicher Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen
- Anregung sinnvoller Freizeitgestaltungen und die Vermittlung eines positiven Körpergefühls
- Stärkung und Erweiterung der Eigenkompetenz durch neu entwickelte und reaktivierte Fähigkeiten, Fertigkeiten
- Stärkung des Selbstvertrauens und Wahrnehmung von Grenzen
- Steigerung der Sozialkompetenz

Techniken:

- Übungen zum Sammeln von Selbst- und Körpererfahrung
- Übungen zur Wahrnehmung und Entspannung
- Übungen zum Sammeln von Sozialerfahrung (Mannschaftsspiele)
- Übungen zur Gewinnung von Materialerfahrung (Anfassen, Ausprobieren, Erproben von Kreativität)

Wichtige Ansatzpunkte sind die Kommunikation, die Interaktion und der Umgang mit Mitpatienten und Therapeuten, der Umgang mit Fremd- und Selbsteinschätzung, die Erweiterung der Frustrationstoleranz zur Erlangung und Erweiterung persönlicher Handlungskompetenz.

Die Inhalte der Sport- und Bewegungstherapie werden nach der ärztlichen Konsultation und interdisziplinärer Absprache für die Gruppe oder individuell für einzelne Patienten gestaltet.

## **Hippotherapie**

Wir begreifen den psychotherapeutischen Prozess unter anderem als Wirkung einer therapeutischen Beziehung und bei den so genannten Komplementärtherapien unter Rückgriff auf bestimmte therapeutische Medien. In der Hippotherapie wird das Pferd als so genannte „Zwischeninstanz“ im Sinne eines therapeutischen Mediums genutzt. Diese Beziehung zwischen Patient und Therapeut mit der „Zwischeninstanz“ Pferd dessen breites Spektrum allgemeiner Wirkungsmöglichkeiten im Einzelfall sehr individuell genutzt werden kann, ist in der Lage Entwicklung, persönliche Identität und Selbständigkeit, Steigerung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Abbau von Ängsten, Abbau sozial unerwünschter Verhaltensweisen, Förderung sozialer Kompetenzen bzw. der Kontakt und Beziehungsfähigkeit, Förderung der Leistungsmotivation und -fähigkeit zu intendieren (vgl. B. Klüver 1994, A. Papke

1996).

## **Milieuthherapie**

Die Therapie im Milieu der therapeutischen Gemeinschaft hat das Ziel des „Lebenlernens“, das heißt der Förderung der Kommunikationsfähigkeit, des Umgangs mit dem eigenen Körper, von Ernährung, Arbeit und Freizeit in der therapeutischen Gemeinschaft.

Die Gruppe wirkt als Regulativ für die konkrete „Lebensgestaltung“ in den Therapiegruppen und in der gesamten Einrichtung durch die Übernahme von Verantwortung und Aufgaben, die individuell und übergreifend Relevanz haben, ganz unmittelbar auf das Lebens-Management des Einzelnen ein. Weiter soll die sozialtherapeutischorientierte Gruppentherapie der Endphase der Behandlung die Konfliktfähigkeit fördern und auf gesellschaftliche Realitäten vorbereiten.

## **Frauentherapie**

Bei der baulichen Planung und den konzeptionellen Vorüberlegungen der Therapieeinrichtung wurde besonders Wert darauf gelegt, dass neben der Möglichkeit gemischtgeschlechtlicher Therapiegruppen auch ein geschützter Bereich für eine Frauentherapiegruppe zur Verfügung steht. Hiermit wird die besondere problematische Situation abhängiger Frauen berücksichtigt, die in ihrer Abhängigkeit und den ursächlichen Zusammenhängen der Abhängigkeits- bzw. Suchterkrankung (z. B. sexueller Missbrauch im Kindesalter) sehr häufig in frauenfeindlichen Strukturen gelebt haben (Beschaffungsprostitution, Vergewaltigung, Misshandlung, Selbstschädigendes Verhalten im Bereich der Essstörungen).

Im Rahmen des frauenspezifischen Ansatzes gibt es neben der in den vorherigen Kapiteln beschriebenen differenzierten Behandlungsplanung einen besonders geschützten Wohnbereich, der für männliche Patienten eine "Tabuzone" ist.

Da es in der realen Lebenswelt Begegnungen mit dem männlichen Geschlecht geben wird (sozial/beruflich), muss auch diesbezüglich eine Vorbereitung auf gesellschaftliche Realitäten erfolgen.

In der frauenspezifischen Therapiegruppe sollen biographische Erleidensprozesse so aufgearbeitet werden, dass ein Leben in gemischtgeschlechtlichen Gruppenzusammenhängen möglich wird, ohne dass auf eine "Identität als Frau" verzichtet werden muss.

Nach einer besonders geschützten Therapiephase sollen gemischtgeschlechtliche soziale Kontakte unter einzel- und gruppentherapeutischer Begleitung gefördert werden.

In der Arbeitstherapie, den Freizeit- und Projektbereichen bieten sich geschützte Erprobungsfelder.

Im Verlauf der Behandlung besteht die Möglichkeit des Wechsels in gemischtgeschlechtliche Therapiegruppen, um die spezifischen Behandlungsschritte zu überprüfen und zu festigen.

## **Paartherapie**

Wir wissen, dass im therapeutischen Prozess enge Bindungen oft zu krisenhaften Situationen führen. Um festen Fixer- und Missbräuchler-Zweierbeziehungen überhaupt einen Zugang zur stationären Therapie zu ermöglichen, halten wir es für notwendig, mit diesen Paaren zu arbeiten und die anstehenden Konflikte im Rahmen der Paartherapie zu thematisieren bzw. aus der Paarkonstellation heraus individuelle Behandlungsverläufe zu entwickeln.

## **Realitätstraining**

Ein wichtiges Element der Entwöhnungsbehandlung ist das Realitätstraining in Form von Heimfahrten und Ausgängen. Diese Behandlungselemente liegen in der Verantwortung der Gruppentherapeuten und dienen

- Der Motivationsprüfung hinsichtlich einer cleanen Lebensweise
- Der Erprobung einer cleanen Lebensweise unter realitätsnahen Bedingungen
- Beobachtung und zum Teil Klärung konflikthafter Beziehungen außerhalb der Therapie
- Erprobung neu erlernter Verhaltensmechanismen unter realitätsnahen Bedingungen
- Erledigung organisatorischer Gegebenheiten.

Die Realitätstrainings werden innerhalb einer gesonderten Gruppenveranstaltung beantragt und vorbereitet sowie inhaltlich geplant. Nach Rückkehr der Patienten wird anhand eines Fragebogens das Realitätstraining innerhalb einer gesonderten Gruppenveranstaltung ausgewertet.

## **Umgang und Arbeit mit Bezugs-,„Objekten“**

Es ist unsere Erfahrung, dass auch bei langjährig Abhängigen noch teilweise tragfähige Beziehungen zu Bezugspersonen außerhalb der Drogen- und Alkoholikerszene bestehen. Diese sind, gerade während des für den Drogenabhängigen so entscheidenden Schrittes der Therapie, nachhaltig zu hinterfragen, aber auch zu stützen bzw. auszubauen. Die Arbeit mit Bezugspersonen kann in jeder Phase der Therapie stützende Wirkung für das stationäre Setting, etwa durch Besuche, gemeinsame therapeutische Sitzungen, gemeinsame Projektarbeit haben.

Die Ausnahme offen gelegter Beziehungen zwischen Patienten („pairing“), wird ab der 2. Stufe von uns prinzipiell bejaht.

Auch die Beziehung zu einem Tier kann therapeutisch sinnvoll sein, deshalb ist nach Absprache und Vorbereitung ein mitgebrachtes Haustier willkommen.

## **Abbruchprophylaxe**

Im stationären Bereich treten immer wieder krisenhafte Situationen auf, die Abbruchgedanken bzw. -handlungen hervorrufen und die letztlich zum bilanzierten Abbruch führen können. An diesem Punkt sind sowohl die stationäre Drogen- und Alkoholabhängigkeitstherapie als auch die jeweiligen Stütz- und Hilffssysteme mit ihren differenzierten Angeboten gefordert. Wir gehen davon aus, dass jede krisenhafte

Situation besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit bedarf, um gegebenenfalls durch adäquates Reagieren einen Totalabbruch zu verhindern. Im Rahmen der therapeutischen Prozesse und den bereits beschriebenen Möglichkeiten der Rückkopplung an Realitäten, zeichnen sich Krisen in der Regel früh ab und ermöglichen somit gezielte Interventionen zur Schaffung einer klärenden Atmosphäre, um schwerwiegende Kontinuitätsbrüche zwischen „Dinnen“ und „Draußen“ zu entschärfen.

## 6. Behandlungsablauf

Die Patienten die zu uns kommen sind größtenteils motiviert zu einer veränderten Lebensführung unter cleanen Bedingungen. Viele von ihnen haben jedoch keine Vorstellung was das für sie bedeutet, da keine derartigen Erfahrungen bestehen. Dieses Vakuum von Wünschen und fehlender Erfahrung produziert häufig eine diffuse Angst, welche die Therapie behindert, zu Rückfällen bzw. zum Therapieabbruch führen kann.

Auf Grund dieser Annahmen ist unser Therapieprogramm dreistufig aufgebaut, wobei die seelische Belastung in der Psychotherapie sowie die körperliche Belastung in der Arbeits- und Sporttherapie dosiert gesteigert wird. Im Verlaufe der Therapie lernen die Patienten mehr Verantwortung für sich und ihre eigene Zukunft zu übernehmen um letztlich ein eigenständiges angstfreies Leben ohne psychotrope Substanzen realisieren zu können. Besonders in der ersten Therapiephase sind dabei Einschnitte in die persönliche Freiheit des Patienten erforderlich, welche nur mit seinem Einverständnis und gegenseitigem Vertrauen gestaltet werden können. So werden in der 1. Phase die Außenkontakte möglichst unterbunden um die Konzentration des Patienten auf den eigenen Therapieprozess zu ermöglichen. In Ausnahmefällen können stabilisierende Außenkontakte über den Bezugstherapeuten dosiert gehalten werden.

Im Einzelnen bedeutet dies:

### **1. Orientierungsstufe:**

(Initialphase)

Es werden die unabdingbaren Voraussetzungen für eine Therapie erarbeitet.

- die Abklärung der notwendigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie mit dem Bezugstherapeuten und dem Arzt
- die Akzeptanz , suchtkrank zu sein
- die Einsicht für die Therapienotwendigkeit
- Kennen lernen und Akzeptieren der Bezugsgruppe als Lebensraum
- Akzeptieren der Notwendigkeit sozialer Normen und das Einfügen in den Tagesablauf
- die Einsicht in die Notwendigkeit von Eigenaktivität
- die Erstellung eines individuellen Therapieplanes gemeinsam mit dem/der Therapeuten/-in innerhalb von 4 – 6 Wochen
- die kritische Reflektion der Szenesprache und des Szeneverhaltens
- die eventuell notwendige psychologische Diagnostik
- die somatische Befundaufnahme

**Außerhalb der Therapiezeiten haben die Patienten folgende Möglichkeiten:**

- Gemeinschaftsspiele
- Sportliche Betätigungen
- Tägliche Nachrichtensendungen im Fernsehen (Tagesschau)
- 2 x wöchentlich ein Spielfilm oder eine Sportsendung (Davon mind. Eines am Wochenende)
- 1 x wöchentlich eine kulturelle oder politische Sendung
- das Hören von Musik in den Pausen (nicht in der gestalteten Freizeit)
- das Spielen von Musikinstrumenten (nicht in der gestalteten Freizeit)

- das Lesen (nicht in der gestalteten Freizeit)
- die Verfügung über das monatliche Taschengeld
- die Einkaufsmöglichkeiten im klinikeigenen Kiosk

### **Die Patienten verpflichten sich zu folgendem:**

- Akzeptanz der Hausordnung
- kein Rückzug
- die Teilnahme an allen therapeutischen Veranstaltungen
- die Auflistung aller Schulden
- die Teilnahme an Freizeitveranstaltungen

### **Außerdem verpflichten sich die Patienten folgende Beschränkungen zu akzeptieren:**

- Kein Verlassen des Klinikgeländes in den ersten beiden Wochen
- Kontaktsperre zu Privatpersonen
- Ausgang im Park nur in Gruppen, in Begleitung von jeweils 1 Gruppenmitglied aus der 2. und 3. Stufe

## **2. Stufe:**

### **1. Phase**

#### **Findungsstufe**

Thematischer Schwerpunkt ist das Bemühen um die Übernahme der Verantwortung für sich selbst. Der/die Patient/-in beginnt in stärkerem Maße, den eigenen therapeutischen Prozess mit zu gestalten.

Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Identität als Drogenabhängiger findet statt. Dies zeigt sich durch Selbsterkenntnis.

- Übernahme von Verantwortung für sich selbst und andere
- Aufbau von Beziehungen
- Kooperation mit anderen Patienten
- Erlernen des adäquaten Umgangs mit emotionalen Konflikten
- Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen in der Gruppe
- Kennen lernen positiver Erlebnisinhalte
- Erlernen von Selbständigkeit
- beschreibende Bilanzierung der Suchtkarriere und des Konsumverhaltens, der Konsumgewohnheiten und –mengen
- Hinterfragen eigener Abwehrmechanismen und –mengen
- Abstinenz-Bejahung
- Erkennen persönlicher und familiärer Beziehungsstile

### **Außerhalb der Therapiezeiten haben die Patienten folgende Möglichkeiten:**

- Teilnahme am Aufnahmeteam und am Patientenrat
- Zu Besuch dürfen kommen: Familie (Eltern, Geschwister), Ehepartner/ -innen und langjährige Beziehungspartner/ -innen, vorausgesetzt, sie nehmen keine Drogen
- Besuche müssen vorher beantragt werden. Mit dem/der Bezugstherapeuten/ -in und in der Gruppe muss zuvor die Beziehung zum Besucher geklärt

werden. Der Besucher muss sich schriftlich bis Donnerstag anmelden. Der Besucher muss sich an die Hausregeln halten.

- Der Wochenenddienst führt möglichst ein Gespräch mit Besucher und Patient/-in.
- Besuche sind bis zu dreimal in Stufe 1 möglich (Entscheidung durch Bezugstherapeuten/ -in).
- Wahlpflicht von zwei Sportangeboten und zwei Freizeitangeboten.
- Möglichkeit des Telefonkontaktes. Das Telefonat muss angemeldet werden und beim Telefonat ist ein Telefonverantwortlicher aus der 3. Stufe anwesend. Telefonieren ist nur am Montag- und Mittwochabend möglich.
- Musik-, Spiele-, Einkauf-, Fernseh- und Leseregelung wie in der Orientierungsstufe.
- Kontrollierter Postverkehr. Ausgehende Briefe werden an der dafür vorgesehenen Stelle abgegeben.

### **Die Patienten verpflichten sich zu folgendem:**

- erste Übernahme von Diensten
- aktive Teilnahme an Freizeitgruppen und Projekten
- Aufstellung eines Schuldentilgungsplanes
- Zuverlässiges Erfüllen übertragener Aufgaben
- Engagement in der Therapiegruppe
- aktive Auseinandersetzung mit den Regeln der Gemeinschaft

### **Außerdem verpflichten sich die Patienten folgende Beschränkungen zu akzeptieren:**

- Ausgang im Park nur in Gruppen mit mindestens einer weiteren Person aus der 2. oder 3. Stufe

## **2. Stufe:**

### **2. Phase**

#### **Klärungsstufe**

In diesem Abschnitt findet verstärkt die Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtproblematik statt, es werden Konfliktbewältigungsstrategien erlernt und der Verantwortungsbereich insgesamt erweitert.

Dazu gehören:

- die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik, den zugrunde liegenden unbewältigten Konflikten und damit dem Suchthintergrund (Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitsproblematik)
- die Bearbeitung von Konflikten in der Gruppe mit dem Ziel, soziale Kompetenzen zu erweitern und Konfliktbewältigungsstrategien zu erlernen
- der Aufbau tragfähiger sozialer und emotionaler Beziehungen
- das Aushalten von Frustrationen und Konflikten ohne Rückzug in alte Verhaltensmuster
- das Einüben neuer Verhaltensweisen und Erprobung alternativer Bewältigungsstrategien
- die Wahrnehmung von Therapie boykottierendem Verhalten anderer

- Mitpatienten/ innen und Umgang damit
- die Entwicklung von Zukunftsperspektiven (schulisch, beruflich) und die Freizeitgestaltung auf der Grundlage eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten

### **Außerhalb der Therapiezeiten haben die Patienten folgende Möglichkeiten:**

- In der 2. Stufe haben die Patienten/ -innen einmal in der Woche Ausgang nach Wittenburg. Dabei dürfen Cafés, Restaurants und Läden besucht werden. Das Benutzen von Spielautomaten sowie der Besuch einer Apotheke oder eines Arztes ohne Überweisung ist untersagt. Die Patienten/ -innen sollen bei dem Ausgang mindestens zu dritt sein, einer von ihnen muss sich bereits in der 3. Stufe befinden. Mitgebracht werden dürfen nur verpackte Süßigkeiten, kein Alkohol und kein Kaffee, keine Zigaretten oder Tabak. Es kann „gefilzt“ werden.
- Vor dem Ausgang wird Taschengeld ausgezahlt.
- Alle 14 Tage ist Besuch auch von Freunden/ -innen möglich, sofern diese keine Abhängigkeitsproblematik aufweisen, was vorher mit dem/der Bezugstherapeuten/ -in abzuklären ist. Mit den Freunden/ -innen steht den Patienten/ -innen der Park zur Verfügung.

### **Die Patienten verpflichten sich zu folgendem:**

- Übernahme von Patenschaften (und Kontaktarbeit)
- Übernahme von Verantwortung für den Tagesablauf
- Übernahme von zusätzlicher Verantwortung in der Arbeitstherapie
- Anbieten von Freizeitveranstaltungen für die Mitpatienten/ -innen

### **3. Stufe:**

#### **Ablösephase**

Die Mitglieder dieser Stufe orientieren sich in stärkerem Maße nach außen und in die Zukunft, um ihre soziale Rehabilitation einzuleiten.

Das bedeutet:

- Zunehmende Eigenständigkeit in der Gruppe
- Einüben alternativer Verhaltensweisen in einem Leben ohne Suchtmittel / Rückfallprophylaxe
- Verstärkung der Außenkontakte und Erprobung der Belastbarkeit außerhalb der Therapieeinrichtung
- Vorbereitung einer beruflichen (Weiter-) Entwicklung
- Entwicklung von Abwehrstrategien für die eventuelle Konfrontation mit der Suchtstoffszene
- Ablösung von der Gruppe und Abschied von „Schloss Tessin“
- Sich Einfinden in die Nachsorgeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen

### **Außerhalb der Therapiezeiten haben die Patienten folgende Möglichkeiten:**

- Einzelausgang in der gesamten Freizeit (in der Woche bis 22.00 Uhr, freitags bis 01.00 Uhr und samstags bis 03.00 Uhr nachts).
- Verfügung über das Taschengeld
- Nach Möglichkeit Bezug eines Einzelzimmers
- Besuch ist jetzt an jedem Wochenende möglich. Mit dem Besuch ist das

Verlassen des Geländes von 10.00 bis 18.00 Uhr möglich. Dies ist auch mit Freunden/ - innen möglich.

- Mindestens eine Heimfahrt (etwa nach der Hälfte der III. Phase).

### Die Patienten verpflichten sich zu folgendem:

- Teilnahme an der Adaptionsgruppe
- Patenschaften und Angebote für den Freizeitbereich der Mitpatienten/ -innen entfallen
- Übernahme eines Hauptverantwortungsbereiches in der Arbeitstherapie
- Mit Hilfe des/der Sozialarbeiters/ -in muss ein Praktikumsplatz in einem Betrieb außerhalb der Klinik angestrebt werden. Die Praktikumsdauer beträgt vier Wochen (gilt nur für die Langzeittherapie).

### Therapieplan

|   |               |  |   |
|---|---------------|--|---|
| M | 07.30 - 07.50 | Frühstück  |   |
| O | 08.00 - 08.30 | Hausputz   |   |
| N | 08.30 - 08.45 | Hausputzabnahme  |   |
| T | 09.00 - 10.30 | Hausversammlung  | 08.45 - 09.00 Sprechzeit Med. Bereich   |
| A | 10.30 - 11.00 | Pause  | 10.30 - 11.00 Sprechzeit Med. Bereich   |
| G | 11.00 - 12.30 | Sport Gruppe I   | 08.30 - 09.00 Sprechzeit Sekretariat    |
|   |               | Feedback Gr. III   |   |
|   | 12.30 - 12.50 | Mittagessen  |   |
|   | 13.00 - 14.00 | Mittagspause   |   |
|   | 14.00 - 14.15 | Zeit für organisatorische Gruppenarbeit / Planung für Mittwoch |   |
|   | 14.15 - 15.45 | Gruppentherapie  |   |
|   | 15.45 - 16.30 | Taschengeldauszahlung  |   |
|   | 16.30 - 17.00 | Kaffee   |   |
|   | 17.45         | Abendrunde Gruppe IV   |   |
|   | 18.15 - 18.35 | Abendessen   |   |
|   | 19.00 - 19.30 | freiwillige Abendrunde   |   |
|   | 19.30 - 20.30 | Telefonzeit (Rausrufen)  |   |
|   |               | Nachtruhe  |   |
|   |               |  |   |
| D | 07.30 - 07.50 | Frühstück  |   |
| I | 08.00 - 08.30 | Hausputz   |   |
| E | 08.30 - 08.45 | Hausputzabnahme  | 08.45 - 09.00 Sprechzeit Med. Bereich   |
| N | 09.00 - 10.30 | Arbeits- und Ergotherapie                                      | 10.30 - 11.00 Sprechzeit Med. Bereich   |
| S | 10.30 - 11.00 | Pause  | 08.30 - 09.00 Sprechzeit Sekretariat    |
| T | 11.00 - 12.00 | Arbeits- und Ergotherapie                                      | 12.00 - 12.30 Sprechzeit Verw. Leiterin |
| A | 12.15 - 12.35 | Mittagessen  |   |
| G | 12.35 - 13.00 | Mittagspause   |   |
|   | 13.00 - 16.15 | Arbeits- und Ergotherapie                                      |   |
|   | 13.30         | Gruppenstunde Gruppe IV  |   |
|   | 16.30 - 17.00 | Kaffee   |   |
|   | 18.15 - 18.35 | Abendessen   |   |
|   | 19.00 - 19.45 | Abendrunde (Pflicht)   |   |
|   | 19.45 - 22.30 | Freizeit   |   |

|   |               |                                    |  |
|---|---------------|------------------------------------|--|
|   | 20.00 - 21.30 | Reinrufzeit                        |  |
|   | 22.30         | Nachtruhe                          |  |
| M |               | Hausputz in Eigenregie             |  |
| I | 07.30 - 7.50  | Frühstück                          | 08.45 - 09.00 SZ Med.Bereich                           |
| T | 08.00 - 13.00 | Ausgang / Realitätstraining        | 08.30 - 09.00 Sprechzeit Sekr.                         |
| T | 13.00         | Mittagessen                        |  |
| W | 14.30 - 16.00 | Gruppentherapie                    | außerdem Arztfahrten                                   |
| O | 16.00 - 16.45 | Öffnung Kiosk                      | sonstige org. Fahrten                                  |
| C | 16.00 - 18.15 | Freizeit                           |  |
| H | 16.30 - 17.00 | Kaffee                             |  |
|   | 17.45         | Abendrunde Gruppe IV               |  |
|   | 18.15 - 18.35 | Abendessen                         |  |
|   | 19.00 - 19.30 | freiwillige Abendrunde             |  |
|   | 19.30 - 20.30 | Rausrufzeit                        |  |
|   | 20.30 - 21.30 | Kleingruppen (Pflicht)             |  |
|   | 22.30         | Nachtruhe                          |  |
| D | 07.30 - 07.50 | Frühstück                          |  |
| O | 08.00 - 08.30 | Hausputz                           |  |
| N | 08.30 - 08.45 | Hausputzabnahme                    | 08.45 - 09.00 Sprechzeit Med. Bereich                  |
| N | 09.00 - 10.30 | Arbeits- und Ergotherapie          | 10.30 -11.00 Sprechzeit Med. Bereich                   |
| E | 10.30 - 11.00 | Pause                              | 08.30 - 09.00 Sprechzeit Sekretariat                   |
| R | 11.00 - 12.00 | Arbeits- und Ergotherapie          |  |
| S | 12.15 - 12.35 | Mittagessen                        | <u>Indikationsgruppen:</u>                             |
| T | ab 13.00      | Indikationsgruppen                 | 13.00 - 14.00 Therap. Reiten/<br>Feldenkrais Gruppe II |
| A | 14.00 - 15.00 | Sport Gruppe II                    | Entspannung  |
| G | 14.00 - 16.00 | Küche (AT)                         |  |
|   | 16.30 - 17.00 | Kaffee                             |  |
|   | 17.45         | Abendrunde Gruppe IV               | 14.00 - 15.00 Therap. Reiten/<br>Feldenkrais Gruppe I  |
|   | 18.15 - 18.35 | Abendessen                         | 15.00 - 16.00 Therap. Reiten/<br>Gruppe III            |
|   | 19.00 - 19.45 | Abendrunde (Pflicht)               | Frauengruppe   |
|   | 19.45 - 22.30 | Freizeit                           |  |
|   | 22.30         | Nachtruhe                          |  |
| F | 07.30 - 08.00 | Frühstück                          |  |
| R | 08.00 - 08.30 | Hausputz                           | 08.45 - 09.00 Sprechzeit Med. Bereich                  |
| E | 08.30 - 08.45 | Hausputzabnahme                    | 10.30 - 11.00 Sprechzeit Med.Bereich                   |
| I | 09.00 - 10.30 | Gruppentherapie mit Tagebuchabgabe |  |
| T | 10.30 - 11.00 | Pause                              | 08.30 - 09.00 Sprechzeit Sekretariat                   |
| A | 11.00 - 12.15 | Sport Gr. III                      | Sprechz.Verw.Leiterin nach Vereinb.                    |
| G |               | Feedback Gr. I                     |  |
|   |               | Feedback Gr. II                    |  |
|   | 12.30 - 12.50 | Mittagessen                        |  |
|   | 13.00 - 14.00 | Mittagspause                       |  |
|   | 14.00 - 15.00 | Themenzentrierte Gruppe/Visite     |  |
|   | 15.00 - 16.00 | Freiwilliges Reiten                |  |
|   | 15.15 - 16.00 | Antragsgruppe Gr. I; II und III    |  |
|   | 16.30 - 17.00 | Kaffee                             |  |

|                                 |               |  |  |
|---------------------------------|---------------|--|--|
|                                 | 17.45         | Abendrunde Gruppe IV                               |  |
|                                 | 18.45 - 18.35 | Abendessen   |  |
|                                 | 19.00 - 19.45 | Abendrunde (Pflicht)                               |  |
|                                 | 19.45 - 22.30 | Freizeit   |  |
|                                 | 22.30         | Nachtruhe  |  |
| S                               | 07.30 - 07.50 | Frühstück  |  |
| A                               | 08.00 - 09.00 | Interne (Pflicht)                                  |  |
| M                               | 09.00 - 11.30 | Haus- und Zimmerputz                               |  |
| S                               | 11.30 - 12.15 | Haus- und Zimmerdurchgang durch Therapeuten        |  |
| T                               | 12.30 - 12.50 | Mittagessen  |  |
| A                               | 13.00 - 14.00 | Mittagspause                                       |  |
| G                               | 14.00 - 18.00 | Freizeit bzw. Nachputz                             |  |
|                                 | 17.00         | Abnahme Nachputz                                   |  |
|                                 | 18.15 - 18.35 | Abendessen   |  |
|                                 | 19.00 - 19.45 | freiwillige Abendrunde                             |  |
|                                 | 19.45 - 23.30 | Freizeit   |  |
|                                 | 23.30         | Nachtruhe  |  |
| S                               | 08.00 - 10.00 | Frühstück  |  |
| O                               | 10.00 - 12.30 | Freizeit   |  |
| N                               | 12.30 - 12.50 | Mittagessen  |  |
| N                               | 12.50 - 14.00 | Mittagspause                                       |  |
| T                               | 14.00 - 17.30 | Besuchszeit/Freizeit                               |  |
| A                               | 18.15 - 18.35 | Abendessen   |  |
| G                               | 19.00 - 19.45 | Abendrunde (Pflicht)                               |  |
|                                 | 19.45 - 22.30 | Freizeit   |  |
|                                 | 22.30         | Nachtruhe  |  |
| T                               | 06.30 - 07.30 | Frühstücksdienst                                   | Der Küchendienst wird von den Arbeitstherapeuten eingeteilt.<br>- Tischdienste jeweils vor und nach den Mahlzeiten |
| Ä                               | 08.00 - 09.00 | Abwaschdienst Frühstück                            |  |
| G                               | 09.30 - 12.30 | Küchendienst                                       |  |
| L                               | 12.30 - 14.00 | Abwaschdienst Mittag                               |  |
| I                               | 12.30 - 14.00 | Küchendienst                                       |  |
| C                               | 15.45 - 16.30 | Kaffeediens  |  |
| H                               | 17.00 - 17.30 | Abwaschdienst Kaffee                               |  |
| E                               | 17.00 - 18.00 | Küchendienst<br>Abwaschdienst je nach Therapieplan |  |
| D<br>I<br>E<br>N<br>S<br>T<br>E |               | <b>Tagebuch schreiben</b>                          |  |

## 7. Qualitätssicherung

Nachdem im Zusammenhang mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den Bereich der Krankenversicherung gesetzlich fixiert wurden und die gesetzliche Krankenversicherung ein umfangreiches Reha-Qualitätssicherungs-Programm eingeführt hat (Müller Farnoh 1994, Reimann 1994), gewinnt die Qualitätssicherung in der Medizinischen Rehabilitation eine immer größere Bedeutung.

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ ist in das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger aktiv eingebunden.

Im März 2000 nahm eine Vertreter unserer Klinik an der Gründungsversammlung der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. teil. Die DeQuS ist eine Initiative des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) e.V. zur Weiterentwicklung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Behandlung Suchtkrankender Menschen.

Dazu wurde innerhalb unserer Klinik ein Qualitätsbeauftragter benannt, welcher dort vom DeQuS organisierte Schulungen in die Lage versetzt wurde, in unserer Fachklinik ein Qualitätsmanagement - System entsprechend der ISO-Norm 2000 (bis 2004) bis zur Zertifizierungsreife einzuführen und nach der Zertifizierung, welche für 2003 eingeplant ist, den kontinuierlichen Verbesserungsprozess weiter anzuleiten.

Die Prozess- und Ergebnisqualität der Fachklinik „Schloss Tessin“ wird durch folgende Maßnahmen gesichert:

### *Qualitätszirkel der Mitarbeiter*

Im Abstand von 6 Wochen findet in der Klinik regelmäßig ein Qualitätszirkel statt, an dem alle Mitarbeiter und die Leitung teilnehmen. Unter Leitung des Qualitätsbeauftragten werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über wirtschaftliche und organisatorische Rahmenbedingungen informiert, um vor diesem Hintergrund verantwortliche und realistische Vorschläge für die weitere Arbeit entwickeln zu können. Die Themen der jeweiligen Qualitätszirkel werden in Teamsitzungen in der dazwischen liegenden Zeit erarbeitet und festgelegt und dienen letztlich der konzeptionellen Weiterentwicklung. In der Zeit zwischen den Qualitätszirkeln arbeiten ständig Projektgruppen an längerfristigen Aufgabenstellungen hinsichtlich der Verbesserung und Optimierung unserer Therapieangebote.

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

### *Qualitätszirkel mit Patienten*

Von den Patienten wird regelmäßig eine so genannte Küchenkommission aus 3 – 4 Mitgliedern bestehend gewählt. Dieses Gremium trifft sich einmal wöchentlich mit einem Mitglied der Klinikleitung um über organisatorische und inhaltliche Probleme der materiellen Versorgung der Patienten zu sprechen und entsprechend schnell Verbesserungen in die Wege leiten zu können. Darüber hinaus findet jede Woche ein Gespräch mit den Gruppensprechern der einzelnen Wohnebenen statt. Hier werden überwiegend organisatorische Schwierigkeiten der einzelnen therapeutischen

Bezugseinheiten aber auch besondere Konflikte im Zusammenleben der Patienten besprochen.

### *Manualisierung der Therapieangebote*

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

Die Patienten erhalten im Verlaufe ihrer Therapie eine Vielzahl von Informationsmaterialien über hausinterne Abläufe sowie im Zusammenhang mit indikativen Gruppen, so dass ein umfassendes Patienten-Manual entsteht.

### *Erfassung der Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern*

Die Patienten werden im Verlaufe ihrer Behandlung zweimal und zusätzlich bei Therapieabschluss nach ihrer Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten, der Behandlungsorganisation und der Ausstattung der Klinik befragt. So schätzen sie ihre Zufriedenheit mit den einzel- und gruppentherapeutischen Behandlungselementen, mit der Begleitung durch die Sozialarbeiter, der Versorgung durch die Hauswirtschaft und den Dienstleistungen der Verwaltungsmitarbeiter in einer fünfstufigen Skala ein. Die Mitarbeiter der Fachklinik „Schloss Tessin“ werden regelmäßig über die Ergebnisse dieser Befragungen durch die Klinikleitung informiert.

Mit den Mitarbeitern der Fachklinik „Schloss Tessin“ wird in halbjährlichen Abständen eine anonyme Befragung per Fragebogen nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit, mit der kollegialen Zusammenarbeit sowie mit dem Führungsstil der Klinikleitung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragungen werden mit allen Beteiligten ausführlich diskutiert und finden Eingang in die externe Supervision des gesamten Teams. Außerdem finden die Ergebnisse dieser Befragung Eingang als Themen von Qualitätszirkeln, wo gegebenenfalls neue Projekte entstehen.

Einmal jährlich wird mit jedem Mitarbeiter ein ausführliches Gespräch mit der Klinikleitung über die geleistete Arbeit und die weiteren Perspektiven geführt. Dieses Gespräch wird dokumentiert, unterschrieben vom Mitarbeiter und der Klinikleitung bestätigt und jeweils ein Exemplar verfügbar gemacht.

### *Befragung von Kooperationspartnern*

Einmal pro Jahr werden Kooperationspartner wie Leistungsträger, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, klinische Einrichtungen zur Entzugsbehandlung, niedergelassene Ärzte sowie Zulieferer verschiedenster Art über ihre Zufriedenheit in der Kooperation mit der Fachklinik „Schloss Tessin“ befragt und gebeten, ggf. Verbesserungsvorschläge zu machen. Diese finden dann ggf. Eingang in Qualitätszirkel bzw. Projektarbeiten.

### *Informationsaustausch der Mitarbeiter*

Der regelmäßige Informationsaustausch der Mitarbeiter über den jeweiligen Entwicklungsstand der Patienten wurde als Kernprozess in einem Manual dokumentiert. Neben den täglichen Teamsitzungen findet wöchentlich eine interne Supervision unter Leitung des leitenden Arztes statt, dabei werden die Erfahrungen der Mitarbeiter mit einzelnen festgelegten Patienten gesammelt, zu einer Persönlichkeitsdiagnose zusammen gefasst und so die Therapieziele durch die Bezugstherapeuten ständig optimiert und kontrolliert.

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

### *Dokumentation*

Die Dokumentation innerhalb der Klinik wurde als Kernprozess erfasst und in einem Manual dokumentiert.

In unserer Klinik werden von jedem Patienten zwei Krankenakten geführt. Dabei handelt es sich um eine ärztliche Krankenakte, in welcher somatische Vorerkrankungen sowie der somatische Verlauf der Rehabilitationsbehandlung dokumentiert ist. Diese Krankenakte ist nur dem Arzt zugänglich. Zum anderen wird eine psychotherapeutische Akte vom Bezugstherapeuten geführt in welchem der psychotherapeutische Verlauf mit Behandlungszielen und deren Umsetzung aufgezeichnet wird nach den Richtlinien des 5-Punkte - Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger.

Der ärztliche Entlassungsbericht wird als Teamarbeit erstellt. Dabei wird der psychotherapeutische Verlauf vom Bezugstherapeuten zusammengefasst, die Komplementärtherapeuten aus den Bereichen Arbeitstherapie, Musiktherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Sporttherapie und der Arbeit mit Pferden erstellen einen gesonderten Bericht über den Therapieverlauf in ihrem Bereich, welcher dann vom Leitenden Arzt unter Einbeziehung des somatischen Verlaufes der Rehabilitation zusammengefasst wird. Abschließend erfolgt eine gründliche sozialmedizinische Beurteilung mit der Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes. Als eine Grundlage zur Methodenoptimierung stellt der Entlassungsbericht für uns die übersichtliche und ökonomische Dokumentation des gesamten Behandlungsverlaufes mit ihren Kerndaten dar.

Es wurde innerhalb unserer Einrichtung eine Basisdokumentation entwickelt, welche sich an den Dokumentationsstandards der "Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie" orientiert und mit dem Dokumentationssystem EBIS hinreichend kompatibel ist, welches wir zusätzlich als EDV gestütztes Datenerfassungs- und Auswertungsprogramm benutzen.

### *Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter*

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

In der Fachklinik "Schloss Tessin" kommen die wesentlichen suchttherapeutischen Methoden, orientiert an der individuellen Therapieplanung vor dem Hintergrund tiefenpsychologischer Entwicklungsmodelle zur Anwendung. Die Mitarbeiter werden sowohl

intern als auch extern den Anforderungen stationärer Therapie entsprechend fortgebildet.

Klinikintern wird ein Themenkatalog erarbeitet, wobei im Abstand von 8 Wochen ein Mitarbeiter der Klinik eine Weiterbildungsveranstaltung für die Mitarbeiter durchführt.

Nach Teilnahme eines Mitarbeiters an einer externen Weiterbildungsveranstaltung ist dieser verpflichtet über diese Veranstaltung ein Kurzreferat vor den Mitarbeitern zu halten.

### *Supervision*

In der Fachklinik „Schloss Tessin“ wird 14-tägig eine externe Team-Supervision durchgeführt, an der alle Mitarbeiter sowie die Klinikleitung teilnimmt. Während dieser Supervision ist die Struktur der Klinik in Mitarbeiter und leitendes Personal aufgehoben. Die Themen für die Supervision werden von den Mitarbeitern intern festgelegt. Im Ergebnis der Supervisionsveranstaltungen werden häufig Themen für Qualitätszirkel bzw. Projektarbeiten formuliert und festgelegt.

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

Für das Team

Tessin, Januar 2006

A. Kroker  
FA für Psychiatrie  
und Neurologie  
Chefarzt

## 8. Literaturverzeichnis

Addiction (1996). Perspectives on Precipitants of Relapse. Supplement December 1996, Vol. 91.

Annis H. N., Martin, G., & Graham, J. M. (1992). Drug Taking Confidence Questionnaire (Alcohol) DTCQA. User's guide. Toronto: Addiction Research Foundation.

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

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

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

Bertengi, C. (1997). Kinder drogenabhängiger Eltern. Zürich: Verlag pro juventute.

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

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

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Huber.

Fiedler, P. (1994). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

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

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

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

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

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

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

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

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

Kiesel, E.: Kommunikative Bewegungstherapie. Akademie-Verlag, Berlin 1987.

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

Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. Abhängigkeiten, 5, 24-45.

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

Linehan, M. M. (1996). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

Lindner, 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.

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

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

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

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

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.

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