Diakonie-Krankenhaus Elbingerode
SUCHTMEDIZINSCHES ZENTRUM

Therapiekonzept

Stationäre medizinische Rehabilitation von suchtkranken Menschen

Stand: August 2016

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/Suchtmedizin

Leiter Suchtmedizinisches Zentrum:

Joachim Stopp

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4
1. Strukturelle Vorgaben der Rehabilitationsklinik 6
2. Interne und externe Zusammenarbeit – strukturelle Vorgaben und Leistungen 8
3. Leistungsspektrum der Rehabilitationsklinik 9
3.1 Psychologische Diagnostik 9
3.2 Sozialdienst 9
3.3 Physiotherapie 9
3.4 Sporttherapie und Erlebnispädagogik 10
3.5 Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation 10
3.6 Diätberatung, Schulung bei Stoffwechselerkrankung und Lehrküche 11
3.7 Indikationsgruppen 12
3.8 Angeleitete Freizeitangebote 16
3.9 Möglichkeiten zur eigenen Freizeitgestaltung 16
4. Indikationsspektrum und Rehabilitationsdauer 17
5. Krankheitsverständnis und wissenschaftliche Grundlagen 18
6. Behandlungsansatz 22
6.1. Therapieziele 25
6.2. Therapieprogramm und Abläufe 26
7. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 27
8. Weitergehende Informationen 28
Anlagen 32
Anlage 1: Krankenhausleitbild 33
Anlage 2: Hausordnung 34
Anlage 3: beispielhafter Wochenplan 41
Anlage 4: Motivationsstation 42
Anlage 5: Notfallmanagement der Rehabilitationsklinik 44
Anlage 6: Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit von illegalen Drogen ... 49
Anlage 7: Besondere Bedingungen bei Abhängigkeit für Haftpatienten 50
Anlage 8: Adaption 51
Anlage 9: Die ganztätig-ambulante Entlassform in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH 57
Anlage 10: Arbeitstherapie nach dem BORA-Konzept 60

Einleitung

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 ca. 90 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 (15 Wohnplätze), dem Dauerwohnheim für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke (24 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 eine parkähnlichen Anlage eingebettet. Sie liegt am Stadtrand von Elbingerode, am Rand des Harzwaldes. Die beschriebenen Komplementäreinrichtungen liegen im Umkreis von ca. 15 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 Gruppen zu je 7-9 Patienten 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-ambulantem 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 in der Regel behindertengerecht konzipiert.

Funktionsräume

- Gruppenräume
- Vortragssaal
- Räume für indikative Behandlungen
- Behandlungszimmer (Ärzte, Therapeuten)
- Küche (von Catering-Firma geführt)
- Speisesaal
- Cafeteria
- Turnhalle, Sport- und Gymnastikräume
- Kegelbahn
- Schwimmhalle (Mitbenutzung, 200 m von der Klinik entfernt)
- Fitnessraum (Krafttraining, Boxsack, etc.)
- Physiotherapie-Abteilung

- Physiotherapeutischer Trainingsraum mit Behandlungsmöglichkeit von spezifischen orthopädischen und neurologischen Krankheitsbildern
- Räume für Ergotherapie
- Werkstätten (Schlosserei, Schreinerei, Gärtnerei)
- Lehrküche
- Hauswirtschaftsräume / Wäscherei
- Computerarbeitsräume
- Psychologische Diagnostik / Hirnleistungstraining
- Räume zur Internet-Nutzung
- Bibliothek
- Raum der Stille (Kapelle)

Funktionsräume der Aufnahmestation

- Schwesterndienstplatz
- Behandlungs-/Verbandszimmer
- Notfallzimmer / Überwachungsraum
- Behindertengerechtes Bad

Personelle Besetzung der Rehabilitationsklinik

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

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**
- **Psychiatrie**
- **Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie**
- **Psychiatrische Institutsambulanz**

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 im 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 als möglich zu gestalten. Gegebenenfalls müssen inhaltlich räumlich/baulich Grenzziehungen erfolgen, um die Schutzräume der einzelnen Bereiche zu gewährleisten. Die Krankenhausbetriebsleitung sowie die Leitung des Komplementärbereiches tagen ebenfalls regelmäßig, um die Koordination des Suchtmedizinischen Zentrums zu gewährleisten.

Des Weiteren findet sich am Standort:

- **eine Zahnarztpraxis**
- **ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit Apotheke und niedergelassenen Haus- und Fachärzten**

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.

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

3.2 Sozialdienst

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

3.3 Physiotherapie

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

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

Krankengymnastik als Einzel- und Gruppenbehandlung:

- befundgerechte Übungsform zur Funktionsverbesserung betroffener Strukturen, Wirbelsäulengymnastik – Gruppen, 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 und Erlebnispädagogik

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 Selbstachtung, der realistischeren Selbsteinschätzung und Außenwahrnehmung, die Wahrnehmung von Spannung-Entspannung und die Entwicklung eines angemessenen Belastungsempfindens, stellen weitere Inhalte der Sporttherapie dar und können zum Beispiel beim therapeutischen Klettern 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. Ziele der Ergotherapie sind beispielsweise die Förderung von Basisarbeitsfähigkeiten wie die Ausdauer und die Konzentrationsfähigkeit, die Förderung von berufsspezifischen Fertigkeiten und die Hilfe zur Integration in das Berufsleben. Zur Ausgestaltung unseres ergotherapeutischen Vorgehens siehe vor allem das anhängende Konzept zur beruflich orientierten Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA).
In den ersten 3 bis 4 Wochen sind die Patienten im Regelfall in der **Beschäftigungstherapie**. Zur Feststellung der vorhandenen Fähigkeiten und zur Umsetzung der daraus folgenden Ziele bieten wir als Medien handwerkliche Techniken an. Das sind z.B. Laubsägearbeiten, Peddigrohrflechten, Seidenmalerei, Töpfern, Makramee, Kupferdruckarbeiten.
Zu einer selbständigen Lebensweise gehören auch Reinigungsaufgaben wie Wischen, Fegen, Fenster putzen u.a. Diese Tätigkeiten können in der **Hauswirtschaft** beübt und umgesetzt werden.

In der **Arbeitstherapie/Schlosserei** gibt es Tätigkeiten im handwerklichen Bereich wie z.B. Feilen, Schleifen, Schneiden von Gewinde. Im maschinellen Bereich kann z. B. an der Bohrmaschine gearbeitet werden.
Auch in der **Arbeitstherapie/Holzwerkstatt** wird handwerklich (Beiteln, Sägen, Schleifen, Streichen) und maschinell (mit der Bohrmaschine, an der Abrichte, Kreissäge, Schleifmaschine) 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 kann man PC-Grundkenntnisse erwerben, auffrischen und beüben (Umgang mit dem Betriebssystem Windows und den Anwendungsprogrammen MS Word und MS Excel). 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 ca. 90 Betrieben in der Region. Im Vorfeld gibt es dazu Absprachen, ebenso muss eine Bewerbung erfolgen. Zum Ende wird der Einsatz ausgewertet.

3.6 Diätberatung, Schulung bei Stoffwechselerkrankung und Lehrküche

Sucht- und ernährungsbezogene Erkrankungen (z.B. Gicht, Leberschädigungen, Adipositas, Pankreatitis, Mangelerscheinungen, aber auch Allergien und Nahrungsunverträglichkeiten) 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 %) hat eine Diabeteserkrankung. Dies spiegelt auch den Teil der Diabeteserkrankungen in der Gesamtbevölkerung wider. Das Ziel der begleitenden Diabetesberatung ist es, ein Vertrauensverhältnis entstehen zu lassen, in welchem der Patient alle für ihn den Diabetes betreffenden relevanten Themen ansprechen und somit eine Optimierung der Diabeteseinstellung erreichen kann.
Einhergehend mit chronifizierter Alkohol- und Drogensucht kommt es durch Einengung der Interessenssphäre und zunehmender Selbstvernachlässigung zum Abbau von Selbstversorgungs-, aber auch Freizeitkompetenzen, so dass ein größerer Teil der Betroffenen nicht mehr in der Lage oder nicht motiviert ist, sich selbstständig ausgewogen und gesund mit frischen Lebensmitteln zu ernähren. Die Zielstellung des Kochkurses ist eben die Steigerung der Selbstständigkeit durch Erlernen bzw. Wiedererlangen von Basiskompetenzen der Selbstversorgung. Der Kochkurs soll die Patienten befähigen, sich generell und insbesondere in finanziellen Engpässen gesund und ausgewogen zu ernähren. Der Kochkurs findet ergänzend zum übrigen Therapiegeschehen für die therapeutische Bezugsgruppe statt.

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):
In einem Arztvortrag wird Fachwissen im Sinne einer intensiven Aufklärung zur Tabakabhängigkeit und deren Folgen vermittelt. Anschließend wird in einer Motivationsphase eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten angeregt. Die Patienten, welche sich zur Tabakabstinenz entscheiden, werden in einer Entwöhnungsphase bei der Umsetzung dieses Ziels individuell begleitet und unterstützt.

Gruppe für Medikamentenabhängige:
Die im Vordergrund stehenden Medikamentenabhängigkeiten beziehen sich auf opiathaltige Schmerzmittel, Benzodiazepine und Z-Drogen. Daneben gibt es den allgemeinen medikamentösen Missbrauch, das heißt Stoffe die nicht grundsätzlich eine körperliche Abhängigkeit erzeugen, werden im Sinne der seelischen Abhängigkeit wahllos, zu häufig oder im Übermaß konsumiert. Die grundsätzliche Überlegung bei der Behandlung von Medikamentenabhängigen ist die, dass bei Konsumverzicht sowohl Entzugserscheinungen, Angst und Symptomexazerbation auftreten. Für den jeweiligen Zustand muss dann spezifisch eine Handlungsalternative zum gewohnten Konsum erarbeitet werden. Verzicht und Akzeptanz von Symptomanteilen muss integriert werden. Eine Sonderheit findet sich bei iatrogen erzeugter Abhängigkeit, hier muss eine besondere Frustration bewältigt werden, da die Schuldfrage die bei Suchterkrankungen regelhaft gestellt wird, hier in Richtung behandelnder Arzt zielt und damit zusätzlich eine Labilisierung des Vertrauens entstanden ist. Gleichwohl muss an die Selbstverantwortung des Patienten für seine Erkrankung erinnert werden, unabhängig davon wie sie erworben wurde. Themen in der Gruppe der Medikamentenabhängigen sind also alternative Handlungsweisen, Integration von Verzicht, Integration von aggressiven Gefühlen und Symptomen, Klärung und Ordnung bei Fehlverhalten, Inkompetenz und Vertrauensbruch, sowie Umgang mit Aggressionen bei schuldhafter Verantwortungsfragestellung.

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“ wurde 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 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?

Traumatherapie (bei gesonderter Indikation):
Auch hier können die Methoden des DBT zur Anwendung kommen. Zusätzlich zum Skillstraining bzw. noch vorhergehend werden Imaginationsübungen sowie die Technik des „Sicheren Ortes“ vermittelt. Dies geschieht auch deshalb, da zur nachhaltigen Krankheitsbewältigung primär die Entwicklung der Abstinenzfähigkeit im Fokus der Therapie stehen muss. Eine stabile Abstinenzfähigkeit ist oftmals Voraussetzung, um sich einer emotional belastenden Traumabewältigung stellen zu können. Entsprechend kann hier auch mittel- bis langfristig eine weiterführende Traumatherapie nach erfolgter Rehabilitation vorbereitet werden.

Körpertherapie:
Die Indikativgruppe „Körpertherapie“ ist 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.
Das Konzept soll Möglichkeiten anbieten, die körperliche Entfremdung aufzulösen und den Kontakt zum Körper wieder herzustellen, sowie den Grad der Vertrautheit mit sich selbst zu erhöhen. Auf der Grundlage des Kontakts zu sich selbst soll der Patient die Fähigkeit entwickeln, 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 Muskelspannung 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. Das Besondere an diesem Kurs ist es, dass jeder Patient individuell nach Leistung gefordert und gefördert wird.

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 des neuropsychologischen Trainingprogramms „RehaCom“ der Fa. Hasomed.
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

Die Erhöhung ihrer Lebensqualität durch sinngebende und erfüllende Freizeitgestaltung ist für Suchterkrankte ein wichtiger Bestandteil in der Abstinenzerreichung. Mit unseren Therapieangeboten wollen wir unseren Patienten unterschiedliche Möglichkeiten einer Freizeitgestaltung ohne Suchtmittel erleben lassen.
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 Kuchen, 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 Reparaturwerkstadt 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 vollendeten 18. Lebensjahr, die von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen abhängig sind.

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

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

- Körperbehinderte
- Patienten mit psychomentalen Einschränkungen nach Psychose
- Jugendliche mit noch nicht vollendetem 18. Lebensjahr
- 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 entsprechender Indikation Kurzzeittherapien mit einer Dauer von 8 Wochen durchgeführt. Die Behandlungszeit in der Adaptionsphase beträgt zusätzlich 11 - 12 Wochen. In Abstimmung zwischen Patient, therapeutischem Team und Kostenträger kann in Einzelfallentscheidung eine Verkürzung oder Verlängerung der Therapiezeit durchgeführt werden.

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).

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

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

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

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

Grundsätzlich erlebt sich jeder Mensch mit Möglichkeiten und Defiziten ausgestattet, d. h., immer auch inkomplett, nicht heil. Eine bewusste oder unbewusste Sehnsucht nach Ganzheit, Vollversorgung, Geborgenheit, also „Ich-Harmonie“, mobilisiert eine stetig wirksame und teilweise sehr kreative Kraft, die auf ein Ganzes, Heiles, ausgerichtet ist. Wird durch eine tiefgreifende Erfahrung mit einem Suchtmittel eine relativ hohe innere Stimmigkeit dieser Art erzeugt, besteht die Gefahr, dass sich der Betroffene wiederholt und in kürzeren Zeitabständen dieses Erleben durch Suchtmittel wiederherstellt und kreativere Alternativen vernachlässigt.

Im analytischen Denken wird Sucht deshalb auch mit Begriffen wie “Mutterersatz“, das „verlorene Paradies“, die „gute Brust“ oder in anderer Weise als das „nur gute Teilobjekt“ bezeichnet.

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

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

Das Suchtmittel übernimmt die Hauptfunktion im Bereich der Ich-Stabilisation, es induziert zugleich kontinuierliche Ich-Schwächung. Defizite sowie unangenehme Gefühle wie Angst und Scham werden über den Suchtmittelkonsum bewältigt.
Im Laufe einer Suchtkarriere werden diese Defizite und Gefühle vom Betroffenen immer tiefer empfunden, Konsum von Suchtmitteln wird entsprechend verstärkt.

Durch die toxischen Schäden des Suchtmittels im Gesamtorganismus (vor allem auch 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 hinzuaddiert, die sich konkret an höherer Anzahl ausgeschütteter Neurotransmitter messen lässt und die der oben beschriebenen inneren Stimmigkeit entspricht.

Auf zellulärer Ebene ergibt sich durch die extern erzeugte Erhöhung von belohnenden Botenstoffen ein neurochemisches Ungleichgewicht. Die präsynaptischen Transmitterproduktionen werden zunehmend zurückgefahren, die externe Stimulation wird vorherrschend. Um der inneren Produktionsdrosselung entgegenzuwirken, müssen Dosis und Häufigkeit der externen Zufuhr erhöht werden. Es kommt zur Toleranzentwicklung. Da bei der Reduktion der dopaminergen Synapsen die Alltagsreize keine Wirkung mehr erzielen, wird der Betroffene schon während seiner Konsumphase hinsichtlich allgemeiner Tätigkeiten passiver und in seiner Empfindungsfähigkeit stumpfer. Die einzige Quelle, inneres Wohlempfinden zu erzeugen, 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 Organsystem kann betroffen sein. Zudem ist das Psychovegetativum, und damit der Gesamtorganismus, stets in Mitleidenschaft gezogen. Im Vordergrund finden sich neurologisch-psychiatrische und internistische Krankheitsbilder, durch Selbstvernachlässigung auch orthopädische, dermatologische und stomatologische Schäden.

Wie bereits beschrieben, wird die Beziehung zum Suchtmittel die zentrale lebensgestaltende Komponente im Leben des Suchtkranken. Er löst seine inneren und äußeren Konflikte nicht kreativ und klärend, sondern verschiebt sie 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 (7 – 9 Patienten) 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, 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, präpsychotischen 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 Akutkrankenhauses 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 um den Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Abstinenzfähigkeit. 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.

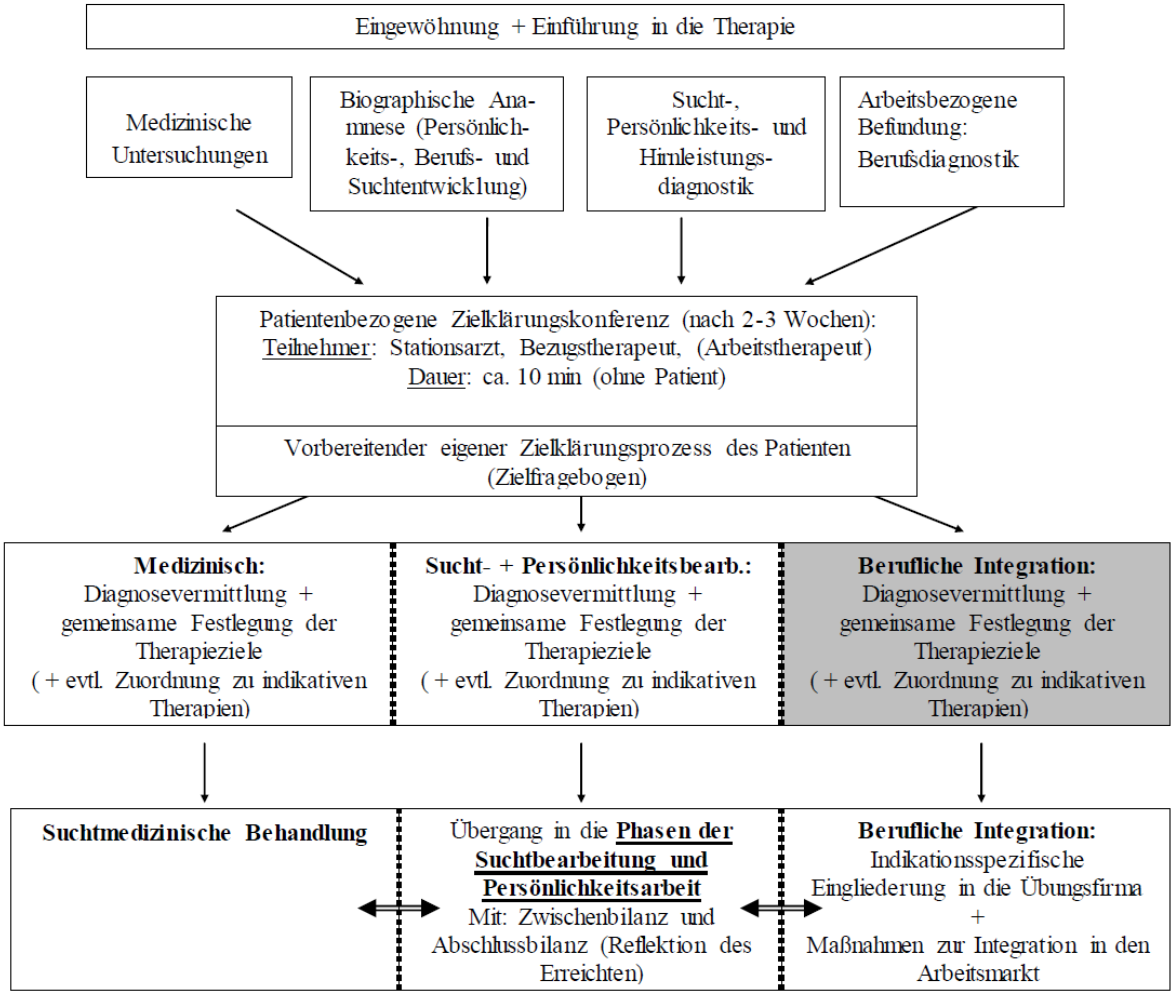


Abbildung 1: Zielklärungsphase und darauf aufbauende Behandlung

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, Freistellungen)

Tägliche Sprechstunden und eine Gruppenvisite pro Woche sowie indikative Arztgespräche nach Bedarf gewährleisten die medizinische Versorgung. Durch regelmäßige Chef- und Oberarztvisiten wird die Qualität gesichert. Konsiliarleistungen werden organisiert.

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 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.

8. Weitergehende Informationen

Verantwortlich für das Konzept
Dr. med. Eckart Grau
FA f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sozialmedizin/Suchtmedizin
Chefarzt 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

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

Wohnheim „Gut Heiligenstock“
Kaltes Tal 12
38889 Rübeland
Tel. : 03 94 54/48 10
Fax. : 03 94 54/48 129

Betreutes Wohnen für Suchtkranke und Tagesstätte
Degenerstraße 8
38855 Wernigerode
Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax. : 0 39 43/26 16 77

Therapeutische Wohngemeinschaft „Haus Waldhof“
Westerhäuser Straße 62a
38889 Blankenburg
Tel. : 0 39 44/24 57
Fax. : 0 39 44/9 54 71 29

Literatur

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.
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.
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.
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.
Hasomed GmbH	Reha Com. Kognitive Therapie und Hirnleistungstraining. Computergestützte kognitive Rehabilitation. Magdeburg: Hasomed GmbH, 2014.

Heigl-Evers, A.; u.a	Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1995.
Heigl-Evers, A.; u.a	Möglichkeit und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Vortrag gehalten auf der Jahreskonferenz des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke vom 22.-24. März 1977. Kassel: Nicol-Verlag, 1977.
Heigl-Evers, A.; Ott, J.	Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 2002.
Heigl-Evers, A.	Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie. 1.Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002.
Petzold, H.	Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie. Paderborn: Junfermann Verlag, 1994.
Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.	Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2005.
Kernberg, O. F.	Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 17.Aufl. Berlin: Suhrkamp Verlag, 2009.
Kernberg, O. F.	Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. 5.Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 1992.
Kiefer, F.	(2006): Suchtmedizin: Evidenzbasierte Therapiestandards. < http://www.aerzteblatt.de/ archiv/52628 >. 2016-06-10.
Kohut, H.	Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. 1. Aufl. Berlin: Suhrkamp Verlag GmbH, 1976.
Körkel, J.	Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. 3. Aufl. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag, 2008.
Körkel, J.	Rückfall muss keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer. 6. Aufl. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag, 2010.
Linden, M.; Hautzinger, M.	Verhaltenstherapiemanual. 6. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2008.
Lindenmeyer, J.	Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005.
Miller, W.R.; Rollnick, S.	Motivierende Gesprächsführung. 4. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2015.
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.
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 9	ganztägig-ambulante Entlassform
Anlage 10	Arbeitstherapie nach dem BORA-Konzept

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 vielfaltigen 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 verstehbar, 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, ETG im Urin) sowie Medikamente und Drogen (Urin) 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 gewünschter emotionaler Begegnung ist hier als wichtiges 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 disziplinarischen Entlassung.

Tagesablauf

Lebensrhythmus und -struktur sind bei Suchtkranken schwer in Mitleidenschaft geraten und müssen „nachgelernt“ werden. Für die Abläufe erhalten Sie einen Wochenplan. Der Kontaktpatient 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.

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

Die Gesundheitsschäden durch Nikotin in Deutschland sind immens. Ebenso die Kosten die durch die Behandlung dieser Schädigungen im Gesundheitssystem entstehen.

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 verstehbar und transparent. 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 „Szenenverhalten“ 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 einzugreifen 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/Suchtmedizin
- 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 irregulär 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 gehören zur Therapie. Diese Untersuchungen sind sowohl von medizinscher als auch juristischer Bedeutung und vom Chefarzt der Klinik angeordnet. Krankenschwestern oder Pflegern sind lediglich ausführende Organe dieser ärztlichen Anordnung. 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	7 - 10
Rauchen im Gebäude	10
Mitbringen von alkoholhaltigen Lebens- u. Genussmitteln, Tabletten und andern Drogen	10

Zusätzlich zur Punktevergabe entscheidet der Therapeut mit seinem Team über weitere Konsequenzen.

Zum Beispiel:

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

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.

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		
7:15		Besinnung		Besinnung	Besinnung	Aufstehen	Aufstehen
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.)	8:30-16:20Uhr 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 Vormittagsausgang	09:30 Möglichkeit zum Gottesdienstbesuch
10:00	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause		
10:15	10:15-11.45 BORA-Indikations-Gruppe 2	10:15 Infovortrag	10:15 -11:00 Sport	10:15 -11:45 AT-Tag / BT	10:15 GG		
10:50							
11:00		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 Einzelgespräch		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		13:45 Visite					
14:00					Pause		
14:00	14:00-15:00 GG				14:10-16.20 BT + HW Stationsarbeit		
14:30		Pause	Pause	Pause			
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 Schw.						
15:30							
17:30-18:00	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen	Medizin holen
18:00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:30				Messen & Wiegen			
19:00 - 19:45	Musik (60 min)	Frei (1x monatl. Lebenskunde)	Literatur	Spielabend / Pat. für Pat.	Video	Frei	Frei
20:00	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV Tagesschau	TV 18:30-22:15	TV 13:00-21:45
20:00-21.30	Telefonzeit	Telefonzeit	Telefonzeit	Telefonzeit	Telefonzeit		
20:45-21:30	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen	Nachtmedizin holen
21:30-22:30	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
22:30-6:00	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	**Ther.Schw.**	Therapeutisches Schwimmen
PMR	Entspannung	**SHF**	Selbsthilfeforum	**ZiDg**	Zimmerdurchgang
Pat. für Pat.	Patienten gestalten Abend für Mitpatienten			**ZV**	Zimmervisite

Anlage 4: **Motivationsstation**

Die Behandlung in der Motivationsstation erfolgt für suchtkranke Patienten mit ambivalenter Therapiemotivation bei defizitärer Krankheitseinsicht oder 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

Die Indikationsstellung erfolgt über die 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 Station innerhalb der Rehabilitation 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 Einstellung
- Erhöhung der Kompetenz
- Entscheidungshilfen

Insbesondere geht es speziell um den Aufbau einer wertschätzenden Arbeitsbeziehung im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen Methoden (Präsenz-Wahrnehmen, Respekt-Ernstnehmen, Akzeptanz-Annehmen). Es geht um Transparenz und Informationsvermittlung der Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung im Sinne der Verhaltenstherapie. 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. Ziel ist weiterhin, eine abstinente Zeit zu erleben, um besser entscheiden zu können, wie es in Zukunft weitergehen soll. Angehörigenarbeit findet individuell und je nach Bedarf in Form eines ganztätigen Angehörigenseminars statt. Auf der Motivationsstation wird engmaschig überprüft inwieweit der Verbleib auf dieser Station, die Verlegung in eine Normalstation oder eine grundsätzliche Veränderung des Settings (Verlegung in andere Einrichtungen, vorzeitige Verlegung in stationäre Nachsorge, vorzeitige Entlassung) indiziert sind. Eine besondere Markierung 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 durchgeführten 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: **Notfallmanagement der Rehabilitationsklinik**

Die Rehabilitationsklinik Elbingerode ist bei der Versorgung von Notfällen und kritischen Betreuungssituationen in die Abläufe des gesamten Diakonie-Krankenhauses Elbingerode eingebettet. Zur sofortigen Hilfe bei der Behandlung und der organisatorischen Abwicklung von kritischen Fällen stehen die Akut-Abteilungen für Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin zur Verfügung. Es besteht enge Vernetzung mit den umliegenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

Bei Hinweisen auf eventuelle organische oder psychische Krisenzustände

…werden Patienten der Reha-Klinik Elbingerode konsiliarisch (s. o. Abteilungen) mitbegleitet und ggf. von ihren Stationen in den Aufnahmebereich (Schwesterndienstplatz Reha-Klinik) zur Beobachtung verlegt.

Bei abklärungsbedürftigen Krankheitsbildern oder progressiver Krankheitsentwicklung

…wird rasch und unbürokratisch die Verlegung auf die Akut-Stationen (Innere Abteilung, Psychiatrie) veranlasst. Das heißt, die Reha wird unterbrochen. Falls notwendig erfolgt die Verlegung in eine andere Akut-Einrichtung.

Für große Notfälle (Havarie) findet sich folgende Vorgehensweise:

- Meldung an die übergeordnete externe Hilfsorganisation (im Regelfall Feuerwehr)
- Alarmierung von Chefärzten, Geschäftführer, 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 geschult:

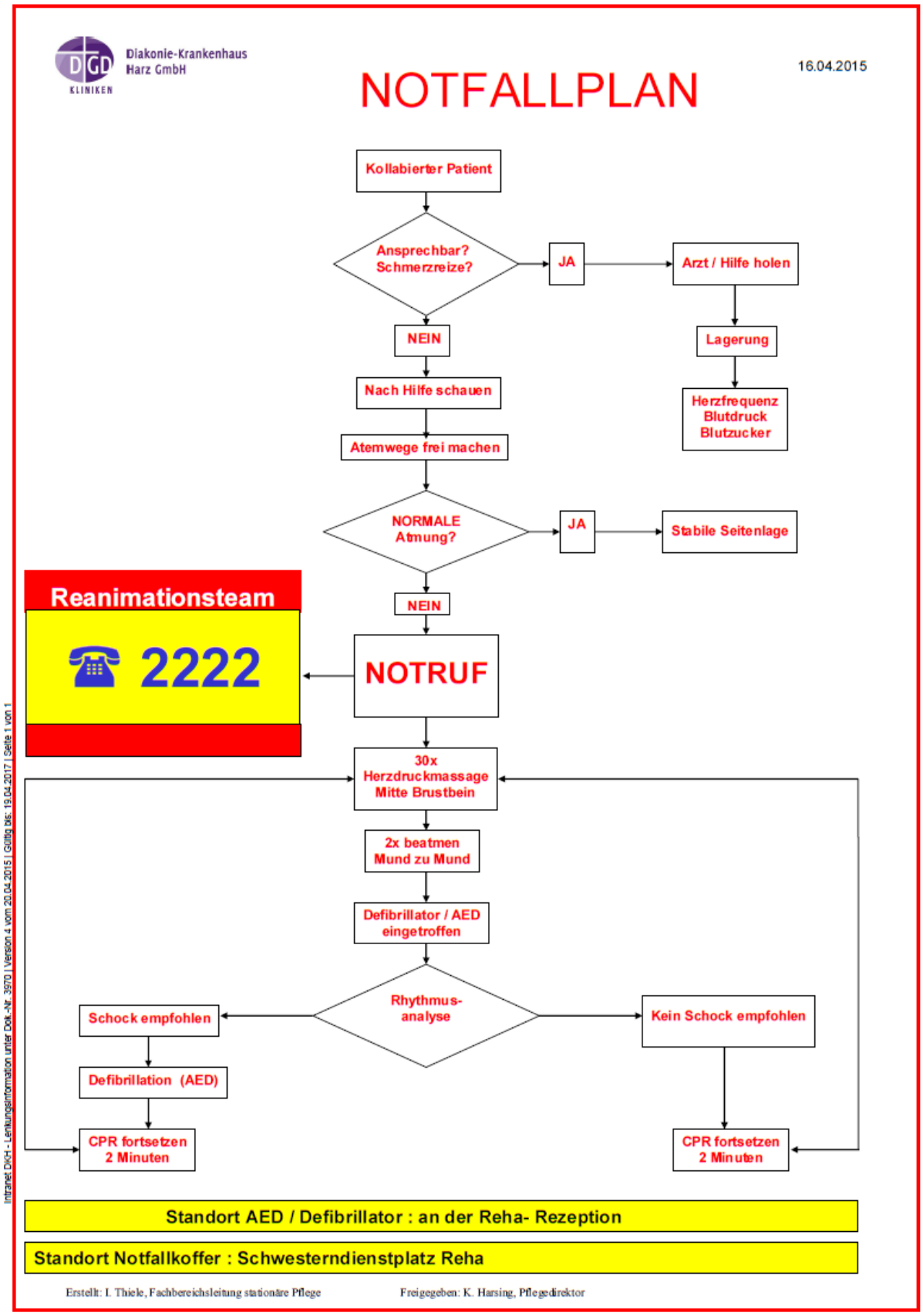
- Inhalte: Rettung gefährdeter Personen aus dem Problemfokus, Ursachenbekämpfung, Anfahrt- und Zugriffswege für Feuerwehr oder andere Organisationen frei zu machen und frei zu halten, kompetente Ablauforganisation, etc.

Schulungsprogramm für medizinische Notfälle:

- einmal im Jahr externe Schulung durch entsprechend ausgebildete Notfallärzte
- 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)

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

Notfallplan:



Reanimationsteam ELB - Ablauforganisation Prozessablauf		Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Dok.ID: 8181	Version: 2-0-0	Gültig bis: 09.02.2017

STRUKTUR | ERGEBNIS

DER BEREICH

- festes Reanimationsteam im Früh- und Spätdienst
  → in Dienstplanungsprogramm TIME OFFICE farblich markiert
  → auf Stationen sowie im Umkleidebereich mit Aushängen kenntlich gemacht
  → im Intranet abgebildet
- 24 h erreichbar
  → feste Rufnummer: **2222**
- im Nachtdienst Übernahme durch Innere
  → ab 21^{00} - 6^{00}
- 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

Dienstübernahme/-übergabe

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

- allzeitliche und schnelle Erreichbarkeit

21^{00} Handy auf die Innere (zum Laden)
→ automatische Rufumleitung auf Stationstelefon der Inneren

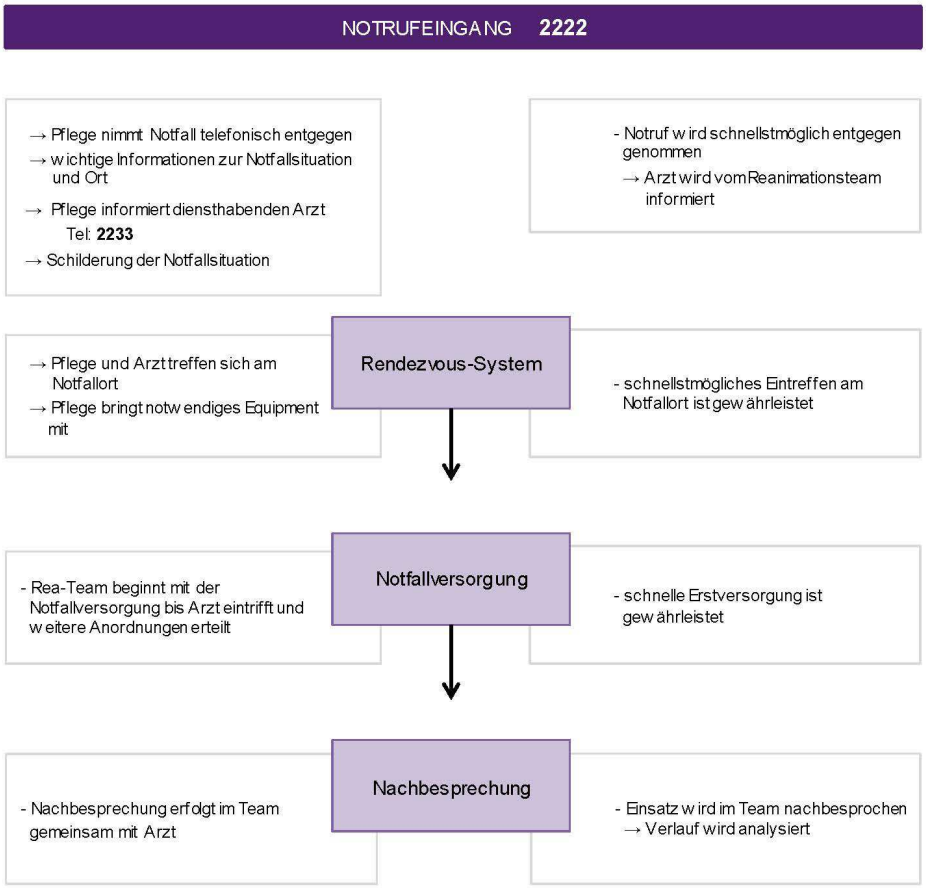
6^{00} Übergabe an den Frühdienst
→ Handy aus Ladestation an ein Mitglied aus Reanimationsteam

13^{30} Übergabe an den Spätdienst durch den Frühdienst

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

Erstellt:	Thiele, Ivonne (FBL Elbingerode), NXAdmin (FBL Elbingerode)
Geprüft/Freigegeben:	Harsing, Klaus (10.02.2016 Pflegedirektor Elbingerode) / Schmidt, Stefanie (10.02.2016 QM Gesamt)
Bereiche:	Die Gültigkeitsbereiche des Dokuments sind im Intranet hinterlegt

Reanimationsteam ELB - Ablauforganisation Prozessablauf		Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Dok.ID: 8181	Version: 2-0-0	Gültig bis: 09.02.2017



Erstellt:	Thiele, Ivonne (FBL Elbingerode), NXAdmin (FBL Elbingerode)
Geprüft/Freigegeben:	Harsing, Klaus (10.02.2016 Pflegedirektor Elbingerode) / Schmidt, Stefanie (10.02.2016 QM Gesamt)
Bereiche:	Die Gültigkeitsbereiche des Dokuments sind im Intranet hinterlegt

Reanimationsteam ELB - Ablauforganisation Prozessablauf		Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Dok.ID: 8181	Version: 2-0-0	Gültig bis: 09.02.2017

Schulungen

- siehe Ausbildungsplan (im Intranet)

Reanimationsteam:

- einmal jährlich eine Schulung mit Ärzten zusammen und einen Notfallmediziner
- jährlich finden mehrere Schulungen (à 1,5 Stunden) des Reanimationsteams statt
- GmbH-eigene Reanimationspuppe

Mitarbeiter mit Patientenkontakt:

- jährliche praktische Schulungen
  → an Reanimationspuppe

Reanimationsteam und Innere

- haben Kenntnisse zu erweiterten Notfallmaßnahmen
  → MA sind optimal vorbereitet, um im Ernstfall schnell reagieren zu können

alle Mitarbeiter

- mit Patientenkontakt verfügen über Kenntnisse der Basismaßnahmen

Jahresplanung

- siehe **Ausbildungsplan** (im Intranet)
- jährliche Besprechung
- Planung des kommenden Jahres

- MA sind über aktuelle Erkenntnisse und Vorgehensweisen im Notfallmanagement informiert
- Vorgehensweisen im Notfall sind gefestigt, durch kontinuierliche Wiederholungen

Erstellt:	Thiele, Ivonne (FBL Elbingerode), NXAdmin (FBL Elbingerode)
Geprüft/Freigegeben:	Harsing, Klaus (10.02.2016 Pflegedirektor Elbingerode) / Schmidt, Stefanie (10.02.2016 QM Gesamt)
Bereiche:	Die Gültigkeitsbereiche des Dokuments sind im Intranet hinterlegt

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 Bindung müssen basale Erziehungselemente nachgereicht werden.

Neben der Basisgruppe muss durch Indikationsgruppen den speziellen Problematiken des Klientels 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 Erweiterung der Therapiemöglichkeit im Diakonie-Krankenhaus Harz in Elbingerode durch die Adaption 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 optimal 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 Vorbereitung der poststationären Phase kann auch im Blick auf die Vorbereitung der Nachsorge in der Suchtberatung und die Integration ins Suchthilfenetzwerk 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 Adaptionsphase von 12 - 16 Wochen.

Die Adaptionsphase als zweite Therapiephase für suchtkranke Patienten ist für die Patientengruppe gedacht, die bei entsprechender Indikation eine soziale und berufliche Integration als abstinent lebende Person in der Region Harz anstrebt oder die intensiver für die weitere psychosoziale Stabilisierung noch die (reduzierte) Therapiebeziehung zum Team der Reha-Klinik Elbingerode benötigen, um dann in entferntere ambulante Betreuungs- oder Wohnsituationen zu wechseln.

Behandlungsverlauf:

Stationär (12 -) 15 - 26 Wochen	**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 abstinenten 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 verzögertem 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- oder primäre Eingliederung in das Erwerbsleben sowie
- die Fähigkeit zur abstinenten Bewältigung der Anforderungen einer selbstständigen Lebensführung (Wohnungs- und soziale Integration, Tagesstrukturierung, Kompetenz zur Rekreation)
- Integration im Selbsthilfe- und Nachsorgebereich

3. Therapieinhalte

Grundsätzliche Therapieinhalte einer medizinischen Rehabilitation sind auch Therapieinhalte einer Adaption, nehmen jedoch zunehmend begleitenden und ergänzenden Charakter an. Die <u>individuellen Besonderheiten</u> der Adaptionsbehandlung <u>bestimmen entsprechend die unterschiedliche Auswahl</u> 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 Präsentationsformen (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 Sozialkunde 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.
- 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							
Zeit	**Montag**	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**	**Sonntag**
07:00	Aufstehen ..... Zimmer aufräumen, Frühstück						
08:00				gem. Frühstück	Zimmer-durch-gang		
ab 9:00	Zimmer-durchgang	Haushalts-training/ Einzelthe-rapie	PC-Training Projekte	**9:00-10:00** Gruppe (psycho-therapeutisch)	Haus- und Hof-reinigung **8:30-12:00**		
10:00	Einzelge-spräche Tagebuch-visite PC-Training **10:00-12:00**			ab **10:30** Lehr-küche ab 11:30 14-tägige Visite **12.30** gemein-sames Mittag essen		Zimmer-reinigung	**09:30** Mög-lichkeit zum Gottes-dienst-besuch
12:00							
12:00 - 13:00	Mittagspause						
13:00 16:00	Bewerber-training/ Prakti-kums-angele-genheiten **14:00-15:30**	Prakti-kums-vorberei-tung	Einzelthe-rapie	13:30 Geldaus-zahlung KH-Kasse anschließend Behördengän-ge	Bewer-bertrai-ning/ individu-elle Frei-zeitge-staltung	Freizeit	Freizeit 19:00 – 20:30 Pus-ten am SDPL (Rehaklinik) Heimfahrer nach Rück-kehr
16:00 - 20:00	Freizeitak-tivität (Sport) **18:00-20:00**	**17:30-18:30** Gruppen-therapie	Drogen-selbsthilfe **17:30-19:00**	Freizeitgestal-tung			
19:00	Freizeit				Selbsthil-fegruppe Alkohol **19:30** Elbinge-rode		
21:45	Anwesenheit im Haus (Tagebuchzeit)						
23:30	Empfohlene Nachtruhe						

<table>
<tr><th colspan="8">Kernbehandlung</th></tr>
<tr><th>Zeit</th><th>Montag</th><th>Dienstag</th><th>Mittwoch</th><th>Donnerstag</th><th>Freitag</th><th>Samstag</th><th>Sonntag</th></tr>
<tr><td>07:00</td><td colspan="5">Aufstehen ..... Zimmer aufräumen, Frühstück</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>08:00</td><td colspan="3" rowspan="3">Mo: Tagebuch abgeben

externes Praktikum</td><td>gem. Frühstück</td><td rowspan="3">externes Prakti-kum</td></tr>
<tr><td>ab 9:00</td><td>9:00-10:00 Gruppe (psycho-therapeutisch)</td></tr>
<tr><td>10:00</td><td>ab 10:30 Lehr-küche
ab 11:30 14-tägige Visite
12.30 gemein-sames Mittag essen</td><td rowspan="2">Zimmer-reinigung</td><td rowspan="2">09:30 Mög-lichkeit zum Gottes-dienst-besuch</td></tr>
<tr><td>12:00</td></tr>
<tr><td>12:00 - 13:00</td><td colspan="7">Mittagspause (je nach Betrieb)</td></tr>
<tr><td>13:00 16:00</td><td colspan="3">externes Praktikum</td><td>13:30 Geldaus-zahlung KH-Kasse

anschließend Behördengän-ge</td><td>externes Prakti-kum</td><td rowspan="3">Freizeit</td><td rowspan="3">Freizeit

19:00 – 20:30 Pus-ten am SDPL (Rehaklinik) Heimfahrer nach Rück-kehr</td></tr>
<tr><td>16:00 - 20:00</td><td>16:00 – 17:30 Einzelge-spräche Freizeitak-tivität (Sport) 18:00-20:00</td><td>16:00 - 17:30 Ein-zelgespräche17:30-18:30 Gruppen-therapie</td><td>Ab 16:00: Messen/ Wiegen/ Medika-menten-ausgabe 17:30-19:00 Drogen-selbsthilfe Werni-gerode</td><td>Freizeitgestal-tung</td><td></td></tr>
<tr><td>19:00</td><td colspan="4">Freizeit</td><td>Selbsthil-fegruppe Alkohol 19:30 Elbinge-rode</td></tr>
<tr><td>21:45</td><td colspan="7">Anwesenheit im Haus (Tagebuchzeit)</td></tr>
<tr><td>23:30</td><td colspan="7">Empfohlene Nachtruhe</td></tr>
</table>

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 ca. 90 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 Adaptionsbehandlung 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.

Anlage 9: **Die ganztätig-ambulante Entlassform in der Fachklinik der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH**

1. 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). Unserer 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 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 regelhaft 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 Abstinenzentscheidung
- 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 abstinent mit evtl. notwendiger Begleitung wahrnehmen) ermöglicht werden.

Ergänzend möchten wir für diese Behandlungsform die Raumplanung konkretisieren: Ganztägig ambulanten Patienten im Rahmen des Konzeptes der Entlassform (Kombi-Behandlung) steht ein Aufenthaltsraum mit Dusche, Rückzugs- und Umkleidemöglichkeiten im Bereich der flexiblen Wohngruppe zur Verfügung.

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, sodass 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 10: **Arbeitstherapie nach dem BORA-Konzept**

Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die BORA-Zielgruppen - Ergänzung zum Therapiekonzept des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH in Elbingerode

Datum: 01.06.2016, Autoren: Joachim Stopp, Dietmar Kemmann

1. Einführung

Die Abteilung für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung mit 140 Behandlungsplätzen ist innerhalb des Krankenhauses eingebettet in den Therapieverbund Sucht des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH, der neben der medizinischen Rehabilitation Angebote für die soziale und berufliche Integration von Suchtkranken vorhält. Die interne Vernetzung unterstützt eine intensive und individuelle Vorbereitung der teilhabeorientierten Entlassung .
Im Wochenplan erkennbar ist die Intensität der arbeits- und berufsbezogenen Therapiezeiten entsprechend den RTS-Vorgaben hoch ausgeprägt und überschreitet teilweise in der Intensität die von den Rententrägern erwarteten Vorgaben deutlich. Die erwerbsbezogenen Therapiebausteine innerhalb der medizinischen Rehabilitationsklinik werden intensiv vorgehalten (verweisen möchten wir auf die Erläuterungen und Aufzählung im Konzept zu 3. Leistungsspektrum der Rehaklinik, 3.5 arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation, 3.8 Freizeitangebote und 3.9 Möglichkeiten zur eigenen Freizeitgestaltung). Die Differenzierung der empfohlenen BORA-Zielgruppen wird in unserer Einrichtung durchgängig (ab Aufnahmeplanung und Aufnahmephase) als Therapieprozessorientierung genutzt. Weniger relevant ist diese Bora-Orientierung für die geringe Anzahl der Altersrentner, die zu unserer Klientel gehören. Auch Rehabilitanden, die als erwerbsunfähig eingestuft sind, werden mitunter nicht in den BORA-Zielgruppen erfasst werden können. 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 zeitnahes Entlassungsziel primär fokussiert.
Das grundsätzliche Therapieverständnis (Menschenbild, Krankheitsverständnis und Behandlungsansatz - wie im Therapiekonzept unter 5 und 6 dargestellt) ist als Entwicklungsprozess zu teilhabeorientierter Lebenskompetenz (entsprechend ICF) konzipiert, was sich auch an Art und Ausmaß der Behandlungsmodule (körperlich-medizinisch, sucht-psychotherapeutisch, aktivitäts- und teilhabeorientiert) erkennen lässt.

2. Einrichtungsbezogene Struktur

Bezug nehmend 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 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. (Für spezifische berufliche Re-Integration ist das Team der Adaption in besonderer Weise zuständig.) Neben den einrich-

tungsinternen 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 Aufnahmestation, 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. Therapieziel-Klärungsphase, 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 Therapiezielplanung 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 Assements 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 Familienheimfahrtswochenenden während der Rehabilitation wahr. Die Terminkoordination wird durch den Bezugstherapeuten übernommen und vom 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 (EEI, AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebens-Muster) und 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	Aufgabenverständnis	Belastbarkeit	Durchsetzungsfähigkeit	Sorgfalt
Arbeitsweise	Körperhaltung	Abstraktionsvermögen	Frustrationstoleranz	Kritikfähigkeit	Ordnungsbereitschaft
Ausdauer / Durchhaltevermögen	Handfunktion	Handlungsplanung	Selbsteinschätzungsvermögen	Kritisierbarkeit	Pünktlichkeit
Motivation	Hand-Auge-Koordination	Problemlösefähigkeit	Persönlichkeitsstabilität		Zeiteinteilung
Teamfähigkeit	Hörvermögen	Kulturtechniken	Flexibilität / Umstellungsvermögen		Vorausschauendes Denken und Handeln
	Sehkraft		Entscheidungsfähigkeit		Arbeitsplanung
			Kreativität		Selbständigkeit
			Verantwortungsgefühl		

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. 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 Bezugstherapeuten eruiert, der bei der Erhebung der Sozial- und Suchtanamnese die teilhabeorientierten Aspekte entsprechend ICF 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 Bezugstherapeut 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 ausführlich beschriebenen allgemeinen und indikativen Therapieformen eingesetzt, individuell auf den beruflichen Förderbedarf des Patienten abgestimmt.

Die individuelle Therapieplanung 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-Zielgruppenspezifische 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 Vordergund. 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 beschreiben 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 Erwerbstätigen, 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 Ergotherapiewegeplanung 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 Adaptionsbehandlung 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 Adaptionsbehandlung zu diskutieren, da ihre psychische Suchtfolge oft so ausgeprägt ist, dass die Erkenntnisse und Veränderungen aus der Rehabilitation schrittweise in teilhabenahen Lebensstruktureben 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, sozialmedizinischen 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 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 Ergotherapiewegeplan, 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.

7. Qualitätssicherung

Die Rehabilitationseinrichtung des Diakonie-Krankenhauses Harz wird regelmäßig nach den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie gemeinsam mit allen anderen Einrichtungsbereichen des DKH nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Auch die BORA-Maßnahmen fallen unter diesen regelmäßigen qualitätssichernden Prozess. (Ausführlicher s. Punkt 7 des Therapiekonzepts)

8. Übersicht über die konkreten BORA-Maßnahmen

In den folgenden Tabellen werden die BORA-Basis- und Kernmaßnahmen sowie die für die jeweiligen BORA-Typen spezifischen und netzwerkbezogenen Maßnahmen noch einmal im Einzelnen aufgelistet:

BORA - Basismaßnahmen

BORA-Basismaßnahmen werden für alle Patienten zur Einführung in die Therapie und zur Durchführung einer umfassenden erwerbsbezogenen Diagnostik durchgeführt.

Leistungsangebot	Spezifizierungen	Basis	BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
Reha- Einführung		X	X	X	X	X	X
Einführung Sozialdienst		X	X	X	X	X	X
Einführung Ergotherapie		X	X	X	X	X	X
Eingangsdiagnostik		X	X	X	X	X	X
Arbeitsbezogene Diagnostik (EEI)		X	X	X	X	X	X
beruflich orientierte Diagnostik (Teil II): Erstellen einer Arbeitsprobe innerhalb des jeweiligen Bereiches der AT		X	X	X	X	X	X
Berufsanamnese; erfasst werden:	Berufsausbildung	X	X	X	X	X	X
	Vorerfahrungen mit geregelter Arbeitstätigkeit	X	X	X	X	X	X
	berufliche Entwicklung	X	X	X	X	X	X
	subjektive Bewertung der derzeitigen Arbeitsplatzsituation	X	X	X	X	X	X
	Beziehung zu Führungskräften, Untergebenen, Kollegen, Personalreferenten, Betriebsräten	X	X	X	X	X	X
	Umgang mit Belastung	X	X	X	X	X	X
	Einschätzung der Wahrnehmung durch Andere	X	X	X	X	X	X
	Stärken und Schwächen, langfristige berufliche Pläne, Nebentätigkeiten und Hobbys	X	X	X	X	X	X
besondere berufliche Problemlagen zusätzlich durch Bezugstherapeuten eruiert		X	X	X	X	X	X

BORA Kernmaßnahmen

BORA-Kernmaßnahmen umfassen erwerbsbezogene Psychoedukation und Zielklärung, sowie die medizinisch-körperlichen und psychosozialen Bereiche zur Förderung von grundlegenen und berufsspezifischen Arbeitsfertigkeiten

Leistungsangebot	Spezifizierungen	Kern	BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
Psychoedukation: Vorträge		X	X	X	X	X	X
Angehörigenseminar		X	X	X	X	X	X
Gruppenstunden		X	X	X	X	X	X
Externe Info-Veranstaltungen mit Patienten		X	X	X	X	X	X
Zielbesprechung & Berufswegeplan		X	X	X	X	X	X
HirnleistungstrainingT (indikativ)		X		X	X	X	X
weitere indikative Therapien (z.B. SST, Lese-Recht-Schreib-Kurs, Kochkurs)		X	X	X	X	X	X
interdisziplinäre Fallbesprechungen		X	X	X	X	X	X
Verbesserung des sozialen Umfelds	hausinterner Sozialdienst	X	X	X	X	X	X
	Angehörigenseminar	X	X	X	X	X	X
	Schuldnerberatung	X	X	X	X	X	X
	MPU-Beratung	X	X	X	X	X	X
Arbeitstherapie in den Bereichen Hauswirtschaft, Holz, Metall, Garten, PC, Übungsfirma, Patienten-Cafeteria unter arbeitsmarktnahen Bedingungen		X	X	X	X	X	X
gestalttherapeutische Maßnahmen zur Förderung von sozialen Kompetenzen		X	X	X	X	X	X
Sporttherapie		X	X	X	X	X	X
interne Praktika (als Leistungserprobung von Grundarbeitsfähigkeiten)		X	X	X	X	X	X

BORA 1 - spezifisch+Vernetzung

Leistungsangebot	Spezifizierungen	Spez.	Vernetzung	BORA 1
Indikationsgruppe BORA-spezifisch gestaltet		X		X
Vorbereitung der nachstationären beruflichen Wiedereingliederung	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	X		X
	Teilhabeleistungen am Leben in der Gemeinschaft	X	X	X
eigene Betriebsseminare für tatsächliche (und potentielle) Arbeitgeber		X		X
arbeitsbezogene Gruppenstunden für Erwerbstätige		X		X
Vernetzung mit Agenturen für Arbeit / Jobcentern / Arbeitgebern	Heimfahrt mit vorgeplantem Termin zum Arbeitgeber		X	X
Hilfesysteme nach der med. Reha nahtlos initiieren	Hauptpartner in der regionalen Arbeitsgruppe der „Betrieblichen Suchtkrankenhilfe“		X	X
	Heimfahrt mit geplantem Termin zur Suchtberatungsstelle + Selbsthilfegruppe		X	X
	Suchtselbsthilfegruppen stellen sich vor		X	X
Zusätzlich	Lebenslauf mit Darstellung der Berufsentwicklung bereits bei Einladung zur med. Rehabilitation		X	X
	übergreifende Behandlungsmöglichkeiten bei somatischen Diagnosen durch Therapieverbund		X	X
	Suchtmedizinisches Zentrum		X	X
	Kooperation mit Selbsthilfenetzwerk MiLeSt		X	X
	Regelmäßige suchtspezifische Veranstaltungen mit Berufsgenossenschaft		X	X

BORA-Zielgruppe 1: Arbeitsplatz vorhanden, dieser ist stabil und nachweislich gesichert.
(Spezifische Angebote dienen der Vorbereitung des Wiedereinstiegs in Arbeit, des Weiteren finden Kooperationen und systemübergreifende Vernetzungen statt.)

BORA 2 - spezifisch+Vernetzung

Leistungsangebot	Spezifizierungen	Spez.	Vernetzung	BORA 2
Indikationsgruppe BORA-spezifisch gestaltet		X		X
Vorbereitung der nachstationären beruflichen Wiedereingliederung	Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten	X	X	X
	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	X		X
	Teilhabe behinderter Menschen (Schwerbehinderung)	X	X	X
Vorbereitung der nachstationären Wiedereingliederung in das Alltagsleben	Teilhabeleistungen am Leben in der Gemeinschaft	X	X	X
INFO-Veranstaltungen: Adaption		X		X
INFO-Veranstaltungen: Berufsbildungsträger		X		X
eigene Betriebsseminare für tatsächliche (und potentielle) Arbeitgeber		X		X
arbeitsbezogene Gruppenstunden für Erwerbstätige		X		X
Bewerbungstraining	Bewerbungstraining	X		X
	Konkretisierung der beruflichen Wegeplanung	X		X
	Bewerbungsunterlagen / und Bewerbung auf reale Arbeitsstelle / Praktikum / Ausbildungsplatz & telef. Erstkontakt	X		X
	Bewerbungsgespräch	X		X
externe Praktika		X		X
evtl. Adaption		X		X
Vernetzung mit Agenturen für Arbeit / Jobcentern / Arbeitgeber	Heimfahrt mit vorgeplantem Termin zum Arbeitgeber / evtl. AA und Jobcenter		X	X
	Koooperation mit Praktikumsbetrieben		X	X
Hilfesysteme nach der med. Reha nahtlos initiieren	Hauptpartner in der regionalen Arbeitsgruppe der „Betrieblichen Suchtkrankenhilfe“		X	X
	Heimfahrt mit geplantem Termin zur Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe		X	X
	Suchtselbsthilfegruppen stellen sich vor		X	X
Zusätzlich	Lebenslauf mit Darstellung der Berufsentwicklung bereits bei Einladung zur med. Rehabilitation		X	X

	übergreifende Behandlungsmöglichkeiten bei somatischen Diagnosen durch Therapieverbund		X	X
	Suchtmedizinisches Zentrum		X	X
	Kooperation mit Altenpflegeschule		X	X
	Projektarbeit: Prävention für junge Menschen in Ausbildung		X	X
	Kooperation mit Selbsthilfenetzwerk MiLeSt		X	X
	Regelmäßige suchtspezifische Veranstaltungen mit Berufsgenossenschaft		X	X

BORA-Zielgruppe 2: Arbeitsplatz vorhanden, dieser ist instabil, bei nicht hinreichend geklärter Arbeitssituation.
(Spezifische Angebote dienen der Vorbereitung des Wiedereinstiegs in Arbeit, des Weiteren finden Kooperationen und systemübergreifende Vernetzungen statt.)

BORA 3 - spezifisch+Vernetzung

Leistungsangebot	Spezifizierungen	Spez.	Vernetzung	BORA 3
Indikationsgruppe BORA-spezifisch gestaltet		X		X
Vorbereitung der nachstationären beruflichen Wiedereingliederung	Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten	X	X	X
	Teilhabe behinderter Menschen (Schwerbehinderung)	X	X	X
Vorbereitung der nachstationären Wiedereingliederung in das Alltagsleben	Teilhabeleistungen am Leben in der Gemeinschaft	X	X	X
INFO-Veranstaltungen: Adaption		X		X
INFO-Veranstaltungen: Berufsbildungsträger		X		X
arbeitsbezogene Gruppenstunden für Erwerbslose		X		X
Bewerbungstraining	Bewerbungstraining	X		X
	Konkretisierung der beruflichen Wegeplanung	X		X
	Bewerbungsunterlagen / und Bewerbung auf reale Arbeitsstelle / Praktikum / Ausbildungsplatz & telef. Erstkontakt	X		X
	Bewerbungsgespräch	X		X
externe Praktika		X		X
Adaption		X		X
Vernetzung mit Agenturen für Arbeit / Jobcentern	Ansprechpartner und Durchwahlnummern zu MA von AA und Koba		x	x
	Heimfahrt mit vorgeplantem Termin zur AA / Koba		x	x
	Koooperation mit Praktikumsbetrieben		x	x
Hilfesysteme nach der med. Reha nahtlos initiieren	Heimfahrt mit geplantem Termin zur Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe		x	x
	Suchtselbsthilfegruppen stellen sich vor		x	x
Zusätzlich	Lebenslauf mit Darstellung der Berufsentwicklung bereits bei Einladung zur med. Rehabilitation		x	x
	übergreifende Behandlungsmöglichkeiten bei somatischen Diagnosen durch Therapieverbund		x	x
	Suchtmedizinisches Zentrum		x	x
	Kooperation mit Altenpflegeschule		x	x

	Projektarbeit: Prävention für junge Menschen in Ausbildung		X	X
	Kooperation mit Selbsthilfenetzwerk MiLeSt		X	X
	Regelmäßige suchtspezifische Veranstaltungen mit Berufsgenossenschaft		X	X

BORA-Zielgruppe 3: Erwerbslos, mit voraussichtlich minimaler Hilfe, selbständig Arbeit findend (nach SGB III).
(Spezifische Angebote dienen der Vorbereitung des Wiedereinstiegs in Arbeit, des Weiteren finden Kooperationen und systemübergreifende Vernetzungen statt.)

BORA 4 - spezifisch+Vernetzung

Leistungsangebot	Spezifizierungen	Spez.	Vernetzung	BORA 4
Indikationsgruppe BORA-spezifisch gestaltet		X		X
Vorbereitung der nachstationären beruflichen Wiedereingliederung	Ambulant-tagesstrukturierende Maßnahmen für Suchtkranke vorbereiten	X	X	X
	Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten	X	X	X
	Teilhabe behinderter Menschen (Schwerbehinderung)	X	X	X
Vorbereitung der nachstationären Wiedereingliederung in das Alltagsleben	Teilhabeleistungen am Leben in der Gemeinschaft	X	X	X
INFO-Veranstaltungen: Adaption		X		X
INFO-Veranstaltungen: Berufsbildungsträger		X		X
arbeitsbezogene Gruppenstunden für Erwerbslose		X		X
Bewerbungstraining	Bewerbungstraining	X		X
	Konkretisierung der beruflichen Wegeplanung	X		X
	Bewerbungsunterlagen / und Bewerbung auf reale Arbeitsstelle / Praktikum / Ausbildungsplatz & telef. Erstkontakt	X		X
	Bewerbungsgespräch	X		X
externe Praktika		X		X
Adaption		X		X
Vernetzung mit Agenturen für Arbeit / Jobcentern	Ansprechpartner und Durchwahlnummern zu MA von AA und Koba		x	x
	Heimfahrt mit vorgeplantem Termin zur AA / Koba		x	x
	Koooperation mit Praktikumsbetrieben		x	x
Hilfesysteme nach der med. Reha nahtlos initiieren	Heimfahrt mit geplantem Termin zur Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe		x	x
	Suchtselbsthilfegruppen stellen sich vor		x	x
Zusätzlich	Lebenslauf mit Darstellung der Berufsentwicklung bereits bei Einladung zur med. Rehabilitation		x	x
	übergreifende Behandlungsmöglichkeiten bei somatischen Diagnosen durch Therapieverbund		x	x

	Suchtmedizinisches Zentrum		X	X
	Kooperation mit Altenpflegeschule		X	X
	Projektarbeit: Prävention für junge Menschen in Ausbildung		X	X
	Kooperation mit Selbsthilfenetzwerk MiLeSt		X	X
	Regelmäßige suchtspezifische Veranstaltungen mit Berufsgenossenschaft		X	X

BORA-Zielgruppe 4: Erwerbslos, mit umfassender Klärungs- und Hilfenotwendigkeit (nach SGB II)
(Spezifische Angebote dienen der Vorbereitung des Wiedereinstiegs in Arbeit, des Weiteren finden Kooperationen und systemübergreifende Vernetzungen statt.)

BORA 5 - spezifisch+Vernetzung

Leistungsangebot	Spezifizierungen	Spez.	Vernetzung	BORA 5
Indikationsgruppe BORA-spezifisch gestaltet		X		X
Evtl. Vorbereitung der nachstationären beruflichen Wiedereingliederung	Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten	X	X	X
	Teilhabe behinderter Menschen (Schwerbehinderung)	X	X	X
Vorbereitung der nachstationären Wiedereingliederung in das Alltagsleben	Teilhabeleistungen am Leben in der Gemeinschaft	X	X	X
Perspektivprogramm		X		X
Hilfesysteme nach der med. Reha nahtlos initiieren	Heimfahrt mit geplantem Termin zur Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe		X	X
	Suchtselbsthilfegruppen stellen sich vor		X	X
Zusätzlich	Lebenslauf mit Darstellung der Berufsentwicklung bereits bei Einladung zur med. Rehabilitation		X	X
	übergreifende Behandlungsmöglichkeiten bei somatischen Diagnosen durch Therapieverbund		X	X
	Suchtmedizinisches Zentrum		X	X
	Kooperation mit Selbsthilfenetzwerk MiLeSt		X	X

BORA-Zielgruppe 5: Nicht-Erwerbspersonen (Rentner, Auszubildende, erziehende Eltern)
(Spezifische Angebote dienen der aktiven Teilhabe am Alltagsleben und evtl. der Vorbereitung des Wiedereinstiegs in Arbeit, des Weiteren finden Kooperationen und systemübergreifende Vernetzungen statt.)

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004. www.bar-frankfurt.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: II Besonderer Teil – 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

Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.11.2014 der Arbeitsgruppe BORA www.sucht.de

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

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. (2006): Modulare Kombinationsbehandlung. Konturen – Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 27. Jg, 5/2006, S. 30-33

Schallenberg, H., Lindow, B.: Kombinationsbehandlungen/modulare Therapien und arbeitsbezogene Rehabilitation. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland: Geesthacht

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001. – Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker. www.dhs.de/veröffentlichungen/vereinbarung.htm