



**Diakonie-Krankenhaus
Elbingerode**



Therapiekonzept

**Stationäre medizinische
Rehabilitation von
suchtkranken Menschen**



Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Stationäre medizinische Rehabilitation von suchtkranken Menschen

Brockenstraße 1
38875 Elbingerode
Tel. 03 94 54 / 8 20 00
Fax. 03 94 54 / 8 27 02
info@diako-harz.de
www.diako-harz.de

Geschäftsführer:

Martin Montowski

Chefarzt medizinische Rehabilitation Sucht:

Dr. med. Stephan Pecher
FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Sozialmedizin/SP Forensische Psychiatrie

Leiter Suchtmedizinisches Zentrum:

Dr. med. Eckart Grau
Diplompsychologe Dietmar Kemmann

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
1. Strukturelle Vorgaben der Rehabilitationsklinik.....	6
2. Interne und externe Zusammenarbeit - strukturelle Vorgaben und Leistungen.....	9
3. Leistungsspektrum der Rehabilitationsklinik	22
3.1 Psychologische Diagnostik	22
3.2 Sozialdienst	22
3.3 Physiotherapie	22
3.4 Sporttherapie	23
3.5 Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation.....	23
3.6 Ernährungsberatung, Schulung bei Stoffwechselerkrankung und Lehrküche	24
3.7 Indikationsgruppen	25
3.8 Angeleitete Freizeitangebote und Erlebnispädagogik.....	30
3.9 Möglichkeiten zur eigenen Freizeitgestaltung.....	31
4. Indikationsspektrum und Rehabilitationsdauer.....	31
5. Krankheitsverständnis und wissenschaftliche Grundlagen	32
6. Behandlungsansatz.....	37
6.1. Therapieziele	41
6.2. Therapieprogramm und Abläufe	42
7. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement.....	44
8. Weitergehende Informationen	46
9. Literaturverzeichnis.....	47
10. Anlagenverzeichnis.....	51

Einleitung

Aus Gründen der besseren Les- und Verstehbarkeit wird in diesem Text auf genderübliche Formulierungen verzichtet. Für das Konzept wurde meist die Sprachform der männlichen Person gewählt, damit wird der Großteil unserer Patienten repräsentiert.

Die Behandlung und medizinische Rehabilitation suchtkranker Menschen hat sich in den letzten Jahren dahingehend verändert, dass der unterschiedlichen und mehrphasigen Krankheits- und Genesungsentwicklung sowohl strukturell als auch inhaltlich komplexer begegnet wird.

Strukturell werden unterschiedliche Hilffssysteme vorgehalten:

das allgemeine medizinische Versorgungssystem, Suchtberatungsstellen, Entgiftungsstationen, ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen unterschiedlicher Betreuungsintensität, Selbsthilfeorganisationen und einzelne speziell konzipierte Versorgungselemente. Der Suchtverbund des Diakonie-Krankenhauses Harz bietet jede der beschriebenen Behandlungs- und Betreuungsformen an.

Die größte zentrale Behandlungseinheit bildet die **stationäre Rehabilitationsklinik** mit 140 Plätzen. Im gleichen Gebäudekomplex befindet sich auch die **Akut-Klinik**, aufgeteilt in die **Innere Medizin** (40 Plätze, davon ca. 25 Entgiftungsplätze), die **Psychiatrische Abteilung** (26 Entgiftungsplätze) und die **Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie** (42 Plätze, davon 16 tagesklinische Plätze und eine Traumastation für Frauen 8 Plätze) sowie eine **Psychiatrische Institutsambulanz**. In unmittelbarer Nähe zur Klinik befindet sich die Adaptionseinrichtung (7 Behandlungsplätze) mit Möglichkeit für Berufspraktika in gut 100 Betrieben.

Der sogenannte **komplementäre Versorgungsbereich** des Therapieverbundes Sucht besteht aus der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle, der Präventionsfachstelle, dem ambulant betreuten Wohnen (ca. 100 Wohnplätze), dem Übergangswohnheim (20 Wohnplätze), dem Dauerwohnheim für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke (19 Wohnplätze), der Tagesstätte für seelisch Behinderte infolge Sucht (19 Plätze) und einem Netz von Selbsthilfegruppen (18 Gruppen) unter anderem im Dach-Verband des BKD e. V.

Die inhaltliche Behandlung und Betreuung orientiert sich am biopsychosozialen Krankheitsmodell. Nach dem salutogenetischen Ansatz von Antonovsky sind die wesentlichen Ressourcen zur Lebensbewältigung vor allem in der Verstehbarkeit, der Möglichkeit zur Bewältigung und der Sinnhaftigkeit des eigenen Schicksals begründet. Neben Behandlung im somatischen und psychischen Bereich gilt es demzufolge, mit derselben Dringlichkeit die biographischen und sozialen Umstände der Patienten in die Behandlung mit einzubeziehen. Das Grundverständnis sowie die Ausgestaltung der rehabilitativen Behandlung entspricht den Rahmenvorgaben der DRV Bund für medizinische Rehabilitation. Die weltanschauliche Neuorientierung, die auf den Aspekt der Sinnhaftigkeit zielt, gründet sich in unserem Therapieverständnis auf die im christlichen Krankenhausleitbild formulierten Werte.

Wenn möglich, soll neben Abstinenzsicherung, Wiederherstellung oder Stabilisierung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit die gesellschaftliche und berufliche Reintegration bereits während der stationären Therapie vorgebahnt werden. Hierfür sind die regionalen Arbeitgeber mit in den therapeutischen Prozess eingebunden.

Trägerin der Einrichtung ist die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH.
Gesellschafter ist die DGD-Stiftung der DGD-Holding GmbH.

Die Klinik ist in einer parkähnlichen Anlage eingebettet. Sie liegt am Stadtrand von Elbingerode, am Rand des Harzwaldes. Die beschriebenen Komplementäreinrichtungen liegen im Umkreis von ca. 10 km, schwerpunktmäßig in Wernigerode. Im näheren Umkreis finden sich Städte wie Quedlinburg, Halberstadt und Goslar.

Wir freuen uns über Ihr Interesse. Sollten Sie darüber hinaus weitere Informationen zu unserem Haus wünschen, besuchen Sie doch unsere Internetseiten unter www.diako-harz.de. Natürlich können Sie auch persönlich mit uns Kontakt aufnehmen – die entsprechende Telefonnummer sowie die E-Mail-Adresse finden Sie auf Seite 2.

Dr. med. Stephan Pecher
Chefarzt medizinische Rehabilitation Sucht

1. Strukturelle Vorgaben der Rehabilitationsklinik

Die Klinik zur medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke hat 140 Plätze zur stationären Langzeitentwöhnung. 120 Plätze gliedern sich in 5 Stationen mit jeweils 24 Plätzen. Auf jeder Station sind 3 gleich große Gruppen entsprechend den „Vereinbarungen im Suchtbereich“ untergebracht. Weitere 12 Behandlungsplätze bilden die sogenannte Aufnahmestation. Hier werden in der ersten Woche die wesentlichen Informationen zur Therapie gereicht, motivationale Prozesse geprüft und Diagnostik betrieben. Hier findet sich auch die Möglichkeit, körperlich schwerer geschädigte Patienten intensiver zu betreuen, zum Teil auch zu pflegen. In Rückfallsituationen ist hier auch die Separierung eines Patienten von seiner Bezugsgruppe gegeben.



Zusätzlich halten wir eine flexible Einheit mit 8 Behandlungsplätzen vor. Diese kann je nach Bedarf mit einer Sondergruppe belegt werden. Innerhalb dieses Bereiches ist es möglich, Patienten in der letzten Therapiephase oder der Verlängerungszeit in einem kostengünstigeren ganztägig-ambulanten Setting zu führen (entsprechend den „Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Bei Erhalt der Gruppenzuordnung und den Strukturen kann so bereits alltagsnah der therapeutische Prozess aufrechterhalten werden. Diese Form der „schonenden“ Überleitung ins häusliche Umfeld ist regionalen Patienten vorbehalten. Bei Überforderungssituationen, Komplikationen und Krisen ist die Wiedereingliederung ins geschützte stationäre Setting grundsätzlich möglich.

Die Zimmer sind modern, komfortabel und mit Nasszelle eingerichtet. Mehrheitlich handelt es sich um 2-Bettzimmer. Circa 15 % sind 1-Bettzimmer. Diese sind behindertengerecht konzipiert.

Funktionsräume

- Gruppenräume
 - 12 Gruppentherapieräume; zusätzlich für Indikativ- und Gruppentherapie
 - 1 Funktions-/Lehrküche, gleichzeitig Vortragsraum
 - 1 Vortrags- und Seminar-Gruppenraum mit Teeküche
 - 2 Indikativ-Gruppenräume
 - 1 großer Mehrzweck- / Vortrags- / Veranstaltungssaal (für 80 Plätze), abteilbar für Indikativgruppen
 - 1 Patientenbibliothek / Lesecafé

- je Bezugstherapeut und Sozialdienstmitarbeiter eigener Raum für Einzeltherapie/-beratung
- 1 Küche
- 1 Speisesaal
- 1 Patientencafeteria, Teil der Arbeitstherapie und als Veranstaltungsraum nutzbar
- 1 Sporthalle
- 1 Gymnastikraum
- 1 Kraftsportraum
- 1 Kegelbahn
- 1 Schwimmbad (Mitbenutzung, 100 m von der Klinik entfernt)
- umfangreiche physiotherapeutische Praxisräume
- Physiotherapeutischer Trainingsraum mit Behandlungsmöglichkeit von spezifischen orthopädischen und neurologischen Krankheitsbildern
- 1 Internetraum (+ Internetplätze auf Station)
- 1 großer Ergotherapiebereich (2 x 12 Plätze)
- 2 PC-Arbeitstherapieräume (2 x 8 PC-Plätze)
- 5 Arbeitstherapie-Räume: 2 x Schlosserei, 2 x Tischlerei, 1 x arbeitsbezogenes Assessment
- Hauswirtschaftsräume / Wäscherei
- Psychologische Diagnostik / Hirnleistungstraining
- 1 Raum der Stille / Andachtsraum
- 2 Gewächshäuser

Für größere Veranstaltungen steht der Kirchsaal des Diakonissen-Mutterhauses zur Verfügung (bis zu 400 Besucher).

Funktionsräume der Aufnahmestation

- 1 Wartezimmer und Foyer im Wartebereich sowie der Schwesterndienstplatz
- 1 separates Behandlungs-/Verbandszimmer
- Notfallzimmer / Überwachungsraum
- Behindertengerechtes Bad

Möglichkeit zur Aufnahme von Patienten mit einem Hund

- Hundezwinger in Kliniknähe (7 Plätze)

Personelle Besetzung der Rehabilitationsklinik

Das multiprofessionelle Team setzt sich aus Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Psychologen, Pflegekräften, Diätassistentin, Diabetesassistent, Sozialtherapeuten, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Arbeitstherapeuten, Körpertherapeuten, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, MTA und Schreibkräften zusammen. Ein Seelsorge-Team, bestehend aus Krankenhausseelsorger und Diakonissen, ist durchgehend verfügbar.

Im Einzelnen sind das:

- 6 Ärzte: Leitender Chefarzt, Oberärztin, (jeweils Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin); Oberärztin (Sozialmedizin, FÄ Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, Schmerz/Akupunktur) 3 Assistenzärzte
- 7 Psychologische Psychotherapeuten
- 10 Sozialtherapeuten Sucht
- 1,5 Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- 8 Gesundheitspfleger
- 2 Physiotherapeuten
- 2 Sportwissenschaftler/Gymnastiklehrer
- 5 Ergotherapeuten/Arbeitstherapeuten
- 1 Kreativtherapeut



Zusätzlich für BORA-spezifische Maßnahmen:

- 1 Ergotherapeut
- 1 Sozialarbeiter
- 1,3 Ernährungsberaterinnen/Diätassistentinnen
- 1 Psychologisch-technische Assistentin

2. Interne und externe Zusammenarbeit - strukturelle Vorgaben und Leistungen

Zur Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH gehören am Standort Elbingerode neben der Rehabilitationsklinik Sucht und der Adaptionseinrichtung:

ein Akutkrankenhaus mit den Bereichen

- **Innere Medizin:**
 - **Möglichkeit zur Direktübernahme bei schweren Erkrankungen oder Rückfall**
 - **Konsiliaruntersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, EKG, Echokardiographie, Langzeit-EKG, Ergometer, Röntgen, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie, Notfallkoffer und Defibrillator, Alkoholmessgeräte an allen Schwesterndienstplätzen**
- **Psychiatrie**
- **Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie**
- **Adaption**
- **Psychiatrische Institutsambulanz**
- **Diakonie-Suchthilfe Harz > Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle, Fachstelle Suchtprävention, Soziotherapie, Tagesförderung, Ambulant betreutes Wohnen, Helmut Kreutz-Haus (besondere Wohnform und Dauer-Wohnheim)**
- **eine Zahnarztpraxis**
- **ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit Apotheke und niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychologischen Psychotherapeuten**
- **Sanitätshaus Liebe**
- **Hörakustiker Amplifon**

Es besteht eine Mitgliedschaft im Fachverband Sucht, sowie eine Zugehörigkeit zu verschiedenen Arbeitskreisen (Suchtausschuss des Landes Sachsen-Anhalt, Betriebliche Suchthilfe, Blaues Kreuz Deutschland und international).

Die beschriebenen Bereiche sind vernetzt. Die Innere Abteilung kann alkoholranke Patienten entgiften und stabilisieren (Durchführung von qualifizierten Entgiftungen). Über Verfahren wie Direktverlegung oder geplante Antragsstellungen über den Sozialdienst des Akutbereiches können Patienten, die eine Langzeitentwöhnungsmaßnahme durchführen möchten, an den Rehabilitationsbereich herangeführt werden, d. h. sie können die Rehabilitationsabteilung besichtigen, falls gewünscht, Gespräche mit Therapeuten oder Ärzten führen. Durch die beschriebene Möglichkeit können Erwartungsängste und weitere Motivationshemmnisse abgebaut werden. Auf der Psychiatrischen Abteilung werden Patienten mit Drogenabhängigkeit entgiftet und stabilisiert, auch hier kann eine Vermittlung oder Überleitung in die Rehabilita-

tionsabteilung erfolgen. Umgekehrt ist eine Verlegung oder Reha-Unterbrechung bei entsprechend dringlicher Indikation ebenso problemlos möglich. Die Cheförzte der Inneren Abteilung, der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, der Psychiatrie und der Rehabilitationsabteilung treffen sich regelmäßig, um die Abläufe so reibungslos wie möglich zu gestalten. Dabei müssen die gesetzlichen Vorgaben, räumliche/bauliche Bereichstrennungen und inhaltlich notwendige Grenzziehungen zum Schutz der Abläufe berücksichtigt werden. Die Krankenhausbetriebsleitung sowie die Leitung des Komplementärbereiches tagen ebenfalls regelmäßig, um die Koordination des Suchtmedizinischen Zentrums zu gewährleisten.

Grundsätzliche Abläufe und Verfahren

Der gesamte Rehabilitationsprozess wird von einem multiprofessionellen Team gestaltet. Der Chefarzt trägt die Verantwortung für diesen Prozess, er koordiniert die Therapieplanung und Therapiegestaltung, Diagnostik, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, die interdisziplinäre Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams und ist in die Patientenversorgung direkt über Visiten, Leitungskonferenz, Fallbesprechung, Teambesprechung mit eingebunden. Regelmäßige medizinische und sozialmedizinische Visiten sowie die Dokumentation und Erstellung der Entlassberichte sind gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen der Deutschen Rentenversicherung und den gesetzlichen Krankenkassen in die Behandlungsabläufe der Rehabilitationsklinik Elbingerode integriert (vergleiche Punkt 6.2. Therapieprogramm und Abläufe, medizinischer Bereich).

Aufnahmesituation:

Nach Ankunft und Begrüßung des Patienten werden die obligatorischen Untersuchungen auf Atemalkohol und ggf. Drogenscreening im Urin durchgeführt. Bei klinischer Notwendigkeit wird sofort ein fachärztliches Interview geführt, hierbei wird entschieden, ob die Aufnahme in die Rehabilitationsklinik erfolgt oder ob zunächst im akutmedizinischen Bereich vorbehandelt werden muss. Bei klinisch unauffälligem Patienten findet die fachärztliche Erstbegutachtung innerhalb der nächsten drei Stunden statt.

Nach Klärung aller Fragestellungen wird der Patient von den Krankenschwestern aufgenommen (siehe Darstellung der Aufgaben des Pflegepersonals). Dann erfolgt die ärztliche Aufnahme mit Anamnese, körperlicher Untersuchung, Festlegung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der Festlegung der Erstmedikation. Der aufnehmende Arzt und der erstbegutachtende Facharzt stimmen sich diesbezüglich ab. Es folgt die Integration in die Aufnahmestation mit Information, testpsychologischer Untersuchung, täglicher fachärztlicher Visite und letztlich Zuordnung zur regulären Bezugsgruppe.

Aufnahmeprozedere:

- Begrüßung und Begleitung des Patienten durch Aufnahmemitarbeiter
- Erstgespräch durch die Schwester
 - Drogenscreening
 - Alkoholatemtest

- Verwaltungsaufnahme
- medizinische Aufnahme durch die Schwester
 - Aufklärungsbogen
 - Informationsmaterial
 - Anamnesefragebogen
- ärztliche und therapeutische Aufnahme
- Patient kommt auf Aufnahmestation
 - für die Dauer einer Woche
 - Diagnostik
 - entsprechende therapeutische und ärztliche Begleitung

Psychologische Aufnahmediagnostik:

EEI - Elbingeröder Ergotherapie Inventar

c.i.-Skala - cerebrale Insuffizienz

BDI 2 - Beck-Depressions-Inventar

TAI - Trierer-Alkoholismus-Inventar

PSSI - Persönlichkeits-, Stil- und Störungs-Inventar

AVEM - Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster

FTNA – Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit

FPI-R - Freiburger Persönlichkeits-Inventar

UFB - Unsicherheits-Fragebogen

FFT - Fragebogen funktionales Trinken

FFD - Fragen zum funktionalen Drogenkonsum

WST - Wortschatztest

Cogbat - kognitive Basistestung

Entlassmanagement:

- Für Krankenkassenpatienten liegt ein Aufklärungsbogen vor, dieser wird mit dem Patienten durchgearbeitet.
- Die Reha-Nachsorge wird gemäß den Vorgaben des Rentenversicherers beantragt und mit dem Patienten besprochen. Bei Überleitung in eine stationäre Nachsorgeeinrichtung (sozialtherapeutisches Wohnen, ambulant betreutes Wohnen) ist der Ablauf gemäß des Antragverfahrens geregelt. Der Patient wurde diesbezüglich mit seinen Vorstellungen eingebunden.

3 Tage vor Entlassung finden das Entlassgespräch und die Abschlussuntersuchung durch den behandelnden Arzt statt. Der Inhalt des Entlassgespräches enthält:

- den Vergleich Aufnahmebefund/Entlassbefund (körperlich, geistig und seelisch)
- den Verlauf der diagnostischen Parameter
- die Reflexion der zentralen Therapieinhalte, Zielerreichung, Veränderungen
- die Aktualisierung des Krisenplanes und der Präventivmaßnahme gegen Rückfall
- den aktueller Stand des medikamentösen Regimes und notwendige Veränderung für den zukünftigen Verlauf
- den Einsatz von Bedarfsmedikation bei Unruhe und Suchtdruck
- die individuelle Aspekte der Abstinenzsicherung

Falls weitere Maßnahmen eingeleitet werden müssen, wird dies mit dem Patienten besprochen und in Punkt 5 des Entlassberichtes dokumentiert.

Die Entlasspapiere (Blatt 1 und 1a des Rehaberichtes sowie der Medikamentenplan mit Dosierungsanleitung) werden dem Patienten zum Entlasszeitpunkt im Sinne des vorläufigen Entlassbriefes ausgehändigt. Der Inhalt wird im Entlassgespräch mit dem Patienten besprochen.

Medizinische Standardabläufe

Die Anlaufstelle für alle medizinischen Belange findet sich zentral in der Rehabilitationseinrichtung gelegen. Hier findet Medikamentenausgabe, Erst-Versorgung bei Unfällen, ärztliche Frühsprechstunde und Ablaufs-Organisation statt. Eine examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft ist hier 24 Stunden an 7 Tagen der Woche positioniert.

Aufgaben des Pflegepersonals:

- Dienstübergaben
- Aufnahme von Patienten
- Begleitung Visite
- Anordnungen der Visite ausarbeiten und umsetzen
- Termine bei Fachärzten bzw. für fachspezifische Untersuchungen, einschließlich Hin-/Rückfahrt organisieren
- Akutsprechstunde der Ärzte begleiten und ausarbeiten/umsetzen
- Gesprächsführung mit Patienten - Umgang mit psychischen Erkrankungen (z. B. Schizophrenie, Depression, Ängste, Suchtdruck)
- Anleitung von Patienten zur Bewältigung von Krisensituationen (Skills)
- Deeskalation
- administrative Aufgaben am PC
- Dokumentation in Patfak und Nexus

- Koordination von Abläufen mit anderen Bereichen des Hauses (z. B. Ärzte, Therapeuten, Mitarbeiter aus der Hauswirtschaft und Küche)
- Therapieheimfahrten für Belastungserprobungen vorbereiten
- Entlassungen vor-/nachbereiten, inklusive das Stellen von Medikamenten zur Mitgabe
- Organisation Patientenverlegungen
- Medikamentenmanagement und Bedarfsmedikation verabreichen
- Medikamente stellen und nach dem Vier-Augen-Prinzip kontrollieren
- Medikamente verabreichen (morgens - mittags - abends - nachts)
- NADA-Akupunktur
- Apothekenbestellungen erstellen und Apothekengänge durchführen
- Corona-Antigenschnelltests und PCR-Tests durchführen
- Durchführung von Desinfektion nach dem gültigen Desinfektions- und Hygieneplan
- Blutabnahmen vorbereiten und durchführen (Labor)
- Urinkontrolle vorbereiten und durchführen (Labor)
- Atemalkoholkontrollen vorbereiten und durchführen
- Blutzuckerprofile dokumentieren und Insulin spritzen
- Blutdruckmessungen, O2-Messung, Erfassen des Körpergewichtes
- Durchführung von Wundverbänden, Einreibungen, Stützverbänden (morgens und abends)
- Injektionen i.m. und s.c.
- Kompressionsstrümpfe ausmessen und an-/ausziehen
- Unterstützung hilfsbedürftiger Patienten im Rahmen der pflegerischen Versorgung (z. B. duschen, Nagelpflege)
- Fußbäder/Wannenbäder nach Bedarf vor-/nachbereiten
- Bestellung für Verbrauchsmaterial (Verbandsmittel und Materialanforderungen) aufgeben
- Befunde abheften
- Nachtdurchgänge
- Dokumentation: Kurven sichten und bearbeiten, insbesondere Dokumentation aller Besonderheiten/Auffälligkeiten, sowohl bei der Aufnahme in der Aufnahmedokumentation als auch im Verlauf der Pflege in der Pflegedokumentation (detaillierte Zustandsbeschreibung) und entsprechende Information an den Arzt
- kontinuierliche Krankenbeobachtung und sofortige Weiterleitung wichtiger Informationen an die Stationsleitung bzw. verantwortlichen Stationsarzt
- Assistenz bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Teilnahme an Fortbildungen, Teambesprechungen, Bilanzen, Therapeutensitzungen, Bereichsleitertreffen und Supervisionen

Darstellung der Arbeit des Reha-Teams:

Montags um 07:45 Uhr treffen sich alle Ärzte, Bezugstherapeuten und Bereichsleiter zur gemeinsamen Reflexion der letzten Woche und speziell des letzten Wochenendes. Planungen, Auffälligkeiten, Nachsorgeanträge, Verlegungen werden dort diskutiert und entschieden. Neue Mitarbeiter stellen sich in dieser Runde vor. Die wöchentliche Weiterbildung der Mitarbeiter und die Psychoedukation der Patienten werden thematisiert. Diese Besprechung wird vom Chefarzt geleitet.

Am Donnerstag um 07:45 Uhr treffen sich die Bezugstherapeuten. Hier werden therapeutische Anliegen besprochen. Diese Besprechung wird vom leitenden Psychologen geleitet.

Neben den regelmäßigen Zielbesprechungen mit Klärung der individuellen Patientenproblematik und der Erarbeitung einer therapeutischen Strategie, die auf jeder Station eigenorganisiert und terminiert wird, finden regelmäßige (einmal wöchentlich pro Station) Bilanzkonferenzen statt. Dazu treffen sich die Stationstherapeuten sowie Stationsarzt und Mitarbeiter aus den einzelnen Bereichen (Arbeitstherapie, Ergotherapie, Pflege und Sporttherapie). Hier werden multiprofessionell die rehabilitativen Schritte und Entwicklungen eines einzelnen Patienten durchgearbeitet. Das Ergebnis wird dem Patienten zur weiteren Orientierungshilfe mitgeteilt und im therapeutischen Rahmen diskutiert.

In der Montagsbesprechung, den Bilanzbesprechungen und den Fallbesprechungen von Patienten im Rahmen einer Krisensituation, sind grundsätzlich Vertreter aller Berufsgruppen anwesend.

Es findet wöchentlich eine Gruppenältestensitzung sowie eine Küchenbesprechung statt, hier sind die Sprecher der jeweiligen Bezugsgruppe, der leitende Psychologe und eine Krankenschwester beteiligt. Es fließen unmittelbar Beobachtungen der Patienten ins therapeutische Team mit ein. Bei der Küchenbesprechung ist zusätzlich ein Mitarbeiter der Küche sowie die Ernährungsberatung anwesend.

Die getätigten Beobachtungen aus jedem einzelnen Arbeitsbereich werden während des Therapieverlaufes gesammelt und dokumentiert. Die Synthese aller Beobachtungen und Eindrücke werden vom Bezugstherapeuten und dem behandelnden Arzt gewichtet und in Form einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und einem Entlassbericht verarbeitet. Bei Unklarheiten im sozialmedizinischen Bereich werden die jeweiligen Patienten dem Chefarzt oder der Oberärztin vorgestellt, diese besitzen beide die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“. Die einzelnen Bereiche sind Zuarbeiter, der Berichtsautor ist der Stationsarzt, verantwortlich für das Berichtswesen ist der leitende Arzt.

Hygienekonzept:

Maßnahmen zur Infektionsprävention sind ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements.

Basierend auf den gesetzlichen Grundlagen des Infektionsschutzgesetzes von Juli 2000 mit aktuellen Änderungen, dem Rahmenhygieneplan für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. §23 InfSchG von Dezember 2017, den Hygieneverordnungen des Landes Sachsen-

Anhalt und ihre aktuellen Änderungen sowie den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) wurde ein entsprechender **Hygieneplan** entwickelt.

Zur Sicherung der hygienischen Erfordernisse wurde eine Hygienekommission gebildet.

Diese setzt sich zusammen aus Krankenhausdirektor, ärztlichem Direktor, externem Hygieniker (Marburg), Pflegedienstleitung, Hygienefachkraft Pflege und hygienebeauftragtem Arzt. Mindestens halbjährlich sowie in Absprache bei Ausbruchsgeschehen erfolgt ein Treffen dieser Kommission.

Folgende Aufgaben sind gemeinsam wahrzunehmen:

- das Aufstellen, die Kontrolle und Aktualisierung des Hygieneplanes (mind. zweijährliche Revision durch die Hygienefachkraft) zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen unter Einbeziehung therapeutischer Maßnahmen
- die Überwachung der Einhaltung des Hygieneplanes u. a. durch Kontrollbegehungen der Krankenhausbereiche mindestens einmal jährlich und bei speziellen Fragestellungen inklusive Dokumentation
- die Mitwirkung bei der Planung von Baumaßnahmen, der Wiederbeschaffung von Anlagegütern und der Erstellung von Organisationsplänen, die Krankenhaushygiene betreffend
- die Organisation der Aus- und Fortbildung des Personals auf dem Gebiet der Hygiene
- die Auswertung von Aufzeichnungen der Hygienefachkraft über hygienische Untersuchungen (z .B. die Art und Anzahl aller im Krankenhaus erworbenen Infektionen, der Antibiotikaverbrauch, der Desinfektionsmittelverbrauch)
- die Teilnahme an Audits
- die Meldung von Infektionskrankheiten bzw. Kontrolle der Meldungen
- die Aufrechterhaltung des Kontaktes zum Gesundheitsamt

Ernannte hygienebeauftragte Pflegekräfte bilden die Schnittstelle zu Mitarbeitern des Hygieneteams und sind Ansprechpartner auf den einzelnen Stationen und im Funktions- und Physiotherapiebereich. Sie fungieren als Multiplikator hygienerelevanter Themen in den entsprechenden Bereichen.

Weitere Angaben zum Hygienekonzept sind im Hygieneplan hinterlegt.

Datenschutz:

- Patientendaten = medizinische Daten und Verwaltungsdaten, welche sich auf Patienten, Angehörige, Bezugspersonen oder Dritte beziehen
- Ärztliche Schweigepflicht = Mitarbeiter haben alles geheim zu halten, was sie über den Patienten erfahren: gilt für Ärzte sowie für die berufsmäßig mit dem Arzt zusammenarbeitenden Mitarbeiter (Krankenschwestern und -pfleger, MTA, ärztlicher Schreibdienst usw.)

Für das Verwaltungspersonal ergibt sich die Schweigepflicht aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten.

Verpflichtung zum Datenschutz

- Verschiedene rechtliche Vorgaben (z. B. im Landeskrankenhausgesetz, im Landesdatenschutzgesetz, im SGB V)
- Schulung der Mitarbeiter und Information durch das Intranet
- Umfang der Datenerhebung und Datenverarbeitung
- Es dürfen nur solche Daten erhoben werden, welche zur Erfüllung dienstlicher Aufgaben notwendig sind, Zweck und Rechtsgrundlage muss für alle gespeicherten Daten gegeben sein.
- Zugangs- und Zugriffskontrolle
- zur Dateneinsicht befugte Personen sind festgelegt
- Nur Befugte dürfen Zugang zu Patienten- und Personaldaten haben (u. a. Patientenakten, Schriftstücke, PC), d. h. nur befugte Personen dürfen entsprechende Räume betreten. Auch bei kurzzeitigem Verlassen sind die Räume grundsätzlich abzuschließen.
- Aufstellrichtung der Bildschirme sind zu beachten, so dass Daten nicht von Patienten/Besuchern eingesehen werden können

Zugangsberechtigung zu EDV (Passwortschutz)

- Sperren der Computer in Arbeitspausen/Bildschirmschoner, bei Dienstschluss EDV-Geräte abschalten
- zentrale Aktenaufbewahrung: Kontrolle, wer in welche Akten einsieht, wer welche Akten entnimmt und wo sich entnommene Akten befinden, Überwachung der Rückgabe der Akte
- Übermittlung von Daten:
Schon allein die Auskunft, dass sich ein Patient in unserer Klinik aufhält, unterliegt der Schweigepflicht, von daher wird jeder Patient bei der Aufnahme gefragt, ob Dritte Auskunft erhalten dürfen und der Patient unterschreibt dafür im Behandlungsvertrag - nur dem entsprechend können Auskünfte über den Aufenthaltsort des Patienten im Krankenhaus von Aufnahme, Pforte oder Station mitgeteilt werden; bei Polizei Auskunftsgewährung je nach Rechtslage auch ohne Zustimmung des Patienten.
Bei Auskünften über den Gesundheitszustand ist grundsätzlich die Zustimmung des Patienten einzuholen. Ausgenommen davon ist bei Lebensgefahr die Auskunft an Angehörige, sofern der Patient im Vorfeld nicht widersprochen hat oder wenn er bewusstlos und kein gegenteiliger Wille anzunehmen ist.
Bei der Übertragung von Daten muss sichergestellt sein, dass Daten nicht von Unbefugten gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden - d. h. auch interne Post in Umschläge, Einhaltung EDV-Grundregeln, z. B. keine Disketten, Telefon vor Fax
wenn möglich: Vier-Augen-Prinzip (z. B. bei Aufklärungsgesprächen des Patienten)
- Vernichtung/Löschen personenbezogener Daten:
wenn Maßnahme abgeschlossen und somit die Kenntnis der Daten nicht mehr notwendig ist bzw. Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind, werden diese vernichtet.
Der Patient kann auf Wunsch jederzeit kostenfrei Auskunft über seine gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (z. B. Einsicht in die Patientenakte) sowie deren Zweck und Rechtsgrundlage der Speicherung

Weitere Angaben zum Thema sind im Handbuch Datenschutz hinterlegt.

Verpflegung:

Die DGD-Service GmbH erbringt gastronomische Leistungen für die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH und stellt die gesamte Speisenversorgung für die Patienten sicher. Mit einem ausgewogenen Speisenangebot und abwechslungsreichen Mahlzeiten sowie dem serviceorientierten Betrieb einer Cafeteria trägt die DGD-Service GmbH damit zur Genesung der Patienten und Zufriedenheit der Nutzer und Besucher bei.

Die DGD-Service GmbH ist verantwortlich für die Belieferung mit ernährungsphysiologisch ausgewogenen, abwechslungsreichen und schmackhaften Speisen, die in Rezeptur und Zubereitungsart sowohl den individuellen Bedürfnissen der Patienten und Mitarbeiter der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH entsprechen als auch regionale und saisonale Aspekte berücksichtigen. Die DGD-Service GmbH ist für die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und die Sicherstellung der Qualität für die Speisenversorgung verantwortlich. Sie verfügt über ein Qualitätsmanagementsystem zur Sicherstellung dieser. Der DGD-Service GmbH obliegt die Erstellung und Umsetzung eines Hygienekonzeptes, welches zu jeder Zeit durch die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH einsehbar ist. Für die Erbringung der vereinbarten Leistungen der Cafeteria überlässt die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH der DGD-Service GmbH die notwendigen Räume. (Die Produktionsküche steht nicht im Eigentum der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH. Die DGD-Service GmbH versichert, über die seinerseits vom Diakonissen-Mutterhaus Elbingerode angemietete Produktionsküche langfristig verfügen zu können). Die Kosten für Cafeteria und Speisenverteilungssystem für die Wartung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung bzw. Investition und hygienische Überprüfungen der bereitgestellten bzw. übernommenen Gerätschaften und Ausstattung trägt die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH. Die erforderlichen Spül-, Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind im Preis der DGD-Service GmbH inkludiert. Für den Fall eines durch die DGD-Service GmbH verschuldeten Produktionsausfalls hält diese eine Betriebsausfallversicherung vor.

Das eingesetzte Personal wird von der DGD-Service GmbH mit einheitlicher Arbeitskleidung und Namensschildern ausgestattet. Ein besonderer Wert wird auf ein ordentliches Erscheinungsbild gelegt. Die DGD-Service GmbH verpflichtet sich, die aktuell gültigen, einschlägigen Lohn- und Rahmentarifverträge nicht zu unterschreiten. Basis für die Abrechnung der Betriebskosten sind die Daten laut Mahlzeitenbestellsystem. Grundlage für eine Preisanpassung des Kostenteils für Lebensmittel und Materialien am Vergütungssatz pro Beköstigungstag ist grundsätzlich der Index für die Lebensmittelpreise „Großhandelspreisindex 46.3“, gemäß der Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes und zwar der Durchschnittswert der letzten 12 Monate vor der letzten Preisfestsetzung. Im Falle außergewöhnlicher, nachhaltiger Preisbewegungen im Markt (mehr als +5 %) oder bei nachhaltiger Ernte- oder sonstigen, sich aus den allgemeinen Marktbedingungen ergebenden Versorgungsschwierigkeiten (wie z. B. durch BSE oder Maul- und Klauenseuche) in der Beschaffung, muss die DGD-Service GmbH dies der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH unverzüglich melden. Die DGD-Service GmbH ist berechtigt, eine Preisanpassung auf der Grundlage der nachweisbaren Preissteigerungen vorzunehmen.

Die DGD-Service GmbH übernimmt die Speisenversorgung der Patienten zu folgenden Mahlzeiten: Frühstück, Mittagessen, Kaffeemahlzeit sowie Abendessen.

Die DGD-Service GmbH erstellt für die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH jeweils eine Woche im Voraus einen Speiseplan. Die Grundlage der Speiseplanung für die Mittagsverpflegung ist ein 8-Wochen-Plan mit folgenden Vereinbarungen:

Der Speiseplan wird ausdrucksfertig als Datei zur Verfügung gestellt.

Das Layout wird an die Wünsche der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH angepasst.

Die Speisepläne enthalten neben der Benennung der Tagesgerichte, des Salates und des Desserts folgende Angaben: Kostformzuordnung, Kalorienangabe, Nährwertangabe, deklarationspflichtige Zusatzstoffe und Kennzeichnung der Allergene.

Um den saisonalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, werden ein Sommerspeiseplan mit der Laufzeit für die Monate April bis September und ein Winterspeiseplan mit der Laufzeit von Oktober bis März angeboten.

Mahlzeiten

Die DGD-Service GmbH stellt den Patienten des Hauses täglich ein abwechslungsreiches Angebot an Frühstückskomponenten zur freien Auswahl zur Verfügung. Die Verpflegung der Patienten zum Mittagessen erfolgt aus dem täglich wechselnden Speisenangebot. Für Patienten mit besonderen Anforderungen an die Mahlzeiten stellt die DGD-Service GmbH einzelne Hauptgerichte als Sonderkostformen zur Verfügung. Weiterhin wird für die Patienten des Hauses ein abwechslungsreiches Angebot an Kuchen zur Verfügung gestellt sowie ein täglich abwechslungsreiches Angebot an Komponenten zum Abendessen zur freien Auswahl. Die DGD-Service GmbH stellt sicher, dass allen Neuzugängen am Aufnahmetag ein Standardgericht zur Verfügung gestellt wird.

Cafeteria

Die DGD-Service GmbH übernimmt den Betrieb und die damit verbundene wirtschaftliche und organisatorische Verantwortung für die Cafeteria der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH in Form von Organisation und Personalplanung für die Besetzung der Cafeteria, des Angebotes von drei Menüs, davon ein vegetarisches Menü, welches nur auf Vorbestellung geliefert wird, an fünf Tagen in der Woche in der Zeit zwischen 11:30 Uhr und 13:30 Uhr.

Angebote von Frühstückskomponenten sind belegte Brötchen, Salate, Kuchen, Obst, Snacks sowie Heiß- und Kaltgetränke.

Das angebotene Sortiment und die Preisgestaltung obliegt der DGD-Service GmbH; wobei eine Abstimmung mit den Ausführungsverantwortlichen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH erwünscht ist.

Spülküche

Die DGD-Service GmbH übernimmt die Leistungen der Spülküche täglich für das Schmutzgeschirr aller Mahlzeiten. Die Regelarbeitszeiten werden auf die Produktionszeiten der Küche abgestimmt (Ausräumen des Schmutzgeschirrs aus Transportwagen, Entsorgung von Speiseresten in Sammelbehälter, Spülen von Schmutzgeschirr und Besteck sowie Systemteilen, Lagerung von Geschirr und Besteck, regelmäßige Hygienekontrollen und -untersuchungen sowie Desinfektion). Die Abrechnung erfolgt mit einer Monatspauschale.

Menüwunscherfassung

Die DGD-Service GmbH führt die Abfrage der kostformgerechten Menüwünsche bei den Patienten der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH auf folgenden Stationen durch: Diakonie-Seniorenzentrum, Innere Abteilung, Psychiatrische Abteilung, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Tagesklinik sowie Abteilung für medizinische Rehabilitation/Sucht. Die Abfrage erfolgt montags bis freitags zwischen 09:00 Uhr und 11:30 Uhr für den Folgetag. Die Daten

werden spätestens um 11:30 Uhr an die Küche in elektronischer Form übergeben. Die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH stellt hierfür der DGD-Service GmbH ein geeignetes elektronisches System zur Erfassung zur Verfügung sowie eine durch das Pflegepersonal erstellte Liste mit geplanten Neuaufnahmen, Entlassungen sowie nicht zu verpflegenden Patienten. Die Verteilung der Speisepläne erfolgt durch die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH.

Speisenlogistik

- Abholung der systemgerecht zur Verteilung bereitgestellten Speisen an einer definierte Übergabestelle
- Transport zu den definierten Übergabestellen
- Abholung der zum Rücktransport bereitgestellten Speisetransportwagen von den definierten Übergabestellen
- Reinigung der Speisetransportwagen
- Die Bereitstellung geeigneter Transportsysteme erfolgt durch die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH.

Abrufleistungen

Konferenzraumservice/interne Bewirtung:

Die Bewirtung erfolgt in der Regel innerhalb der Öffnungszeiten der Cafeteria/Küche. Die DGD-Service GmbH bewirtet nach vorheriger Bestellung sämtliche interne Veranstaltungen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH. Bei Besprechungen ist eine Bestellfrist von mindestens zwei Tagen zu berücksichtigen. Bei größeren Veranstaltungen sind die erwünschten Leistungen möglichst frühzeitig abzustimmen, mindestens jedoch fünf Werktage im Voraus. Die Abrechnung erfolgt nach tatsächlichem Verbrauch gemäß gültiger Preisliste.

Getränke- und Stationsbedarf

- Warenannahme (Schnittstelle zwischen Lieferant und Auftraggeber)
- Versorgung der Verbrauchsstellen mit Wasser (hausinterner Transport der Wasserkisten)
- Abholung des Leergutes von den Verbrauchsstellen und Sortieren der Ware

Die DGD-Service GmbH stellt für die Stationen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH nach Abforderung Stationsbedarf bereit. Die Bestellung erfolgt über das Bestellsystem. Die DGD-Service GmbH stellt für die Stationen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH nach Anforderung Getränke bereit. Die Abrechnung erfolgt nach tatsächlichem Verbrauch.

Ernährungsberatung

Die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH stellt die Ernährungsberatung der Patienten sicher. Sie berät die Patienten hinsichtlich der verschiedenen Kostformen und Diäten (u. a. Adipositas, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Rheumakost, Osteoporose, Hyperurikämie, Nahrungsmittelallergien, individuelle Essgewohnheiten, Kau- und Schluckstörungen). Mit der Diätassistentin der Rehabilitationsklinik (siehe Punkt 3.6) besteht eine enge Zusammenarbeit.

Kostformen

1. Vollkostformen

- 1) Vollkost in Form der vollwertigen Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)
 - 2) vegetarische Kost
 - 3) mediterrane Kost
 - 4) angepasste Vollkost bei unspezifischen Unverträglichkeiten und gastrointestinalen Erkrankungen (ehemals leichte Vollkost)
 - 5) Besonderheiten bei über 65-jährigen und geriatrischen Patienten
 - 6) Besonderheiten für Schwangere und Stillende
 - 7) interkulturelle Anforderungen
2. Konsistenzmodifizierte Kost
- passierte / flüssige Kost
 - pürierte Kost
 - teilpürierte Kost
 - adaptierte/weiche Kost

Diäten:

- Eliminationsdiäten
- Harnsäurearme Diät
- Cholesterinarme Diät
- Natriumarme Diät, phosphatarme Diät
- Eiweißdefinierte Diäten
- Energiedefinierte Diäten
- Konsistenzmodifizierte Kost

Ernährungsberatungen nach Indikationen:

- Mangelernährung
- Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Krankheiten
 - Übergewicht bzw. Adipositas
 - Diabetes mellitus
 - Dyslipoproteinämien
 - Hyperurikämie und Gicht
 - Herz-Kreislauf-Krankheiten
 - Arterielle Hypertonie
- Gastroenterologische Erkrankungen
 - Gutartige gastroösophageale Erkrankungen
 - Kohlenhydratmalassimilation
 - 1) Laktoseintoleranz
 - 2) Fruktosemalabsorption
 - Glutensensitive Enteropathie (Zöliakie)
 - Lebererkrankungen
 - 1) Nicht alkoholische Fettlebererkrankungen (NAFLD)
 - 2) Alkoholische Steatohepatitis
 - 3) Ernährung bei Leberzirrhose
 - Akute und chronische Pankreatitis

- Reizdarmsyndrom
- Stenosen und Motilitätsstörungen des oberen Gastrointestinaltrakts
- Obstipation
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Divertikelkrankheit
- Nierenkrankheiten
- entzündlich-rheumatischen und orthopädischen Krankheiten
 - Degenerative Gelenkkrankheiten
 - Osteoporose
- Nahrungsmittelallergien
- Essstörungen
 - Anorexia
 - Bulimie
 - Binge Eating

Abläufe der ernährungsbezogenen Maßnahmen:

- Einzelberatungen nach ärztlicher Anordnung → 1-5 Termine individuell nach Bedarf und Erkrankung (30-60 min.)
- Kochkurs → Gruppenweise, 1-2x im Laufe der Therapie
- Infovorträge (Gesunde Ernährung im Alltag) → 1 x jährlich

Qualitätssicherung

Die DGD-Service GmbH strebt eine branchentypische Zertifizierung an. Hierbei beteiligt sie sich aktiv an relevanten QM-Maßnahmen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, an Abstimmungsgesprächen mit den Ausführungsverantwortlichen sowie an nutzerbezogenen Abstimmungen (Gruppenältesten-Sitzung).

3. Leistungsspektrum der Rehabilitationsklinik

3.1 Psychologische Diagnostik

Regelhaft kommt zunächst eine umfassende Aufnahmediagnostik zur Anwendung: ein Screening zur prämorbid und aktuellen Hirnleistungsfähigkeit, spezifische suchtdiagnostische Verfahren zu Vorliegen und Schweregrad der verschiedenen stofflichen Abhängigkeiten, des weiteren klinische Verfahren zur Erfassung von Depressionen, Ängsten und sozialen Kompetenzen sowie eine umfassende Persönlichkeitsdiagnostik. Auch eine ausführliche arbeitsbezogene Diagnostik zu Motivation und selbsteingeschätztem Fähigkeitsprofil wird durchgeführt. Die gesammelten Befunde sind Teil des therapeutischen Zielklärungsprozesses. Nach diesem diagnostischen Block kommt die Basistherapie (Kernstück, vergleiche Punkt 6 Behandlungsansatz) zur Anwendung.

Im weiteren Therapieverlauf findet im Bedarfsfall eine ausführliche klinische sowie auch neuropsychologische Diagnostik zur Überprüfung von beispielsweise Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen statt. Dank der computergestützten Hogrefe- und Wiener-Testsysteme können neben standardmäßig genutzten klinischen, Leistungs- und Intelligenz- sowie Persönlichkeits-Tests nahezu alle auf dem deutschen Markt befindliche (auch fremdsprachige) psychologische Tests durchgeführt werden. Eine klinisch-psychologische Abschlussuntersuchung findet statt.

3.2 Sozialdienst

Der Sozialdienst der Diakonie Krankenhaus Harz GmbH informiert, berät und unterstützt die Patienten (und deren Angehörige) während der Rehabilitationsbehandlung bei sozialen Problemen welche sich im Laufe ihrer Abhängigkeitserkrankung ergeben. Somit ist er eine wichtige Ergänzung zur medizinischen und therapeutischen Versorgung (Begleitung). Unsere Mitarbeiter stellen Kontakt zu Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen, Sozialämtern, Gerichten, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen her, um eine bedarfsgerechte Weiterversorgung des Patienten zu ermöglichen. Weiterhin bietet der Sozialdienst eine Korrespondenz mit inhaftierten Rehabilitationsanwärtern sowie eine Begleitung und Unterstützung in juristischen Belangen. Bei Bedarf ist eine Einleitung in die Schuldnerberatung möglich.

3.3 Physiotherapie

Im Folgenden werden die üblicherweise bei uns zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Anwendungen dargestellt:

Massagetherapie:

- Zug- und Druckreize mit unterschiedlichen Techniken
- Ziel: Lockerung der verspannten Muskulatur und daraus folgende Schmerzreduzierung bzw. Schmerzfreiheit

Krankengymnastik als Einzel- und Gruppenbehandlung:

- befundgerechte Übungsform zur Funktionsverbesserung betroffener Strukturen, Wirbelsäulengymnastik, therapeutische Schwimmgruppen

Manuelle Therapie/physiotherapeutische Schmerztherapie:

- Behandlung von Dysfunktionen am Bewegungsapparat mit dem Ziel des Erhalts und/oder der Wiederherstellung normaler Funktionen in Gelenken und an allen funktionell und strukturell verbindenden Geweben

Elektrotherapie / Zwei- und Vierzellenbäder:

- Anwendung von galvanischem Strom im Teilbad zur Verbesserung der Nervenleitfähigkeit, weitere Reizstromanwendungen

Ultraschalltherapie:

- Nutzung von Schallwellen für Therapie von Muskelverspannungen
- Förderung des Heilungsprozesses bei geschädigten Strukturen

Wärmetherapie:

- Einsatz von Wärmeteilpackungen (Fango) zur Verbesserung der Durchblutung

Inhalationstherapie:

- Einsatz bei Atemwegserkrankungen

3.4 Sporttherapie

Die Therapiedurchführung findet in der Rehabilitation in Sportgruppen statt.

Ziel der Sporttherapie ist die Stabilisierung und der Aufbau physischer und psychosozialer Komponenten. Hierbei stehen neben dem sozialen Lernen, der Verbesserung der Körperwahrnehmung, Wiederherstellung und Aufbau von Gleichgewicht und vielen anderen koordinativen Fähigkeiten, auch die individuelle Steigerung der körperlichen Fitness durch eine Teilnahme am Kraftsport und der Schwimmtherapie, sowie die allgemeine Entwicklung von Kraft-Ausdauer-Schnelligkeit im Vordergrund.

Die Verbesserung der Selbstachtsamkeit, der realistischeren Selbsteinschätzung und Außenwahrnehmung, die Wahrnehmung von Spannung-Entspannung und die Entwicklung eines angemessenen Belastungsempfindens stellen weitere Inhalte der Sporttherapie dar und können auf vielfältige Weise gezielt geschult werden. Das Lernen und Einhalten vereinbarter Spielregeln, das sportliche faire Auseinandersetzen und der respektvolle und achtsam-wertschätzende Umgang miteinander ist in erlebnispädagogischen Stunden Zielstellung.

3.5 Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation

Die Ergotherapie im Bereich der Reha-Klinik unterteilt sich in verschiedene Bereiche. Die einzelnen Bereiche bieten in unterschiedlicher Form die Möglichkeit, an der Abstinenzfähigkeit und weiteren Therapiezielen zu arbeiten. Das können beispielsweise Förderung von sozialen Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Annehmen von Kritik, Konfliktfähigkeit und aktives sich Hilfe holen sein. Auch Basisarbeitsfähigkeiten wie z.B. Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit und Frustrationstoleranz, die Förderung von berufsspezifischen Fertigkeiten und die Hilfe zur Integration in das Berufsleben können dazugehören. Zur Ausgestaltung unseres ergotherapeutischen Vorgehens siehe vor allem das anhängende Konzept zur beruflichen orientierten Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA, s. Anlage 11a und Anlage 11b).

In den ersten drei bis vier Wochen sind die Patienten im Regelfall in der **Ergotherapie**. Zur Feststellung der vorhandenen Fähigkeiten und zur Umsetzung der daraus folgenden Ziele bieten wir als Medien handwerkliche Techniken an. Das sind z.B. Laubsägearbeiten, Peddigrohrflechten, Seidenmalerei, Töpfern, Makramee, Kupferdruckarbeiten.

Zu einer selbständigen Lebensweise gehören auch Reinigungsaufgaben wie Wischen, Fegen, Fenster putzen u.a. Diese Tätigkeiten können in der **Hauswirtschaft** geübt und umgesetzt werden.

In der **Arbeitstherapie/Bereich Schlosserei** gibt es Tätigkeiten im handwerklichen Bereich wie z.B. Feilen, Schleifen, Schneiden von Gewinden. Im maschinellen Bereich kann z.B. an der Bohrmaschine oder an der Säge gearbeitet werden. Eine weitere Tätigkeit ist das Bedienen der CNC-Maschine.

Auch in der **Arbeitstherapie/Bereich Holzwerkstatt** wird handwerklich (Beiteln, Sägen, Schleifen, Streichen) und maschinell (mit der Bohrmaschine, Schleifmaschine, an der Abrichte, Kreissäge) gearbeitet.

Die Aufgaben in der **Arbeitstherapie/Gartenbereich** bestehen in der Pflege der Pflanzen und Grünflächen, je nach Wetter und Saison. Das können z.B. Mähen des Rasens, Gießen und Umtopfen von Pflanzen, Erstellen von Dekorationen sowie winterdienstliche Tätigkeiten sein.

Die **Arbeitstherapie/Computerarbeitsplatz** teilt sich in zwei Bereiche. Zum einen besteht die Möglichkeit, anhand von verschiedenen Anwendungsprogrammen an den eigenen Fähigkeiten und Schwierigkeiten zu arbeiten und PC-Grundkenntnisse zu erwerben oder aufzufrischen. Schwerpunkte sind hierbei die Textverarbeitung, die Tabellenkalkulation und das Erstellen von Präsentationen. Hierbei wird auf den individuellen Stand des einzelnen Patienten eingegangen. Im zweiten Bereich („Übungsfirma“) werden Grundkenntnisse am PC vorausgesetzt. Aufgaben sind meist projektbezogene Arbeiten wie z.B. das Erstellen der Patientenzeitung, von Kalkulationen und Rechnungen, Internetrecherchen wie das Heraussuchen von Stellenangeboten.

Wer in der **Arbeitstherapie/Cafeteria** eingesetzt ist, hat verschobene Arbeitstherapie-Zeiten, die in einem eigenen Dienstplan zusammen festgelegt werden. Aufgaben sind das Bedienen und Kassieren zu den Öffnungszeiten der Patientencafeteria, Inventur und Aufgeben von Bestellungen sowie Reinigungsarbeiten.

Ein ca. zweiwöchiges **Praktikum** zur Belastungserprobung und zur beruflichen Orientierung wird in Einzelfällen zum Ende der Therapiezeit möglich. Beim externen Praktikum besteht die Möglichkeit, in verschiedenen Betrieben unterschiedlicher Richtungen der Umgebung zu arbeiten. Das können z.B. Firmen im handwerklichen, im kaufmännischen oder im sozialen Bereich sein. Es bestehen Kontakte zu gut 100 Betrieben in der Region. Im Vorfeld gibt es dazu Absprachen, ebenso muss eine Bewerbung erfolgen. Zum Ende wird der Einsatz ausgewertet. Das **Bewerbertraining** gehört nicht zu einem der Ergotherapie-Bereiche, findet aber nach einer therapeutischen Bedarfsklärung in Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung statt. Die Trainingseinheiten umfassen den Prozess von der Selbsteinschätzung über die Berufsorientierung bis hin zur Erstellung von vollständigen Bewerbungsunterlagen. Ziel ist die Bearbeitung des Bewerbungsverhaltens sowie die Vermittlung aktueller Bewerbungsstandards. Dabei werden verschiedene Hindernisse in der Vermittlung berücksichtigt. Es geht darum, eigene Fähigkeiten und die Selbstorganisation möglichst realitätsnah zu fördern. Deshalb wird im Bewerbertraining Wert auf Eigenverantwortlichkeit und eigene Aktivität gelegt.

3.6 Ernährungsberatung, Schulung bei Stoffwechselerkrankung und Lehrküche

Sucht- und ernährungsbezogene Erkrankungen (z. B. Gicht, Leberschädigungen, Adipositas, Pankreatitis, Mangelerscheinungen, aber auch Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten) bedürfen häufig eine angepasste, gesundheitsfördernde Ernährung. Hier wird eine schulende und begleitende Ernährungsberatung durchgeführt und die Kost in Abstimmung mit der Küche angepasst. Bei Essstörungen wird dieser Prozess co-therapeutisch begleitet.

Ein Teil unserer Patienten (ca. 8 - 10 %) leidet an Diabetes mellitus, sowohl diätetisch oder medikamentös behandelt als auch insulinpflichtig. Das Ziel der begleitenden Diabetesberatung ist es, ein Vertrauensverhältnis entstehen zu lassen, in welchem der Patient alle für ihn den Diabetes betreffenden relevanten Themen ansprechen und somit eine Optimierung der Diabeteseinstellung erreichen kann.

Einhergehend mit chronifizierter Alkohol- und Drogensucht kommt es durch Einengung der Interessenssphäre und zunehmender Selbstvernachlässigung zum Abbau von Selbstversorgungs-, aber auch Freizeitkompetenzen, so dass ein größerer Teil der Betroffenen nicht mehr in der Lage oder nicht motiviert ist, sich selbstständig ausgewogen und gesund mit frischen Lebensmitteln zu ernähren. Die Zielstellung des Kochkurses ist eben die Steigerung der Selbstständigkeit durch Erlernen bzw. Wiedererlangen von Basiskompetenzen der Selbstversorgung. Der Kochkurs soll die Patienten befähigen, sich generell und insbesondere in finanziellen Engpässen gesund und ausgewogen zu ernähren. Der Kochkurs findet ergänzend zum übrigen Therapiegeschehen für die therapeutische Bezugsgruppe statt. (siehe Seiten 19/20 Ernährungsberatung)

3.7 Indikationsgruppen

Drogengruppe (regelmäßige Kleingruppe auf einer Station):

Diese findet ergänzend zu den Gruppengesprächen mit den jeweiligen drogenabhängigen Patienten einer Station statt: Thematisch werden besonders die folgenden Inhalte behandelt: Psychoedukation über spezielle Wirkungen und Auswirkungen der jeweiligen Substanz / Zusammenwirken von Drogen und Gefühlen / rückfallauslösende Gründe erkennen und Alternativmodelle entwickeln (Orte, Menschen, Gegenstände, Gefühle, Geld, Zeiten – Liste typischer Konsumumstände bearbeiten) / Sexualität und Drogen / gieriges Verhalten im Alltag / Suchtverlagerung / Umgang mit Alkohol / Feedbackrunden: wo erkenne ich beim anderen süchtiges Verhalten

Tabakentwöhnung (intensivierte Aufklärung, Motivationsgruppe, Entwöhnungsgruppe):

Die überwiegende Mehrzahl unserer Reha-Patienten (>75%) sind Raucher und neben ihrer sonstigen stofflichen Abhängigkeit tabakabhängig.

Erfahrungsgemäß hat Rauchen einen komorbiden Verstärkereffekt auf die bei unseren Reha-Patienten vorhandene, vorrangig empfundene stoffliche Abhängigkeit, da beide Süchte einander bedingen und aufrechterhalten. Das Weiterrauchen gefährdet durch die Aufrechterhaltung des Abhängigkeitsmusters die Suchtmittelabstinenz beim Raucher. Dagegen hat sich gezeigt, dass Nichtraucher 12 Monate nach der Reha-Maßnahme deutlich bessere Abstinenz-Erfolge aufweisen als Raucher. Hierbei erweist sich als Abstinenz-Ressource, dass rauchende Patienten ihre Suchterfahrungen auf die Tabakentwöhnung übertragen können.

Tabakentwöhnung ist somit ein notwendiger Behandlungsbaustein im Gesamt der stationären Suchtbehandlung. Das Programm zeitigt einen positiven Verstärker- und Mitnahmeeffekt bei den teilnehmenden Patienten durch Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung für ihr Ziel einer „zufriedenen Abstinenz“.

Das Rauchfrei-Konzept der Reha-Klinik zielt auf die Gruppe der rauchenden Suchtpatienten und wird laufend indikativ von nichtrauchendem Personal durchgeführt.

In einem Arztvortrag wird Fachwissen im Sinne einer intensiven Aufklärung zur Tabakabhängigkeit und deren Folgen vermittelt. Es werden neben den negativen Aspekten auch positive körperliche Veränderungen, die nach Tabakabstinenz beobachtet wurden, erläutert. Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie die verschiedenen therapeutischen Ansätze zum Erreichen der Tabakabstinenz werden vorgestellt. Anschließend wird in einer Motivationsphase für alle rauchenden Patienten eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten angeregt. Die Patienten, welche sich zur Tabakabstinenz entscheiden, werden in einer Entwöhnungsphase bei der Umsetzung dieses Ziels individuell begleitet und unterstützt.

Gruppe für Medikamentenabhängige:

Die im Vordergrund stehenden Medikamentenabhängigkeiten beziehen sich auf opiathaltige Schmerzmittel, Benzodiazepine und Z-Drogen. Daneben gibt es den allgemeinen medikamentösen Missbrauch, das heißt Stoffe die nicht grundsätzlich eine körperliche Abhängigkeit erzeugen, werden im Sinne der seelischen Abhängigkeit wahllos, zu häufig oder im Übermaß konsumiert. Neben der Behandlung von Entzugserscheinungen, Angst und weiteren exazerbierten Symptomen bei Konsumverzicht, müssen spezifische Handlungsalternativen zum gewohnten Konsum erarbeitet werden. Verzicht auf seelische Regulation durch Medikamente sowie Akzeptanz von Stresssymptomen müssen integriert werden. Bei iatrogen erzeugter Abhängigkeit muss zudem eine besondere Frustration bewältigt werden, da die Schuldfrage, die bei Suchterkrankungen regelmäßig gestellt wird hier auch in Richtung behandelnder Arzt und Gesundheitssystem zielt und damit ein nachvollziehbares Misstrauen auf die aktuellen Behandler übertragen wird. Gleichwohl muss an die Selbstverantwortung des Patienten für seine Erkrankung erinnert werden, unabhängig davon wie sie erworben wurde. Themen in der Gruppe der Medikamentenabhängigen sind also alternative Handlungsweisen, Integration von Verzicht, Integration von aggressiven Gefühlen und Symptomen, Klärung und Ordnung bei Fehlverhalten, Inkompetenz und Vertrauensbruch, sowie Umgang mit Aggressionen bei schuldhafter Verantwortungsfragestellung. Perspektivenwechsel, Umdeutung von Kausalitäten und Umgang mit bereits entstandener Bitterkeit (Weisheitstherapie) kommen zur Anwendung.

Indikationsgruppen Spielsucht:

Nicht selten liegt neben der stofflichen Abhängigkeit eine Automaten-Glücksspiel- oder auch eine PC-Spiel/Internet-Abhängigkeit vor. Da sich beide nicht-stofflichen Abhängigkeiten in ihrer Erscheinungsform und auch ihrem - durch die Störung verursachten - Leidensdruck erheblich voneinander unterscheiden, werden zwei unterschiedlichen Gruppen im Abstand von je 1 bis 2 Wochen durchgeführt. Darin werden die jeweilige Suchtentwicklung, die Hintergründe, Ursachen, aufrechterhaltende Bedingungen und umfeldbezogene Faktoren besprochen und bearbeitet. Außerdem werden Strategien der Rückfallprävention bedacht und eingeübt.

Gruppentraining sozialer Kompetenz/Selbstsicherheitstraining:

Der Abschied vom bzw. Verzicht auf das Suchtmittel ist in jedem Fall mit Ängsten und aufkommenden Unsicherheiten verbunden, die bisher durch das Suchtmittel gedeckelt waren. Die alleinige Abstinenz vom Suchtmittel bedeutet nicht automatisch das Vorhandensein sozialer Kompetenzen zur Abstinenzfähigkeit, diese müssen erst (wieder) antrainiert werden. Es geht um den Aufbau von selbstsicherem Verhalten, das bisher durch Suchtmittelkonsum künstlich „geschaffen“ bzw. zumindest als solches empfunden wurde. Kernziel selbstsicheren Verhaltens sind die Durchsetzung bestimmter Rechte sowie die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen, die einem zustehen, ohne dabei die Rechte anderer Menschen zu verletzen. Es geht also nicht darum, möglichst effektiv seine Ellbogen einzusetzen, sondern um das Erlernen einer angemessenen Selbstbestimmung unter Mitberücksichtigung der Interessen und Ansichten der Mitmenschen. Das Training hat zum Ziel, dass durch die Sucht geschwächte Selbstbewusstsein wieder aufzubauen, damit der Patient nach der Therapie auch ohne die Krücke seines Suchtmittels im oft recht unangenehmen Alltag besser zurechtkommt.

Gruppe für Selbstwahrnehmung und -umgang bei schweren Persönlichkeitsstörungen (DBT): Persönlichkeitsstörungen insbesondere vom emotional instabilen Typus, aber auch andere gehen einher mit einer verminderten Wahrnehmung eigener innerer Zustände und Spannungen sowie auch einer verminderten Empathiefähigkeit. Die Selbststeuerung ist oft eingeschränkt. Stattdessen ist das Verhalten von inneren Impulsen bestimmt, die vom Betroffenen als nicht kontrollierbar erfahren werden.

In dieser Indikationsgruppe kommt das Verfahren der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) nach Linehan zur Anwendung. Thematisch werden folgende Themen in Theorie und Praxis behandelt.

Was sind Skills und wo können sie helfen / Spannungskurve: sich selbst vertieft wahrnehmen, dabei Veränderbarkeit und eigene Handlungsoptionen erkennen / Achtsamkeit und Stresstoleranz / Umgang mit Gefühlen / Selbstwertstabilisierung / Notfallkoffer: welche Skills kann ich einüben, damit ich diese in kritischen Situationen zur Verfügung habe?

Weiterhin werden zwischenmenschliche Skills und Anticraving-Skills vermittelt. In diese Schulungsprozesse ist das Pflegepersonal integriert, da dort üblicherweise der Erstkontakt zwischen den in Krise geratenen Patienten und dem therapeutischen Personal stattfindet.

Psychoedukation:

Für Patienten die eine Komorbidität aufweisen, erfolgt eine entsprechende Psychoedukation zum besseren Verständnis des erworbenen Störungsbildes (z.B. psychotische Erkrankungen). Frühwarnzeichen werden gemeinsam herausgearbeitet, ein Hilfeplan wird erstellt. Grundsätzlich soll damit der Patient sein Befinden und seine Symptomatik besser verstehen, damit der Therapieerfolg im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung gewährleistet sein kann. Dafür finden wöchentliche Termine überwiegend im Gruppensetting statt. Bei Bedarf werden auch Einzeltermine angeboten.

Traumabewältigung (bei gesonderter Indikation):

Auch hier können die Methoden des DBT zur Anwendung kommen. Zusätzlich zum Skillstraining bzw. noch vorhergehend werden Imaginationsübungen sowie die Technik des „Sicheren Ortes“ vermittelt. Dies geschieht auch deshalb, da zur nachhaltigen Krankheitsbewältigung primär die Entwicklung der Abstinenzfähigkeit im Fokus der Therapie stehen muss. Eine stabile

Abstinenzfähigkeit ist oftmals Voraussetzung, um sich einer emotional belastenden Traumabewältigung stellen zu können. Entsprechend kann hier auch mittel- bis langfristig eine weiterführende Traumatherapie nach erfolgter Rehabilitation vorbereitet werden.

Gruppe für Schmerzpatienten:

Die im Vordergrund stehende Suchterkrankung führt häufig zu defizitärer Selbstfürsorge mit der Folge schmerzhafter Suchtfolgeerkrankungen und weiteren exazerbierten Schmerzsymptomen bei Konsumverzicht. Aufgrund der eingeschränkten pharmakologischen Behandlungsoptionen müssen spezifische Handlungsalternativen zum gewohnten Konsum, der die Schmerzwahrnehmung unterdrückt hat, erarbeitet werden. Bei iatrogen erzeugter Abhängigkeit muss zudem eine besondere Frustration bewältigt werden, da die Schuldfrage, die bei Suchterkrankungen regelmäßig gestellt wird, hier auch in Richtung Behandler übertragen wird. Gleichwohl muss an die Selbstverantwortung des Patienten für seine Erkrankung erinnert werden. Themen in der Gruppe der Schmerzpatienten sind also alternative Handlungsweisen, Integration des Schmerzes, Auswege aus der Schmerzvermeidungsspirale mit Wiedererlangen der Selbstwirksamkeit. Perspektivenwechsel, Umdeutung von Kausalitäten und Integration körperlicher Einschränkungen kommen zur Anwendung.

Körpertherapie:

Körpertherapeutische Elemente sind für Patienten gedacht, die einen eingeschränkten Zugang zu ihren Emotionen entwickelt haben. Im Sinne einer Schutzfunktion entstand bei den Patienten eine Art „innere Isolation“, die dazu führte, dass Gefühle nur sehr eingeschränkt wahrgenommen werden können. Diese Entfremdung vom eigenen Körper äußert sich in mangelndem Umgang mit (eigenen) Grenzen, einer verminderten Schwingungsfähigkeit im emotionalen Bereich sowie einem distanzierten Umgang mit anderen Menschen.

Die KT soll diese Dysfunktion auflösen die Vertrautheit mit sich selbst erhöhen. Durch Kontakt zu sich selbst soll der Patient lernen, Emotionen wieder zu entdecken. Damit hat er eine Chance, gerade die im Hintergrund einer Suchtproblematik befindlichen Fehlregulierungen alternativ zu besetzen und zukünftig wieder gesünder mit sich umzugehen. Entsprechend der Ausprägung der körperlichen Distanz wird der Patient durch gezielte Körperwahrnehmungsübungen mit sich selbst in Kontakt gebracht. Übungen zur Entspannung und Kontemplation bieten die Basis für konfliktorientiertes Arbeiten. Dabei erhält der Patient die Möglichkeit, seine Gefühle differenzierter wahrzunehmen und auszuleben.

Kommunikative Bewegungstherapie:

Die KBT nutzt Körperbewegung und Körpersprache als therapeutisches Mittel. Im Vordergrund steht auch hier die Körperwahrnehmung. Es geht in dieser Therapie um das Erkennen von Stärken und Kompetenzen, um eine Auseinandersetzung mit eigenen Schwächen und um das Ausprobieren von neuen Verhaltensweisen. Die Übungen fördern die Selbst-Wahrnehmung, die Ich-Erfahrung, die Auseinandersetzung mit sich selbst, die Entscheidungsfähigkeit im sozialen Kontext, Vertrauen sowie Ausdruck von Emotionalität und Kreativität.

Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson:

Suchtpatienten haben gelernt, nach Bedarf Entspannung durch den Konsum von Suchtmitteln zu erreichen. Wenn Abstinenz gelingen soll, brauchen die Patienten ein „Alternativ-Programm“ zur Entspannung. Dieses wird ihnen während der Reha verpflichtend angeboten.

Das Prinzip der Progressiven Muskelentspannung besteht darin verschiedene Muskelpartien anzuspannen und nach kurzer Zeit wieder zu entspannen. Durch den Kontrast der kurzfristigen Muskelspannung und nachfolgender Entspannung nimmt der Teilnehmer die eintretende Entspannung wesentlich intensiver wahr. Ziel ist es, darüber eine vertiefte Entspannungsfähigkeit zu erzielen und Eigenerfahrungen zu sichern.

Antigewalttraining:

Die Sozialisation unserer Patienten gestaltete sich oftmals schwierig. „Broken-Home“ Situation in der Herkunftsfamilie sowie die erlebte Brüchigkeit menschlicher Bindungen lassen den sozialen Erfahrungsraum kleiner werden. Vielen fällt es schwer, positive Kontakte zu anderen aufzunehmen, sich in Gruppen einzufügen, aufeinander zuzugehen, sich zurück zu nehmen und Konflikte konstruktiv auszutragen.

Das Erlernen eines angemessenen Umgangs mit den eigenen Gefühlen spielte oftmals keine ausreichende Rolle. Fertigkeiten, die der Patient erwerben muss, um seine Wut und seine aggressiven Impulse beherrschen zu lernen und befriedigende Beziehungen zu anderen aufzunehmen und aufrecht erhalten zu können, sollen entsprechend eingeübt oder wieder erlernt werden. Die Fähigkeit und Bereitschaft, konstruktives Konfliktlöseverhalten zu praktizieren, wird vermittelt, um in Zukunft nicht mehr von den „Gesetzen“ einer durch Suchtmittelkonsum bestimmten Peergroup beeinflusst zu werden.

Aggressive Verhaltensmuster, die bisher in Stress-Situationen zur Verfügung standen und die „negative Konsequenzen“ eingebracht haben, sollen überwunden werden. Es werden neue Möglichkeiten im Umgang mit Gewaltvermeidung, dem Erlernen neuer und positiver Verhaltensmuster sowie eine Verbesserung der Impulskontrolle erlernt.

Verkehrswacht / Informationen zur MPU:

Im psychoedukativen MPU-Vortrag wird umfassend über Inhalt und Ablauf der medizinisch-psychologischen Untersuchung informiert. Des Weiteren werden Informationen über notwendige Schritte bei der Beantragung der Neuerteilung eines Führerscheins vermittelt. Zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den Hintergründen des eigenen Führerscheinentzuges soll angeregt werden.

Lese-/Rechtschreibkurs:

Die Sucht hat viele Defizite hervorgebracht und dadurch wichtige Lebensqualitäten in den Hintergrund gerückt, wie z. B. eine ausgewogene Rechtschreibung und Lesetätigkeit. Das Anliegen des LRS-Kurses besteht für die Patienten darin, durch eine verbesserte Rechtschreibung wieder ohne Hemmungen Formulare auszufüllen und Schriftverkehr zu tätigen. Durch Wiederholung und Festigung der deutschen Grammatik anhand von Arbeitsblättern und Übungsaufgaben soll die Rechtschreibung verbessert werden.

Der LRS-Kurs wird einmal wöchentlich für 90 Minuten angeboten. Der Kurs stärkt das Selbstbewusstsein und fördert das Gehirntaining. Ebenfalls wird die Lust zum Lesen eines Buches geweckt und gefördert.

Kognitives Training / Hirnleistungstraining:

Nach Hirnschädigungen (z.B. durch Schlaganfall, Unfall, Alterungsprozesse oder auch insbesondere nach fortwährender Vergiftung durch Suchtmittelkonsum) treten häufig kognitive Störungen auf. Auffallend und alltagsrelevant gestört sind bei unseren Suchtpatienten insbesondere Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen.

Aufmerksamkeitsleistungen sind Basisleistungen, eine diesbezügliche Störung führt zu starken Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Andersherum kann eine intakte Aufmerksamkeit helfen, viele Defizite zu kompensieren.

Insbesondere bei Alkoholabhängigen, aber auch bei Medikamenten-, Opiat-, Crystal- und Cannabisabhängigen kommt es infolge Suchtmittelkonsums zu Störungen des Arbeitsgedächtnisses und der Konsolidierungsprozesse für die Festigung der Gedächtnisinhalte im Langzeitgedächtnis. In schweren Fällen kommt es zur Ausbildung eines amnestischen Psychosyndroms (Korsakow-Syndrom), bei dem insbesondere neue Gedächtnisinhalte nicht mehr abgespeichert und abgerufen werden können.

Ziel ist die Verbesserung bzw. die Wiederherstellung der kognitiven Leistungsfähigkeit in den jeweils beeinträchtigten Leistungs-Bereichen. Das Training erfolgt mit Hilfe eines neuropsychologischen Trainingsprogramms.

Die Zielerreichung wird zum einen über den Ergebnismonitor des genutzten Programms Reha-Com erfasst, zum anderen aber auch über eine Hirnleistungsdiagnostik gegen Ende der Therapie.

Die Durchführung erfolgt in halbstündigen Einzelsitzungen 2 – 3 mal wöchentlich in einem abgeschlossenen Trainingsraum, der für die psychologisch-technische Assistentin einsehbar ist, sodass bei Bedarf Unterstützung erfolgen kann.

Kurse für Sinn- und Werteorientierung:

Die Lebenskunst-Veranstaltungen sollen Möglichkeiten aufzeigen, das Leben besser zu gestalten. Es geht um Beziehungen allgemein, darum, Unterschiede nicht nur als Belastung, sondern auch als Bereicherung zu erleben, um die Frage nach einem konstruktiven Umgang mit Konflikten und das schwierige Thema, ob und wie wir anderen vergeben. Es geht um Dankbarkeit ebenso, wie um die Frage, wie ausdauernd wir daran arbeiten, zufrieden zu leben.

3.8 Angeleitete Freizeitangebote und Erlebnispädagogik

Die Erhöhung ihrer Lebensqualität durch sinngebende und erfüllende Freizeitgestaltung ist für Suchterkrankte ein wichtiger Bestandteil in der Abstinenzerrreichung. Mit unseren Therapieangeboten wollen wir unsere Patienten zu einer aktiven, eigenverantwortlichen Freizeitgestaltung motivieren und sie unterschiedliche Möglichkeiten einer Freizeitgestaltung ohne Suchtmittel erleben lassen.

Ein Erlebnis- und Freizeitpädagoge trifft sich regelmäßig mit den freizeitverantwortlichen Patienten jeder Gruppe, reflektiert die bisherigen Aktivitäten, sammelt und vermittelt Vorschläge, welche wiederum in den Gruppen besprochen und umgesetzt werden sollen. Dieser Prozess zunehmender Verhaltens- und Erlebnisaktivierung wird unterstützt durch einen Freizeitpass, den jeder Patient erhält. Darin werden die eigenen Aktivitäten festgehalten, sodass auch eigene Fortschritte und Vorlieben erkannt werden können.

Musik-, Literatur- und Spieleabend sind angeleitete Freizeitangebote in der Gruppe. Im Vorfeld dieser wöchentlichen Termine sind die Patienten angehalten, eine Auswahl von Liedern und Gesellschaftsspielen zu treffen, um miteinander aktiv zu werden. Der Literaturabend wird nach der Suche eines Themas innerhalb der Gruppe von einzelnen Patienten inhaltlich vorbereitet und innerhalb der Gruppe vorgetragen. An der anschließenden Diskussion sind alle Gruppenmitglieder aktiv beteiligt.

Die Patienten-Cafeteria lädt unsere Patienten zum Verweilen in ihrer Freizeit ein. Neben kalter und warmer Getränke können sie hier Eis, kleine warme Speisen und Süßigkeiten erhalten.

Die interne Bibliothek bietet unseren Patienten die Möglichkeit, Bücher unterschiedlichster Genre auszuleihen.

Mobile Freizeitgestaltung ist durch unsere Fahrrad-Ausleihe möglich. Für dieses Angebot stehen etwa 30 geländefähige Fahrräder und das dazugehörige Sicherheitspaket zur Verfügung. Für die geplante Fahrstrecke können unsere Patienten über ein Bestellsystem das entsprechende Fahrrad ordern. Eine angrenzende Reparaturwerkstatt gewährleistet die Betriebsbereitschaft der Fahrräder und dessen Zubehör.

Weitere Angebote sind die Teilnahme an Vorträgen, Konzerten und Kunstausstellungen im benachbarten Diakonissen-Mutterhaus, ebenso auch der Besuch der sonntäglichen Gottesdienste und anderer Gemeindeaktivitäten. Durch Aushänge und mündliche Einladungen wird über diese Möglichkeiten informiert.

3.9 Möglichkeiten zur eigenen Freizeitgestaltung

Die Klinik liegt mitten im Harz in einer wunderbaren Natur- und Kulturlandschaft. Somit bietet sich eine Fülle von Ausflugsmöglichkeiten wie historisch oder geologisch-technisch interessante Orte oder einfach beeindruckende Aussichtspunkte von den Bergen und Klippen in näherer Umgebung. So sind Ausflüge mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, Wanderungen oder Radtouren zu Burgen, Schlössern, Wüstungen und Ruinen, als auch Tropfsteinhöhlen, Schaubergwerke, Tagebaue, Talsperren oder Museen möglich. Eine Fahrt mit der Harzer Schmalspurbahn oder ein Aufstieg auf den 1142m hohen Brocken sind weitere nennenswerte Ziele. Der Reha-Wanderpass unserer Einrichtung unterstützt und motiviert Interessierte bei ihrer Auswahl.

In der Klinik selbst bestehen vielfältige Möglichkeiten der sportlichen Freizeitgestaltung. So kann direkt im Haus die Kegelbahn genutzt werden. In der Sporthalle und im Gymnastikraum sind Federballspielen, Tischtennis oder die regelmäßige und individuelle Nutzung von Fahrradergometern oder Crosstrainer möglich. Eine Volleyball- oder Fußball AG lädt zur gemeinschaftlichen Teilnahme ein. Es steht ein hochmoderner Kraftsportraum zur Verfügung. Am nahe gelegenen Campingplatz ist in den Wintermonaten eine Ski- oder Schlittenausleihmöglichkeit gegeben.



4. Indikationsspektrum und Rehabilitationsdauer

Zielgruppen für die stationäre Rehabilitation sind Frauen und Männer ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, die Abhängigkeitserkrankungen aufweisen. Die Primär Diagnosen finden sich im Bereich Alkoholabhängigkeit (F10.2), Medikamentenabhängigkeit (F13.2; F11.2) und Drogenabhängigkeit (F11.2; F12.2; F14.2; F15.2). Mediensüchte und Glücksspielsucht (F63.0) werden indikativ begleitend behandelt. Alle Suchtfolgeerkrankungen und bestehende Komorbiditäten werden mit den Kooperationspartnern (im Vordergrund stehen hier Innere

**Abteilung und Psychiatrische Abteilung des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode) mitbe-
reut. Unsere Aufschlüsselung der Betten auf die Fachabteilung Alkohol/Medikamente und
illegale Drogen beträgt 60 zu 40 %.**

Körperliche Schäden, Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, somatoforme Störungen
sowie Persönlichkeitsstörungen werden als rehabilitationswürdige Zusatzdiagnosen mitbe-
handelt, soweit innerhalb des vereinbarten Entgelts möglich.

Akute Psychosen, Suizidalität und Eigengefährdung sowie infektiöse Erkrankungen sind zu-
nächst als Kontraindikationen für eine Behandlung in unserer Einrichtung zu sehen. Dies be-
deutet, dass bei Vorliegen eines solchen Rehabilitationshemmnisses im multiprofessionellen
Team geprüft wird, ob die Behandlung in unserer Einrichtung möglich ist oder nicht. Grund-
sätzlich bieten wir nach Einzelfallprüfung Therapiemöglichkeiten für:

- Körperbehinderte
- Patienten mit psychomentalen Einschränkungen nach Psychose
- Patienten mit Psychose im Stand der medikamentös erreichten Teil-/Remission
- Patienten mit passageren psychotischen Episoden
- Patienten mit längerer Hafterfahrung

Die Dauer der Therapiezeit richtet sich nach der Art der stofflichen Abhängigkeit und nach den
jeweiligen Modalitäten des Kostenträgers des einzelnen Versicherten. Im Regelfall gilt, dass
eine Langzeitentwöhnungstherapie für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten 12 -
15 Wochen dauert, für drogenabhängige Patienten 26 Wochen. Zudem werden bei entspre-
chender Indikation Kurzzeittherapien mit einer Dauer von 8 Wochen durchgeführt. Die Be-
handlungszeit in der Adaptionphase beträgt zusätzlich 11 - 12 Wochen. In Abstimmung zwi-
schen Patient, therapeutischem Team und Kostenträger kann in Einzelfallentscheidung eine
Verkürzung oder Verlängerung der Therapiezeit durchgeführt werden. Umwandlung in gan-
ztätig ambulante Therapie (siehe Anlage 10a) oder ambulante Therapie (siehe Anlage 10b) ist
grundsätzlich nach Bewilligung durch Kostenträger möglich.

5. Krankheitsverständnis und wissenschaftliche Grundlagen

Der suchtkranke Mensch ist in allen relevanten Bezügen seines Lebens gestört. Entsprechend
der Krankheitsentwicklung können verschiedene Phasen beschrieben werden. Beim chronisch
Suchtkranken sind im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses alle Lebensberei-
che sichtbar betroffen. Der therapeutische Schwerpunkt liegt neben medizinischer Betreuung
vor allem in der Behandlung der seelischen Fehlfunktionen und in der ordnenden Hilfe im so-
zialen und beruflichen Feld (BORA-Konzept, Anlage 11a und 11b).

Wir gehen beim Suchtkranken von einer sekundären, suchtmittelinduzierten Ich-Störung aus.
Diese stellt sich in Form einer regressiven Entwicklung in eine unreife, frühe Ich-Organisation
dar. Die sekundäre Fehlentwicklung findet auf der Vorgabe der primären Ich-Strukturierung
mit den dazugehörigen Defiziten statt.

Der suchtkranke Mensch weist also ein überdurchschnittlich hohes Maß an unreifen Zügen auf. Er hat Kompetenzen und Möglichkeiten entweder nicht entwickelt oder durch Suchtmittelgebrauch verloren. Nicht alle Möglichkeiten, sowohl kognitiv, emotional als auch psychosozial zu reagieren, sind hierbei abhandengekommen. Je nach primärer Persönlichkeitsstruktur, nach biographisch erworbenen Lebensgestaltungsmöglichkeiten und dem zeitlichen Verlauf der Suchtentwicklung ergibt sich ein stark variierendes Muster selektiver Lebenskompetenzen mit unterschiedlichem Regressionsgrad. Insbesondere Patienten mit sehr frühem Konsum, etwa zu Beginn der Pubertät, weisen geradezu bizarre Muster auf, was vorhandene und fehlende Wertesysteme, Kompetenzen und Handlungsmuster betrifft.

Entsprechend der hier beschriebenen Unterschiede in den Defiziten der Ich-Organisation finden sich bei jedem Patienten auch individuelle Regulierungsmöglichkeiten und autoregulative Stabilisierungsvorgänge. Dieses sind potentielle Kompetenzen, die im suchtzentrierten Leben nicht mehr wirksam oder nutzbar waren, im Rahmen der Genesung und Behandlung aber wieder aktiv werden können.

Da der Suchtkranke sein Suchtmittel dazu benutzt, sich seelisch so zu regulieren, dass eine tiefe Ich-Harmonisierung erreicht wird, d. h., dass er in stark regressiver Weise Bedürfnisbefriedigung betreibt, ergibt sich trotz äußerlich sehr ähnlich anmutenden Konsummustern und Substanzen immer eine individuelle, lebensgeschichtlich bedingte, funktionelle Komponente.

Grundsätzlich erlebt sich jeder Mensch mit Möglichkeiten und Defiziten ausgestattet, d. h. immer auch inkomplett, nicht heil. Eine bewusste oder unbewusste Sehnsucht nach Ganzheit, Vollversorgung, Geborgenheit, also „Ich-Harmonie“, mobilisiert eine stetig wirksame und teilweise sehr kreative Kraft, die auf ein Ganzes, Heiles, ausgerichtet ist. Wird durch eine tiefgreifende Erfahrung mit einem Suchtmittel eine relativ hohe innere Stimmigkeit dieser Art erzeugt, besteht die Gefahr, dass sich der Betroffene wiederholt und in kürzeren Zeitabständen dieses Erleben durch Suchtmittel wiederherstellt und kreativere Alternativen vernachlässigt. Im psychoanalytischen Denken wird Sucht deshalb auch mit Begriffen wie „Mutterersatz“, das „verlorene Paradies“, die „gute Brust“ oder in anderer Weise als das „nur gute Teilobjekt“ bezeichnet.

Da also die kreative Gestaltung der oben beschriebenen sehnsüchtigen Kraft im Suchtmittelkonsum gleichsam übersprungen wird, findet eine bequeme, regressive Selbstversorgung statt. Bei innerer Verwöhnung kommt es zur Verstärkung durch Erfahrungswiederholung im Sinne der Konditionierung. Die eigenen seelischen Kompetenzen werden zunehmend schwächer. Die außerpersönliche Befindlichkeitsregulierung durch das Suchtmittel, und damit Vermeidung, Verschiebung und Verleugnung, werden anstatt konstruktiver Lebensbewältigung eingesetzt. Anstatt das Leben zu gestalten, Konflikte zu klären, Spannung und Frustration auszuhalten, sich selbst zu explorieren und zu reflektieren, wird das Suchtmittel benutzt, nicht um das Problem zu bewältigen, sondern die Missempfindung, die durch das Problem hervorgerufen wird, zu beseitigen.

In dieser regressiven Ich-Organisation werden frühe Fixierungen auf das „nur gute Teilobjekt“ aktiviert. Weniger kompetente psychosoziale Fähigkeiten bestimmen die innerseelischen Abläufe. Objektkonstanzen werden gelockert. Affektkontrolle wird reduziert. Die Bedürfnisbefriedigung wird zunehmend regressiv organisiert. Oral, narzisstische Elemente werden verstärkt gelebt. Ängste werden vermehrt somatisiert. Die Realitätsprüfung wird schwächer.

Das Suchtmittel übernimmt die Hauptfunktion im Bereich der Ich-Stabilisation, es induziert zugleich kontinuierliche Ich-Schwächung. Defizite sowie unangenehme Gefühle wie Angst und Scham werden über den Suchtmittelkonsum bewältigt.

Im Laufe einer Suchtkarriere werden diese Defizite und Gefühle vom Betroffenen immer tiefer empfunden, Konsum von Suchtmitteln wird entsprechend verstärkt.

Durch die toxischen Schäden des Suchtmittels im Gesamtorganismus (vor allem auch hirnnorganisch) werden zudem die Möglichkeiten zur Kompensation geschwächt. Vor allem in der späteren Genesungsphase, d. h. wenn eine willentliche Abstinenzmotivation vorliegt, erschweren diese Einschränkungen die Bearbeitung der seelischen Hauptstörung.

Über einen langen Zeitraum wird die Beziehung zum Suchtmittel also als die zentrale lebe-
gestaltende Komponente in der Lebensorganisation. Alle anderen Beziehungen und Belange
werden ihr untergeordnet. *Wanke nach Soyka* formuliert: „**Sucht ist ein unabweisbares Ver-
langen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem werden die Kräfte des Verstandes
untergeordnet.**“

In der chronischen Phase der Sucht kommt es zu einer Destabilisierung des suchtzentrierten
Ich- und Beziehungssystems. Das Ausmaß der sichtbaren und erlebten Störung wird so groß,
dass das beschriebene innere Bewältigungssystem (basierend auf Vermeidung, Verleugnung
und Verschiebung, s. o.) nicht mehr ausreicht, um den Leidensdruck vom Betroffenen fernzu-
halten. Es findet eine Dekompensation des pathologisch stabilen Systems statt. Der Be-
troffene versteht in einer Mischung aus Einsicht und Leidensdruck, dass er Hilfe benötigt.

Die aktuelle neurobiologische Forschung liefert zur hier formulierten psychodynamischen Beschreibung ein inzwischen als gesichert geltendes naturwissenschaftliches Korrelat. Genetische Faktoren bewirken zwar nicht zwingend eine Suchtentwicklung, begünstigen aber individuell eine solche. Das cerebrale Belohnungssystem wird durch Suchtmittel aktiviert. Neurotransmitter wie Dopamin, Endorphin, Serotonin werden verstärkt bereitgestellt, entweder durch direkte Stimulierung oder durch Hemmung des hemmenden GABA-ergen Systems. Den in diesem Hirnareal positiv erlebten Tätigkeiten wie Sexualität oder Nahrungsaufnahme wird eine an Intensität stärkere Zusatzempfindung hinzuaddiert, die sich konkret an höherer Anzahl ausgeschütteter Neurotransmitter messen lässt und die der oben beschriebenen inneren Stimmigkeit entspricht.

Auf zellulärer Ebene ergibt sich durch die extern erzeugte Erhöhung von belohnenden Botenstoffen ein neurochemisches Ungleichgewicht. Die präsynaptischen Transmitterproduktionen werden zunehmend zurückgefahren, die externe Stimulation wird vorherrschend. Um der inneren Produktionsdrosselung entgegenzuwirken, müssen Dosis und Häufigkeit der externen Zufuhr erhöht werden. Es kommt zur Toleranzentwicklung. Da bei der Reduktion der dopaminergen Synapsen die Alltagsreize keine Wirkung mehr erzielen, wird der Betroffene schon während seiner Konsumphase hinsichtlich allgemeiner Tätigkeiten passiver und in seiner Empfindungsfähigkeit stumpfer. Die einzige Quelle für inneres Wohlempfinden ist das Suchtmittel. Entsprechend zentriert sich die Lebensorganisation im Konsum.

Da viele äußere Reize oder auch eigene Gefühle nicht mehr bewusst wahrgenommen werden, in den psychischen Steuerabläufen aber noch wirksam sind, ist der Konsumierende sozusagen mehr von unbewussten Abläufen bestimmt als ein Nichtkonsumierender. Hierbei ist im unbewussten Bereich durch suchtmittelinduzierte Abläufe selbstverständlich auch das Suchtmittel die vorherrschende Steuergröße. Dies ist dem Betroffenen nicht zugänglich, wohl aber dem Beobachter. Entsprechend sind Rückfälle von außen als vorprogrammiert erkennbar, wobei der Betroffene selbst keine Anzeichen bemerkt. In der Phase dieses „vorbereiteten Rückfalls“ werden scheinbar belanglose und neutral empfundene Umgebungsmerkmale (Bahnhofsuhr, nächtlicher Straßenzug etc.) zu Triggergrößen. Vorfreude oder auch Gier durch Dopaminausschüttung wird ausgelöst, auf neuronaler Ebene wird gleichzeitig die Eigenproduktion eingestellt, vorhandene Botenstoffe werden vorbeugend verstärkt abgebaut. Dieses kurzzeitige Ungleichgewicht wird als unwiderstehliches Verlangen (Craving) erlebt. Die begleitenden Symptome werden als Pseudoentzugssyndrom bezeichnet, da sie den tatsächlichen Entzugssymptomen ähneln. Durch meist jahrelange Bahnung ist hier ein hochautomatischer Steuerkreislauf entstanden, der zielgerichtet in erneuten Konsum lenkt.

Durch die hier beschriebenen Dysbalancen sowohl hinsichtlich endogener Neurotransmitterproduktion und Zufuhr von externen Stimulanzen einerseits und Verschiebungen der Selbstwahrnehmung, der Bewertungskompetenz hinsichtlich Gefühlen andererseits, gehören dysphorische, depressive und Craving-Episoden regelhaft zu jeder Phase der Suchtentwicklung sowie der Suchtbearbeitung.

Jede wiederholt ausgeübte Tätigkeit hinterlässt Spuren und Bahnungen. Diese Vorgänge sind Ursache für die Entstehung eines Suchtgedächtnisses. Die Unumkehrbarkeit einer manifesten Sucht, d. h. die erhöhte Reaktionsbereitschaft auf das Suchtmittel trotz fortgesetzter Abstinenz, ist hierin begründet.

Ein weiterer genetischer Aspekt ist die individuell unterschiedliche Metabolisierung von Suchtmitteln. Beim Alkohol beispielsweise findet sich eine verschieden starke enzymatische Stoffwechselleistung für den Umbau in den toxischen Metabolit Acetaldehyd. Schnellere Metabolisierer weisen rascher eine erhöhte Konzentration hiervon auf. Dieses ist mit psychovegetativen Irritationen (Unwohlsein, Kopfschmerz, Gereiztheit etc.) verbunden und führt in Folge eher zu Konsumreduktion als bei langsamen Metabolisierern. Entsprechend ergibt sich hierbei eine Abhängigkeitsprophylaxe.

Das Suchtmittel wird im Regelfall in organotoxischem Ausmaß konsumiert. Jedwedes Organsystem kann betroffen sein. Zudem ist das Psychovegetativum, und damit der Gesamtorganismus, stets in Mitleidenschaft gezogen. Im Vordergrund finden sich neurologisch-psychiatrische und internistische Krankheitsbilder, durch Selbstvernachlässigung auch orthopädische, dermatologische und stomatologische Schäden.

Wie bereits beschrieben, wird die Beziehung zum Suchtmittel die zentrale lebensgestaltende Komponente im Leben des Suchtkranken. Er löst seine inneren und äußeren Konflikte nicht kreativ und klärend, sondern durch Betäubung. Er hat durch sein suchtzentriertes Denken, Fühlen und Verhalten sozusagen nur noch eine Problemstellung, nämlich die Sicherstellung des Suchtmittelkonsums. Ist diese gewährleistet, ist seine persönliche Welt „in Ordnung“, die Lebensbelange sind „geregelt“. Er entfernt sich mehr und mehr aus seinen Sozialbezügen. Hierbei ist entscheidend, dass er dies nicht primär erleidet. Vielmehr delegiert er seinen Leidensdruck an die Umwelt. Es entsteht die paradoxe Situation, dass der Kranke sich gesund fühlt und die Gesunden an seiner Krankheit leiden. In diesem Phänomen ist sowohl die Vernachlässigung der Beziehungen, Pflichten, Arbeit, der konstruktiven Freizeitgestaltung etc. des Suchtkranken begründet, als auch die Entstehung der Co-Abhängigkeit von Angehörigen und Gesellschaft. Hierbei ist das Muster der primären Ich-Strukturierung bzw. die dort vorhandenen Defizite Vorgabe für die Art der Störung, die im sozialen Gefüge des Betroffenen auftritt. Der Kranke verleugnet seine Krankheit und vermeidet Veränderung. Das ihn umgebende System passt sich dieser Situation an und verhält sich damit ebenfalls abhängig. Die sozialen Folgen der Suchterkrankung sind also Unterordnung aller Personen und Strukturen unter das Diktat des Suchtmittels und zwar genau in dem Ausmaß, in dem die oben geschilderte Anpassung geschieht. Es können also weniger wichtige Beziehungen und Lebensbereiche betroffen sein, oder auch existentielle. Je nach zeitlichem Verlauf und Schwere der Suchtentwicklung liegt also ein individueller Grad an sozialer Verwahrlosung vor.

6. Behandlungsansatz

Die theoretische Grundlage unseres Behandlungsansatzes wird durch die psychoanalytisch-interaktionelle Methodik (Heigl-Evers) und das Selbstmanagementmodell (Kanfer) gebildet. Es soll ein therapeutischer Raum gestaltet werden, in dem der Betroffene Annahme und Konsequenz erfährt. Er soll in den regressiven Bereichen Nachreifung erfahren und dabei Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle erlernen. Auch systemische Ansätze werden bei der Komplexität der Suchterkrankung integriert, insbesondere im Bereich der Angehörigenarbeit (Tagesseminare, Einzelgespräche mit Angehörigen- oder Familiensitzungen).

Um den Patienten kompetent und gezielt einer Bezugsgruppe zuzuführen, wird er eine Woche lang auf der Aufnahmestation mit anderen Therapiebeginnern geführt. In dieser Eingewöhnungszeit ist es möglich, vertieft Diagnostik zu betreiben. Dies betrifft sowohl die Hirnleistungs-, Sucht- und Persönlichkeitsdiagnostik als auch medizinische Aufnahmediagnostik, vor allem aber Verhaltensdiagnostik durch intensive Beobachtung. Patienten mit einem hohen Anteil an Fremdmotivation und ausgeprägtem Ambivalenzkonflikt, sowohl hinsichtlich Krankheitseinsicht als auch Therapiemotivation, können detektiert und einer Motivationsgruppe zugeführt werden, in der mit dem Patienten verstärkt und ganz gezielt am Aufbau von Therapie-, Abstinenz- und Veränderungsmotivation gearbeitet wird. Hirnorganisch und/oder körperlich stark beeinträchtigte Patienten werden gemäß dieser Defizite einer hierfür spezialisierten Gruppe zugewiesen.

Je nach Regressionsgrad (vgl. Krankheitsverständnis) muss der zugewiesene therapeutische Raum also eine unterschiedliche Betreuungs- und Versorgungsintensität aufweisen. Überschaubare Gruppen und ein gemischtes Klientel aus Drogen-, Medikamenten- und Alkoholpatienten bieten hierbei günstige Strukturbedingungen. Die Zusammensetzung ist realitätsnah und es finden sich mehr Übertragungsphänomene und eine größere Projektionsfläche, da durch die unterschiedlichen Stoffgruppen auch Altersstruktur, Weltanschauung, Interessen etc. stärker variieren als in reinen Alkohol- oder Drogengruppen.

Da der Patient gerade im Beziehungsbereich Störungen der Ich-Regulation aufweist, muss der Therapeut in unterschiedlichem Ausmaß und in Anpassung an den therapeutischen Verlauf eine ausgleichende „Hilfs-Ich-Funktion“ übernehmen. Die Beziehung wird hierdurch gesteuert. Gleichzeitig wird durch den Therapeuten in Form eines Vorbilds eine Beziehungsvorgabe gegeben. Zielvorstellungen des Patienten und des Therapeuten werden in Übereinstimmung gebracht. Unrealistische Erwartungen und Befürchtungen des Patienten in Bezug auf Therapeut und Therapie werden geklärt. Die biographisch bedingte Eigenart des Patienten wird gewürdigt und empathisch akzeptiert. Im Schutz dieser Annahme wird Korrektur angeboten. Hierzu bedient sich der Therapeut therapeutischer Interventionstechniken wie dem „Prinzip Antwort“, d. h. er legt in angemessener Weise eigene seelische Reaktionen auf die Art des Patienten offen. Durch die „Hilfs-Ich-Funktion“ bietet der Therapeut alternative Verhaltens-

und Empfindungsweisen an, die der Patient aufgrund seiner unreifen Einseitigkeit (Partialobjektübertragung) nicht zur Verfügung hat. Affektidentifizierung und Affektklarifizierung spielen hierbei eine zentrale Rolle. Die Möglichkeit einer reiferen Form der Objektbeziehung und Wachstum der Autonomie des Patienten ist gegeben. Die Realitätsprüfung, vor allem Antizipationsfähigkeit, Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung, wird verbessert.

In der Gruppensituation ist ein Erkenntnis-, Lern- und Übungsfeld mit zentraler Bedeutung zu finden. Durch die primären Persönlichkeitsdefizite und den Suchtmittelgebrauch ist der Suchtkranke in seiner Ich-Organisation beziehungsgestört. Die Vielschichtigkeit in der Gruppensituation ist zur Behandlung derselben dem Einzelsetting überlegen. Die Alltagssituation wird realistischer abgebildet. Bei bestimmten Themen (meist schuld- oder schambesetzte Bereiche) ist das Einzelgespräch aber aus Schutzgründen indiziert. Die Kombination aus Gruppen- und Einzelpsychotherapie ist deshalb notwendig.

Innerhalb des beschriebenen therapeutischen Raumes mit stabiler Struktur und haltender Beziehung, welche die Selbstwirksamkeit ermöglicht, kommen Elemente aus Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, systemisch orientierter Verfahren, Gestalttherapie sowie Sporttherapie, Entspannungstherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie, Sozial- und Erlebnispädagogik, Psychoedukation mit Informationsvorträgen und systemische Elemente wie Angehörigenseminare zur Anwendung.

Der Behandlungsschwerpunkt liegt in der unmittelbaren Suchtbearbeitung. Dem Patienten muss bewusst gemacht werden, dass er Steuerkräfte in sich hat, die ihn zum Konsum drängen und dass diese bereits zu einem Zeitpunkt wirksam sind, an dem er sie noch nicht wahrnimmt (vgl. neurobiologische Ausführungen im Punkt Krankheitsverständnis und wissenschaftliche Grundlage). Er muss lernen, für diese unbewusste Wirklichkeit Verantwortung zu übernehmen und Bewältigungskompetenz zu entwickeln. Er muss erkennen, in welchen Situationen Ausweichen indiziert ist und in welchen ein Rückfallmanagement angewandt werden kann. Da gemäß der lebenslangen plastischen Transformation des Gehirns keine Löschung, sondern nur Hemmung durch korrigierende Neuerfahrung alter Verhaltensweisen möglich ist, muss in der Therapie eine hilfreiche Bahnung für neues Handeln und auch Denken ermöglicht werden. Genau hier wird die beschriebene Hilfs-Ich-Funktion des Therapeuten (siehe oben) als Orientierung gebendes Vorbild unerlässlich.

Neben der Bearbeitung der sekundären Ich-Störung (Abhängigkeitsentwicklung mit den psychischen Folgen) können auch die primären Defizite der Ich-Struktur bearbeitet werden, da im geschützten Raum vielfältige Möglichkeiten gegeben sind, sich in Kommunikation, Kreativität, Fähigkeiten im Bereich Arbeit und Freizeitgestaltung etc. auszuprobieren.

Der Komorbidität von Schmerzstörung und Suchterkrankung kommt eine besondere Bedeutung zu, da die fehlende Monokausalität und die fehlende ursächliche Heilungsmöglichkeit eine gemeinsame Therapie erfordert. Ein Fünftel der Patienten in Hausarztpraxen leiden unter chronischen Schmerzen, wovon statistisch jeder Vierte im Sinne der Selbstmedikation zu Alkohol greift (siehe Dr. Susanne Meinrenken [2024-22-02](#), Selbstanalgesie mit Alkohol- Ein Teufelskreis aus Schmerzen und Trinken). Umgekehrt berichten 30 bis 60 % der Suchtpatienten von chronischen Schmerzen. Dieser Prozentsatz steigt auf 63 % bei Patienten, die bereits

in einer Suchtklinik behandelt wurden. Bei Opioidabhängigkeit leiden über 70 % an einer chronischen Schmerzstörung. Die neuronale Verschaltung von Sucht und Schmerz bedient sich der gleichen neurobiologischen Achse, sodass der gemeinsame Ansatz der multimodalen Therapie insofern eine entscheidende Bedeutung zu kommt, dass Motivation und Abstinenzfähigkeit deutlich erhöht werden können.

Die medizinische Betreuung wird anhand der Leitlinien evidenzbasierter Medizin durchgeführt. Die medikamentöse Behandlung findet ihren Schwerpunkt in der Flankierung von Craving-Situationen, depressiven Verstimmungen, subpsychotischen Erscheinungsbildern und Schlafstörungen. Spezifische suchtmmedizinische Pharmakotherapie mit Anticraving-Substanzen kommt zur Anwendung, allerdings soll, wenn möglich, der geschützte Rahmen der Langzeitentwöhnungsmaßnahme dazu verwandt werden, dass die Patienten lernen, Konflikte und interpsychische Spannungen auch ohne diese Anticraving-Medikation oder auch supportive medikamentöse Maßnahmen durchzustehen. Alle Behandlungsansätze dieser Art greifen auf die neurobiologischen Erkenntnisse, die im Punkt Krankheitsverständnis und wissenschaftliche Grundlagen skizziert sind, zurück (siehe Punkt 5).

Alle Komorbiditäten, die ein Patient aufweist, seien sie mit der Suchterkrankung assoziiert oder als unabhängige Begleiterkrankung vorhanden, werden ebenfalls gemäß den Leitlinien der evidenzpassierten Medizin mitbehandelt. Hierfür stehen die Behandlungskonzepte im indikativen Bereich zur Verfügung (s. Punkt 3.7). Auch werden Konsiliarbehandlungen durch die Akutabteilungen unseres Verbundes (siehe Punkt 2) umfassend und niederschwellig in Anspruch genommen, aber auch darüber hinausgehend die ambulante und stationäre Versorgung der Region miteinbezogen. Bei Notwendigkeit wird eine stationäre Akutbehandlung im Sinne der Rehaunterbrechung organisiert. Die Übernahme in die stationäre Behandlung durch die Innere Abteilung und Psychiatrische Abteilung unseres angegliederten Akutkrankenhauses ist hierbei komplikationslos möglich und als großer Plusfaktor in unserer Gesamtorganisation zu werten. Ein integratives Notfallmanagement ist organisiert (Anlage 4ff.).

Es finden regelmäßige interdisziplinäre patientenbezogene Fallbesprechungen statt. Die einzelnen Stationsteams treffen sich mehrmals wöchentlich ebenfalls in interdisziplinärer Zusammensetzung. Auch die einzelnen Berufsgruppen (Pflegekräfte, Ärzteschaft, Bezugs-, Ergo- und Sporttherapeuten etc.) treffen sich jeweils wöchentlich zu einem internen fachspezifischen Austausch. Innerhäuslich organisierte Supervision sowie regelmäßige externe Supervision durch einen ausgebildeten Diplom-Supervisor finden statt. Die laufenden Weiterbildungen erfolgen klinikintern wöchentlich und durch Teilnahme an außerhäuslichen Fachveranstaltungen. Neue Mitarbeiter werden einem erfahrenen Mitarbeiter zugeordnet und co-therapeutisch eingesetzt. Grundsätzlich sind die therapeutischen Mitarbeiter auf Stationsebene co-therapeutisch verzahnt.

Im sozialen Bereich wird durch ein qualifiziertes Team von Sozialarbeitern die Klärung der sozialen Belange helfend begleitet (siehe Leistungen Sozialdienst). Im letzten Drittel der Therapie findet Außenorientierung mit Überprüfung der Veränderungen im häuslichen Kontext statt. Vorbereitung auf Entlassung oder Weitervermittlung in den zweiten Abschnitt der medizinischen Rehabilitation (Adaption) wird durchgeführt. Suchtnachsorge, ggf. weitere Maßnahmen wie Psychotherapie, stationäre Nachsorge, fachärztliche Weiterbehandlung, berufliche Wiedereingliederung und angemessene Aktivität und Teilhabe am Leben werden vorbereitet.

Der Erwerbsbezug in der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird nach dem BORA-Konzept der DRV umgesetzt. Es finden sich vier Stufen, bestehend aus Basis-Maßnahmen, d.h. einführende und diagnostische Maßnahmen, Kernmaßnahmen sowie spezifischen Therapieangeboten und Vernetzungsmöglichkeiten in Abhängigkeit der BORA-Klassifizierung. Die Steuerung des erwerbsfördernden Geschehens findet in Zusammenarbeit mit den Patienten und dem arbeitstherapeutischen Personal statt. Die vorliegende Strukturqualität und die dazugehörigen Möglichkeiten, den Prozess zu gestalten, sind konzeptionell in Anlage 11a und 11b beschrieben. Die Verlaufs- und Beurteilungsdokumentation des erwerbsbezogenen Prozesses ist im Entlassbericht abgebildet.

Die Verfassung eines Entlassberichtes über den gesamten Therapieverlauf erfolgt zeitnah. Ein vorläufiges Entlassungspapier mit Diagnosen, Empfehlungen für weitere Maßnahmen, Abschlussmedikation und dem Leistungsprofil, welches sich in seinen Beurteilungskriterien am Modell der internationalen Klassifikation zur Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert, werden dem Patienten zum Entlasszeitpunkt für den weiterbetreuenden Arzt sowie die Arbeitsagentur ausgehändigt.

Die Ergebnisevaluation erfolgt über die Katamnese-Auswertung am Jahresende mit entsprechender Überprüfung der Konzeption und der Therapieerfolgsmaße wie Entlassungsform, Rate der Erwerbstätigkeit und insbesondere Abstinenzrate 1 Jahr nach Beendigung der Therapie.

6.1. Therapieziele

Aus dem formulierten Krankheitsverständnis leiten sich die entsprechenden Therapieziele ab. Grundsätzlich geht es dabei um dauerhafte Abstinenzfähigkeit, seelische Gesundheit, Persönlichkeitsnachreifung, sozialen Kompetenzzuwachs, körperliche Gesundheit, Konditionierung und Stabilisierung sowie den Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Abb. 1 stellt dar, dass nach der medizinischen, sozialtherapeutischen, psychologischen und arbeitsbezogenen Befunderhebung ein Zielklärungsprozess stattfindet, an dem sowohl die ärztlich-therapeutischen Bezugspersonen als auch der Patient selber beteiligt sind. Dieser mündet im Rahmen der Zielbesprechung nach etwa 3 Wochen in einer gemeinsam mit dem Patienten getroffenen Festlegung der Therapieziele und darauf aufbauender indikativer Maßnahmen in allen medizinisch-therapeutischen Bereichen.

Im Therapieverlauf wird primär mit den Therapiezielen gearbeitet, in Form von Fallbesprechungen und Bilanzen wird wiederholt mit dem Patienten reflektiert, wie der therapeutische Prozess verläuft. Am Ende der Therapie hat jeder Patient noch einmal die Möglichkeit, für sich selbst und im Abschlussgespräch zum Zielerreichungsgrad Stellung zu nehmen.

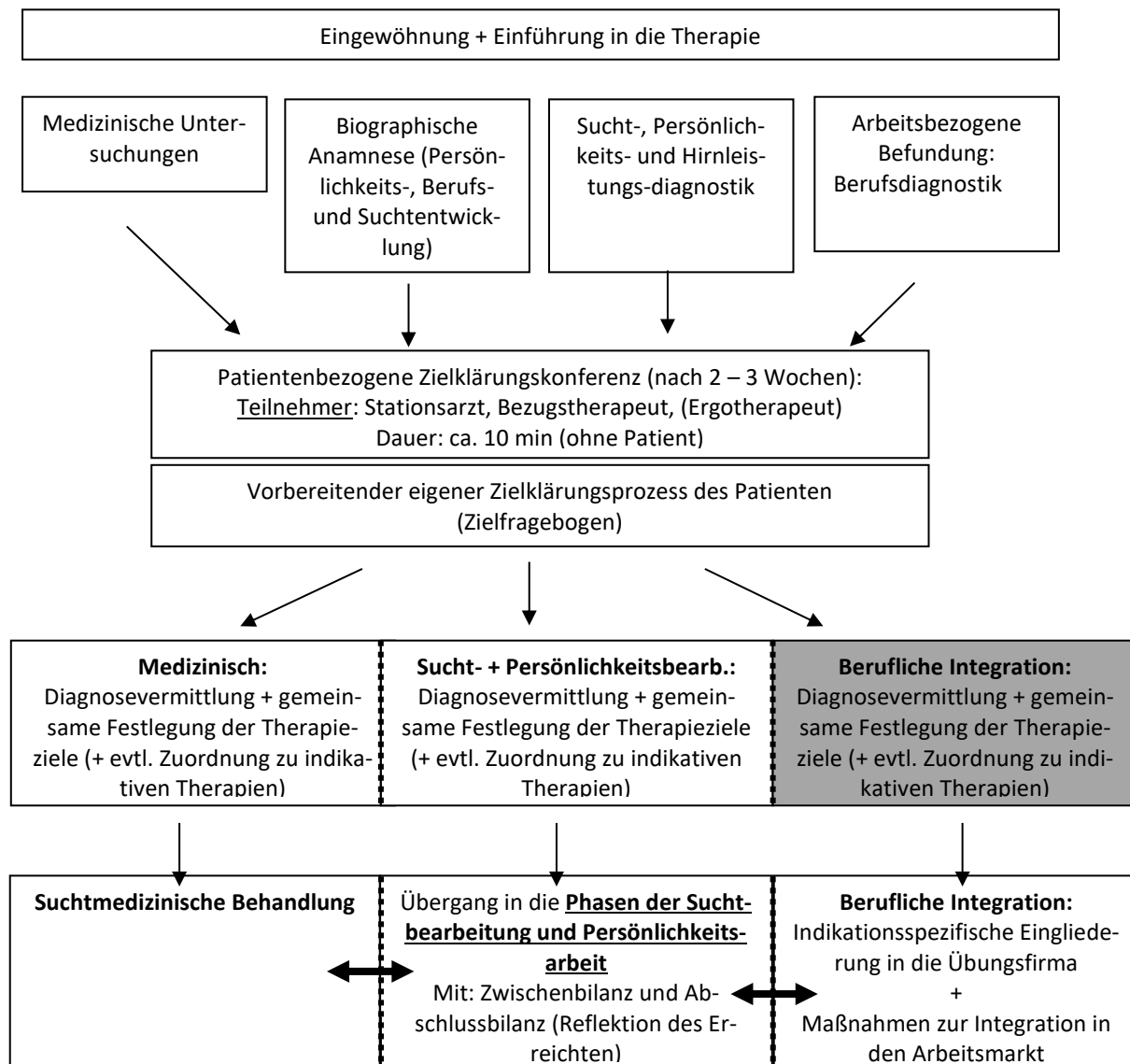


Abbildung 1: Zielklärungsphase und darauf aufbauende Behandlung

6.2. Therapieprogramm und Abläufe

Das Therapieprogramm findet entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ganzheitlich statt, und umfasst alle durch die Reha-Therapie-Standards (RTS) vorgegebene Bereiche in Anlehnung an die im Zielklärungsprozess individuell festgelegten Therapieziele. Regelmäßige Abläufe werden im Folgenden aufgeführt. Weitergehende indikative Behandlungsmaßnahmen sind schon ausführlich in Kapitel 3 beschrieben, diese werden gemeinsam mit dem Patienten geplant und zusätzlich in den Wochenplan integriert.

Medizinischer Bereich:

- Anamnese incl. Schmerzscreening
- allgemeinärztliche Untersuchung
- neuropsychiatrische Untersuchung
- das sich hieraus ergebende diagnostische Programm (laborchemische Untersuchung, EKG, Oberbauchsonographie, evtl. Röntgen Thorax und weiterführende diagnostische Maßnahmen)
- das sich hieraus ergebende therapeutische Programm (Medikamente, körperliche Belastbarkeit, physiotherapeutische Anwendungen, Freistellungen)

Neben dem Angebot der Frühsprechstunde und individueller ärztlicher Betreuung nach Bedarf und Absprache finden regelmäßige, wöchentliche Arztvisiten in der Bezugsgruppe statt. Alle zwei Wochen werden Facharztvisiten durchgeführt. Auf der Aufnahmestation findet eine wöchentliche Chefarztvisite statt. Alle sechs Wochen führt der Chefarzt der Einrichtung eine ausführliche Visite pro Bezugsgruppe durch. Hier werden im therapeutischen Team weiterführende Diagnostik, Konsiliarleistungen, Therapiegestaltung und sozialmedizinische Belange für den Rehabilitanden erarbeitet und organisiert.

Wenn aus Einzel- oder Gruppensitzungen Patienten auffällig sind (medizinisch, psychotherapeutisch, sozialmedizinisch) werden diese dem Chefarzt beziehungsweise den zuständigen Oberärzten vorgestellt. Dies geschieht auch wenn in den Bilanzsitzungen (hier sind alle therapeutisch am Patienten tätige Mitarbeiter beteiligt und führen Fall- und Entwicklungsgespräche) die chef- bzw. oberärztliche Expertise notwendig wird. Falls kritische oder bemerkenswerte Inhalte im Verlauf des Wochenendes beobachtet werden, werden diese in der Montagsbesprechung bearbeitet, ggf. wird der Rehabilitand dem Chefarzt vorgestellt.

Jederzeit kann ein Arzt oder Therapeut eine Supervision mit Fallbesprechung und ggf. Patientenvorstellungen beim Chefarzt, einem der Oberärzte oder dem Ltd. Therapeut einfordern.

Jederzeit kann ein Patient über das Chefarztsekretariat einen Gesprächstermin mit dem Chefarzt absprechen.

Bei Vorträgen im Bereich der Psychoedukation findet eine Begegnung mit dem Chefarzt im Sinne der Großgruppe statt.

Der psychoedukative Bereich wird durch wöchentliche Vorträge über suchtspezifische Themen und Gesundheitserziehung gesteuert. Logotherapeutische Elemente werden in dreimal wöchentlich stattfindenden Besinnungen sowie im Seelsorgebereich gegeben. Gruppenübergreifende, supervidierte Gesprächsforen, themenorientierte Eigenarbeit, Fachliteratur, Tagebuchprotokoll und problemspezifische Aufgaben zum Selbststudium dienen der Umsetzung und Individualisierung der psychoedukativen Inhalte.

Das sucht- und psychotherapeutische sowie ergotherapeutische Basisprogramm ist im Wochenplan aufgeführt (Anlage 3). Es umfasst Gruppen- und Einzelgespräche, Therapien zur Förderung der sozialen Kompetenz, arbeitsbezogene Leistungen und ergotherapeutische Maßnahmen, Sport- und Bewegungstherapie sowie Entspannungsverfahren und für alle Raucher Maßnahmen der Motivationsklärung und die Möglichkeit zur Tabakentwöhnung. In größerem Abstand haben alle Patienten die Möglichkeit, ihre Angehörigen zu wenigstens einem Angehörigenseminar einzuladen. Des Weiteren werden regelhaft Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration angeboten, sowie auch eine umfassende Vorbereitung der Entlassung und nachgehender Leistungen.

Die Hausordnung (Anlage 2) ist neben dem verbindlichen Regelkatalog auch wichtiges Instrument, um soziales Miteinander zu üben sowie den Realitätsbezug zur eigenen Positionierung in der Gesellschaft wiederzufinden. Bei schwereren Regelverstößen wird, je nach Intensität, ein therapeutisches Team auf Stationsebene oder eine multiprofessionelle Fallkonferenz auf Leitungsebene durchgeführt, um die Wichtigkeit von Wiedererlangung von Regeln und Struktur für den gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Rehabilitationsprozess zu verdeutlichen.

7. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement

Die Rehabilitationseinrichtung der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH wird kontinuierlich nach den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie gemeinsam mit allen anderen Einrichtungsbereichen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Des Weiteren gewährt die Größe unseres Hauses die regelmäßige Teilnahme an allen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung.

Wir arbeiten ständig an unseren Strukturen und Prozessen, um unseren Patienten eine bestmögliche Behandlungsqualität zu gewährleisten. Intern sorgt unser Qualitäts- und Risikomanagement dabei unter Beteiligung aller Mitarbeiter, die diesbezüglich regelmäßig verpflichtend geschult werden, für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess von Planung, Umsetzung und auch ständiger Evaluierung qualitätssichernder Maßnahmen, um daraus letztlich weitere Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Dabei werden alle Prozesse – von der Aufnahme bis zur Entlassung – umfassend analysiert.

Unsere Qualitätspolitik und unsere Qualitätsziele richten wir konsequent an den drei maßgebenden Größen Patient, Mitarbeiter und Umfeld aus.

Alle in diesem Konzept beschriebenen Maßnahmen und Einrichtungsbereiche fallen unter den regelmäßigen qualitätssichernden Prozess, der eine durchgängige Dokumentenlenkung, Fehler- und Risikomanagement, Planung und Erreichung von Qualitätszielen, Managementbewertung, regelmäßige interne und externe Auditierung und Maßnahmen des Arbeitsschutzes, Datenschutzes etc. umfasst, um nur einige zu nennen. Jährlich wird zur Dokumentation ein entsprechender Jahresbericht speziell für die Rehabilitation erstellt, der regelmäßig nach innen und außen kommuniziert wird.

Für die Mitarbeiter der Suchtrehabilitation sind regelmäßige Fortbildungen und externe Supervisionen installiert. Jeden Mittwoch von 13:45 Uhr bis 14:45 Uhr wird ein Impulsreferat durch einen Mitarbeiter vorgetragen. Diese sind themenspezifisch vom Chefarzt des Hauses ausgesucht und vom jeweiligen Mitarbeiter vorbereitet. Die Themen werden in kollegialer Runde diskutiert und ggf. Erkenntnisse für den Klinikablauf formuliert. Wenn kein Thema vorgetragen wird, wird die Weiterbildungszeit für überprofessionelle Fallbesprechungen genutzt, d. h. der Bezugstherapeut und Arzt des Patienten bereiten Anamnese und Verlauf sowie konkrete Fragestellungen auf. Bei diesen Fallbesprechungen sind nur die Rehabilitationsmitarbeiter anwesend, die unmittelbar mit dem Patienten arbeiten.

Zweimal im Jahr finden Fachtagungen in unserer Einrichtung statt, hier werden z. T. externe Referenten eingeladen, z. T. referieren Fachärzte und Psychologen des eigenen Hauses. Diese Veranstaltungen sind für ein größeres Publikum ausgelegt (150 bis 250 Teilnehmer) und finden im Kirchsaal des Diakonissen-Mutterhauses (100 m Entfernung) statt.

Alle hier beschriebenen Veranstaltungen sind seitens der Ärztekammer Sachsen-Anhalt mit Fortbildungspunkten belegt.

Der Besuch von Suchtkongressen (Münster, München, Hamburg) wird den interessierten Mitarbeitern großzügig ermöglicht.

Ärzte der Abteilung und Therapeuten besuchen regelmäßig Haftanstalten v. a. in Sachsen-Anhalt (Volkstedt und Burg), weiterhin auch andere Einrichtungen des Straf- und Maßregelvollzuges. Interessierte Mitarbeiter können die Visitation begleiten. In den jeweiligen Haftanstalten finden regelhafte Fallbesprechungen und die Diskussion von problematischen Strukturen statt.

Folgende externe Supervisionen finden statt:

- Leitungssupervision
- Therapeutensupervision
- Ärztesupervision
- abteilungsbezogene Supervisionen (Schwesterndienstplatz, Sporttherapie, Sozialdienst, Arbeits- und Ergotherapie, Diagnostik, Aufnahmebegleitung)
- Supervision für die komplementären Bereiche (Außenstellen Wernigerode: Mitarbeiter vom Helmut Kreutz-Haus, Mitarbeiter der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle, Mitarbeiter der Soziotherapie, Mitarbeiter der Tagesförderung und Mitarbeiter vom Ambulant betreutes Wohnen)

8. Weitergehende Informationen

Verantwortlich für das Konzept

Dr. med. Stephan Pecher

FA f. Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialmedizin/SP Forensische Psychiatrie

Chefarzt der medizinischen Rehabilitation Sucht

Stellvertretung:

OÄ Steffi Bösel

FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialmedizin / Qualifikation im Peer-Review-Verfahren

Dietmar Kemmann

Psychologischer Psychotherapeut (VT)

Leitender Psychologe der medizinischen Rehabilitation Sucht

Links/Verweise

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.diako-harz.de.

Bei speziellen Fragen senden wir Ihnen gerne weiteres Informationsmaterial zu.

Suchtmedizinisches Zentrum der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Innerhalb unseres Suchtmedizinischen Zentrums, mit seinen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten, besteht eine enge Vernetzung.

Dabei ergänzen sich die verschiedenen therapeutischen und sozialen Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten, die in ihrer Intensität und Dauer differenziert sind:

Akut-Krankenhaus mit Innerer Medizin, Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin:

Diakonie-Krankenhaus Elbingerode

Brockenstraße 1

38875 Oberharz am Brocken

OT Elbingerode

Tel.: 03 94 54 / 8 20 00

Fax: 03 94 54 / 8 27 02

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Adaption

Obere Schulstraße 13

38875 Oberharz am Brocken

OT Elbingerode

Tel.: 03 94 54 / 4 89 97 0

Fax: 03 94 54 / 4 89 97 1

Komplementäre Einrichtungen innerhalb des Suchtmedizinischen Zentrums:

Psychosoziale Beratungsstelle und Präventionsfachstelle

Degenerstraße 8

38855 Wernigerode

Betreutes Wohnen für Suchtkranke —und Tagesstätte

Degenerstraße 8

38855 Wernigerode

Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax : 0 39 43/26 16 77

Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax : 0 39 43/26 16 77

Psychosoziale Beratungsstelle

Herzogstraße 16
38889 Blankenburg
Tel.: 03943 / 261660
Fax: 03943 / 261677

Therapeutische Wohngemeinschaft

„Helmut Kreutz-Haus“
Pulvergarten 2
3885 Wernigerode
Tel. : 03943 / 6695182
Fax : 03943 / 6695184

9. Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe BORA	Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.11.2014. www.sucht.de
Assfalg, R.	Analytisch orientierte Gruppentherapie in einer Fachklinik für Alkoholranke. Kassel: Nicol-Verlag, 1980.
Assfalg, R.	Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-abhängigkeit. 6.Aufl. Geesthacht: Neuland-V.-G., 2009.
Assfalg, R.; Bader, T.; Blees, P. (Hrsg.: Fachverband Sucht e.V.)	Die Zukunft der Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland-V.-G., 2002.
Berg, I. K.; Miller, S. D.	Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. 7. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH, 2009.
Bönner, K. H.	Arbeit und Sucht - Auftrag und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt. Freiburg: Lambertus-Verlag, 2001, S. 89-100.
Bonnet, U.; Scherbaum, N.	(2005): Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. < http://www.aerzteblatt.de/archiv/49345 >. 2016-06-10.
Brennecke, R.	Lehrbuch Sozialmedizin. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2004.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004. www.bar-frankfurt.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychisch und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004. www.bar-frankfurt.de
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	RPK-Empfehlung vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. www.bar-frankfurt.de
Carr, A.	Endlich Nichtraucher! 50. Aufl. Goldmann-Verlag, 2012
De Saint-Exupéry, A.	Der kleine Prinz 64. Aufl. Düsseldorf: Karl Rauch Verlag, 2007.
De Shazer, S.	Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. 13. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH, 2015.
Deutsche Rentenversicherung	Strukturqualität von Reha-Einrichtungen. Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. 2. Aufl. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014. Vereinbarungen Abhängigkeitserkrankungen, Rahmenkonzept der DRV und der gesetzlichen Krankenversicherung.
Donabedian, A.	Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (1966) H.3, S. 166-203.
Dulz, W.; u.a.	Handbuch der Borderline-Störungen. 2.Aufl. Stuttgart: Schattauer, F.K. Verlag, 2011.
EKD Datenschutzgesetz	Grundlagen des Datenschutzes
Feuerlein, W.; Küfner, H.; Soyka, M	Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie 6. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2007.
Gostomzyk, J. G.	Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis. 30.Aufl. München: Ecomed Verlag, 2016.
HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points)	Grundlagen der Verpflegung
Hasomed GmbH	Reha Com. Kognitive Therapie und Hirnleistungstraining. Computergestützte kognitive Rehabilitation. Magdeburg: Hasomed GmbH, 2014.
Heigl-Evers, A.; u.a	Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1995.
Heigl-Evers, A.; u.a	Möglichkeit und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Vortrag gehalten auf

	der Jahreskonferenz des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke vom 22.-24. März 1977. Kassel: Nicol-Verlag, 1977.
Heigl-Evers, A.; Ott, J.	Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 2002.
Heigl-Evers, A.	Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie. 1.Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002.
Petzold, H.	Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie. Paderborn: Junfermann Verlag, 1994.
Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.	Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2005.
Kernberg, O. F.	Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 17.Aufl. Berlin: Suhrkamp Verlag, 2009.
Kernberg, O. F.	Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. 5.Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 1992.
Kiefer, F.	(2006): Suchtmedizin: Evidenzbasierte Therapiestandards. < http://www.aerzteblatt.de/archiv/52628 >. 2016-06-10.
Kohut, H.	Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. 1. Aufl. Berlin: Suhrkamp Verlag GmbH, 1976.
Körkel, J.	Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. 3. Aufl. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag, 2008.
Körkel, J.	Rückfall muss keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer. 6. Aufl. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag, 2010.
Linden, M.; Hautzinger, M.	Verhaltenstherapiemanual. 6. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2008.
Lindenmeyer, J.	Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005.
Linehan, M.	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2016
Linster, H.-W., Portscht, U., Aßfalg, R.	Sind kombinierte Formen der Suchtbehandlung die Maßnahmen der Zukunft? In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland: Geesthacht
Miller, W.R.; Rollnick, S.	Motivierende Gesprächsführung. 4. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2015.

Müller-Fahrnow, W. u.a.	Suchtkrankenhilfe im Wandel – Zentrale Impulse und Aufgaben für die Zukunft. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland: Geesthacht
Ratzke, K., Röseler, S., Tielking, K.	Modulare Kombinationsbehandlung. Konturen – Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 27. Jg, 5/2006, S. 30-33
Robert Koch Institut (Internetseite)	Grundlagen des Hygienekonzeptes
Schallenberg, H., Lindow, B.	Kombinationsbehandlungen/modulare Therapien und arbeitsbezogene Rehabilitation. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland: Geesthacht
Schmidt, L.G.; u.a.	Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. 1.Aufl. Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag, 2006.
Sendera, A. und Sendera, M.	Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. 3. Aufl. Wien, New York: Springer-Verlag GmbH, 2007.
Soyka, M.	Alkoholismus: Eine Krankheit und ihre Therapie. 1.Aufl. Berlin: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1997.
Soyka, M.	Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Berlin: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1998.
Thieme Verlag	Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP)
Torchalla, I., Schröter, M., und Batra, A.	Individualisierte Tabakentwöhnung: Verhaltenstherapeutisches Manual. Stuttgart: Kohlhammer, 2013.
DIE BIBEL (versch. Autoren)	Altes und Neues Testament. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft, 2016.
von Schlippe, A.; Schweitzer, J.	Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2003.
Wanke, K.	Normal - abhängig - süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag. Hamm: Hoheneck Verlag, 1985, S. 11 – 22.
Yalom, J. D.	Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2015.

10. Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Krankenhausleitbild Dok. 103885
Anlage 2	Hausordnung Dok. 108721
Anlage 3	Beispielhafter Wochenplan
Anlage 4	Bereitschaftsdienst und Notfallmanagement der Rehabilitationsklinik
Anlage 5	Notfallplan Dok. 103970
Anlage 6	Ablauforganisation Reanimationsteam Dok. 108181
Anlage 7	Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit von Cannabis und illegalen Drogen
Anlage 8	Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit für Haftpatienten
Anlage 9	Adaption
Anlage 10a	Die ganztägig-ambulante Entlassform in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Anlage 10b	Die ambulante Suchtrehabilitation in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Anlage 10c	Kombinationsbehandlung
Anlage 11a	Arbeitstherapie nach dem BORA-Konzept
Anlage 11b	Übersicht BORA-Basis- und Kernmaßnahmen Dok. 114933
Anlage 12	Notfallausrüstung / Notfallteam-Einsatzprotokoll / Nachbesprechung

-
- | | |
|-----------|--|
| Anlage 13 | Konzept zur multidisziplinären ganzheitlichen Schmerztherapie bei Abhängigkeitserkrankungen in der medizinischen Rehabilitation des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH |
| Anlage 14 | Konzeption für die adäquate Behandlung komorbid psychiatrisch erkrankter Patienten im Rahmen der Reha mit besonderem Fokus auf schizophren-psychotisch erkrankter Patienten |
| Anlage 15 | Konzept für die adäquate Behandlung multimorbider suchtkrankter Patienten im Rahmen der Rehabilitation mit dem besonderen Fokus auf kognitiv stark eingeschränkten Patienten |