



Diakonie-Krankenhaus Elbingerode SUCHTMEDIZINSCHES ZENTRUM

Therapiekonzept

Stationäre medizinische Rehabilitation
von suchtkranken Menschen



Stand: Dezember 2023

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:

Reinhard Holmer
Martin Montowski

Chefarzt medizinische Rehabilitation Sucht:

Dr. med. Eckart Grau
FA für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Sozialmedizin/Suchtmédizin

Leiter Suchtmédizinisches 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.....	21
3.1 Psychologische Diagnostik	21
3.2 Sozialdienst	21
3.3 Physiotherapie	21
3.4 Sporttherapie	22
3.5 Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation	22
3.6 Ernährungsberatung, Schulung bei Stoffwechselerkrankung und Lehrküche	23
3.7 Indikationsgruppen	24
3.8 Angeleitete Freizeitangebote und Erlebnispädagogik	29
3.9 Möglichkeiten zur eigenen Freizeitgestaltung	29
4. Indikationsspektrum und Rehabilitationsdauer	30
5. Krankheitsverständnis und wissenschaftliche Grundlagen	31
6. Behandlungsansatz	35
6.1. Therapieziele.....	38
6.2. Therapieprogramm und Abläufe.....	39
7. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement	41
8. Weitergehende Informationen.....	43
Anlagen	49
<i>Anlage 1:</i> Krankenhausleitbild	50
<i>Anlage 2:</i> Hausordnung	51
<i>Anlage 3:</i> beispielhafter Wochenplan.....	57
<i>Anlage 4:</i> Motivationsstation.....	58
<i>Anlage 5:</i> Bereitschaftsdienst und Notfallmanagement der Rehabilitationsklinik	60
<i>Anlage 6:</i> Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit von illegalen Drogen ...	66
<i>Anlage 7:</i> Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit für Haftpatienten.....	67
<i>Anlage 8:</i> Adaption	68
<i>Anlage 9a:</i> Die ganztägig-ambulante Entlassform in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH.....	73
<i>Anlage 9b:</i> Die ambulante Suchtrehabilitation in der Fachklinik der Diakonie- Krankenhaus Harz GmbH.....	76
<i>Anlage 9c:</i> Kombinationbehandlung	80
<i>Anlage 10:</i> Arbeitstherapie nach dem BORA-Konzept.....	822
<i>Anlage 11:</i> notwendige Veränderungen bei Corona-Pandemie.....	94
<i>Anlage 12:</i> Notfallausrüstung / Notfallteam-Einsatzprotokoll / Nachbespre- chung Notfalleinsatz.....	96

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 Hilfssysteme 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** (34 Plätze, davon 16 tagesklinische Plätze) sowie eine **Psychiatrische Institutsambulanz**. In unmittelbarer Nähe zur Klinik befindet sich eine 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 (55 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) 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.

Der Träger der Einrichtung ist die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH. Gesellschafter ist der Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband e. V..

Die Klinik ist in einer parkähnlichen Anlage eingebettet. Sie liegt am Stadtrand von Elbingerode, am Rand des Harzwaldes. Die beschriebenen Komplettäreinrichtungen 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. Eckart Grau
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 Vortragssaal
 - 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, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Arbeitstherapeuten, Körpertherapeuten, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, MTA und Schreibkräften zusammen. Ein Seelsorge-Team, bestehend aus Krankenhausseelsorger und Diakonissen, ist durchgehend verfügbar.

Im Einzelnen sind das:

- 5 Ärzte: Leitender Chefarzt, Oberarzt, (jeweils Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychotherapeutische Medizin, Sozialmedizin); 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**
- **Diakonie-Suchthilfe Bethanien > Suchtberatung Dessau-Roßlau, Suchtberatung Bernburg**
- **eine Zahnarztpraxis**
- **ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit Apotheke und niedergelassenen Haus- und Fachärzten**
- **Sanitätshaus Liebe**
- **Hörakustiker Amplifon**

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

Die beschriebenen Bereiche sind vernetzt. Die Innere Abteilung kann alkoholkranke 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 Rehabilitationsabteilung erfolgen. Umgekehrt ist eine Verlegung oder Reha-Unterbrechung bei entsprechend dringlicher Indikation ebenso problemlos möglich. Die Chefärzte 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 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 Antragsverfahrens 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 Entlassgespäches 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 Suchtandruck
- 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 Rehberichtes sowie der Medikamentenplan mit Dosierungsanleitung werden dem Patienten zum Entlasszeitpunkt im Sinne des vorläufigen Entlassbriefes ausgehändigt. Der Inhalt wurde 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, Suchtandruck)
- 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
- Medikamente stellen und nach dem Vier-Augen-Prinzip kontrollieren
- Medikamente verabreichen (morgens - mittags - abends - nachts)
- Bedarfsmedikation verabreichen
- 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, Beschäftigungstherapie 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 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 Oberärztein 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 Anlagen-gegütern 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

Ermittelte 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 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 - also können Auskünfte über den Aufenthaltsort des Patienten im Krankenhaus von Aufnahme, Pforte oder Station mitgeteilt werden; bei Polizei Auskunftsgewährung 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 geschreddert
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 kön-

nen). Die Kosten für Cafeteria und Speisenverteilssystem 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 ausdruckfertig 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 Angebo-

tes 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.

Menüwünscherfassung

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 durch. 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 verpfle-genden 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 definier-ten Übergabestellen
- Reinigung der Speisetransportwägen
- 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 Leis-tungen möglichst frühzeitig abzustimmen, mindestens jedoch fünf Werkstage 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 gastrointestinellen 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 prämorbiden 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 Druckkreise 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:

- 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 Sporththerapie 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 10).

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, Puddigrohrflechten, Seidenmalerei, Töpferei, 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 Abrichtete, 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, Mangelercheinungen, 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 Interessensphäre 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 komorbidien 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 Tabakabstinentz beobachtet wurden, erläutert. Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie die verschiedenen therapeutischen Ansätze zum Erreichen der Tabakabstinentz werden vorgestellt. Anschließend wird in einer Motivationsphase für alle rauchenden Patienten eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten angeregt. Die Patienten, welche sich zur Tabakabstinentz 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 opioidhaltige 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, Inkompétence 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. Frühwarnzeichen werden gemeinsam heraus gearbeitet, ein Hilfeplan wird erstellt. Grundlegend 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 Skills-training 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.

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 diesen Kontrast der kurzfristigen Muskellspannung und nachfolgender Entspannung nimmt der Teilnehmer die eintretende Entspannung wesentlich intensiver wahr. Ziel ist es, darüber zu einer vertieften Entspannungsfähigkeit zu kommen 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 Gehirntraining. 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 Abstinenzerreicherung. 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. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich mit einem kompetenten Mitarbeiter vor Ort über das ausgeliehene Buch zu unterhalten.

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. 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 vollen-deten 18. Lebensjahr, die Abhängigkeitserkrankungen aufweisen. Die Primärdiagnosen 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) mitbereut. Unsere Aufschlüsselung der Betten auf die Fachabteilung Alkohol/Medikamente und illegale Drogen beträgt je 50 %.

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 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 ent-sprechender Indikation Kurzzeittherapien mit einer Dauer von 8 Wochen durchgeführt. Die Behandlungszeit in der Adoptionsphase beträgt zusätzlich 11 - 12 Wochen. In Abstimmung zwischen Patient, therapeutischem Team und Kostenträger kann in Einzelfallentscheidung eine Verkürzung oder Verlängerung der Therapiezeit durchgeführt werden. Umwandlung in ganztätig ambulante Therapie (siehe Anlage 9a) oder ambulante Therapie (siehe Anlage 9b) 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 Lebensbereiche sichtbar betroffen. Der therapeutische Schwerpunkt liegt neben medizinischer Betreuung vor allem in der Behandlung der seelischen Fehlfunktionen und in der ordnenden Hilfe im sozialen und beruflichen Feld (BORA-Konzept, Anlage 10).

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 psycho-sozial 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 sehnüchigen 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 Missemmpfindung, 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 hirnorganisch) 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 lebensgestaltende Komponente in der Lebensorganisation. Alle anderen Beziehungen und Belange werden ihr untergeordnet. Wanke nach Soyka formuliert: „**Sucht ist ein unabweisbares Verlangen 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 fernzuhalten. Es findet eine Dekompensation des pathologisch stabilen Systems statt. Der Betroffene 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 hinzugaddiert, 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 dopaminerigen 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 Entzugserscheinungen 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 Stimulanzien 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 Organ- system 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 klarend, 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 der sog. Motivationsgruppe zugeführt werden, in der mit dem Patienten verstärkt und ganz gezielt am Aufbau von Therapie-, Abstinenz- und Veränderungsmotivation gearbeitet wird. (siehe Anlage 4). Hirnorganisch und/oder körperlich stark beeinträchtigte Patienten werden gemäß dieser Defizite einer hierfür spezialisierten Gruppe zugeführt.

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.

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 suchtmedizinische 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 Akutkranken-

ses ist hierbei komplikationslos möglich und als großer Plusfaktor in unserer Gesamtorganisation zu werten. Ein integratives Notfallmanagement ist organisiert (Anlage 5).

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 10 beschrieben. Die Verlaufs- und Beurteilsdokumentation des erwerbsbezogenen Prozesses ist im Entlassbericht abgebildet.

Die Verfassung eines Entlassberichtes über den gesamten Therapieverlauf erfolgt zeitnah. Ein vorläufiges Entlasspapier 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 Katamneseauswertung am Jahresende mit entsprechender Überprüfung der Konzeption und der Therapieerfolgsmaße wie Entlassform, Erwerbsrate 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 Gesundung, Persönlichkeitsnachreifung, sozialen Kompetenzzuwachs, körperliche Gesundung, 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.

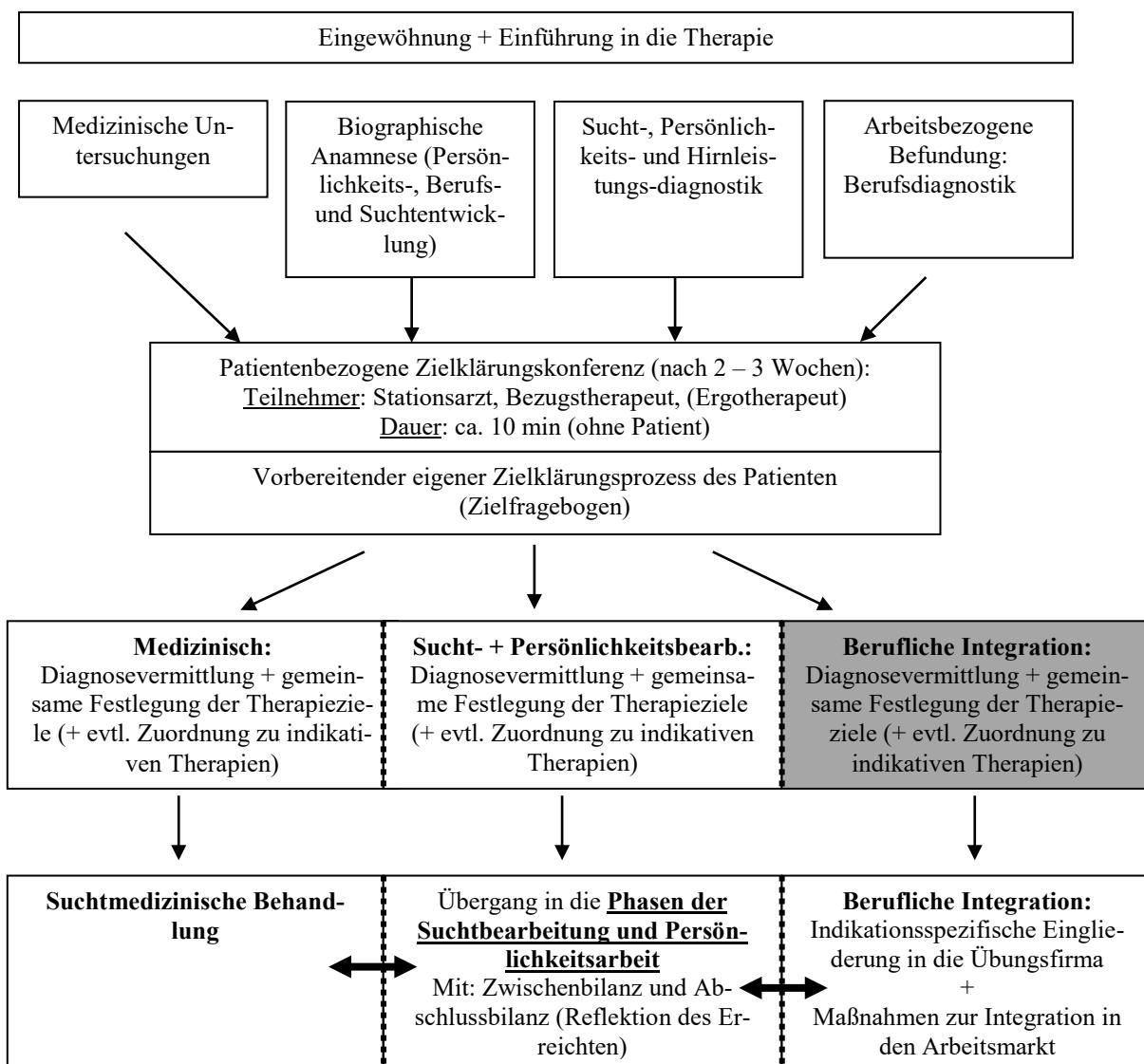


Abbildung 1: Zielklärungsphase und darauf aufbauende Behandlung

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. Regelhafte 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
- 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 Gruppenvisite 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 Mitarbeiterbeteiligt 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 Diplom-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.

Der Chefarzt der Abteilung und ein leitender Therapeut besuchen regelmäßig Haftanstalten in Sachsen-Anhalt (Volkstedt und Burg). 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. Eckart Grau
FA f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sozialmedizin/Suchtmedizin
Qualifikation im Peer-Review-Verfahren
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
Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax : 0 39 43/26 16 77

Betreutes Wohnen für Suchtkranke und Tagesstätte

Degenerstraße 8
38855 Wernigerode
Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax : 0 39 43/26 16 77

Psychosoziale Beratungsstelle
Harzstr. 3/Haus 3
38889 Blankenburg
Tel.: 0 39 44/94 34 87
Fax: 0 39 44/94 34 88

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

Literatur

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 Alkoholkranke. 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 Quaterly 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 äußereren Realität Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1995.
Heigl-Evers, A.; u.a	Möglichkeit und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Vortrag gehalten auf der Jahrestagung 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 Körperforschung. 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 (LEK-uP)
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.

Anlagen

- | | |
|-----------|--|
| Anlage 1 | Krankenhausleitbild |
| Anlage 2 | Hausordnung |
| Anlage 3 | Wochenplan |
| Anlage 4 | Motivationsstation |
| Anlage 5 | Notfallmanagementablaufplan |
| Anlage 6 | Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit von illegalen Drogen |
| Anlage 7 | Besondere Bedingungen bei Abhängigkeitserkrankungen von Haftpatienten |
| Anlage 8 | Adaption |
| Anlage 9a | ganztägig-ambulante Entlassform |
| Anlage 9b | ambulante Rehabilitation |
| Anlage 9c | Kombinationsbehandlung |
| Anlage 10 | Arbeitstherapie nach dem BORA-Konzept |
| Anlage 11 | notwendige Veränderungen bei Corona-Pandemie |
| Anlage 12 | Notfallausristung / Notfallteam-Einsatzprotokoll / Nachbesprechung Notfalleinsatz |

Anlage 1: Krankenhausleitbild

Die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH als Teil des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes wendet sich an Menschen mit den unterschiedlichsten Erkrankungen und gibt ihnen fachlich kompetente und christlich engagierte Hilfe.

Dazu bieten wir eine multiprofessionelle Krankenhausbehandlung in unseren medizinischen Fachgebieten an. Als evangelisches Krankenhaus sind uns geistliche, seelsorgerliche und soziale Angebote wichtig.

Dabei ist die Grundlage unseres Handelns das Wissen darum, dass jeder Mensch von Gott gewollt und geliebt, einmalig und unverwechselbar ist.

Daraus resultiert:

im Hinblick auf die Patienten

- Wir schätzen unsere Patienten mit ihrer individuellen Biographie und begegnen ihnen mit aufrichtiger Achtung.
- Wir bieten unseren Patienten fachlich-qualifizierte und umfassend moderne medizinische und therapeutische Behandlung an. Maßstab für deren Qualität ist kurzfristige Hilfe, mittelfristige Stabilisierung und langfristige Zufriedenheit entsprechend dem jeweiligen Krankheitsbild.
- Wir bieten den Patienten Orientierung an, in dem wir in Reden und Handeln auf die Gute Nachricht von Jesus Christus hinweisen.

im Hinblick auf die Mitarbeitenden

- Wir arbeiten gemeinsam an der Entwicklung und Festigung der Identifikation jedes einzelnen Mitarbeitenden mit unseren Krankenhäusern und dem DGD - insbesondere dem Diakonissenmutterhaus Neuvandsburg, Elbingerode.
- Wir erweitern unsere fachlichen und zwischenmenschlichen Beziehungen.
- Wir streben eine fortwährende Qualitätsverbesserung an.

im Hinblick auf die Einrichtung und die Öffentlichkeit

- Wir kommunizieren, dass auch der kranke Mensch Anrecht auf ein menschenwürdiges Leben hat.
- Wir suchen die Kooperation mit allen, die sich in den Therapieprozess unserer Patienten mit einbringen (Ärzte und Krankenhäuser, wissenschaftliche Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen, Beratungs- und Betreuungsstellen, Selbsthilfegruppen und der Hospizbewegung, christliche Gemeinde und Ehrenamtliche).
- Wir wollen in der Öffentlichkeit erkennbar sein und bemühen uns deshalb um Transparenz, z. B. durch Qualitätssicherungsmaßnahmen und regelmäßige Information der Öffentlichkeit.
- Wir gehen mit den Ressourcen unserer Einrichtung und Umwelt verantwortlich und wirtschaftlich um.

Anlage 2: Hausordnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie werden eine längere Zeit in unserem Haus sein, um sich wegen Ihrer Suchtkrankheit behandeln zu lassen. Suchterkrankungen sind schwere Erkrankungen, die mit viel Eigenengagement und gleichzeitig fremder Hilfe bekämpft werden müssen. Neben den vielfältigen therapeutischen Inhalten sind hierfür auch strukturierende Rahmenbedingungen notwendig, die vom Patienten häufig zunächst als Einschränkungen wahrgenommen werden. Um sich damit auseinander zu setzen haben Sie unsere Hausordnung bekommen. Bitte lesen Sie diese gründlich und klären Sie eventuelle Fragen ab. Ihre Einwilligung in diese Hausordnung ist Teil des Arbeitsbündnisses zwischen Ihnen und uns. Diese Hausordnung ist im Laufe vieler Jahre entstanden und drückt das aus, was wir an Ordnungen in unserer Einrichtung für notwendig halten.

Vielleicht ist einiges davon für Sie nicht verstehtbar, wir versuchen Ihnen dann gern die Hintergründe zu erklären, aus der Erfahrung wissen wir aber, dass dies nicht zu jedem Zeitpunkt möglich ist. Mit der Akzeptanz der Hausordnung drücken Sie also auch Vertrauen in unseren fachlichen Erfahrungshintergrund aus. Die Einhaltung ist aber auf jeden Fall verbindlich. Sie stellt ein Teil Ihres Trainingsprogramms dar, um die Grenzen wiederzufinden, die Sie durch die Sucht verloren haben.

Jede stoffliche Sucht, egal, ob es sich um Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen handelt, hat die Funktion eine glättende Seelenregulation zu erreichen. Bei diesem gemeinsamen Nenner gibt es aber doch deutliche Unterschiede, je nach Substanz, die süchtig konsumiert wird. Es finden sich deshalb im Weiteren substanzspezifische Sonderregelungen.

Grundsätzlich gilt für jeden Patienten: Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten, die nicht ärztlich verordnet sind, wird während der Therapie als Rückfall gewertet. Das gilt auch, wenn ein Patient eine der beschriebenen Substanzen konsumiert, die er nicht zu seinen diagnostisch belegten Problemsubstanzen zählt. Die Regelung behält auch für die Zeit der Therapieheimfahrt Gültigkeit.

Kontrollen auf Alkohol (Atemluft, Metaboliten im Urin) sowie Medikamente und Drogen (Urin unter Sicht abzugeben) finden aus therapeutischen und juristischen Gründen regelmäßig und unangekündigt statt.

Strukturierung der Klinik

Kontakte mit Personen außerhalb der eigenen Station sind nicht erlaubt. Das Erlernen von Abgrenzung, gerade auch bei emotionalem Wunsch zur Begegnung, ist hier als herausragendes Trainingsfeld installiert.

Vor allem sind Kontakte zwischen Frauen und Männern sowie zwischen Patienten der Reha-Klinik und der Akut-Klinik untersagt. Die Erfahrung zeigt, dass die Konzentration auf die Therapie sinkt, wenn eine emotionale Entlastung erfolgt. Außerdem verlagert sich der Handlungsfokus in Richtung Beziehung, sodass die therapeutische Innenarbeit leidet. Hierdurch wird die therapeutische Beziehung zum Personal geschwächt oder unterlaufen, dass Arbeitsbündnis wird zerstört. Der Bruch der Kontaktregel führt häufig zur vorzeitigen disziplinaren Entlassung.

Tagesablauf

Lebensrhythmus und -struktur sind bei Suchtkranken schwer in Mitleidenschaft geraten und müssen „nachgelernt“ werden. Für die Abläufe erhalten Sie einen Wochenplan. Der Kontakt-patient Ihrer Gruppe hilft Ihnen in der Eingewöhnungsphase. Bitte informieren Sie sich genau über die wichtigen Eckdaten (Medikamentenausgabe, Raucherzeiten, Abläufe Ihrer Bezugsgruppe etc.).

Suchtmittelkonsum

Wir bereits oben beschrieben ist Suchtmittelkonsum (Alkohol, Drogen, Medikamente) nicht gestattet. An Medikamenten sind nur diejenigen einzunehmen, die ärztlich verordnet wurden und die das Personal ausgibt. Mitgebrachte Medikamente müssen beim Schwesterndienstplatz abgegeben werden. Eiweißaufbaupräparate sind nicht gestattet. Für Kaffee, Tee und andere koffeinhaltige Getränke gelten die Regeln, die auf den Stationen aushängen. Sogenannte Energy-Drinks sind nicht gestattet.

Das Rauchen in der Klinik sowie im Klinik- und Mutterhausgelände ist verboten. E-Zigaretten sind nicht erlaubt. Es gibt gekennzeichnete „Raucherinseln“, denen jeder Patient eindeutig zugeordnet ist. Die Raucherzeiten hängen auf Station aus.

Die Gesundheitsschäden, die durch Nikotin entstehen, sind immens. Die Teilnahme an der Tabak-Informations-Veranstaltung ist deshalb für alle Patienten Pflicht. Für die Raucher wird eine Tabakentwöhnung angeboten. Diese kann auf Wunsch medikamentös gestützt erfolgen.

Hinweise zum Punktesystem

Um die in der Hausordnung gesetzten Grenzen klar zu markieren, werden bei Regelverstößen Mahn-Punkte vergeben (sh. Anhang Punktetabelle). Damit werden Zusammenhänge zwischen Regelverstoß und Konsequenz transparent und nachvollziehbar. Punkte addieren sich und werden nach einem festgelegten System auch wieder abgebaut. Ihr Therapeut führt hierüber Buch. Wenn 10 Punkte erreicht sind, wird entweder im „Therapeutischen Team“ überprüft, welche Korrektur-Maßnahmen in der Therapie notwendig sind, oder es wird im „Gelbe-Karten-Team“ über die vorzeitige Entlassung entschieden. Sowohl das „Therapeutische Team“ als auch das „Gelbe-Karten-Team“ kann unabhängig vom Punktesystem einberufen werden, wenn ein entsprechender Anlass vorliegt.

Ausgangsregelung

Neue Patienten brauchen Zeit zum Einleben. Anfangs ist deshalb nur Ausgang im Krankenhaus- und Mutterhausgelände erlaubt. Erweiterter Ausgang ist für Alkoholpatienten nach 1 Woche möglich, für Drogenpatienten nach 2 Wochen. Der Ausgang außerhalb des Geländes ist nur zu zweit oder in einer Patientengruppe erlaubt. Diese Regelung ist dem Umstand geschuldet, dass ein Patient sich in der sicheren Umgebung der Klinik bereits stabil fühlt, einer plötzlichen Versuchungssituation durch Suchtmittel aber nicht alleine gewachsen wäre. Grundsätzlich ist bei jedem Ausgang die Ab- und Anmeldung an der Rezeption erforderlich.

Ausgang nach Wernigerode, Sonderausgänge und Einzelausgang im letzten Therapieabschnitt müssen mit dem Therapeuten abgestimmt werden. Dieser trifft seine Entscheidungen individuell, nach therapeutischen Gesichtspunkten.

Gaststättenbesuch

Die Stabilität unserer Patienten ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Der Besuch von Gaststätten kann für den einen eine große Rückfallgefahr in sich bergen, für den anderen völlig problemlos sein. Deshalb muss der Besuch von Gaststätten mit dem Therapeuten abgestimmt und genehmigt werden.

Fahrten mit dem eigenen Fahrzeug

Die Anreise mit dem eigenen Fahrzeug ist unerwünscht und bildet eine Ausnahme. Während der Therapie ist die Nutzung des Fahrzeugs aus versicherungsrechtlichen Gründen nicht erlaubt. Lediglich An- und Abreise sowie offizielle Urlaubsfahrten sind genehmigt. Der Fahrzeugschlüssel ist am Schwesterndienstplatz zu hinterlegen.

Kontakt mit Zuhause

In unserer Reha-Klinik gibt es keine grundsätzliche Kontaktsperrzeit für Angehörige. Sie können Ihren Besuch in der Cafeteria empfangen, die regulären Besuchszeiten sind Sonntag und an Feiertagen von 08:45 bis 17:45. Eine Besuchsbeantragung bei Ihrem Therapeuten muss zuvor stattfinden. Besucher auf die Stationen mitzunehmen ist nicht gestattet.

Wenn es therapeutisch sinnvoll erscheint, kann eine therapeutische Heimfahrt gewährt werden. Diese unterliegt allerdings den Regelungen der Kostenträger. Es besteht also kein Anrecht darauf. Über Sonderurlaub kann ausschließlich der Chefarzt der Einrichtung entscheiden.

Das Miteinander auf Station

Ein angemessener Umgang miteinander ist uns sehr wichtig. Gegenseitiges Beleidigen sowie Androhung und Ausführung von Gewalt werden nicht geduldet, sondern sofort geahndet, gegebenenfalls auch mit disziplinarischer Entlassung.

Pornographische, gewaltverherrlichende sowie sonstige entwürdigende Medien sind nicht gestattet. Szene-Musik und rechtsradikale Musik werden von uns ebenfalls als kontratherapeutisch beurteilt.

Bereits übermäßiger Konsum von Musik stören die Therapie. Deshalb gibt es auch diesbezüglich Begrenzungen. Aus dem gleichen Grund sind Laptops, Speichermedien (DVD, MP3, CDs, Musikkassetten o. ä.) nicht gestattet. Ausnahmeregelungen müssen durch den Therapeuten schriftlich genehmigt werden.

Die Fernsehzeiten entnehmen Sie dem Aushang auf der Station.

Zur notwendigen Veränderung des Lebensstils ist auch ein Abschied von bisherigem „Szeneverhalten“ notwendig. Während Ihres Aufenthaltes in der Klinik ist es Ihnen nicht erlaubt, Tätowierungen, Piercings oder das Stechen von Löchern für Ohrstecker vornehmen zu lassen. Bei bereits vorhandenen szenetypischen Elementen behalten wir uns vor, korrigierend einzutreten und gegebenenfalls solche Utensilien bis zum Therapieende aufzubewahren.

Geld und Wertsachen

Im Rahmen einer Suchterkrankung geht das Gefühl für den sicheren Umgang mit Geld und Wertsachen häufig verloren. Aus therapeutischen Gründen kann deshalb die Geldverwaltung

für einen Patienten beschlossen werden. Tausch- und Geldgeschäfte sowie das Borgen/Verleihen von Geld sind nicht erlaubt. Für den Verlust von Geld und Wertsachen wird keine Haftung übernommen. Jeder Patient hat ein persönliches Schließfach für seine Wertsachen. Es besteht die Möglichkeit, sich ein Patientenkonto einrichten zu lassen, auf das man sein persönliches Geld einzahlen kann.

Telefonordnung

Jeder Patient kann in der Woche 4 Außen-Telefongespräche annehmen. Mit einem persönlichen Telefonguthaben von 10 Euro/Woche können Sie unabhängig von diesen 4 Gesprächen telefonieren. Damit wird die Kommunikation mit Familie und Freunden begrenzt. In jedem Zimmer befindet sich ein Telefon. Telefonieren von einem anderen Telefon (Handy/Telefonzelle außerhalb) ist nicht gestattet. Handys werden bei der Aufnahme am Schwesterndienstplatz deponiert. Einschleusen von Zusatzhandys wird als Vertrauensbruch verstanden und kann tiefgreifende disziplinarische Folgen mit sich bringen.

Ordnung und Sauberkeit

Wir erwarten, dass Sie das Zimmer, das Ihnen zur Verfügung gestellt wird, selbstständig in Ordnung halten. Sauberkeit und rücksichtsvoller Umgang mit dem Inventar gilt in unserem Hause als Selbstverständlichkeit. Das Personal ist berechtigt, Ihr Zimmer zu betreten und zu kontrollieren.

Neben Rauchen ist offenes Feuer (z. B. Kerzen, Wunderkerzen usw.) streng verboten. Die Zimmer sind mit Brandmeldeanlagen ausgerüstet, die dadurch ausgelöst werden können. Das Gleiche gilt auch für den unsachgemäßen Umgang von Deo- und Mückensprays, deren Spraystoß in Richtung Zimmerdecke ebenfalls einen Alarm auslösen kann.

Feuerwehren (aus 5 bis 7 Ortschaften!) rücken unaufhaltbar an. Die daraus entstehenden Kosten müssen wir IHNEN in Rechnung stellen.

Wiederkehrende Ankündigungen

Aus der Erfahrung des Klinikalltags ergibt es sich, dass viele Regeln und Handhabungen ständig wiederholt werden müssen. Neben den hier beschriebenen Grundordnungen gibt es also noch eine Reihe von Abläufen und Einzelheiten, die Ihnen wiederkehrend mitgeteilt werden. Grundsätzlich ist Ihr Therapeut Ihr Ansprechpartner. In Absprache mit dem therapeutischen Team trifft er die Entscheidungen, die Ihren Therapieaufenthalt betreffen.

Schlusswort

Mit Ihrer Aufnahme in die Klinik erkennen Sie die hier formulierten Ordnungen an.

Wir wünschen Ihnen einen guten und erfolgreichen Aufenthalt. Wir hoffen, dass Sie unser Regelwerk als Hilfestellung in Ihrem Genesungsprozess verstehen können, und nicht die Eingrenzung und Reglementierung im Vordergrund sehen.

Dr. med. Eckart Grau
FA für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Sozialmedizin/Suchtmédizin
- Chefarzt Rehabilitation Sucht -

Ergänzung der Hausordnung für drogenabhängige Patienten

Ausgangs- und Besuchsregelung

Besuch von Bekannten aus der Drogenszene ist nicht gestattet. Dies gilt vor allem auch für Mitpatienten die kurze Zeit zuvor nicht regulär entlassen wurden.

Ausgang im Klinik- und Mutterhausgelände ist von Anfang an alleine möglich.
Ausgang außerhalb des Geländes ab der 3. Therapiewoche, allerdings nur zu zweit oder in einer Gruppe.

Besuch muss schriftlich beim Therapeuten angemeldet und genehmigt werden. Die Besuchszeiten unterscheiden sich nicht von der allgemeinen Besucherregelung.

Kontrolle auf Drogen

Eigene und von Besuchern mitgebrachte Gepäckstücke werden vom Personal kontrolliert.
Postsendungen öffnen Sie in Gegenwart des Personals.

Unregelmäßige Urin-Kontrollen (Abgabe unter Sicht) gehören zur Therapie. Diese Untersuchungen sind sowohl von medizinischer als auch juristischer Bedeutung und vom Chefarzt der Klinik angeordnet. Mitarbeiter, die die Sichtkontrolle durchführen sind lediglich ausführende Organe der ärztlichen Anordnung.

PUNKTETABELLE

Fehlverhalten	Punkte
Sonstige Verstöße gegen die Hausordnung	2 - 5
Nichteinhalten der Telefonordnung	2
Störung bei Vorträgen, Therapien, Besinnung u.ä.	2
Keine Abmeldung beim Ausgang	3
Kaffee- oder Teegenuss außerhalb der festgelegten Zeiten	3
Nachlässigkeit in der Zimmerordnung oder bei der Ausführung sonstiger Ordnungsaufgaben	3
Wiederholte Unpünktlichkeit	3
Mangelnde Tagebuchführung oder Hausaufgaben	3
Nichteinhalten der Ordnungen in Bezug auf Fernsehen, Radiohören, pornographische, gewaltverherrlichende u.ä. Medien	3 - 5
Ausgang ohne Begleitung	4
Verstoß gegen die Ausgangs- und Besuchsregelung	4
Verstoß gegen die festgelegte Raucherordnung	4
Eigenmächtige Nichtteilnahme an oder vorzeitiges Verlassen von Therapieveranstaltungen	4 - 6
Fahrten mit Privat-PKW ohne Genehmigung	6
Verletzung der Kontaktordnung	7
Androhung körperlicher Gewalt/Ausführung körperlicher Gewalt	10
Rauchen im Gebäude	10
Mitbringen von alkoholhaltigen Lebens- u. Genussmitteln, Tabletten und andern Drogen	10

Zusätzlich zur Punktevergabe kann der Therapeut mit seinem Team über weitere Konsequenzen entscheiden. Zum Beispiel:

- 1 Woche Ausgangssperre
- keinen Besuch am Wochenende oder kein Ausgang nach Wernigerode
- kein therapeutischer Belastungsurlaub
- Fahrradverbot, Sperre von Kraftsport oder Sport-AG
- zusätzliche Aufgaben in der Station, Arbeitstherapie oder Sporthalle
- Gruppenverlegung

Diese individuellen Entscheidungen sollen den Zusammenhang zwischen Handlung und Konsequenz abbilden. Bei vielen Patienten findet sich eine strukturelle Unreife, welche sich in zu wenig Selbstreflektion, zu wenig Realitätsprüfung und resultierend zu wenig Selbstschutz von Suchtmittelkonsum wiederspiegelt. Über das hier beschriebene pädagogische Prinzip soll entsprechend Nachreifung installiert werden.

So wie die Hausordnung insgesamt soll die transparent erfolgende Punktevergabe das Zusammenleben ordnen, den Schutzraum der Therapie sichern und insgesamt den therapeutischen Prozess fördern.

Anlage 3: beispielhafter Wochenplan

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
			Wäschetag	06:00-6:30 Wäsche abnehmen			
6:30	Frühsport	Frühsport	Frühsport	Frühsport	Frühsport	Aufstehen	Aufstehen
7:15		Besinnung		Besinnung	Besinnung		
7:45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	08:15 Frühstück	08:15 Frühstück
8:00-8:30	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	08:00-09:00 Medizin holen	08:00-09:00 Medizin holen
8:30	08:30-10:00 BORA-Indikations-Gruppe 1	08:30 Indikation SST KBT	8:30-9:30Uhr Info-Forum (8:30 - 9:30 Ther. Schw.)	8:30-10:00Uhr AT-Tag / BT	8:30 – 9:30 Drogengruppe		08:45-12:00 Vormittagsausgang 08:45-17:30 Besuchszeit
9:30			9:30-10:00 Stations-Forum			09:30-12:00 Revierdienste Zimmerordnung	09:30 Möglichkeit zum Gottesdienstbesuch
10:00	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Vormittagsausgang	
10:15	10:15-11.45	10:15 Infovortrag	10:15 -11:00 Sport	10:15-11:45 AT-Tag / BT	10:15 GG		
10:50	BORA-Indikations-Gruppe 2		11:30 IND: PMR	11:00-11:45 Tb-Visite			
11:30	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen
12:00-12:30	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag
13:00	13:00-13:50		13:00-13:30 SHF	13:00-14:30 AT-Tag (BT Nachmittag nach Absprache)	13:00-13:45 Sport	ab 13:00 Wandern	
13:45	Einzelgespräch	13:45 Visite					
14:00					Pause		
14:00	14:00-15:00				14:10-16.20		
14:30	GG	Pause	Pause	Pause	BT + HW Stationsarbeit		
14:45		14:45-16:15 GG	14:45-16:15 Nichtraucher-Motivations-Gruppe / Tabak-Entwöhnung	14:45-16:20 AT-Tag (BT Nachmittag nach Absprache)	(14:45-15:30 IND PMR im DG Selbstorganisation)		
15:10	Pause						
15:20	15:20-16:20						
15:30	Schw.						
17:30-	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen
18:00							
18:00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:30				Messen & Wiegen			
19:00	Musik (60 min)	Frei (1x monatl. Lebenskunde)	Literatur	Spielabend / Pat. für Pat.	Video	Frei	Frei
19:45							
20:00	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV 18:30-22:15	TV 13:00-21:45
20:00-	Telefonzeit	Telefonzeit	Telefonzeit	Telefonzeit	Telefonzeit		
21.30							
20:45-	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen
21:30							
21:30-	Zimmeraufenthalt Tagebuchzeit	Zimmeraufenthalt Tagebuchzeit	Zimmeraufenthalt Tagebuchzeit	Zimmeraufenthalt Tagebuchzeit	22:15-23:00 Zimmeraufenthalt Tagebuchzeit	22:15-23:00 Zimmeraufenthalt Tagebuchzeit	21:45-22:30 Zimmeraufenthalt Tagebuchzeit
22:30-							
22:30-6:00	Nachtruhe Licht u. Radio aus	Nachtruhe Licht u. Radio aus	Nachtruhe Licht u. Radio aus	Nachtruhe Licht u. Radio aus	23:00 Nachtruhe Licht u. Radio aus	23:00 Nachtruhe Licht u. Radio aus	Nachtruhe Licht u. Radio aus

Legende

AT/BT	Arbeits- / Beschäftigungstherapie	Schw.	Schwimmen	Tb-Visite	Tagebuchvisite
GG	Gruppengespräch	SST	Selbstsicherheitstraining	IND	Indikative Therapie
HW	Hauswirtschaft	KBT	Kommunikative Bewegungstherapie	Bewegungstherapie	Therapeutisches Schwimmen
PMR	Entspannung	SHF	Selbsthilfeforum	Ther.Schw.	Zimmerdurchgang
Pat. für Pat.	Patienten gestalten Abend für Mitpatienten	ZiDg		ZV	Zimmervisite

Anlage 4: Motivationsstation

Die Behandlung in der Motivationsstation erfolgt für suchtkranke Patienten mit ambivalenter Therapiemotivation bei defizitärer Krankheitseinsicht oder sonstigen Zusatzrisikofaktoren, die eine Behandlungsmotivation reduzieren.

Zielstellung der Motivationsarbeit

Durch spezifische Motivationsarbeit soll eine Ordnung im Bereich positive und negative Bewertung des Suchtmittelkonsums erarbeitet werden. Hierbei soll sukzessive ein Bewertungsangleich zwischen Patientensicht und Therapeutensicht geschehen. Die respektvolle, nicht wertende Betrachtung auch positiver Seiten des Konsumverhaltens einerseits, die Aufdeckung der Nachteile des bisherigen Konsums andererseits sollen dem ambivalenten Patienten ermöglichen einen "Seitenwechsel" als sinnvoll und von ihm selbst gewünscht zu ermöglichen. Das Motivationale Gespräch (Miller und Rollnick) ist hierbei wichtiges Standardwerkzeug. Der Patient soll mehr und mehr seine Beweggründe sowohl bei Behalt des Konsums als auch für gegebenenfalls Änderung des Konsums erkennen, ansprechen und auf der Handlungsebene umsetzen können. Die Motivationsarbeit zielt auf die Freisetzung von bereits unbewusst angelegten Veränderungsimpulsen des Patienten. Der Abbau von aversiven Vorbehalten gegen Abstinenzentwicklung (Ängste, Vorurteile) ist hierbei ebenso wichtig wie das Aufzeigen von positiven Alternativen bei Veränderungen.

Feststellung der Patienten, die für die Motivationsstation geeignet erscheinen

Indikationsstellung für die Zuweisung auf die Motivationsstation. Die Klassifizierung erfolgt im Rahmen des einwöchigen Aufenthaltes auf der Aufnahmestation. Behandelnder Arzt und Therapeut entscheiden nach entsprechender Exploration über die Eignung für die Motivationsstation. Besondere Kriterien, die für die Aufnahme auf der Motivationsstation sprechen sind:

- Patienten, die zur Therapie erscheinen, weil sie ansonsten eine Kürzung ihrer Bezüge durch das Arbeitsamt/Sozialamt erfahren
- Patienten, die zur Therapie erscheinen, weil ansonsten über ihren Antrag auf EU-Rente nicht entschieden wird
- Patienten, die durch die Therapie eine Haftstrafe umgehen oder verkürzen wollen
- Patienten, denen die Therapie durch den Arbeitgeber zur Auflage gemacht wurde
- Patienten, die zu notwendig erscheinenden Lebensveränderungen nicht oder nur verbal bereit scheinen
- Patienten, die aufgrund ihrer Krankheitssituation oder ihrer Persönlichkeit viele motivationale Therapieelemente benötigen

Beginn der Motivationsphase und deren Inhalte

Die Motivationsstation ist als eigenständige Arbeitseinheit innerhalb der Rehabilitationseinrichtung zu sehen. Nach Ablauf einer Woche auf der Aufnahmestation, soll hier die spezifische motivationstherapeutische Arbeit erfolgen.

Innerhalb der therapeutischen Arbeit erfolgen:

- Informationen über die Suchterkrankung und deren Begleiterscheinung
- Förderung von Aufmerksamkeitsprozessen

- Reflexion durch die eigene Situation und Perspektive
- Information zur Rückfallprävention und Gestaltung abstinenter Lebensweisen
- Veränderung der Haltung gegenüber dem Suchtmittel
- Erweiterung der Kompetenz hinsichtlich Verhaltensweisen anstelle von Konsum
- Entscheidungshilfen bei der Klarifizierung ambivalenter Muster

Insbesondere geht es speziell um den Aufbau einer wertschätzenden Arbeitsbeziehung im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen Methoden (Präsenz-Wahrnehmen, Respekt-Ernstnehmen, Akzeptanz-Annehmen). Transparenz und Informationsvermittlung, Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung im Sinne der Verhaltenstherapie sind wesentliche Therapieelemente. Hinzu kommt Empathie sowie konkurrenz- und bedingungsfreie Akzeptanz in der Begegnung zum Patienten (Gesprächspsychotherapie). Es erfolgen Einzel- und Gruppengespräche, Vorträge und schriftliche Arbeiten, Beschäftigungstherapie, Sport- und Arbeitstherapie, Übernahme von Verantwortungsbereichen im Stationsablauf sowie bewusste Freizeitgestaltung mit der Zielsetzung, gemeinsam und aktiv etwas zu machen. Die abstinente Zeit soll erweitert werden, um besser unter nüchternen Bedingungen entscheiden zu können, wie die Zukunft gestaltet werden soll. Angehörigenarbeit findet individuell und je nach Bedarf in Form eines ganztägigen Angehörigenseminars statt. Auf der Motivationsstation wird die Frage des Verbleibs auf Station, die Verlegung auf eine Normalstation oder eine grundsätzliche Veränderung des Settings (Verlegung in andere Einrichtung, vorzeitige Verlegung in stationäre Nachsorge, vorzeitige Entlassung) kontinuierlich bewegt. Eine besondere Markierung für die Entscheidung stellt der Abschluss der sechsten Therapiewoche dar. Im Regelfall ist es möglich, zu diesem Zeitpunkt die oben beschriebene Entscheidung in einer gewissen Grundsätzlichkeit zu treffen. Insbesondere kommt bei den hierfür durchgeföhrten multiprofessionellen Teamsitzungen die Erfahrung zur Geltung, dass eine vorzeitig beendete Therapiemaßnahme mit Option einer erneuten Langzeitentwöhnung auf verbessertem Erkenntnisniveau gerade bei ambivalent motivierten Patienten eine angemessene Reaktionsweise mit gutem langfristigem Outcome darstellt.

Anlage 5: Bereitschaftsdienst und Notfallmanagement der Rehabilitationsklinik

An allen Arbeitstagen sind die beschäftigten Ärzte der Reha von 08:00 Uhr bis 16:30 Uhr anwesend. Von 16:30 Uhr bis 19:00 Uhr ist ein Arzt der Rehaklinik als Spätdienst eingesetzt. Nach 19:00 Uhr bis 08:00 Uhr am Folgetag besteht eine telefonische Rufbereitschaft. Am Wochenende und Feiertagen ist diese telefonische Rufbereitschaft durchgehend installiert. Die Rufbereitschaft wird von indikationsspezifischen Fachärzten (Psychiatrie, Psychosomatik) abgedeckt.

Der zentrale medizinische Anlaufpunkt ist 24/7 von einer examinierten Pflegekraft besetzt.

Ein diensthabender Therapeut ist von Montag bis Freitag von 16:30 Uhr bis 22:00 Uhr, am Samstag von 08:00 Uhr bis 13:00 Uhr und von 17:30 Uhr bis 20:30 Uhr sowie am Sonntag/Feiertag von 13:00 Uhr bis 22:00 Uhr anwesend.

Bei unmittelbarer Nähe zur Akut-Klinik (Innere Medizin, Psychiatrie, APP) ist im Bedarfsfall eine Hinzuziehung des dortigen medizinischen Personals und eine rasche Übernahme, falls notwendig, möglich. Von dort aus kann im Bedarfsfall eine weitere Versorgung oder Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgen.

Beschreibung Notfallablauf: Falls ein medizinischer Notfall eintritt, wird dieser über das Notrufsystem an den medizinischen Behandlungsplatz gemeldet. In jedem Raum der Rehabilitationseinrichtung in dem sich Patienten aufhalten, ist ein Notrufschalter installiert. Das Signal erscheint bei der diensthabenden Pflegekraft, sowohl akustisch als auch mit Zimmerangabe auf dem Display und zwar im Dienstzimmer als auch auf ihrem DECT-Handy. Eine sofortige Rückmeldung erfolgt. Hierbei wird die Möglichkeit eines ungewollten Fehlalarms überprüft. Im Bedarfsfall begibt sich die Pflegekraft mit dem Notfallkoffer sofort in das Zimmer in dem der Alarm ausgelöst wurde. Vor Ort organisiert die Pflegekraft die gegebenenfalls notwendige ärztliche Hilfe bzw. leitet sie eine notwenige Verlegung ein. Diese Verlegung kann in den Aufnahmebereich der Reha-Klinik (dort befindet sich ein Notfall- und Überwachungszimmer) oder in das Akut-Haus (siehe oben) erfolgen.

Bei entsprechender medizinischer Indikation wird die Rehabilitationsbehandlung unterbrochen.

Für große Notfälle (Havarie) findet sich folgende Vorgehensweise:

- Meldung an die übergeordnete externe Hilfsorganisation (im Regelfall Feuerwehr)
- Alarmierung von Chefärzten, Geschäftsführer, technischem Leiter bzw. deren Stellenvertreter und in Abhängigkeit von Notwendigkeit, Kompetenz und Verfügbarkeit von weiteren Helfern

Im Rahmen von Arbeitsschutz, Brandschutz und Notfallseminaren werden die Mitarbeiter regelmäßig verpflichtend geschult:

- Inhalte: Rettung gefährdeter Personen aus dem Problemfokus, Ursachenbekämpfung, Anfahrt- und Zugriffswege für Feuerwehr oder andere Organisationen frei zu machen und frei zu halten, kompetente Ablauforganisation, etc.

Schulungsprogramm für medizinische Notfälle:

- einmal im Jahr externe Schulung durch entsprechend ausgebildete Notfallärzte
- Notfallausrüstung:

medizinisch-technische Ausstattung (die Notfallrucksäcke/Notfallkoffer befinden sich an den jeweiligen Schwesterndienstplätzen > Reha, Innere und Psychiatrie, der AED befindet sich an der Akut und Reha Rezeption sowie Funktionsdiagnostik, Monitor/Defibrillator LIFEPAK 15 auf der Inneren, Absaugpumpe, Medumat Standard Beatmungsgerät)

Inhalt Notfallrucksack/Notfallkoffer (siehe Anlage 12)

Notfalldokumentation (es gibt ein Einsatzprotokoll und Nachbesprechungsprotokoll > siehe Anlage 12)

- zweimalig hausinterne Ärzteschulung (Auffrischkursus, geleitet durch die Innere Abteilung, ein Termin Pflicht für jeden Arzt)
- zweimal im Jahr für alle Mitarbeiter Notfallmedizin-Auffrischung (Theorie, Übungen am Phantom auf Station, geleitet durch Innere Abteilung, ein Termin Pflicht für jeden Mitarbeiter)
- nach Reanimationsereignis erfolgt die regelmäßige Aufarbeitung der Situation und Abläufe mit allen beteiligten Mitarbeitern (Feedback und Improvement > siehe Anlage 12)

Anhängend findet sich der in allen relevanten Räumen aushängende Notfallplan sowie die Ablauforganisation des Reanimationsteams der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH:

Für das Notfallmanagement (Abläufe, Organisation und Schulung) ist der Chefarzt der Inneren Abteilung, CA Dr. med. Christian Woratz und die Pflegedienstdirektorin Frau Ivonne Thiele (Krankenschwester, Rettungsassistentin, Pflegemanagement) verantwortlich.

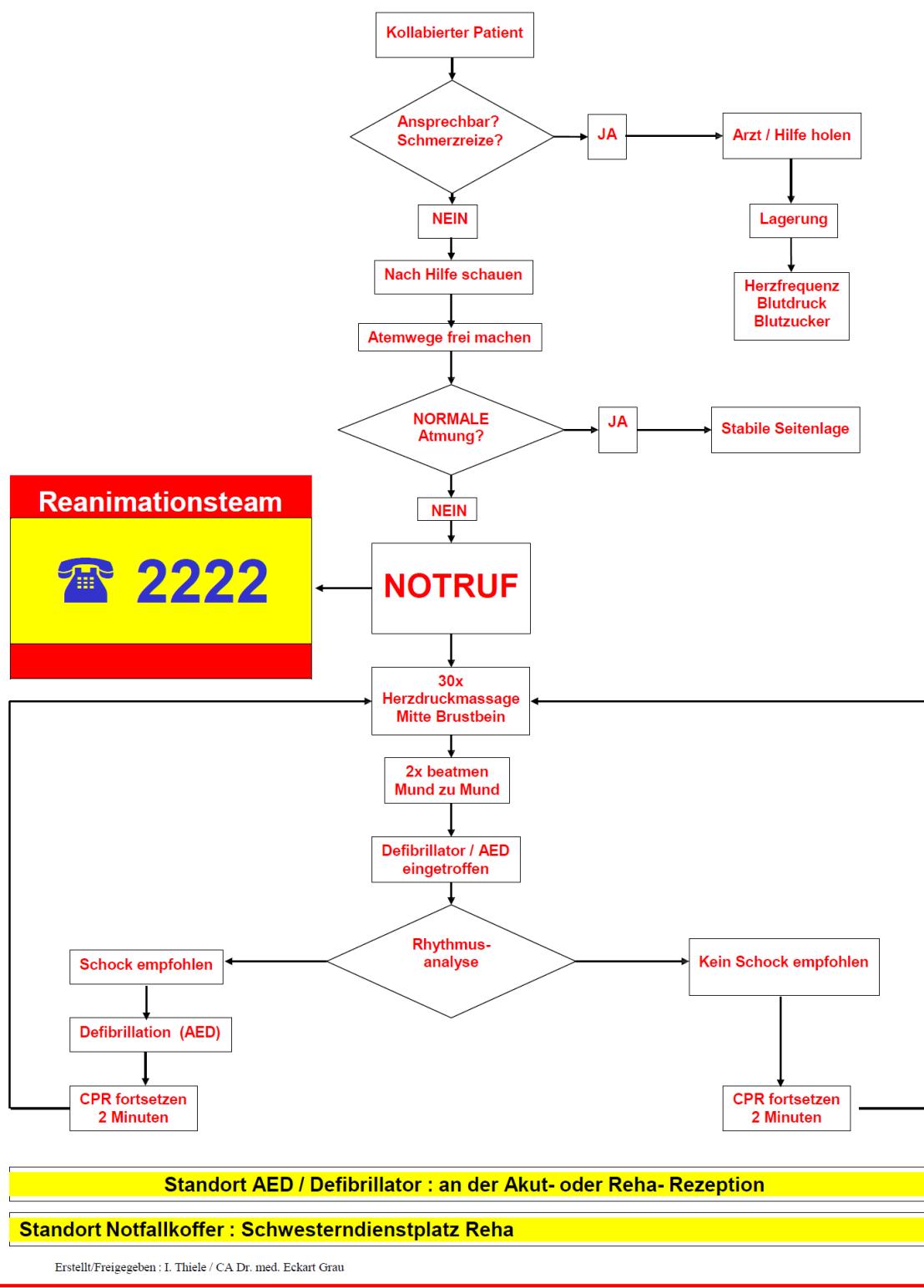
Notfallplan:



Diakonie-Krankenhaus
Harz GmbH

30.03.2023

NOTFALLPLAN





STRUKTUR

ERGEBNIS

DER BEREICH

- festes Reanimationsteam 24h Dienst
→ auf Stationen mit Aushängen kenntlich gemacht
→ im Intranet abgebildet
- 24 h erreichbar
→ feste Rufnummer: **2222**
- im Nachtdienst Übernahme durch Innere
Automatische Rufweiterleitung
→ ab 21⁰⁰ - 6⁰⁰
- die Leitung des Notfallteam kann spezifische Qualifikationen vorweisen
→ in Form von:
1 Praxisanleiter
1 Rettungsassistenten
1 AED-Trainer

- Notfallversorgung ist gewährleistet
→ feststehendes Reanimationsteam für Früh- und Spätdienst
- im Nachtdienst Übernahme durch die Innere

- Rufbereitschaft mittels separatem mobilen Diensthandy
→ gekennzeichnetes DECT Handy (wird nachts auf der INN geladen)

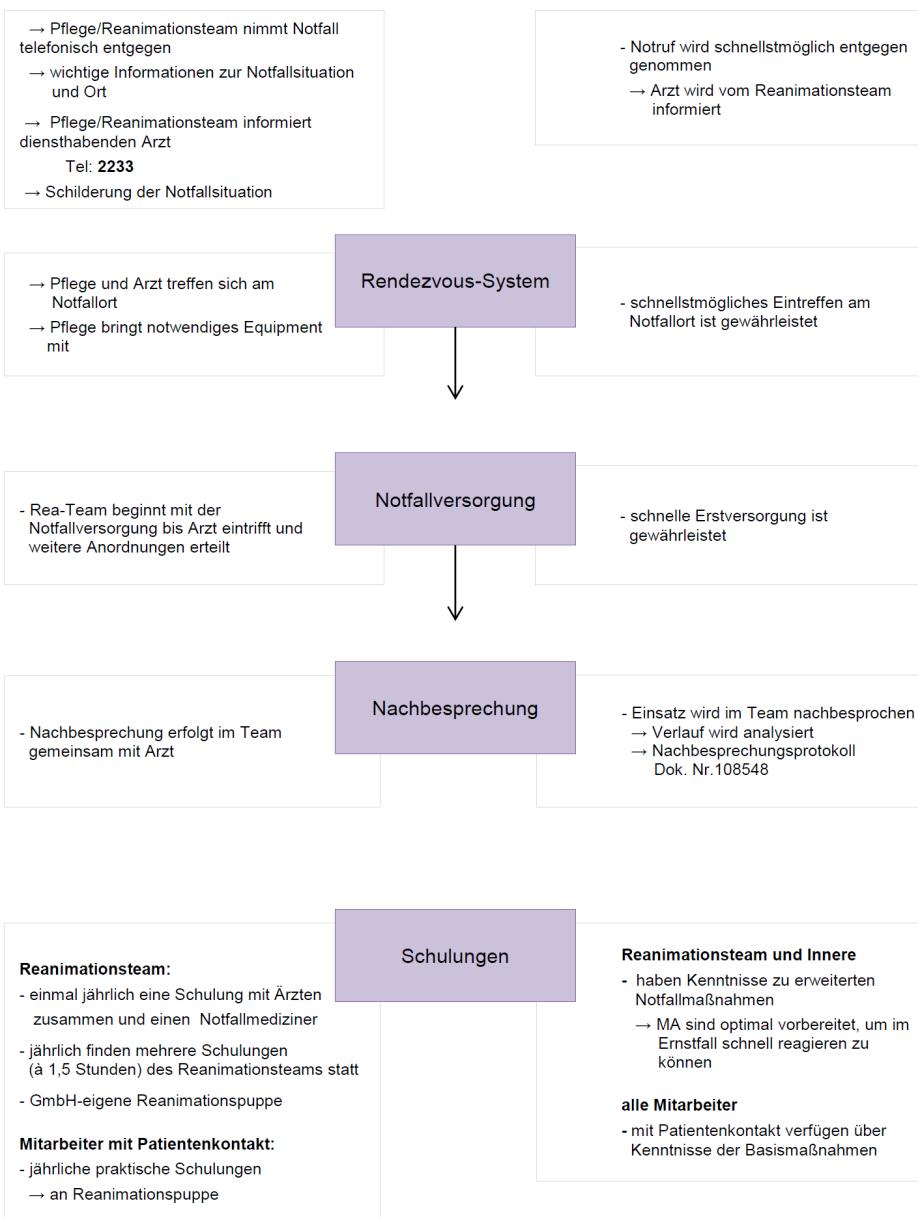
Dienstübernahme/-
Übergabe

- alzeitliche und schnelle Erreichbarkeit

- 21⁰⁰** Handy auf die Innere (zum Laden)
→ automatische Rufumleitung auf Stationstelefon der Inneren
- 6⁰⁰** Übergabe an den Frühdienst
→ Handy aus Ladestation an ein Mitglied aus Reanimationsteam
- 13³⁰** Übergabe an den Spätdienst durch den Frühdienst

- 24 stündige Erreichbarkeit ist sichergestellt
- automatische Rufumleitung wird regelmäßig durch Technik überprüft

NOTRUF-EINGANG 2222





Anlage 6: Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit von illegalen Drogen

Durch die strukturellen Besonderheiten bei Drogenpatienten (Alter, Ausbildungsgrad, Belastungen im finanziellen Bereich, Bewährungsauflagen etc.) ergibt sich die Notwendigkeit, Grenzen in besonders klarer Weise zu setzen. Es gilt, Abläufe besonders rasch und transparent zu gestalten sowie auf atmosphärische Elemente gezielter therapeutisch zu reagieren als bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen.

Der Verzicht auf das Suchtmittel bedeutet für den Drogenkranken im Regelfall Verzicht auf die intensivsten Empfindungen sowie Verzicht auf eine alternativlose Möglichkeit, seine eigene Gefühlswelt zu kontrollieren.

Eine enge Führung mit Einzelzuwendung und eher vielen kurzen therapeutischen Kontakten ist sinnvoll. Dies entspricht sowohl der Art der Beziehungsführung als auch den kognitiven Aufnahmekapazitäten dieser Klientel. Durch das gemischte Setting (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenpatienten) ist es möglich, gemäß der vorhandenen Bindungsfähigkeit und Ausdauer ein angemessenes Beziehungsangebot im Setting zu schaffen.

Innerhalb der stabilen therapeutischen Beziehung müssen basale Erziehungselemente nachgebracht werden.

Neben der Basisgruppe muss durch Indikationsgruppen den spezifischen Problematiken der Klientel Rechnung getragen werden. Stoffliche Gegebenheiten, Unterschiede im Konsummuster, Phänomene wie „Heißreden“, spezielle Belehrung über Infektionen Hepatitis C und HIV, vor allem aber die Zusammenhänge zwischen Lebensstil und Drogenkonsum sind hier die zentralen Themen (s. auch Indikationsgruppe Drogenabhängigkeit).

Im sozialen Betreuungsfeld sind Berufsausbildung, Wohnortwechsel, betreute Wohnformen für den posttherapeutischen Bereich, Schuldenregulierung, Begleitung bei laufenden Strafverfahren und Gerichtsauflagen die wesentlichen Beratungs- und Betreuungselemente.

Die Hausordnung ist für die drogenabhängigen Patienten ergänzt und im Sinne einer etwas strafferen Führung angepasst.

Anlage 7: Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit für Haftpatienten

Wir sind in unserer Einrichtung grundsätzlich in der Lage und bereit, Suchtpatienten mit Hafterfahrung zu behandeln. Hierbei handelt es sich im Regelfall um Patienten, die über § 35 BtMG oder über die 2/3-Regelung eine Therapiemöglichkeit mit gerichtlicher Auflage zugesprochen bekamen.

Im Vorfeld versuchen ausgewählte Mitarbeiter den regelmäßigen Besuch in der zugeordneten JVA durchzuführen, um die in Frage kommenden Patienten bereits persönlich zu kontaktieren. Ein regelmäßiger Briefkontakt im Abstand von 4 Wochen mit dem Ziel, die Therapiemotivation zu überprüfen und zu stärken sowie die therapeutische Beziehung bereits anhand von passenden Themen und strukturellen Fragen (Termine, Kostenzusage etc.) vorzubereiten, ist von uns geforderte Voraussetzung für eine Aufnahme in unserer Einrichtung.

Die Durcharbeit unserer Hausordnung und der therapeutischen Vereinbarungen muss bereits während der Haftzeit geschehen und mit Unterschrift von den potentiellen Patienten bestätigt werden.

Dieses Filtersystem sehen wir als notwendig, um atmosphärische Störungen, die durch Patienten mit Hafterfahrung auftreten können einzudämmen (hierarchische Strukturen der Haft werden bewusst und unbewusst aufgebaut, das therapeutische Personal wird im Sinne der Übertragung mit Justizvollzugsbeamten verwechselt und entsprechend behandelt, lediglich externe Strukturen greifen, eigenverantwortliche Begrenzung ist kaum vorhanden etc.). Durch die Vorbereitung vor Therapiebeginn wird erreicht, dass das Outcome dieser Patientengruppe hinsichtlich regulärer Therapiebeendigung und Abstinenzsicherung deutlich näher an die Ergebnisse der Restgruppe der Patienten heranreicht.

Anlage 8: Adaption

Adaption ermöglicht eine stufenweise berufliche und soziale Integration nach einer Reha-Sucht, wenn die psychische Belastbarkeit noch nicht ausreichend stabilisiert ist.

Die Adoptionsbehandlung im Diakonie-Krankenhaus Harz in Elbingerode verfolgt verschiedene Aspekte:

- Unsere Adaptionseinrichtung ermöglicht in der Harzregion und darüber hinaus differenzierte Möglichkeiten der nahtlosen stufenweisen Integration von stationär therapierten Suchtkranken in ein neues soziales Umfeld, wenn Wohnungslosigkeit und soziale/berufliche Desintegration vorliegt und eine Reintegration möglich ist.
- Durch individuelle externe Praktika (ein oder mehrere) während einer Adaption, kann die berufsspezifische Eignung und Kompetenzerweiterung sozialmedizinisch viel genauer eingeschätzt und eine berufliche Integration besser vorbereitet werden.
- Durch die günstige Anbindung ans Verkehrsnetz (20 Minuten Fahrzeit nach Wernigerode) sind „Arbeitswege“ mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Wirtschafts- und Dienstleistungsunternehmen, zu Verwaltungs- und Bildungseinrichtungen in Wernigerode (35.000 EW) und darüber hinaus im gesamten Harzkreis gut möglich.
- Die sehr gute Lage auf dem Arbeitsmarkt (Arbeitslosenquote < 5 % in Wernigerode, Stand 05/2018) bietet gute Perspektiven für mittel- und langfristige berufliche Reintegration.
- Die Vorbereitung der poststationären Phase kann auch im Blick auf die Vorbereitung der Nachsorge in der Suchtberatung und die Integration ins Suchthilfenzentrum mit Selbsthilfegruppen und ambulanter Nachbetreuung fließend geschehen.
- Die Lage und Ausstattung der Adaptionseinrichtung „Haus Bodfeld“ in Elbingerode, Obere Schulstraße 13, bietet durch die geringe Nähe zur Klinik (ca. 1 km entfernt) für die Verselbständigung optimale Voraussetzungen unter entsprechenden supportiven Bedingungen.

Adaption in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Die bisherige vollstationäre Behandlungsform mit 140 Plätzen wird erweitert um 7 Plätze für die Adoptionsphase von 12 - 16 Wochen.

Die Adoptionsphase ist die zweite medizinische Therapiephase für diejenigen suchtkranken Patienten, die bei entsprechender Indikation eine soziale und berufliche Integration in der Region Harz anstreben. Manch ein Patient benötigt auch weitere psychosoziale Stabilisierung um dann in entferntere ambulante Betreuungs- oder Wohnsituationen zu wechseln.

Behandlungsverlauf:

Stationär (12 -) 15 - 26 Wo- chen	Adaption 12 - 16 Wochen	ambulante Nachsorge (6 - 12 Monate)
--------------------------------------	--	--

Adaption schließt sich nahtlos an eine planmäßig beendete medizinische Reha (Entwöhnung) an. Der erfolgreiche Abschluss der Entwöhnung gewährleistet die körperliche und eine ausreichende psychische Belastbarkeit gegenüber den Anforderungen einer Adaption.

Ziel einer Adaption ist dabei die Überprüfung und Vorbereitung zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie die Stabilisierung der Fähigkeit zur abstinenter Bewältigung der Anforderungen einer zunehmend selbstständigeren Lebensführung. Mit therapeutischer Begleitung wird unter Alltags-Bedingungen die „Öffnung nach außen“ behutsam bewältigt. Wichtig ist dabei der Verlauf des Praktikums, in dem unter betrieblichen Bedingungen die Belastungsfähigkeit erprobt, differenziert „diagnostiziert“ und trainiert wird. Von der stationären Betreuung ausgehend, wird in der Adaption gleichzeitig die Stellen- und Wohnungssuche therapeutisch unterstützt, die Tagesstrukturierung verselbständigt und die Neu- oder Wiedergestaltung der sozialen Beziehungen begleitet.

1. Indikation

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit und Polytoxikomanie nach erfolgreichem Abschluss einer stationären Entwöhnungstherapie mit

- einer noch nicht vollständigen psychischen Belastungsfähigkeit bezüglich der Erwerbsfähigkeit und selbstständigen Lebensführung (mit entsprechender Rückfallgefährdung)
- ausgeprägter sozialer Desintegration (Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit)
- stärkerer körperlicher und psychischer Störung, die für eine Belastungserprobung im beruflichen und teilhabeorientierten Setting angemessen therapiert und daher geeignet sind
- medizinisch bedingtem verzögerten psychosozialem Stabilisierungsprozess in der Entwöhnungstherapie, der bei Entlassung in die selbständige Lebensführung noch absehbare Rückfallgefährdung zeigt

2. Therapieziele

Die grundsätzlichen Therapieziele der Suchtrehabilitation werden in der Adaption spezifisch ergänzt:

- die weitere psychische und körperliche Stabilisierung zwecks (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben sowie
- die Fähigkeit zur abstinenter Bewältigung der Anforderungen einer selbstständigen Lebensführung (Wohnungs- und soziale Integration, Tagesstrukturierung, Kompetenz zur Rekreation)
- Integration in den Selbsthilfe- und Nachsorgebereich

3. Therapieinhalte

Grundsätzliche Therapieinhalte einer medizinischen Rehabilitation sind auch Therapieinhalte einer Adaption, nehmen jedoch zunehmend begleitenden und ergänzenden Charakter an. Die

individuellen Besonderheiten der Adoptionsbehandlung bestimmen entsprechend die unterschiedliche Auswahl aus den möglichen Therapieeinheiten:

- interne und externe Praktika
- Haushaltstraining: Zur Haushaltsführung gehören Einkauf, Finanzplanung (langfristige und kurzfristige Ausgaben- und Einnahmeverwaltung), Raum- und Textilpflege, Bedienung elektrischer Geräte, Kochen und Backen. Weiter ist eine Anleitung zur häuslichen Pflege wie z. B. Waschen und Bügeln wichtig.
- Selbstversorgungstraining: Hier stehen die Gruppenaktivitäten im Vordergrund. Es werden Grundfertigkeiten sowie die Anfertigung einfacher Gerichte vermittelt, ergänzend dazu die Tischdekoration (z. B. Wie decke ich den Tisch festlich?).
- körperliche Konditionierung: im sportlichen Bereich, z. B. Volleyball, Lauf- und Wandergruppe, Kraftsport, Fahrrad fahren
- Aufbau sozialer Bezüge ins zukünftige Umfeld: (als Gruppenveranstaltung oder Teilnahme an Selbsthilfe- o. ä. Gruppen) Vorträge, Buchlesungen, Musikabende, Ausstellungsbesuche, Vorbereitung eigener Hobby-, Musik- und Spielabende, Teilnahme am kulturellen Angebot der Stadt
- Sozialberatung (berufliche Reha, Arbeitsagentur, Bewerbungen, Wohnungssuche u. a.): Der Umgang mit Behörden umfasst das Gebiet gesetzlicher Rechte und Pflichten. Hier wird an erster Stelle zusammen mit dem Sozialdienst praktische Soziakunde vermittelt: Was sind meine Rechte, Pflichten, Möglichkeiten? Wie stelle ich Anträge, erhebe Einspruch? Dabei werden auch konkrete Patientenprobleme neben den allgemeinen Themen behandelt. In vivo werden dann durch den Patienten bei individueller therapeutischer Begleitung organisatorische und behördliche Anliegen geklärt.
- Die medizinische Betreuung besteht aus einer fachärztlichen Visite alle 14 Tage, einer Routinediagnostik im Sinne von Alkohol- und Drogenkontrolle, Blutdruck/Puls und Gewichtsmessung. Anpassung der Medikation und bedarfsgerechter ärztlicher Versorgung bei Notwendigkeit.
- weitere Elemente von arbeits- und berufsbezogenen Interventionen der medizinischen Rehabilitation (wie Bewerbertraining, PC-Training u. ä.)
- Andere Angebote wie kreatives Gestalten (Malen, Holzarbeiten, Knüpfen) können über den Bereich Ergotherapie (in der Anfangsphase) abgedeckt werden.
- Im Rahmen einer Einzelberatung wird die gemeinsame Erarbeitung von allgemeinen Tages- und Wochenplänen für die Zeit nach der Therapie angeboten.

4. Therapiedauer

Eine Adaption dauert 12 - 16 Wochen.

5. Wochenplan

Einzel- und Gruppentherapien finden am Nachmittag und Abend statt, da für die Praktika täglich intern 3 - 6 Stunden und extern 4 - 8 Stunden (wöchentliche Praktika-Zeit 24 - 32 Stunden) vorgesehen sind.

Eingewöhnungsphase 1. und 2. Woche							
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:00		Aufstehen Zimmer aufräumen, Frühstück					
07:30	Tagebuch abgeben				07:30 gem. Frühstück		
08:30	Zimmerdurchgang	8:00 - 11:00 Hauswirtschaft	Vorstellungen/ Besichtigungen von Adoptionsbewerbern		08.15 - 09:45 Gruppe (psychotherapeut.)	Zimmerreinigung	09:30 / 10:30 Möglichkeiten zum Gottesdienstbesuch
9:00					ab 10:00 Kasse		
10:00		Bewerbung/ Praktikumsangelegenheiten (nach Absprache)	Praktikumsvorbereitung		11:00 Visite 14-tätig		
12:00							
12:00 - 13:00		Mittagspause			12:00 gem. Mittagessen		
					ab 13:00 Möglichkeit zur Heimfahrt (nach Absprache)/ Freizeitaktivität (Kegeln) 13:00 - 14:30		
16:00 - 19:00	Tagebuchvisite	17:30 - 18:30 Gruppentherapie (Aufgaben/Heimfahrt/Praktikum)	ab 16:00 - 18:00 Messen/Wiegen Medikamentenausgabe				Freizeitaktivität (Tischtennis) 18:00-19:30
18:00	Freizeitaktivität (Sporthalle) 18:00-20:00			Freizeitaktivität (Kegeln) 18:00 - 19:30		Freizeitaktivität (Tischtennis) 18:00-19:30	19:00 - 20:30 Pusten am SDPL (Heimfahrer nach Rückkehr)
21:45	Hausschlussrunde - Anwesenheit im Haus (Tagebuchzeit)						
23:30	Empfohlene Nachtruhe						
Kernphase ab 3. Woche							
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:00		Aufstehen Zimmer aufräumen, Frühstück					
07:30	Tagebuch abgeben Zimmerdurchgang				07:30 gem. Frühstück		09:30 / 10:30 Möglichkeiten zum Gottesdienstbesuch
08:30					08.15 - 09:45 Gruppe (psychotherapeut.)	Zimmerreinigung	
8:30					ab 10:00 Kasse		
10:00					11:00 Visite 14-tätig		
11:00		Externes Praktikum			12:00 gem. Mittagessen		
12:00 - 13:00					ab 13:00 Möglichkeit zur Heimfahrt (nach Absprache)/ Freizeitaktivität (Kegeln) 13:00 - 14:30		
16:00	Tagebuchvisite	ab 16:00 Einzelgespräche 17:30 - 18:30 Gruppe	ab 16:00 - 18:00 Messen/Wiegen Medikamentenausgabe	Behördengänge			Freizeitaktivität (Tischtennis) 18:00-19:30
18:00	Freizeitaktivität (Sporthalle) 18:00-20:00			Freizeitaktivität (Kegeln) 18:00 - 19:30		Freizeitaktivität (Tischtennis) 18:00-19:30	19:00 - 20:30 Pusten am SDPL (Heimfahrer nach Rückkehr)
21:45	Hausschlussrunde - Anwesenheit im Haus (Tagebuchzeit)						
23:30	Empfohlene Nachtruhe						

6. Mitarbeiterteam und Kooperationen

Für die 7 adaptiven Behandlungsplätze sind Ergotherapeuten/-innen, Sozialtherapeuten/-innen, Psychologen/-innen, Sporttherapeuten/-innen, Ärzte/-innen im Mitarbeiterteam der Reha zur Absicherung der zusätzlichen therapeutischen Betreuungstätigkeiten und der Koordinationsaufgaben eingestellt.

Mit gut 100 Firmen bestehen grundsätzliche Absprachen für Praktikaplätze. Darüber hinaus ist die Kooperation mit den Betrieben des regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtkrankenhilfe auf hohem Niveau etabliert.

7. Dokumentation und Qualitätsmanagement

Durch die Integration der Adoptionsbehandlung in die Abläufe der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH und damit ins gesamte klinische Standardprogramm mit allen Dokumentations- und QM-Prozessen, ist die hohe Fachlichkeit und Qualität gewährleistet. Auch die Adaption wird selbstverständlich kontinuierlich nach den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

Anlage 9a: Die ganztägig-ambulante Entlassform in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Die vollstationäre Behandlungsform wird erweitert um die ganztägig-ambulante Entlassungsform mit maximal 8 Plätzen

- Die ganztägig-ambulante Entlassform in Elbingerode ist ein Angebot, um individuellen Aspekten der sozialen Integration (Wohnort, Berufsausübung, Familienstabilität u. ä.) lebens- und alltagsnah gerecht zu werden. Für die unterschiedliche Situation der Rehabilitanden ist damit bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit und Indikation eine differenzierte Behandlungsvariante möglich.

Entsprechend den Rahmenvorgaben sind 45 Minuten Fahrtzeit bei ambulanten Behandlungen angemessen (Anlage 3 zur Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001). Unsere Fachklinik ist aus Halberstadt, Gröningen, Quedlinburg, Ballenstedt, Harzgerode, Nordhausen, Bad Sachsa, Bad Lauterberg, Osterode am Harz, Goslar, Bad Harzburg, Ilsenburg und Osterwieck per PKW in dieser Zeit gut erreichbar und diese Region umfasst eine Bevölkerung von ca. 230.000 Einwohnern. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist die Fachklinik Elbingerode für die ambulante Rehabilitation für ca. 120.000 Einwohner entsprechend den Zeitvorgaben vernetzt.

Die Festlegung auf die ganztägig-ambulante Entlassform ist abhängig von der Berücksichtigung folgender Komponenten:

- Abhängigkeitsart und Intensität (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, zusätzliche Spielsucht)
- körperlicher und psychischer Störungsgrad
- soziale und berufliche Integration
- Motivation (Krankheitseinsicht, Bereitschaft zur Persönlichkeitsarbeit ...)
- Wohnortnähe

Behandlungsverlauf:

Nach vollstationärem Beginn wird bei vorliegender Indikation die ganztägig-ambulante Entlassform in der Regel in den letzten 4 Wochen der Therapiezeit durchgeführt.

Die Vorbereitung der poststationären Phase geschieht in dieser Art Kombi-Modell fließend (Integration in Selbsthilfegruppen, Vorbereitung der Beratungsstellen-Nachsorge usw.).

Konzeptionelle und Indikative Aspekte

Im Setting einer Kombi-Therapie bleibt die Integration in die bisherige stationäre Basisgruppe während der ganztägig ambulanten Tages-Reha bestehen (Konstanz der Beziehung zu Gruppe und Therapeut). Daher ist eine intensive Belastungserprobung durch das externe Wohnen und die Beziehungsgestaltung ins soziale Umfeld bei Erhalt der therapeutischen Beziehung möglich: Fahrt, familiäres und soziales Umfeld, Freizeitgestaltung am Wochenende und Abend, Aufbau stützender sozialer Kontakt durch Integration in Selbsthilfegruppen usw.

Indikation:

- alle Abhängigkeitsformen
- gute soziale (z. B. familiäre) Integration oder Integrationsmöglichkeit
- entsprechende somatische und psychische Stabilität

- Anwesenheit im privaten Umfeld (Kinderbetreuung, Pflege ...) im Sinn der sozialen Integrationsnotwendigkeit und des Belastungstrainings
- ausreichende Distanz (oder Distanzierungsfähigkeit) vom „Suchtumfeld“
- entsprechende Abstinenzfähigkeit
- Wohnortnähe (ca. 45 Minuten Fahrtzeit)

Inhalt:

- Vertiefung der Suchterkenntnis und Abstinentzentscheidung
- Bearbeitung der primären und sekundären Persönlichkeitsdefizite unter sozialtherapeutischen und psychotherapeutischen Aspekten
- Sozialberatung
- medizinische Behandlung
- körperliche Konditionierung
- individuelle indikative psychotherapeutische Behandlung (Selbstsicherheitstraining, progressive Muskelentspannung etc.)
- Therapiezeiten von 4 - 8 Stunden pro Tag (Montag bis Freitag)
- Als Therapie können auch Veranstaltungen (wie interne Praktika, Termine bei Arbeitsagenturen u. ä.) zählen, die bei der stationären Form individuell als indikative Therapie angesetzt oder wegen der wichtigen stabilisierenden Bedeutung (Gerichtstermine u. ä. Behördenwege abstinenter mit evtl. notwendiger Begleitung wahrnehmen) ermöglicht werden.

Im Fall einer Destabilisierung durch die Belastungssituation bei der ganztägig ambulanten Entlassform kann der Patient kurzzeitig nach Rückmitteilung an den Kostenträger (bzw. nach Rücksprache mit dem Kostenträger) wieder stationär aufgenommen werden. Dabei wird er entsprechend der Situation in seiner Gruppe integriert bleiben und erhält in Notfällen einen Wohnbereich in der Aufnahmestation (z. B. bei Rückfall).

3. Wochenplan

Bei sogenannten Kombi-Behandlungen (ganztägig ambulante Entlassform) setzt der Patient seine Behandlung in den üblichen täglichen Therapiezeiten seiner bisherigen Basisgruppe Montag bis Freitag von 7:45 bis 16:20 Uhr fort (s. Anlage 3).

4. Raumplanung

Da die bestehenden Räumlichkeiten mitgenutzt werden, besteht nur unwesentlicher Bedarf nach räumlicher Erweiterung: ein Aufenthaltsraum für die ganztägig ambulanten Patienten mit Dusch- und Umkleidemöglichkeit ist im Bereich der flexiblen Wohngruppe eingerichtet (der ganztägig ambulante Patient ist in seiner 8er-Basisgruppe integriert).

5. Mitarbeiterteam

Da die 8 ganztägig ambulanten Behandlungsplätze im Sinne einer flexiblen Behandlungseinheit vorgehalten werden, sind keine zusätzlichen Mitarbeiter erforderlich.

Die ärztlichen, psychologischen, psycho- bzw. sozialtherapeutischen und ergotherapeutischen Aufgaben werden von den Mitarbeitern des Suchtmedizinischen Zentrums übernommen, so dass trotz nur anteilig nötiger Beschäftigungsverhältnisse immer ausreichend Fachkräfte entsprechend den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zum Einsatz kommen können.

6. Dokumentation und Qualitätsmanagement

Durch die Integration der ambulanten Therapieplätze ins gesamte klinische Standardprogramm mit allen Dokumentations- und QM-Prozessen ist die hohe Fachlichkeit und Qualität (zertifiziert nach BAR und DIN EN ISO 9001:2015) gewährleistet.

Anlage 9b: Die ambulante Suchtrehabilitation in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH – in Beantragung

Vorbemerkung

Die ambulante Suchtrehabilitation ist als eigenständiges Therapieangebot der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH zu sehen, in Ergänzung und in Kooperation mit den Angeboten unseres Suchtmedizinischen Zentrums. Die langjährige Erfahrung in der Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen und die vielfältigen Vernetzungsmöglichkeiten (Präventionsfachstelle, Suchtberatung, Qualifizierte Entgiftung, Psychiatrie, psychiatrische Institutsambulanz Sucht (PIA), verschiedenste ambulante und stationäre Nachsorgeeinrichtungen, Tagesstätte) bieten zahlreiche Möglichkeiten abgestimmter Diagnostik und Behandlung.

Neben der primären ambulanten Rehabilitation als alternative Behandlung zur stationären Rehabilitation ist die ambulante Rehabilitation auch als weiterführende Behandlung nach stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation möglich. In diesem Falle kann auch ein Wechsel aus der stationären in die ambulante Behandlungsform in Frage kommen. (s. unten „Kombinationsbehandlung“)

Allgemeine Voraussetzungen / Zugangskriterien

Zielgruppe: Alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige (einschließlich polytoxikomane) Frauen und Männer ab vollendetem 18. Lebensjahr. Abgeschlossene Entgiftungsbehandlung, Therapiemotivation und ausreichende Stabilität zum Abstinenzehalt unter ambulanten Rehabilitationsbedingungen sind Voraussetzung.

Die Zuweisung erfolgt nach Beantragung des Betroffenen mit Sozialbericht, ärztlichem Befundbericht und gegebenenfalls sozialmedizinischem Gutachten mit der Kostenzusage durch die Leistungsträger. Die Regelbehandlungszeit beträgt 9 bis 12 Monate.

Das Rehabilitationsangebot ist wohnortnah definiert, im Regelfall soll die Erreichbarkeit zwischen Wohnung und Rehabilitationseinrichtung nicht mehr als 45 Minuten betragen, die Entfernung sollte 50 km nicht überschreiten. Erreichbarkeit durch öffentliche Verkehrsmittel ohne Begleitung sollte gegeben sein, sowohl was die Infrastruktur betrifft, als auch was die körperliche und psychische Eignung der Rehabilitanden angeht. Unsere ambulante Rehabilitation ist aus Halberstadt, Gröningen, Quedlinburg, Aschersleben, Goslar, Bad Harzburg, Wolfenbüttel und den umliegenden Ortschaften per PKW in dieser Zeit gut zu erreichen. Diese Region umfasst ca. 250.000 Einwohner. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln können etwa 120.000 Einwohner innerhalb der Zeit- und Distanzvorgabe unsere Fachabteilung erreichen.

Die Behandlung der Rehabilitanden findet in Räumen der Suchtberatungsstelle Wernigerode, Degener Straße 8 in 38855 Wernigerode, sowie dem Komplementärbereich Helmut-Kreutz-Haus, Pulvergarten 2 in 38855 Wernigerode, statt. Eine organisatorische Trennung von den übrigen Leistungsbereichen ist gegeben. Eine Verknüpfung mit der Akut-Klinik in Elbingerode, Brockenstraße 1 in 38875 Elbingerode, sowie ggf. die Nutzung der ergotherapeutischen und sporttherapeutischen Einrichtungen der Rehabilitationsklinik des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode ist indikativ möglich.

Allgemeine Rehabilitationsfähigkeit sowie Rehabilitationsbedürftigkeit müssen vorliegen.

Indikation der ambulanten Rehabilitation

1. Die seelische, körperliche und soziale Störung oder Beeinträchtigung ist so ausgeprägt, dass eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr notwendig ist und dass die ambulante Behandlung einen Stabilisierungserfolg hinsichtlich Suchterkrankung und Erwerbsfähigkeit verspricht.
2. Hierzu muss die soziale Situation des Abhängigkeitserkrankten noch ausreichend stabil sein. Eine stabile Wohnsituation muss gegeben sein. Die gesundheitliche und

soziale Situation muss mit den therapeutischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation angemessen aufgearbeitet werden können.

3. Eine Veränderung des sozialen Umfeldes (Wohnortwechsel) als rückfallpräventive Maßnahme darf nicht mehr erforderlich sein.
4. Die berufliche Integration muss ausreichend stabil sein. Einschränkungen der Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit sind aber keine Ausschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation. Ziel der Rehabilitation ist eine positive Veränderung in Richtung Partizipation am Erwerbsleben.
5. Die aktive Mitarbeit sowie die regelmäßige Teilnahme an den therapeutischen Aktivitäten muss vorhanden, erkennbar und dokumentierbar sein.
6. Der Abhängigkeitserkrankte muss sich hinsichtlich einer abstinenter Lebensgestaltung verpflichten und insbesondere suchtmittelfrei an der Therapie teilnehmen.
7. Der Rehabilitand muss ausreichend mobil sein, um die definierten Wege und Zeiten, die die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen, einzuhalten.

Behandlungsdauer

Die Regelzeit der ambulanten Rehabilitation beträgt 9 bis 12 Monate und umfasst bis zu 80 Einheiten therapeutische Gruppen- und Einzelgespräche sowie bis zu 8 Gespräche mit Angehörigen und Bezugspersonen. Eine Verlängerung auf bis zu 18 Monaten mit insgesamt 120 Therapieeinheiten und bis zu 12 Angehörigen-/Bezugspersonengesprächen ist nach Beantragung beim Kostenträger möglich.

Durchführung der ambulanten Rehabilitation

Die Behandlung erfolgt gemäß unserem Therapiekonzept psychoanalytisch-interaktionell mit verhaltenstherapeutischen Elementen, bei Bedarf ergänzt durch berufsorientierende Maßnahmen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (s. BORA-Konzept) sowie weiterer indikativer Module.

Alle Abläufe unterliegen auch hier selbstverständlich dem kontinuierlichen internen Qualitätsmanagement nach DIN-ISO 9001-2015.

Behandlungsziele

1. Erlernen, Weiterentwicklung und Festigung abstinenzsicherer Lebensorganisation
2. Verbesserung und Stabilisierung der körperlichen Gesundheit
3. Verbesserung und Stabilisierung der seelischen Gesundheit
4. Verbesserung der Kräfteökonomie und Kräftebalance
5. Vorbereitung zur Rückkehr ins Erwerbsleben
6. Gesellschaftliche Re-Integration, vor allem unter dem Aspekt der Beziehungsstabilität und -kontinuität, sowie Aufbau von Beziehungen zu nicht-abhängigen Menschen.
7. Organisation von kompetenter Nachsorge mit Anbindung an Suchtberatungsstelle, Suchtnachsorge und Selbsthilfegruppe im Sinne der Rückfallprophylaxe
8. Training von berufsrelevanten Abläufen wie Bewerbung, Teamkooperation, Kommunikationsverbesserung vor allem mit Kollegen und Vorgesetzten
9. Verbesserung der Gestaltung von freier Zeit und Leerläufen, Förderung der Individualressourcen, Umgang mit Arbeitslosigkeit etc. bei gleichzeitiger Ausrichtung auf berufliche Neuorientierung
10. Klärung familiärer Problematiken
11. Klärung der finanziellen und ggf. juristischen Belange
12. Aufbau und/oder Intensivierung von Freizeitaktivitäten

Diagnostik

Die Behandlung bestehender akuter Erkrankungen und Fähigkeitsstörungen, laufende Diagnostik und Umgang mit sonstigen Einschränkungen sollten vor der ambulanten Rehabilitation abgeschlossen sein. Die diagnostischen Ergebnisse, notwendige Medikation und weitere Behandlungsnotwendigkeit sollten vorliegen, damit die Weiterbehandlung möglichst nahtlos fortgeführt werden kann.

Diagnostische Maßnahmen während der ambulanten Rehabilitation konzentrieren sich auf Maßnahmen, die zur Durch- und Fortführung der Rehabilitation und zur abschließenden sozialmedizinischen Beurteilung notwendig sind.

Medizinische Aspekte, die sich auf Arbeitsplatz, Weiterbeschäftigung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auch Gestaltung der Arbeitslosigkeit beziehen, werden insbesondere berücksichtigt.

Therapiephasen

Aufnahme- und Diagnostikphase (ca. 5 - 7 Stunden):

Am Aufnahmetag finden die fachärztliche Untersuchung und die Erstdiagnostik einschließlich Dokumentation statt. Die Stichprobenuntersuchungen auf Alkohol in der Atemluft und Drogenmetaboliten im Urin beginnen zu diesem Zeitpunkt. Des Weiteren findet das therapeutische Aufnahmegeräusch mit Erläuterung des weiteren Rehabilitationsverlaufs statt. Dabei werden zunächst die weiteren diagnostischen und einführenden Maßnahmen besprochen. Neben der medizinischen Diagnostik findet ein neuropsychologisches Screening, eine Sucht-, klinische und Persönlichkeitsdiagnostik sowie auch eine arbeitsbezogene Diagnostik in Anlehnung ans ICF statt.

Auch der Zielklärungsprozess einschließlich Zielbesprechung ist Teil der Aufnahmephase. Darin wird der weitere Behandlungsplan gemeinsam festgelegt.

Behandlungsphase: Sucht- und Persönlichkeitsbearbeitung: ca. 60 h (bei bewilligten 80 h, bei notwendiger Verlängerung und je nach Bedarf auch länger)

Je nach Zielstellung und Behandlungsplan sind folgende Maßnahmen in unterschiedlicher Gewichtung Bestandteil der ambulanten Rehabilitation, wobei diese dem Schwerpunkt des Erreichens einer stabilen Abstinenzfähigkeit dienen:

- Medizinische Therapie
- Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und indikative Gruppenangebote
- Rückfallprävention und gegebenenfalls Rückfallbearbeitung
- Arbeitsbezogene Interventionen
- Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
- Freizeitangebote
- Sozialdienst (begleitende Hilfen im sozialen Umfeld, Anträge auf Leistungen zur Teilhabe)
- Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung
- Angehörigenarbeit
- Gesundheits- und Krankenpflege
- Kooperation mit Einrichtungen der Sucht-(Selbst-)Hilfe und der Teilhabe am Arbeitsleben

Sollte es zu einem Rückfall kommen, wird das Rückfallgeschehen durchgesprochen. Eine Entgiftung wird bei Bedarf eingeleitet. Nur wenn nach eingehender Rückfallbearbeitung die weitere Behandlung ausreichend Erfolg verspricht, kann diese fortgesetzt werden.

Entlassungsphase: (ca. 10 -15 h):

Diese impliziert die besondere Berücksichtigung rückfallpräventiver Maßnahmen

Hier geht es in besonderem Maße um Verselbständigung und Stabilisierung der erreichten Veränderungen.

Therapiestruktur

1 – 2 Sitzungen pro Woche (50-minütige Einzelgespräche, 100-minütige Gruppengespräche), Psychoedukation, spezielle Indikationsgruppen wie Gruppentraining sozialer Kompetenzen, DBT Sucht sowie Stressbewältigungstraining

- Die Gruppenstärke richtet sich nach der Patientenstruktur und bewegt sich zwischen maximal 8 Patienten bei reinen Drogengruppen und 12 Patienten bei Gruppen von allein Alkoholabhängigen. In diesem Sinne gemischte Gruppen haben eine maximale Gruppengröße von 10 Patienten.
- Angebote finden vorwiegend am Nachmittag und frühen Abend statt
- Bis zu 8 (mit Verlängerung 12) Gespräche mit Angehörigen
- Bis zu 10 h arbeitsbezogene Interventionen nach Indikation
- Kooperation mit medizinischen Einrichtungen für begleitende Behandlungen
- Vernetzung mit Arbeitgebern, Jobcentern, Sozialagentur, Bildungsträgern
- Möglichkeit der Nutzung von Sozialberatung, Ergotherapie u.ä. bei spezieller Indikation im Einzelfall (spezielle Therapien der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA) wie Bewerbertraining, ergotherapeutische Diagnostik u. ä.)

Personelle Gegebenheiten

1 Facharzt (0,15 Stellen)

1 Sozialtherapeut Sucht (0,5 – 1 Stelle)

1 Psychologischer Psychotherapeut (bei Bedarf)

1 Ergotherapeut (bei Bedarf)

1 Arbeitstherapeut (bei Bedarf)

1 Sozialarbeiter (bei Bedarf)

1 Sporttherapeut / Physiotherapeut (bei Bedarf)

1 Diät-/Ernährungsberater (bei Bedarf)

1 Pflegefachkraft / Gesundheitspflegerin (bei Bedarf)

Anlage 9c: Kombinationbehandlung - in Beantragung

Es besteht die Möglichkeit, die rehabilitativen Angebote des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode im Rahmen der Kombinationsbehandlung zu nutzen. Hier richtet sich der Behandlungsverlauf nach den Vorgaben des Bewilligungsbescheids. In der Regel erfolgt nach stationärer bzw. nach ganztägig ambulanter Phase anschließend die ambulante Therapiephase. Eine Kombinationsbehandlung wird insbesondere bewilligt, wenn grundsätzlich die sozialen Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation gegeben sind, diese aber vorübergehend wegen akuter Rückfälligkeit oder auch rückfallgefährdender Krisen nicht genutzt werden können oder auch erst mal Distanz vom bisherigen Umfeld nötig erscheint. Prognostisch muss aber schon im Vorfeld berechtigte Aussicht bestehen, in den therapiefreien Phasen der ambulanten Phase ausreichend Stabilität zur Abstinenz zu besitzen.

Die Behandlungsdauer für die erste stationäre Phase beträgt in der Regel 8 Wochen bei Alkohol- und Medikamenten- sowie 16 Wochen bei Drogenabhängigkeit. Die ambulante Phase dauert im Regelfall ein halbes Jahr bei 40 Behandlungsstunden im Einzel- oder Gruppensetting, plus 4 Therapieeinheiten für Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen. Nur nach regulärer Beendigung der ersten Therapiephase kann der Wechsel in die ambulante Phase erfolgen. Sollte während der ersten Phase deutlich werden, dass die bewilligte Kombinationsbehandlung nicht passgenau ist, kann eine Umvotierung in eine andere Behandlungsform beantragt werden.

Beide oder auch nur eine der Therapiephasen können in unserer Einrichtung durchgeführt werden, bei Bedarf erfolgt eine enge Kooperation mit der jeweils anderen bewilligten Rehabilitationseinrichtung. Der Wechsel in eine andere Einrichtung benötigt eine besondere Vernetzung der jeweils behandelnden Kliniken, sodass in jedem Fall eine klinikübergreifende Fallkonferenz und Übergabe erfolgt. Dies geschieht mindestens per Telefonkonferenz. Von unserer Seite sind dabei in jedem Fall der behandelnde Arzt sowie der behandelnde Therapeut beteiligt. Außerdem geht bei Verlegung in die nachfolgende Phase der Reha-Entlass-Bericht möglichst zum Entlassungszeitpunkt der nachbehandelnden Einrichtung zu.

Kombination verschiedener Rehabilitationsmodule

In Abgrenzung zur Kombinationsbehandlung, die schon von vornherein vom Kostenträger bewilligt worden sein muss, kann der stationäre Rehabilitationsverlauf deutlich machen, dass diese stationäre Reha sinnvollerweise verkürzt und in Form einer ambulanten Rehabilitation fortgesetzt werden sollte. Alle Indikationen für eine ambulante Reha (s. oben) müssen hier entsprechend gegeben sein.

Andererseits kann im Verlauf der stationären Rehabilitation auch deutlich werden, dass eine ambulante Rehabilitation ohne Verkürzung der vorhergehenden Phase notwendig ist. Voraussetzungen hierfür sind:

- Die Suchterkrankung und das Ausmaß der Teilhabestörungen sind so erheblich, dass die stationäre Therapie nicht verkürzt werden kann.
- Die Rehabilitationsziele sind im Rahmen der anschließenden ambulanten Rehabilitation erreichbar, wären aber allein in der ambulanten Nachsorge nicht ausreichend abzusichern.
- Die noch nicht erreichten Rehabilitationsziele erfordern ein ambulantes Setting.

- Es liegen keine zu bearbeitenden schweren psychischen Komorbiditäten mehr vor, die eine Verlängerung der stationären Entwöhnung oder aber auch eine anschließende Psychotherapie erfordern.

Die Indikationen für eine solche ambulante Rehabilitation ohne Verkürzung der vorhergehenden Phase sind:

- Rückkehr in ein Umfeld mit erkennbar pathologischer Beziehungsdynamik
- Änderung der Beziehungssituation, z.B. Trennungen
- Akute Todesfälle oder schwere Erkrankungen von Angehörigen
- Beim Patienten liegende deutlich erkennbare, aber im ambulanten Setting zu bewältigende Defizite in der Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in den Alltag
- Änderung des Erwerbsstatus
- Auftreten oder Erkennen bösartiger Erkrankungen

Anlage 10: Arbeitstherapie nach dem BORA-Konzept

Konzept zum Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die BORA-Zielgruppen

Ergänzung zum Therapiekonzept des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH in Elbingerode

0. Datum / Verfasser

Chefarzt medizinische Rehabilitation Sucht:

Dr. med. Eckart Grau

FA für Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie

Sozialmedizin/Suchtmédizin

Leitender Psychologe:

Dietmar Kemmann

Diplom-Psychologe

Psychologischer Psychotherapeut

Elbingerode, den 07.08.2023

1. Einführung

Die Abteilung für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung mit 140 Behandlungsplätzen innerhalb des Therapieverbundes Sucht des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH, hält neben der medizinisch-therapeutischen Entwöhnungsbehandlung Angebote für die soziale und berufliche Integration von Suchtkranken vor. Ausgehend vom bio-psychosozialen Krankheitsmodell (entsprechend ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO)) und dem salutogenetischen Ansatz von Antonovský haben wir ein ganzheitliches Verständnis der Suchtentwicklung, welches körperliche, psychische und soziale Aspekte umfasst.

Die Zielstellungen des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit spielen in der (Sucht-)Rehabilitation dabei eine herausragende Rolle und betreffen je nach Entwicklungs- und Störungsgrad alle Ebenen des Menschseins. Körperliche Erkrankungen und Behinderungen, psychische Beeinträchtigungen, Einflüsse des persönlichen sozialen Umfeldes und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie deren aktive Bewältigung durch den Rehabilitanden bedingen sich wechselseitig und wirken sich fördernd oder auch hemmend auf die Sucht- und Lebensbewältigung aus. Wir verfolgen dabei einen ressourcenorientierten Ansatz, um die aktive, selbstwirksame und zufriedenstellende Teilhabe am Alltags- und am Berufsleben zu erreichen. Eine eigenständige Abstinenzfähigkeit ist dabei Grundlage und vorrangiges Ziel, wobei der ganze Mensch im Mittelpunkt der Behandlung steht.

Aspekte des Arbeits- und Berufslebens spielen bei der Suchttherapie eine wesentliche Rolle, nicht nur aufgrund der ökonomischen Absicherung, sondern auch in Bezug auf Sinn- und Identitätserleben, auf Bindung und Autonomie/Selbstwirksamkeit sowie natürlich auch seelischer und körperlicher Gesundheit.

Das Konzept zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA) setzt hier mit einer Unterscheidung verschiedener Zielgruppen an, um passgenau

therapeutische und Reintegrationsmaßnahmen zu gestalten (s. Kapitel 5). Die Differenzierung der empfohlenen BORA-Zielgruppen wird in unserer Einrichtung durchgängig (ab Aufnahmeplanung und Aufnahmephase) als Therapieprozessorientierung genutzt. Nicht relevant ist der Erwerbsbezug dieser Bora-Orientierung für die geringe Anzahl der Altersrentner, die zu unserer Klientel gehören. Auch Rehabilitanden, die als erwerbsunfähig eingestuft sind, werden zwar in den BORA-Zielgruppen erfasst, hier steht aber zumeist nicht der Erwerbsbezug im Vordergrund, sondern die aktive Teilhabe am Alltagsleben. Für etwa 95 % trifft die Definition der BORA-Zielgruppen bei unserer Klientel aber zu. Bezüglich der Therapieziele (Ziele 6.1 im Therapiekonzept) ist erkennbar, dass die Wiedererlangung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ein primäres Ziel in der Entwöhnungsbehandlung darstellt. Dies wird noch durch die Module der ganztägig-ambulanten Entlassform und insbesondere die Behandlungsmöglichkeit Adaption in unserem Gesamtkonzept ergänzt. Die Adaption hat die Wieder- oder Neu-Eingliederung ins Erwerbsleben als zeitnahe Entlassungsziel primär fokussiert. Weitere interne (bspw. innerhalb der Suchthilfe des Diakoniekrankenhauses Harz) und externe Vernetzungen unterstützen eine intensive und individuelle Vorbereitung der teilhabeorientierten Entlassung.

Das grundsätzliche Therapieverständnis (Menschenbild, Krankheitsverständnis und Behandlungsansatz - wie auch im Therapiekonzept unter 5 und 6 dargestellt) ist also als Entwicklungsprozess zu teilhabeorientierter Lebenskompetenz konzipiert. Art und Ausmaß der Behandlungsmodule (körperlich-medizinisch, sucht-psychotherapeutisch, aktivitäts- und teilhabeorientiert) orientieren sich daran.

2. Einrichtungsbezogene Struktur

Bezugnehmend auf die Darstellung der strukturellen Vorgaben der Rehabilitationsklinik im Therapiekonzept (siehe 1.) ist auch hier der hohe Anteil von erwerbsbezogenen Möglichkeiten zu benennen: Werkstätten (Ergotherapie, Tischlerei, Schlosserei, Gärtnerei), Computerarbeitsräume, Räume der Internetnutzung, Cafeteria sind Bereiche, in denen primär die erwerbsbezogenen Therapiemodule durchgeführt werden. Sie stehen allen Patienten zur Verfügung und sind somit für die gesamte Anzahl der 140 Patienten vorgesehen.

Die Funktionsräume im Einzelnen:

- Gruppenräume
 - 1 Funktions-/Lehrküche, gleichzeitig Vorträgsraum
 - 1 großer Mehrzweck- / Vortrags- / Veranstaltungssaal (für 80 Plätze), abteilbar für Indikativgruppen
- 1 großer Ergotherapiebereich (2 x 12 Plätze)
- 2 PC-Arbeitstherapieräume (2 x 8 PC-Plätze)
- 2 x Schlosserei
- 2 x Tischlerei
- 1 Patientencafeteria, Teil der Arbeitstherapie und als Veranstaltungsraum nutzbar
- 1 Internetraum (+ Internetplätze auf Station)
- Hauswirtschaftsräume / Wäscherei
- 1 Raum für arbeitsbezogenes Assessment
- Psychologische Diagnostik / Hirnleistungstraining
- 4 Büros für Ergo-/Arbeitstherapeuten teilweise in Gemeinschaftsnutzung

-
- Für BORA-Ergotherapeut und Sozialdienstmitarbeiter je eigenes Büro für Einzeltherapie/-beratung

Die Personalausstattung (ebenfalls unter 1. zu finden) entspricht den Notwendigkeiten, die für eine BORA-orientierte Therapiegestaltung beschrieben sind. Neben Sozialmedizinern, Psychologen, Sozialarbeitern und Sozialtherapeuten ist hier vor allem auf den größeren Anteil an Ergo- und Arbeitstherapeuten in unserer personellen Besetzung hinzuweisen.

Die Personalausstattung im Einzelnen:

Kernbereich der Ergotherapie

- 5 Ergotherapeuten/Arbeitstherapeuten
- 1 Kreativtherapeut

Zusätzlich für BORA-spezifische Maßnahmen mindestens eingesetzt:

- 1 Ergotherapeut
- 1 Sozialarbeiter

Aus den „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter“ (DRV, 2014) wurden schon frühzeitig im weiteren Konzept (Kapitel 3 bis 9) BORA-spezifischen Maßnahmen abgeleitet, die die erweiterte Personalausstattung erforderlich machen. Im Einzelnen dargestellt, fallen für knapp 130 Patienten zusätzlich an:

- BORA-spezifische Diagnostik
- berufsbezogene Therapiezielklärung,
- arbeitsbezogene Einzel- und Gruppengespräche,
- interdisziplinäre Fallbesprechungen,
- Begleitung von Praktika,
- Koordination und Durchführung von sozialer Arbeit (z.B. Schuldnerberatung, Vernetzung mit Agentur für Arbeit, Job-Center, Arbeitgeber, betrieblicher Suchtkrankenhilfe etc.),
- Durchführung von psychoedukativen BORA-Gruppen,
- Stressbewältigungs- und Bewerbungstraining,
- berufsspezifische Entlassungsvorbereitungen.

Für die aufgeführten Tätigkeiten sind mindestens 2 Vollzeitkräfte eingesetzt.

Neben den einrichtungsinternen Gegebenheiten für erwerbsbezogene Therapieinhalte ist auf die Möglichkeit der Praktika, besonders in der zweiten Phase der medizinischen Rehabilitation im Bereich der Adaption hinzuweisen. Spezielle Fort- und Weiterbildungen für die Mitarbeiter im erwerbsbezogenen Therapiebereich geschehen durch Vernetzungen mit anderen Adaptionseinrichtungen, durch spezifische Weiterbildungen im Bereich der Arbeits- und Ergotherapie sowie der Sozialmedizin.

3. Einrichtungsbezogene Organisation für BORA-Zielgruppen

Die Standards in unserem Haus beinhalten, dass alle Patienten in BORA-Zielgruppen während des Aufnahmemanagements erfasst werden. Durch das Einladungsschreiben wird der Patient bereits vor Aufnahme darauf hingewiesen, einen Lebenslauf mit Darstellung der Berufsentwicklung zur Aufnahme mit zu bringen. So setzt er sich mit den erwerbsbezogenen Aspekten der Suchterkrankung von Beginn an auseinander. Zeitnah werden dann im ergotherapeutischen Bereich die Berufsanamnese erhoben und Problemlagen im beruflichen Kontext erfasst (s. Tabelle BORA-Basismaßnahmen). In dieser Aufnahmephase geschieht die Zuordnung der Patienten zu den fünf BORA-Zielgruppen. Die Orientierung an den Diagnose- und Therapiekriterien für die BORA-Zielgruppen ist in allen Teams Standard: in der Aufnahmes-

tation, in den ersten Team- und Fallbesprechungen sowie in der Befundung in der Ergotherapie. In der zweiten oder dritten Therapiewoche wird intensiv an den erwerbsbezogenen Therapiezielen gearbeitet, die in Abstimmung mit dem Patienten konkretisiert und fokussiert werden (s. Therapiezield-Klärungsphase, Therapiekonzept Kapitel 6.1). Durch interdisziplinäre Fallbesprechungen während der Behandlung mit Beteiligung aller Berufsgruppen (inklusive Sport-, Arbeits-, Ergotherapie sowie PC- und Bewerbungs-Trainer) wird eine erwerbsbezogene Therapiegestaltung in den gesamten Therapiephasen gesichert. Die Umsetzung der erwerbsbezogenen Aspekte geschieht bei der Therapiezieldplanung durch einen sogenannten Berufswegeplan. Dieser beinhaltet die Bedarfe, diagnostisch erkannte berufsbezogene und erwerbsbezogene Problemlagen sowie auch die Planung im Blick auf die berufliche Perspektive des Patienten unter Berücksichtigung seiner eigenen Sicht.

Mit externen Institutionen und Organisationen zur Belastungserprobung wird bei besonderen Problemlagen und ausgeprägten Fragestellungen zusammengearbeitet. Mitunter soll bei vorliegenden somatischen Diagnosen in anderen Abteilungen unseres Verbundes oder außerhalb durch Diagnose- und Behandlungsprozesse die Arbeits- und Erwerbsprognose geklärt oder verbessert werden. Die Frage der Belastung, ob drei, bis zu sechs oder mehr Stunden Arbeitsfähigkeit besteht, kann durch intensive interne Praktika (erhöhte Arbeitstherapieanteile) oder externe Praktika in entsprechenden Kontexten (Sozialbetrieb oder körperlich herausfordernden Berufspraktikatätigkeit in entsprechenden Firmen) durchgeführt werden. Notwendige psychologische und auch ergotherapeutischen Assessments und Verfahren sind im Haus vorhanden. Insbesondere nutzen wir das selbsterstellte Elbingeröder Ergotherapieinventar EEI (s. unten). Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen geschieht vor allem während und gegen Ende der medizinischen Rehabilitation, um im Blick auf den einzelnen Patienten die Vernetzung und das Fallmanagement zu fördern. Zu nennen ist dabei besonders der Kontakt zu Arbeitgebern, die zu Angehörigen- und Berufsbetriebsseminaren eingeladen werden. Wir arbeiten in der Region in einer Arbeitsgruppe „Betriebliche Suchtkrankenhilfe“ als Hauptpartner mit. Aber auch die Zusammenarbeit mit Arbeitsagenturen, Jobcentern und anderen Sozialleistungsträgern wird gefördert: Der Patient nimmt Termine in diesen Arbeitsvermittlungszentren an den verlängerten Familienheimfahrtwochenenden während der Rehabilitation wahr. Die Terminkoordination wird durch den Bezugstherapeuten übernommen und vom BORA-spezifischen Sozialdienst unterstützt. In Absprache mit dem Kostenträger erhält jeder Patient zur Entlassung das Blatt 1a des Entlassberichts mit, das er den Arbeitsvermittlern vorlegen kann, damit mögliche Vermittlungshemmnisse und Förderbedarfe zeitnah bearbeitet werden können. Behandelnde Ärzte und Hausärzte erhalten einen Kurzbrief, den der Patient bei der Entlassung mitnimmt. Bei besonderen Problemlagen wird schon während der Behandlung Kontakt aufgenommen. Ähnliches geschieht mit behandelnden Psychotherapeuten. Bei Bedarf werden Berufsbildungsträger zeitnah einbezogen.

4. Medizinisch- beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

Eine multiprofessionelle Eingangsdiagnostik geschieht durch Arzt, Sozialpädagoge, Psychodiagnostik (Psychologe) und Arbeitsplatzanalyse (Ergotherapeut) mit Selbstbeurteilung durch den Patienten (in Form zweier Fragebögen: EEI (Elbingeröder Ergotherapie-Inventar), AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebens-Muster) und der Berufsanamnese mit Arbeitsplatzanalyse der letzten Tätigkeit).

Die in der Ergotherapie durchgeführte Arbeits- und Berufsdiagnostik wird dann noch mit den Diagnosephasen der Arbeitstherapie in unterschiedlichen Arbeitsbereichen ergänzt (Schlosserei, Tischlerei, Geländetätigkeit) (s. Tabelle BORA-Basismaßnahmen).

Da das Elbingeröder Ergotherapieinventar EEI ein selbst entwickeltes Verfahren ist, soll dieses hier kurz vorgestellt werden:

Es handelt sich einerseits um ein Selbstbeurteilungsverfahren, in dem sich der Patient in 6 Merkmalsbereichen, die sich wiederum in insgesamt 40 Unterkategorien aufteilen, hinsichtlich seiner erwerbsbezogenen Stärken, Defizite und für seine Arbeit neutrale Aspekte per Rating einschätzt (s. Tabelle 1).

Basisfertigkeiten	Physische Merkmale	Kognitive Merkmale	Psychische Merkmale	Soziale Kompetenz	Allgemeine Merkmale der Arbeitsfähigkeit
Konzentration / Aufmerksamkeit	Körperliche Belastbarkeit	Orientierung	Antrieb	Kontaktfähigkeit	Genauigkeit
Merkfähigkeit	Grobmotorik	Aufgaben-verständnis	Belastbarkeit	Durchsetzungsfähigkeit	Sorgfalt
Arbeitsweise	Körperhaltung	Abstraktions-vermögen	Frustrationstoleranz	Kritikfähigkeit	Ordnungsbereitschaft
Ausdauer / Durchhaltevermögen	Handfunktion	Handlungs-planung	Selbststeinschätzungs-vermögen	Kritisierbarkeit	Pünktlichkeit
Motivation	Hand-Auge-Koordination	Problemlöse-fähigkeit	Persönlichkeits-stabilität		Zeiteinteilung
Teamfähigkeit	Hörvermögen	Kulturtechniken	Flexibilität / Umstellungs-vermögen		Vorausschauendes Denken und Handeln
	Sehkraft		Entscheidungsfähigkeit		Arbeitsplanung
			Kreativität		Selbständigkeit
			Verantwortungs-gefühl		

Tabelle 1: EEI-Merkmalsbereiche

Andererseits handelt es sich beim EEI um ein von den Ergo- und Arbeits-Therapeuten genutztes Fremd-Einschätzungs-Verfahren, in dem zu Therapiebeginn nach Ende der diagnostischen Phase und zum Therapieende zur Verlaufskontrolle dieselben Merkmalsbereiche und Unterkategorien per Rating eingeschätzt werden und mit der Einschätzung des Patienten abgeglichen werden können. Hierbei erfolgt nicht nur ein Abgleich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, sondern auch zwischen Anforderungs- und Fähigkeitsprofil. Besondere Defizite können spezifisch, nach den im ICF abgebildeten Funktionsbereichen, angegeben werden. Außerdem werden in einem Ergotherapie-Beurteilungsbogen diese Aspekte auch noch qualitativ und prozesshaft dokumentiert, was am Ende im Abschlussbericht zusammenfassend dargestellt wird.

Die besonderen beruflichen Problemlagen werden darüber hinaus zusätzlich vom Ergotherapeuten eruiert, der bei der Erhebung der Berufsanamnese die teilhabeorientierten Aspekte entsprechend ICF (International Classification of Functioning) beachtet und Grund- sowie auch erweiterte Kompetenzen im Blick auf die Alltags- und Teilhabefähigkeit des Patienten erhebt.

5. Medizinisch-berufliche, BORA-zielgruppenorientierte Beratung und Therapie:

Wie oben beschrieben, wird die Rehabilitation in Basisgruppen von 7 - 9 Patienten durchgeführt, wobei unterschiedliche Indikationen sowohl im Blick auf die Diagnose (Drogen-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit) als auch im Blick auf die Erwerbsprognose (unterschiedliche BORA-Zielgruppen) in den jeweiligen Basisgruppen vorkommen. Der Bezugsthe-

rappeut ist dabei verantwortlich für die individuelle Therapiebegleitung sowohl im Blick auf psychosoziale als auch erwerbsbezogene Therapiemaßnahmen. Durch die Teambesprechungen wie auch durch die kontinuierliche Fallbesprechung und zeitnahe Absprachen für den einzelnen Patienten, werden die Ziele in ihrer Wichtung und Realisierbarkeit immer wieder abgeglichen und neue Erkenntnisse aufgegriffen.

Analog zur unterschiedlichen Therapiearbeit mit Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigen, je nach ihrer individuellen Problemlage, wird auch im Blick auf die Erwerbsindikation individuell in der Therapiebegleitung durch den Bezugstherapeuten gearbeitet. Hier kommen die BORA-Kernmaßnahmen (s. Tabelle „BORA-Kernmaßnahmen“) ins Spiel, die neben der gemeinsamen Vereinbarung arbeitsbezogener Rehabilitationsziele erwerbsbezogene Psychoedukation sowie medizinisch-körperliche und psychosoziale Bereiche zur Förderung von grundlegenden und berufsspezifischen Arbeitsfertigkeiten umfassen. Als Maßnahmen werden dabei vor allem die in Kapitel 3 des Therapiekonzepts ausführlich beschriebenen allgemeinen und indikativen Therapieformen eingesetzt, individuell auf den beruflichen Förderbedarf des Patienten abgestimmt.

Die individuelle Therapieplanung nach dem BORA-Konzept geschieht durch Verabredung eines Berufswegeplans, der Teilhabe- und Integrationsaspekte inklusive berufsorientierter Ziele umfasst. Dabei wird versucht, die Arbeitsmarktlage sowie auch die individuellen Vermittlungschancen des Patienten zu berücksichtigen. Die Therapieplanung wird dabei durch den beschriebenen Standard der fünf BORA-Zielgruppen unterstützt. Wir stellen nachfolgend dar, welche besonderen Aspekte bei den einzelnen Gruppen im Blick auf die verschiedenen Beratungs- und Therapiemodule in unserem Haus **Standard** sind. In jedem Fall wird dieser Prozess durch BORA-Zielgruppen-spezifische Indikationsgruppen begleitet, die multiprofessionell von Ergo- und Arbeitstherapeuten, Sozialarbeitern, Bezugstherapeuten und gegebenenfalls auch von Ärzten durchgeführt werden.

BORA 1: Bei Berufstätigen ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen stehen im Rehabilitationsprozess sucht-psychotherapeutische und prophylaktische erwerbsbezogene Maßnahmen im Vordergrund. Arbeitgeber werden zu den Angehörigen- und Betriebsseminaren eingeladen und es werden Einzel- und Gruppengespräche sowie Vorträge und Seminare durchgeführt. Betriebliches Eingliederungsmanagement wird empfohlen und vor Entlassung mit den Betrieben durch Sozialdienst und Sozialmediziner abgestimmt. Kommunikations- und Konflikttraining geschieht während der Gruppengespräche als Standard bzw. im individuellen Fall durch verhaltenstherapeutische oder psychodynamische Einzeltherapie. Die Beratung, wie am Arbeitsplatz mit der Abhängigkeitsdiagnose umgegangen wird, geschieht in den speziellen erwerbsbezogenen Gesprächsgruppen, die in zeitlichen Abständen durchgeführt werden. Bei besonderen Problemlagen ist wiederum der Sozialdienst involviert, der individuell unterstützt. Grundsätzlich wird die Vernetzung mit der (betrieblichen) Suchthilfe aufgebaut bzw. gestärkt. Über weitergehende Behandlungsmöglichkeiten wird informiert, diese werden eventuell schon vorbereitet.

BORA 2: Bei Patienten in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen wird bereits in der Aufnahmephase der eventuelle Bedarf nach Klärungs- und Problembewältigung beim Arbeitgeber thematisiert. Spezifische Problemkonstellationen werden dem betreuenden Bezugsarzt oder -therapeuten weitergegeben. Da die erwerbsbezogene Problemlage aber auch darin bestehen kann, dass das Anforderungsprofil des bisherigen Arbeitsplatzes eine hohe Rückfallgefährdung darstellt, muss zur Abstinenzsicherung eventuell auch eine berufliche Neuorientierung angestrebt werden. Hier kommen dann Maßnahmen ins Spiel, die unter den

Typen 3 und 4 beschrieben werden (z.B. Bewerbertraining, Vorbereitung einer Adaption, Antrag auf Teilhabeleistungen etc.)

Für die BORA-2-Patienten wird durch Selbstsicherheitstraining und andere Module die Kommunikations- und Konfliktbewältigungskompetenz erweitert. Im Blick auf das soziale Umfeld und die soziale und berufliche Teilhabe werden während der Rehabilitation seitens des Bezugstherapeuten Termine für Gespräche mit Arbeitgebern ermöglicht und diese entsprechend beraten. Durch verschiedene Ergo-, Arbeitstherapie- und PC-Schulungsmodule wird zu beruflicher Kompetenzentwicklung angeregt. Im Blick auf Sozialprobleme im beruflichen Kontext wird in besonderer Weise die Sozialberatung durch den Kliniksozialdienst genutzt. Während der ergotherapeutischen und arbeitstherapeutischen Maßnahmen wird in intensiver Weise individuell an den Problembewältigungsstrategien und Teamkompetenzen der Patienten gearbeitet. Das geschieht sowohl durch team- und sozialkontaktorientierte Maßnahmen als auch durch weitere Bearbeitung der individuellen grundsätzlichen Arbeitskompetenzen. Auch hier wird die Vernetzung mit der Suchthilfe gestärkt sowie Maßnahmen zur Weiterbehandlung bedacht und vorbereitet.

BORA 3: Bei arbeitslosen Patienten nach SGB III, aber auch bei von der Krankenkasse ausgesteuerten Erwerbstägigen, werden vor allem Bewältigungsstrategien für die psychische Bearbeitung dieser Situation durch Gruppen- und Einzelgespräche erweitert. Die Kompetenz im Blick auf Problemlöseverhalten und Selbstsicherheit wird durch entsprechende Gruppenmaßnahmen entwickelt, insbesondere sind Bewerbertraining und PC-Schulung im Rahmen der Ergotherapieplanung vorzusehen und die individuelle Beratung für die Sozialkonflikte durch den Sozialdienst zu nutzen. Die entsprechenden Absprachen zwischen Bezugstherapeut und den jeweiligen erwerbsbezogenen Therapiebereichen sind durch Fallbesprechungen und Teamabsprachen gesichert. Konkret werden im Blick auf die Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes Termine bei der Arbeitsvermittlung während der medizinischen Reha favorisiert (durch Bezugstherapeut und Sozialdienst; Ansprechpartner in der Arbeitsvermittlung durch Arbeitsagenturen und Jobcentern für die Spezifik „Vermittlungshemmnis Sucht“ sind in den mitteldeutschen Ländern bekannt und werden bei spezifischen Problemlagen individuell genutzt). In den Situationen, dass eine neue Arbeitsorientierung notwendig ist, wird das Elbingeröder Inventar als Assessment für den einzelnen Patienten durch Ergotherapeut, Bezugstherapeut und Sozialmediziner genutzt und in Einzelgesprächen intensiv diesbezüglich gearbeitet. Ein externes Praktikum oder eine Vermittlung in die Adoptionsbehandlung werden individuell empfohlen sowie Gespräche beim Reha-Fachberater werden terminiert.

BORA 4 (langzeitarbeitslose Patienten): Ergänzend zu den Maßnahmen von BORA 3 wird hier die Motivationsarbeit in Gruppen- und Einzelgesprächen zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit intensiviert und durch individuell geplante interne Praktika, ggf. externe Praktika oder Vermittlung in die Adaption unterstützt. Der Umgang mit Resignation wird durch die gruppenbezogene Arbeitsweise bearbeitet (z. B. durch Vorbildwirkung aus der Erfahrung anderer Patienten) und auch in den Einzelgesprächen thematisiert. BORA-4-Patienten sind generell als Patienten für eine Adoptionsbehandlung zu diskutieren, da ihre psychische Suchtfolge oft so ausgeprägt ist, dass die Erkenntnisse und Veränderungen aus der Rehabilitation schrittweise in teilhabenahen Lebensstrukturebenen erprobt und gefestigt werden sollten. Ein möglicherweise weitergehender Nachsorgebedarf, der langfristig die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unter verstärkter Berücksichtigung der Abstinenzsicherung beinhaltet, wird ebenfalls regelhaft besprochen.

BORA 5: Für nicht erwerbstätige Personen, die eine Re-Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, ist eine individuelle Arbeitsweise sehr notwendig. Neben der ärztlichen, sozialmedi-

zinischen Einschätzung wird der Patient durch Vorträge und Seminare sowohl vom Sozialdienst als auch von Reha-Berufsberatern unterstützt. Besonders im Einzelgespräch wird die individuelle Zielplanung im Blick auf die Teilhabemöglichkeit als abstinenzstützender Faktor wichtig sein und bei konkreter Vorstellung können durch internes oder externes Praktikum ggf. auch durch eine Vermittlung in eine Adaption diese Patienten unterstützt werden.

Für alle BORA-Gruppen werden in den Indikationsgruppen jeweils spezifisch mögliche Netzwerkpartner thematisiert und entsprechende Kontaktaufnahmen angebahnt. Berufsbildungsträger werden zeitnah über die standardmäßige Zusammenarbeit im Suchthilfenetz der Region kontaktiert und für den Einzelfall des Patienten wird eine Information seitens der beruflichen Rehabilitationsträger kontinuierlich angeboten und durch den Sozialdienst im Haus koordiniert. Alle Patienten, für die nach Einschätzung durch den Bezugstherapeut und -arzt diese Informationsveranstaltung indiziert ist, nehmen sie wahr und können so bereits während der Rehabilitation den Antrag stellen bzw. erste Kontakte zu diesen Bildungsträgern aufnehmen. Die Servicestellen der Rehabilitationsträger führen in unserem Haus Informationsveranstaltungen durch, die von Patienten (und Mitarbeitern) genutzt werden. Zu den sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger besteht bei besonderen Problemlagen ein enger Kontakt, so dass auch während der Behandlung bereits Absprachen für Einzelfälle erfolgen und die zeitnahe Vermittlung ermöglicht wird. Suchtberatungsstellen und Fachstellen werden während Familienheimfahrten durch den Patienten aufgesucht, wiederum koordiniert hier der Bezugstherapeut und ggf. der Sozialdienst diese Kontakte. Auf die vorbereitenden Kontakte zu Suchtselbsthilfegruppen wird ebenfalls während der Therapie, besonders im Blick auf die Familienheimfahrten, wertgelegt. Suchtselbsthilfegruppen stellen sich auch in der Klinik vor, damit die Vernetzung vorbereitet und dazu motiviert wird. Auf entsprechenden Datenschutz- und gesetzlichen Schweigepflichtsregelungen wird standardmäßig der Mitarbeiter als auch der Patient verwiesen. Das Einverständnis des Patienten für diese Vernetzungsstrukturen für den individuellen Fall wird schriftlich erhoben.

6. Dokumentation, einschließlich KTL-Codierung

Die jeweilige BORA-Zielgruppe wird in der ergotherapeutischen Diagnostik erhoben und fließt in die Zielbesprechung ein. So werden erwerbsbezogene Aspekte kontinuierlich während des Behandlungsprozesses fokussiert und in den Gruppen- und Einzelsitzungen zwischen Bezugstherapeut, Bezugsarzt und Patient thematisiert. Die BORA-Gruppe bildet eine Basis für den Ergotherapiegeplan, der in den Berufswegeplan für die Zukunft münden soll und wird mit den entsprechenden KTL-Leistungen in den einzelnen Bereichen erfasst. Im Wochenplan sind neben der Ergo- und Arbeitstherapie auch entsprechende Zeiten für BORA-Indikationsgruppen festgelegt. Im Ergotherapie-Beurteilungsbogen werden alle Aspekte der ergotherapeutischen Diagnostik erfasst und metrisch sowie grafisch dargestellt. Die Rehabilitations-Ziele werden aufgenommen, sowie die davon abgeleiteten besprochenen Ergotherapie-Ziele dokumentiert. Der Therapieverlauf wird sowohl metrisch als auch qualitativ-inhaltlich für die einzelnen ergotherapeutischen Bereiche erfasst. Dieser Entwicklungsprozess fließt abschließend in den Abschlussbericht ein.

7. Therapieplanung

Im Wochenplan erkennbar ist die Intensität der arbeits- und berufsbezogenen Therapiezeiten beispielhaft dargestellt. Die erwerbsbezogenen Therapiebausteine innerhalb der medizinischen Rehabilitationsklinik werden intensiv vorgehalten (verweisen möchten wir auf die Erläuterungen und Aufzählung im Therapiekonzept zu „3. Leistungsspektrum der Rehaklinik“, „3.5 arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation“, „3.8 Freizeitangebote“ und „3.9 Möglichkeiten zur eigenen Freizeitgestaltung“).

	Mo, 07.08	Di, 08.08	Mi, 09.08	Do, 10.08	Fr, 11.08
07 00	06:30-06:45 Fitnesstraining	07:00-07:30 Besinnung	06:45-07:00 Fitnesstraining	07:00-07:30 Besinnung	06:45-07:00 Fitnesstraining
08 00					
09 00	08:30-10:00 BT/HW Montag + Freitag (60, 90 o. 180 min.) Arbeitsprobe -		08:30-09:30 Visite	08:30-10:00 BT/HW Montag + Freitag (60, 90 o. 180 min.) Ergotherapie im Rahmen der Bezugsgruppe	09:15-10:00 Kleine Spiele
10 00	10:15-11:45 BT/HW Montag + Freitag (60, 90 o. 180 min.) Ergotherapie im Rahmen der Bezugsgruppe	10:15-11:15 ZG003 (Infovortrag)	11:15-11:45 Hausgruppe/S	10:30-11:30 Gruppe - Abhängigkeitsproblematik/Rückfall	10:15-11:15 Gruppe - Abhängigkeitsproblematik/Rückfall
11 00					
12 00					
13 00	13:00-14:30 VT- Problemlösegruppe (mind. 90 min)	13:00-13:30 Berufsanamnese	13:00-13:45 Progressive Muskeltension nach Jacobson	13:00-13:25 Einzelgespräch	13:00-13:45 Selbsthilfe-Forum, Gruppe (1x/Wo)
14 00		13:45-14:30 Bewegung u. Individual-Sport (mind. 1x/Wo., unter Anleitung)	14:45-15:00 Einzelvisite		
15 00					
16 00					
17 00					
18 00					
19 00	19:00-19:45 Musiktherapie		19:00-19:45 Spielabend/ Patient für Patient	19:00-19:45 Literaturabend	19:00-19:45 Spielabend/ Patient für Patient

Abbildung: Wochenplan 1. Therapie-Woche, erwerbsbezogene Maßnahmen in weiß und hellrot (Beispiel)

	Mo, 07.08	Di, 08.08	Mi, 09.08	Do, 10.08	Fr, 11.08
07 00	06:30-06:45 Fitnesstraining	07:00-07:30 Besinnung	06:45-07:00 Fitnesstraining	07:00-07:30 Besinnung	06:45-07:00 Fitnesstraining
08 00					
09 00	08:30-10:00 Bewerbertraining (1x/Wo)	08:30-10:00 Gruppe, Bora 3 - 5; Berufliche Orientierung und Integration	08:30-09:30 Visite	08:30-10:00 8:30-10:00 AT Cafeteria (Cafeteria)	08:30-09:15 Große Spiele
10 00		10:15-11:15 ZG003 (Infovortrag)	11:15-11:45 Hausgruppe/S	10:30-11:30 Gruppe - Abhängigkeitsproblematik/Rückfall	10:15-11:15 Gruppe - Abhängigkeitsproblematik/Rückfall
11 00					
12 00					
13 00	13:00-14:30 VT- Problemlösegruppe (mind. 90 min)	13:00-13:45 Bewegung u. Individual-Sport (mind. 1x/Wo., unter Anleitung)	13:00-13:45 Progressive Muskeltension nach Jacobson	13:00-14:30 13:00-14:30 Produktorientiertes Arbeiten (Cafeteria)	13:00-13:45 Selbsthilfe-Forum, Gruppe (1x/Wo)
14 00		14:45-15:00 Einzelvisite	14:45-15:30 Schwimmen (Sonstiges)	14:45-16:15 14:45-16:15 Produktorientiertes Arbeiten (Cafeteria)	14:30-15:00 Manuelle Therapie
15 00			15:30-15:50 Manuelle Therapie		
16 00					
17 00					
18 00					
19 00	19:00-19:45 Musiktherapie		19:00-19:45 Spielabend/ Patient für Patient	19:00-19:45 Literaturabend	19:00-19:45 Spielabend/ Patient für Patient

Abbildung: Wochenplan in 2. Therapiehälfte, erwerbsbezogene Maßnahmen in tief- und hellrot (Beispiel)

8. Qualitätssicherung

Die Rehabilitationseinrichtung des Diakonie-Krankenhauses Harz wird seit 2003 regelmäßig nach den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie gemeinsam mit allen anderen Einrichtungsbereichen des DKH nach der aktuellen DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Auch die BORA-Maßnahmen fallen unter diesen regelmäßigen qualitätssichernden Prozess. 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.

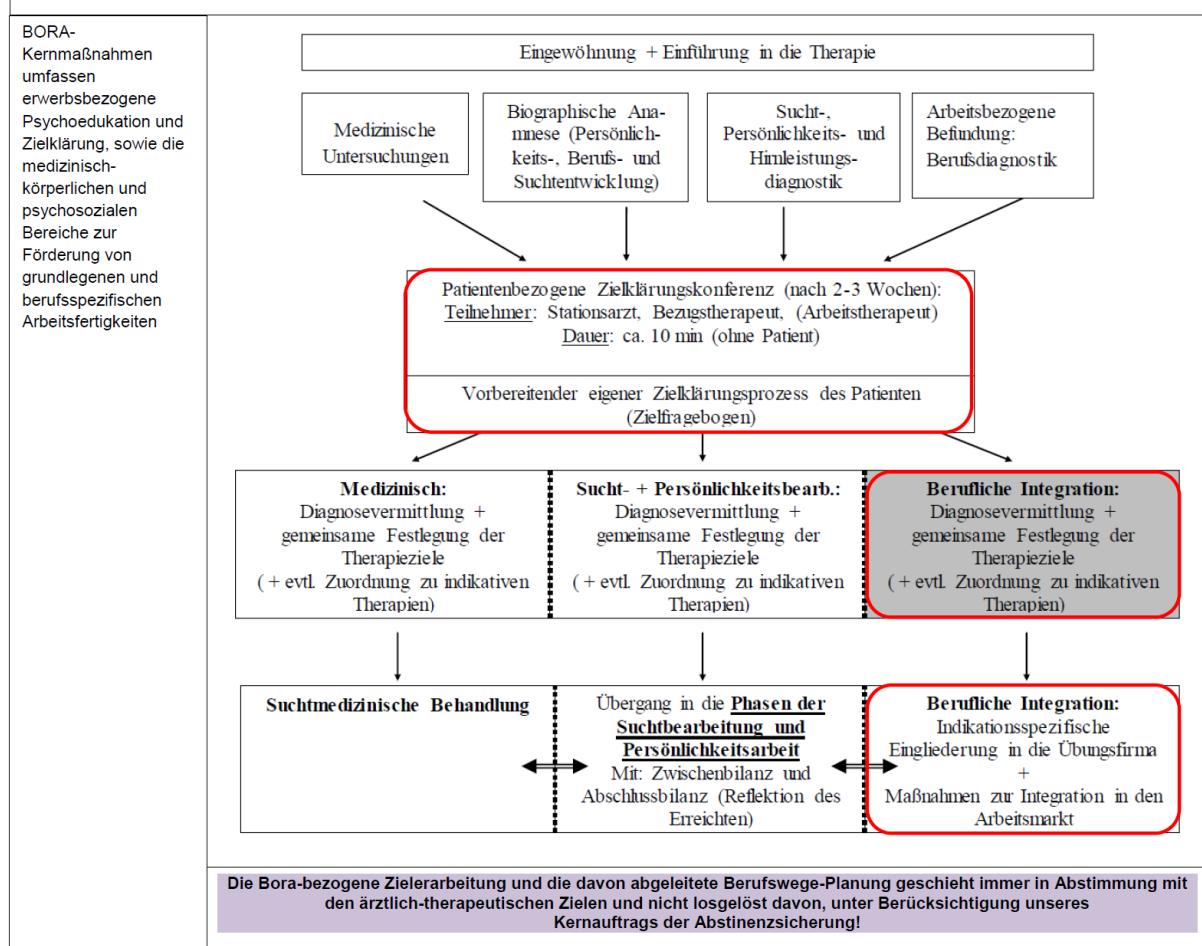
Anhang: grafische Übersicht aller BORA-Basis- und Kernmaßnahmen sowie die für die jeweiligen BORA-Typen spezifischen und netzwerkbezogenen Maßnahmen:

Fallgruppe	BORA1	BORA2	BORA3	BORA4	BORA5
Beschreibung	Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen	Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen	Arbeitslose Rehabilitanden in ALG-I Bezug oder Langzeit-Krankschreibung	Arbeitslose Rehabilitanden in ALG-II Bezug	Nicht-Erwerbstätige, z.B. Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner
Zieldimensionen	Voraussetzung (Priorität): Sicherung der Abstinenzfähigkeit Basisfertigkeiten: Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Ausdauer/Durchhaltevermögen, Motivation, Teamfähigkeit Physische Merkmale: Körperliche Belastbarkeit, Grobmotorik, Körperhaltung, Handfunktion, Hand-Augen-Koordination, Hörvermögen, Sehkraft Kognitive Merkmale: Orientierung, Aufgabenverständnis, Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung, Problemlösefähigkeit, Kulturtchniken Psychische Merkmale: Antrieb, Belastbarkeit, Frustrationstoleranz, Selbsteinschätzungsvermögen, Persönlichkeitsstabilität, Flexibilität/Umstellungsvermögen, Entscheidungsfähigkeit, Kreativität, Verantwortungsbewusstsein Soziale Kompetenz: Kontaktfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Kritisierbarkeit Allgemeine Merkmale der Arbeitsfähigkeit: Genauigkeit, Sorgfalt, Ordnungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Zeiteinteilung, Vorausschauendes Denken und Handeln, Arbeitsplanung, Selbständigkeit				

BORA-Basismaßnahmen

(BORA-Basismaßnahmen werden für alle Patienten zur Einführung in die Therapie und zur Durchführung einer umfassenden erwerbsbezogenen Diagnostik durchgeführt.)	Reha - Einführung
	Einführung Sozialdienst
	Einführung Ergotherapie
	Eingangsdagnostik
	Arbeitsbezogene Diagnostik (EEI + AVEM)
	beruflich orientierte Diagnostik (Teil II): Erstellen einer Arbeitsprobe innerhalb des jeweiligen Bereiches der AT
	<u>Berufsanamnese:</u> erfasst werden: Berufsausbildung Vorerfahrungen mit geregelter Arbeitstätigkeit berufliche Entwicklung subjektive Bewertung der derzeitigen Arbeitsplatzsituation Beziehung zu Führungskräften, Untergebenen, Kollegen, Personalreferenten, Betriebsräten Umgang mit Belastung Einschätzung der Wahrnehmung durch Andere Stärken und Schwächen, langfristige berufliche Pläne, Nebentätigkeiten und Hobbys
	Besondere berufliche Problemlagen, gesondert durch Bezugstherapeuten eruiert

BORA-Kernmaßnahmen



Grafische Übersicht des BORA-Konzepts

Fortsetzung: BORA-Kernmaßnahmen					
BORA-Kernmaßnahmen umfassen erwerbsbezogene Psychoedukation und Zielklärung, sowie die medizinisch-körperlichen und psychosozialen Bereiche zur Förderung von grundlegenden und berufsspezifischen Arbeitsfähigkeiten	Arbeitstherapie in den Bereichen Hauswirtschaft, Holz, Metall, Garten, PC, Übungsfirma, Patienten-Cafeteria unter arbeitsmarktnahmen Bedingungen gestalttherapeutische Maßnahmen zur Förderung von sozialen Kompetenzen Psychoedukation: Vorträge (erwerbsbezogen, Sucht + Arbeit) Arbeitsbezogene Gruppengespräche Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit über Sport-, Physio- und Arbeitstherapie Interdisziplinäre Fallbesprechung auch unter sozialmedizinischen und erwerbsbezogenen Aspekten Hirnleistungstraining (indikativ) weitere indikative Therapien (SST, Lese-Recht-Schreib-Kurs, Kochkurs) Interne Praktika (Training von Grund-Arbeitsfähigkeiten) Verbesserung des sozialen Umfelds über hausinternen Sozialdienst: Schuldnerberatung, MPU-Beratung, Hilfe bei Vorbereitung der Nachsorge				
BORA – spezifische Maßnahmen					
BORA1	BORA2	BORA3	BORA4	BORA5	
Psychoedukation, BORA-spezifisch gestaltet	Nach 3-4 Wochen: Bezugstherapeut - Umgang mit Arbeit (Stress und Überforderung, eigene Ansprüche, Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen, Sucht und Arbeit)	Nach 3-4 Wochen: Bezugstherapeut – Umgang mit Erwerbslosigkeit (Frustration, Resignation, Perspektivlosigkeit, Langeweile; aber auch Mut zum Neuanfang, Realismus, Geduld...)			
	Nach 5-6 Wochen: Ergotherapeut – Trainingsmöglichkeiten / Erhalt und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, Training berufsspezifischer Fertigkeiten; evtl. Neuorientierung?	Nach 5-6 Wochen: Ergotherapeut - Erhalt und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, Training berufsspezifischer Fertigkeiten; Möglichkeiten des Arbeitsmarktes, Hinweis auf Bewerbertraining			
	Nach 7-8 Wochen: Sozialdienst – Hinweis auf hilfreiche Netzwerke; Arbeitnehmerrechte + Sucht; LTA (für BORA 2)	Nach 7-8 Wochen: Sozialdienst – Hinweis auf hilfreiche Netzwerke; LTA's, Vorbereitung der nachstationären beruflichen Wiedereingliederung			
Vorbereitung der nachstationären Wiedereingliederung in Beruf und Alltag			Bezugstherapeut und Sozialdienst: Beantragung ambulant-tagesstrukturierende Maßnahme (oder Tagesstätte)		
	Arzt, Sozialdienst: Eventuell: Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten				
	Arzt: Bei Bedarf: stufenweise Wiedereingliederung vorbereiten		Arzt, Sozialdienst: Bei Bedarf: Antrag auf Teilhabe behinderter Menschen (Schwerbehinderung)		
		Arzt, Therapeut, Sozialdienst: Eventuell: Antrag Teilhabeleistungen am Alltagsleben vorbereiten			
Infoveranstaltungen	Extern, Adaption: Info-Veranstaltung über Adaption	Extern, Sozialdienst: Info-Veranstaltung über Berufsbildungsträger			
Betriebsseminar	Klinikreferentin, Bezugstherapeut, Sozialdienst: Angehörigen- bzw. Betriebsseminar: Einladung von Betriebsangehörigen: betriebliche Suchtkrankenhilfe, Arbeitgeber, Arbeitskollegen				
Training sozialer Kompetenz	Bezugstherapeut - Ergotherapeut: Team- und Konfliktfähigkeit, Umgang mit Stress, Stresstypen, Work-Life-Balance	Bezugstherapeut, Sozialdienst, Ergotherapeut Umgang mit Behörden (insbesondere Job-Center), Bewerbungsgespräche			
Bewerbungstraining (durch Ergotherapie)		Stärken/Schwächen-Analyse, Konkretisierung der beruflichen Wegeplanung Bewerbungsunterlagen: Bewerbungsschreiben, Lebenslauf am PC			
Externes Praktikum		Job-Recherche			
Adaption		Bewerbung auf reale Arbeit / Praktikum / Ausbildungsplatz / Adaption und telefonischer Erstkontakt			
Perspektivprogramm		Klärtung in Zielbesprechung und Fallbesprechung; Vorbereitung mit größtmöglicher Eigenverantwortung; Betreuung durch Ergotherapie			
		Klärtung in Zielbesprechung und Fallbesprechung; Vorbereitung mit größtmöglicher Eigenverantwortung; Beantragung durch Bezugstherapeut und Arzt			
				Bezugstherapeut, Ergotherapeut: Entwicklung von beruflichen oder alltagsbezogenen Alternativen, Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung	
BORA – Kooperationen und (systemübergreifende) Vernetzungen					
Allgemein: Liste mit allen möglichen Netzwerkadressen	Jeder Patient erhält ein Formular, auf dem die möglichen Netzwerkpartner angegeben sind. Hier sollen ausführlich Adresse, Telefonnummer und Mailadresse angegeben werden				
Vernetzung mit Agentur für Arbeit, Job-Center/KoBa, oder auch Arbeitgeber		Ansprechpartner und Durchwahlnummern zu Mitarbeitern von AA und Koba			
	Bezugstherapeut: Heimfahrt mit vorgeplantem Termin zum Arbeitgeber				
	Bezugstherapeut: Heimfahrt mit vorgeplantem Termin zur Arbeitsagentur / zum Job-Center				
		Kooperation mit Praktikumsbetrieben			
Hilfesysteme nach der Medizinischen Rehabilitation initiiieren	Kontakt zur betrieblichen Suchtkrankenhilfe				
	Heimfahrt mit geplantem Termin zur Suchtberatungsstelle				
	Kontaktanbahnung zur Selbsthilfegruppe (Heimfahrt, SHG's stellen sich vor)				
	Zusätzliche Kooperations-Angebote:				
	übergreifende Behandlungsmöglichkeiten bei somatischen Diagnosen durch Verbund, Suchtmédizinisches Zentrum, Kooperation mit Altenpflegeschule, Projektarbeit: Prävention für junge Menschen in Ausbildung, Milest, Regelmäßige suchtspezifische Veranstaltungen mit Berufsgenossenschaft, regionale Weiterbildungsangebote von Führungskräften zum Thema Sucht				

Grafische Übersicht des BORA-Konzepts

Anlage 11: notwendige Veränderungen bei Corona-Pandemie

Ein wesentlicher Aspekt bei der Sondersituation durch Corona ist die Tatsache, dass sich Regelungen in hoher Frequenz ändern, wobei nahezu immer Teilaspekte angepasst werden und gemäß der Dynamik der Pandemie-Entwicklung neu definiert und reagiert werden muss.

Da es nicht möglich ist, zu jeder geänderten Vorgabe der Regierung oder des Gesundheitsamtes ein neues Konzept zu verfassen, sei hier im Wesentlichen dargelegt, was es zu beachten gilt.

In der Hausordnung (Anlage 2) wird an vielen Stellen darauf verwiesen, dass Wünsche und Vorhaben mit dem therapeutischen Team bzw. konkret mit dem Chefarzt abgesprochen werden müssen. In der Pandemie-Zeit wird dieser Absprachebereich deutlich erweitert, das heißt die notwendigen Rücksprachen mit dem therapeutischen Team sollten bei allen Unklarheiten erfolgen, die Ergebnisse müssen schriftlich dokumentiert werden.

Über die gesamte Zeit der Corona-Pandemie haben sich die folgenden Maßnahmen als zielführend erwiesen, sodass wir sie bis auf Weiteres stabil implementiert haben:

Alle Patienten, die neu in die Einrichtung kommen oder einen Aufenthalt hatten, der ein Infektionsrisiko mit sich bringt (Sonderheimfahrten, Gerichtsbesuch, externer Arztbesuch etc.), werden per PCR-Abstrich getestet und bis zum Vorliegen eines negativen Testergebnisses separat von den anderen Patienten in einer sogenannten Schleuse betreut. Nach Vorliegen des negativen Testergebnisses wird festgelegt, wie lange ein Mund-Nasen-Schutz zu tragen ist, auch wenn die unmittelbare Schleusensituation bereits aufgehoben wurde.

Die Organisation der Abläufe ist im Rahmen der Pandemie wesentlich komplexer und mit weniger Spielräumen ausgestattet. Wege und damit Begegnungen mit Mitpatienten sind zum Teil umorganisiert, so dass Begegnungen mit Übertragungsmöglichkeiten ausgeschaltet oder doch zumindest deutlich reduziert werden.

Im Falle einer Corona-Infektion (positiver PCR-Test) wird in zügiger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt die Quarantäne-Notwendigkeit ermittelt. Der positive Patient selbst kann isoliert untergebracht und versorgt werden. Für Kontakt Personen mit Quarantänenotwendigkeit können Teile einer Station oder auch eine gesamte Station (3 Gruppen) als Quarantäne-Bereich abgegrenzt werden. Eine Versorgung der Patienten unter besonderen Schutzvorkehrungen kann gewährleistet werden. Diese Quarantäne-Situation wird erst nach 14 Tagen und unauffälliger Nachtestung für alle Betroffenen aufgelöst. Der Verlust an Therapiezeit durch die Dauer der Quarantäne kann in Abstimmung mit den Kostenträgern anschließend nachgeholt werden.

Heimfahrten sind grundsätzlich als Sonderfahrten zu sehen, das heißt, sie müssen mit dem Therapeuten abgestimmt und vom Chefarzt genehmigt werden.

Besuche sind (je nach aktueller Vorgabe) möglich, eine Corona-Testung des Besuchers (mit einem Antigen-Schnelltest) muss dem Besuch vorausgehen. [Oder: Besuchsdauer und Anzahl möglicher Besucher werden je nach Vorgaben der Eindämmungsverordnungen des Bundeslandes Sachsen-Anhalt festgelegt.]

Die Möglichkeit zu telefonieren bzw. Dinge mit der Außenwelt zu regeln (Homebanking mit dem eigenen Smartphone, Videotelefonie mit einem Angehörigen o. ä.) wurde im Gegensatz zur Telefonordnung (Anlage 2) erweitert. In Absprache mit dem Bezugstherapeuten wird diese Erweiterung aber ebenfalls individuell besprochen und ggf. begrenzt.

Anlage 12: Notfallausrüstung / Notfallteam-Einsatzprotokoll / Nachbesprechung
Notfalleinsatz

Medikamente Notfallrucksack / Rehaklinik

	Anzahl
Aspirin 500mg/ml	1x
Adrenalin 1mg/ml	5x
Atropin 0,5 mg/ml	3x
Anexate 0,5mg/5ml	2x
Aqua 10ml	3x
Bayotensin akut Phiole	2x
Beloc 5mg/5ml	2x
Buscopan 20mg/1ml	1x
Cordarex 150mg/3ml	2x
Dormicum 5mg/5ml	2x
Diazepam 10mg/2ml	2x
Diazepam Desitin 5mg	1x
Diazepam Desitin 10mg	1x
Fenistil 1mg/ml	1x
Furosemid 20mg/2ml	4x
Glucose 5 % 10ml	2x
Glucose 40 % 10ml	5x
Gelafundin 4%	1x
Haloperidol 5mg/1ml	2x
Isoptin 5mg/2ml	2x
Ketanest S 5mg/5ml	3x
MCP 10mg/2ml	2x
Nitro Spray	1x
NaCl 0,9% 10ml	4x
Phenhydan 271,8mg/5ml	1x
Prednisolon 100mg	2x
Promethazin 50mg/2ml	1x
RAC 500ml	1x
Salbutamol Spray	1x
Tramadol 100mg/2ml	1x
LiquiBand Optima	1x
Jubin	1x

Inventar – Notfallrucksack / Rehaklinik

	Anzahl
BZ-Gerät + Sticks	1x
RR-Messgerät	1x
Stethoskope	1x
Verbandschere	1x
Kornzange	1x
Klemme	1x
CombiBag	1x
Beatmungfilter	1x
Beatmungsmasken #3/4;5	1x
Güdeltuben # 3;4;5;6	1x

	Anzahl
Laryngoskop + 3x Spatel(Mc) # 1/2/3	1x
Führungsmandrin # 3	1x
Magill-Zange (groß / klein)	1x
Trachealtuben # 6,0	1x
# 7,0	1x
# 8,0	1x
Larynx-Tubus #4 + Spritze	1x
#5 + Spritze	1x
Absaugung	1x
Absaugkatheter	2x
Beissblock / Tubusfixierung	1x
Mundkeil	1x
Sengstaken Sonde	1x
Untersuchungshandschuhe / Paar	3x
Venenstauschlauch	1x
Kontamed'chen	1x
Flexüle Blau G22	2x
Flexüle Rosa G20	3x
Flexüle Grün G18	2x
Cosmopor i.V. 8x6cm	3x
Intima Blau G22	1x
Intima Rosa G20	1x
Monovetten	3x
Multi-Adapter	1x
Infusionssystem	2x
3-Wege-Hahn	1x
Combi-Stopper rot	5x
Infuvalve / Rückschlagventil	1x
Cutasept 50ml	1x
Sterillium classic pure 100ml	1x
Spritzen 20ml	3x
Spritzen 10ml	10x
Spritzen 5ml	3x
Spritzen 2ml	2x
Kanüle 1,20x40mm	9x
Kanüle 0,80x50mm	6x
Sterile Tupfer #3	5x
Sterile Mullkomresse 10x10cm	5x
Mullbinde 8x4cm	3x
Universalbinde 10x5cm	1x
Seidenpflaster 2,5cmx9,2m	1x
Cosmopore E 15x8 cm	2x
Cosmopore E 10x6 cm	2x
Cosmopore E 7,2x5 cm	2x
Dreiecktuch 96x96x136 cm	1x
Rettungsdecke	1x
SicSac Spuckbeutel	2x
Müllbeutel	2x

Sauerstofftasche / Rehaklinik

	Anzahl
O ² Flasche 2 Liter	1x
Druckminderer SN:1902446	1x
Sauerstoffmaske	1x
Sauerstoffbrille	1x
Sauerstoffleitung	1x

Nach Benutzung bitte Meldung an die Innere Station!

Der Notfallkoffer wird monatlich auf Vollständigkeit und Haltbarkeit kontrolliert!

Verantwortlich: Pflegedienstleitung

Warum Nachbesprechungen nach einem Notfalleinsatz nötig sind

Die Reanimation im Krankenhaus stellt für viele Beteiligten eine außergewöhnliche Situation dar. Wichtig ist eine optimale und schnelle Erstversorgung, um Spätfolgen für den Patienten zu minimieren. Oftmals herrscht Panik, Hektik und Chaos vor. Ein reibungsloser Ablauf ist nicht immer gewährleistet.

Von Psychologen wissen wir, dass eine der erfolgreichsten Methoden zum Stressabbau nach einer Reanimation oder anderer Notfalleinsätze denkbar einfach ist: darüber reden.

Es hilft. Setzen Sie sich mit anderen, die dabei waren, zusammen und sprechen Sie alles noch einmal durch. An strukturierten Gesprächen sollten neben den Ersthelfern auch die Mitarbeiter des Reanimationsteams selbst teilnehmen. In diesem Gespräch werden Sie berichten, was geschehen ist und die Situation noch einmal zu „durchleben“.

Es ist gesund und hilfreich, über das Geschehene zu sprechen. Offene Gespräche mit Arbeitskollegen, anderen Mitarbeitern des Rettungsteams oder Freunden können Stressreaktionen vorbeugen und den Erholungsprozess voranbringen.

Einsatz-Nachbesprechungen zur Reflexion

Was Sie beachten sollten:

- Wer ist zuständig und leitet das Gespräch ein?
- Wer nimmt daran teil?
- Verarbeitung des Erlebten
- Offener Umgang mit Problemen
- Ablauf, Zusammenarbeit der beteiligten Personen
- Mögliche Wissenslücken aufdecken
- Was kann beim nächsten Mal anders gemacht werden?
- LOB
- Erkenntnisse aus den Gesprächen sowie das Protokoll werden an den Reanimationsbeauftragten weitergegeben

Nachbesprechungsprotokoll – Notfallteam

Datum: ____ / ____ / ____

Uhrzeit: ____ : ____ Uhr

Ereignis: _____

Teilnehmer:

1. Wie war der Ablauf sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Personen?
(Persönliche Empfindung der beteiligten Berufsgruppen)
2. Gab es Komplikationen in der Bedienung des Equipments?
3. Gab es zu irgendeinem Zeitpunkt übermäßige Belastungsmomente?
4. Welche Erfahrungen konnten aus diesem Notfalleinsatz gewonnen werden für weitere Einsätze?

Unterschrift



Diakonie-Krankenhaus
Harz GmbH

NOTFALLTEAM - EINSATZPROTOKOLL

Einsatzort: _____

<u>Einsatzdatum / -zeiten</u>		<u>Notfallteam</u>		<u>Patientenekette</u>		
Einsatzdatum:	_____ / _____ / _____	Pflege:	_____	Name:	_____	
Notfallzeitpunkt:	____ : ____	Arzt:	_____	Vorname:	_____	
Alarmierung:	____ : ____			Geburtsdatum:	____ / ____ / ____	
Ankunft vor Ort:	____ : ____			Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Einsatzende:	____ : ____					
1. Grund der Alarmierung		2. Notfallgeschehen / Anamnese				
<input type="checkbox"/> Allgemeine Sorge/ klinischer Zustand Patienten <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand <input type="checkbox"/> Synkope <input type="checkbox"/> Atmung AF <input type="checkbox"/> < 5/min <input type="checkbox"/> > 36/ min <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> < 40/min <input type="checkbox"/> > 150/ min <input type="checkbox"/> RR syst <input type="checkbox"/> < 90 mmHg <input type="checkbox"/> > 180 / mmHg <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Trauma / Sturz <input type="checkbox"/> AMI <input type="checkbox"/> Anaphylaxie <input type="checkbox"/> Aspiration						
3. Erstbefund						
Neurostatus: Meningismus <input type="checkbox"/> Glasgow Coma Skal <small>Gesamtpunktzahl</small>		Augen offen 4 <input type="checkbox"/> spontan 5 <input type="checkbox"/> konversationsfähig orientiert 3 <input type="checkbox"/> auf Aufforderung 4 <input type="checkbox"/> konversationsfähig desorientiert 2 <input type="checkbox"/> auf Schmerzreiz 3 <input type="checkbox"/> inadäquate Äußerungen (Wortsalat) 1 <input type="checkbox"/> keine 2 <input type="checkbox"/> unverständliche Laute 1 <input type="checkbox"/> keine	Beste verbale Reaktion 6 <input type="checkbox"/> auf Aufforderung 5 <input type="checkbox"/> gezielte Schmerzabwehr 4 <input type="checkbox"/> umgezielte Schmerzabwehr 3 <input type="checkbox"/> Beugesynergismen 2 <input type="checkbox"/> Strecksynergismen 1 <input type="checkbox"/> keine	Beste motorische Reaktion 6 <input type="checkbox"/> auf Aufforderung 5 <input type="checkbox"/> gezielte Schmerzabwehr 4 <input type="checkbox"/> umgezielte Schmerzabwehr 3 <input type="checkbox"/> Beugesynergismen 2 <input type="checkbox"/> Strecksynergismen 1 <input type="checkbox"/> keine		
Bewusstseinslage <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> Reaktion auf Ansprache <input type="checkbox"/> Reaktion auf Schmerz <input type="checkbox"/> keine Reaktion <input type="checkbox"/> analogsediert		Pupillenweite re. li. eng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lichtreaktion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Messwerte: RR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mmHg Puls <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> s/m regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein AF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /min BZ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> mmol/L SpO ² <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % O ² L/min. Temp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> °C			
Psychischer Befund: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"> ängstlich <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> manisch <input type="checkbox"/> psychotisch <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> wahnhaft </input>						
Atmung: unauffällig <input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemwegsverlegung <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Schnappatmung <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Rasselgeräusche <input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/>						
Beatmung: <input type="checkbox"/> → ass. <input type="checkbox"/> kontroll. <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/>						
EKG: Sinusrhythmus <input type="checkbox"/> Arrhythmie <input type="checkbox"/> Infarkt EKG / STEMI <input type="checkbox"/> Kammerflimmern/-flattern <input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> AV-Block <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> EMD/PEA <input type="checkbox"/> Bradykardie <input type="checkbox"/> Extrasystolen <input type="checkbox"/> → SVES <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> Salven <input type="checkbox"/>						

4. Verlauf						Prällung/Hämatom <input type="checkbox"/>		Verbrennung <input type="checkbox"/>	
						Fraktur <input type="checkbox"/>		Inhalationstr. <input type="checkbox"/>	
						Wunde/Verl. <input type="checkbox"/>		Elektrounfall <input type="checkbox"/>	
Puls	• •	15	30	45		offen	geschl.		
RR	V V	15	30	45					
HDM	●	15	30	45					
Defibrillation	↓	15	30	45					
Transport	T	15	30	45					
In/Exubation	↓↑	15	30	45					
Maßnahmen		15	30	45					
SpO ₂		15	30	45					
O ₂ L/min		15	30	45					
Temp.		15	30	45					
atCO ₂		15	30	45					
Medikation:									
						Erst-helfer	Station	REA-Team	Zeit
						HDM Start			
						Beatmung START			
						DEFI angeschlossen			
						1. Defibrillator AED			
						Intubation			
						i.V. Zugang			
						1. Adrenalin			
						1. Amiodaron			
						1. Spontankreislauf			
						Defi Auswertung			
Anzahl Schocks: manuell: <input type="checkbox"/> mit AED: <input type="checkbox"/>						<u>Energie / Joule</u>		Monophasisch <input type="checkbox"/> Biphasisch <input type="checkbox"/>	
Übergabe: _____						Primäres Reanimationsergebnis			
						Jemals Spontankreislauf <input type="checkbox"/>			
						Niemals Spontankreislauf <input type="checkbox"/>			
						Übergabe mit Spontankreislauf <input type="checkbox"/>			
						Übergabe unter laufender CPR <input type="checkbox"/>			
						Tod am Notfallort / Ende der CPR <input type="checkbox"/>			
Pat. bleibt vor Ort: <input type="checkbox"/> Pat. verlegt: <input type="checkbox"/> → _____									

Unterschriften des Notfallteams: _____

Arzt

Pflege