

Rehabilitationskonzept



Fachklinik Weser-Ems

Fachklinik für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Verfasser*innen

Dr. med. Manuel Seewald

Martina Jährmann-Rittner

Anastasia Kalaitidou

und weitere Mitarbeitende der Fachklinik Weser-Ems

Kontakt:**Fachklinik Weser-Ems**

Schellenberg 13
26133 Oldenburg

Tel. 0441 - 350 62 0

Fax. 0441 - 350 62 94

E-Mail: fk.weser-ems@diakonie-ol.de

Web: www.fachklinik-weser-ems.de

Träger:**Diakonisches Werk Oldenburg Fachklinik Oldenburger Land gemeinnützige GmbH**

Kastanienallee 9-11
26121 Oldenburg

Telefon: 0441 21001-0

Fax: 0441 21001-99

E-Mail: lv@diakonie-ol.de

Stand 17.11.2023 (Version 4.0)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Allgemeines	5
3. Die Einrichtung	6
4. Rehabilitationskonzept	8
4.1 Theoretische Grundlagen	8
4.1.1 Einordnung ins bio-psycho-soziale Modell nach ICF	13
4.1.2 Behandlung unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele	15
4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	15
4.2.1. Indikation nach ICD	15
4.2.2 Indikationen für eine stationäre Behandlung.....	16
4.2.3 Indikationen für eine ganztägig ambulante Behandlung	16
4.2.4 Kontraindikationen.....	17
4.2.5 Aufnahmevoraussetzungen.....	17
4.3 Rehabilitationsziele	17
4.4. Rehabilitationsdauer	18
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	18
4.6 Rehabilitationsprogramm	19
4.7 Rehabilitationselemente	20
4.7.1 Aufnahmeverfahren	20
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik.....	20
4.7.3 Medizinische Therapie	22
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	23
4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen	25
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	28
4.7.7 Freizeitangebote.....	29
4.7.8 Sozialdienst	30
4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	30
4.7.10 Angehörigenarbeit	31
4.7.11 Rückfallmanagement.....	31
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege.....	32
4.7.13 Weitere Leistungen	32
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	32
5. Personelle Ausstattung	33
6. Räumliche Gegebenheiten	34
7. Kooperation und Vernetzung	37
7.1. Suchthilfesystem.....	37
7.2. Medizinisches/psychosoziales Versorgungssystem	38
7.3. Arbeits-/berufsbezogene Strukturen	39
7.4. Fachverbände und Fachgesellschaften bzw. weitere Stellen.....	39
7.5 Selbsthilfe	39
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	39
8.1 Externe Qualitätssicherung.....	39

8.2 Internes Qualitätsmanagement	41
9. Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation	44
10. Notfallmanagement	44
11. Fortbildung	45
12. Supervision	46
13. Haus- und Therapieordnung	46
Literatur	47
Anlagen	49

1. Einleitung

In der Fachklinik Weser-Ems werden Menschen mit Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängigkeit sowie nichtstoffgebundenen Süchten ab 18 Jahren auf der Grundlage eines auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen begründeten Konzeptes behandelt. Die Klinik versteht sich als Kompetenzzentrum für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Nordwestdeutschland.

Ziel unserer Behandlung ist die Verbesserung und dauerhafte Sicherung der Erwerbsfähigkeit und Teilhabe am Arbeitsleben sowie die Verhütung und Verschlimmerung von Krankheiten entsprechend der Anforderungen des SGB V, VI und SGB IX und der Neigungen und Fähigkeiten der Rehabilitand*innen.

Abhängigkeitserkrankungen verstehen wir entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005) als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit. Alle Abhängigkeitserkrankungen führen zu vergleichbaren Folgen bezüglich Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie zu Beeinträchtigungen im Bereich der Kontextfaktoren. Diese Folgen und Beeinträchtigungen können gemeinsam behandelt werden. Deshalb ersetzen wir die suchstoffzentrierte Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen durch eine ICF-basierte, integrative Behandlungsweise.

Die Perspektive unseres rehabilitativen Handelns berücksichtigt umwelt- und person-bezogene Barriere- und/oder Förderfaktoren (Schuntermann 2007; BAR 2004) und setzt therapeutische Akzente im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe.

Im Auftrag der Rentenversicherungen, aber auch der Krankenkassen und Sozialhilfeträger führen wir stationäre und/oder ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation durch unter Berücksichtigung der Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Anforderungen der Leistungsträger.

2. Allgemeines

Träger der Fachklinik Weser-Ems ist die Diakonisches Werk Oldenburg Fachklinik Oldenburger Land gemeinnützige GmbH.

Anschrift: Kastanienallee 9-11, 26121 Oldenburg.

Fachklinik Weser-Ems

Anschrift: Schellenberg 13, 26133 Oldenburg

Telefon(Fax): 04 41 / 3 50 62 – 0 (94)

E-Mail: fk.weser-ems@diakonie-ol.de

Internet: www.fachklinik-weser-ems.de

IK: 570300069

Geschäftsführer: bis 31.12.2023: Pfr. Thomas Feld; Uwe K. Kollmann
ab 01.01.2024: Pfr. Dr. Friedrich Ley; Mario Behrends

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Manuel Seewald

Es gelten während der Rehabilitation die Richtlinien der zuständigen Kosten- und Leistungsträger, mit denen sich die*der Rehabilitand*in einverstanden erklärt.

3. Die Einrichtung

Die Fachklinik Weser-Ems wurde neu erbaut und am 01.05.2017 in Betrieb genommen. Es werden seitdem Menschen mit Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängigkeit sowie nichtstoffgebundenen Süchten ab 18 Jahren behandelt.

Barrierefreiheit für weitgehend selbstständige Rehabilitand*innen mit Rollstuhl/ Gehbehinderung ist gegeben. Die Klinik verfügt über einen Fahrstuhl und schwellenfreie Türen. Für Menschen mit Schwerhörigkeit sind technische Anlagen zur Schallverstärkung (FM Anlage) vorhanden. Schwerhörigkeit muss im Vorfeld abgeklärt und die Rehabilitand*innen entsprechend mit Hörhilfen versorgt sein. Für Menschen mit leichten hirnorganischen Beeinträchtigungen ist ein klares und einfaches Leitsystem vorhanden. Die baulichen Strukturen erleichtern die Orientierung im Gebäude und auf Station. Im individuellen Wochenplan werden Raumnummern ausgewiesen.

Platzzahl und Behandlungszeiten

Die Fachklinik verfügt über insgesamt 100 Behandlungsplätze:

- 80 stationäre Plätze
- 20 ganztägig ambulante Plätze.

Die ganztägig ambulanten Rehabilitand*innen sind in der Regel Montag bis Freitag von 8:00 bis 17:00 Uhr in der Klinik. Teilnahme an Veranstaltungen an Wochenenden (samstags) ist nach individuellem Wochenplan verpflichtend.

Die Regelbehandlungszeiten richten sich nach dem notwendigen Therapiebedarf der*des Rehabilitand*in, der Behandlungsform, den Diagnosen unter Berücksichtigung der Komorbiditäten und den Vorgaben der Leistungsträger und betragen in der Regel 8 bis 24 Wochen.

Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten

Die Klinik ist in sechs Bereiche gegliedert (Medizin, Psychotherapie mit Sozialarbeit, Ergo- und Arbeitstherapie, Pflegedienst, Wirtschaftsdienst, Verwaltung). Jeder Bereich hat eine Bereichsleitung. Gesamtleiter der Klinik ist der Chefarzt.

Das Klinikgebäude ist in überschaubare Wohneinheiten gegliedert, die um Innenhöfe gruppiert sind. Dadurch wird ein Großklinikcharakter vermieden und es werden die Zugehörigkeit zur Gruppe sowie die sozialen Fähigkeiten der Rehabilitand*innen gefördert. Die Rehabilitand*innen sind auf 4 Stationen mit jeweils 2 Bezugsgruppen im Einzelzimmer mit eigener Nasszelle untergebracht. 4 Zimmer mit überlangen Betten und stabilem Lattenrost für große (bis 220cm) und adipöse (bis 150kg) Rehabilitand*innen sind vorhanden. Die Zugangskontrolle zu den Stationen und den Räumlichkeiten der Klinik erfolgt über ein programmierbares elektronisches Schließsystem. Videoüberwachung relevanter Bereiche der Klinik unter Berücksichtigung der entsprechenden datenschutzrechtlichen Vorgaben ist vorhanden. Die Klinik verfügt über Alkoholmessgeräte (Alkomat), EKG-Gerät, Notfallkoffer, Defibrillator und einen Überwachungsraum.

Die therapeutischen Angebote finden auf dem Klinikgelände mit eigener Werkhalle statt. Es gibt eine eigene Vollküche mit Speiseraum und Cafeteria. Fitness- und Kreativräume stehen zur Verfügung.

Die Anerkennung zur Durchführung von Behandlungen nach §35 BtMG ist vorhanden. Die Aufnahme von Begleitpersonen oder Kindern und Paartherapie ist nicht möglich. Substituierte Rehabilitand*innen können ebenfalls nicht aufgenommen werden. Es besteht ein seelsorgerliches Angebot mit edukativen Gruppen zur Vermittlung von Werten und Normen.

Geographische Lage/Standort/Infrastruktur

Die Fachklinik Weser-Ems befindet sich im südlichen Teil der Stadt Oldenburg (Stadtteil Kreyenbrück) im Gebiet des „MediTech Quartiers“, einem Standort für Unternehmen aus dem Medizin- und Gesundheitssektor. In der Nähe befinden sich:

- Einkaufszentrum mit diversen Geschäften (Supermarkt, Drogerie, Baumarkt, Bäckerei, Textilgeschäft, Reisebüro, Textil-Reinigung, Schreibwarengeschäft etc.)
- Arzt-/Zahnarztpraxen
- Physiotherapiepraxen
- Apotheken
- Post- und Bankfilialen
- Fitnessstudio, Sportvereine, Schwimmbad.

Es bestehen gute Busverbindungen in die Innenstadt sowie zum Hauptbahnhof (ca. 10-15 Minuten Fahrzeit) mit einer Haltestelle in unmittelbarer Nähe zur Klinik. Mit dem Fahrrad sind sowohl die Innenstadt als auch verschiedene Ausflugsziele (Küstenkanal, Osternburger Kanal, Schlosspark und Naherholungsgebiete) in kurzer Zeit gut zu erreichen.

Einzugsgebiet

Regionale und überregionale Aufnahmen sind möglich.

Ganztägig ambulante Rehabilitand*innen können aus Orten mit folgenden PLZ (erste drei Ziffern) aufgenommen werden (ein Fahrdienst besteht nicht):

261-; 262-; 263-; 266- Kreis Cloppenburg und Ammerland; 269- südliche Wesermarsch; 277- und 278- Landkreis Oldenburg;
493- und 494- nördlicher Kreis Vechta; 496- nördlicher Kreis Cloppenburg.

Leistungsträger

Leistungsträger mit denen Verträge bestehen sind:

- die Deutsche Rentenversicherung (DRV)
- die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Federführender Leistungsträger der Fachklinik Weser-Ems ist die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

Die Fachklinik bietet zudem eine modulare Therapie (Kombibehandlung) an. Sie ist Teil des regionalen Therapieverbands „Kombi-Nord“ (DRV Oldenburg-Bremen, DRV Braunschweig-Hannover). Sie ist Mitglied eines Qualitätszirkels Kombi-Nord, in der sich regelmäßig verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen der Region treffen.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

In der Praxis hat es sich erwiesen, dass ein interdisziplinärer Behandlungsansatz sowie ein Schulen übergreifender integrativer Ansatz der Psychotherapie Rehabilitand*innen mit Abhängigkeitserkrankungen am ehesten gerecht wird. Dieses Erfahrungswissen wird durch die Theorie der Selbstorganisation komplexer, dynamischer Systeme nach Schiepek, die therapeutischen Wirkprinzipien nach Grawe sowie Ergebnisse der Hirnforschung gestützt: Erfolgreiche Psychotherapien führen zu Ordnungsübergängen und somit zu Phasen kritischer Instabilität (vgl. Schiepek 1999).

Grawe (2004) ist der Ansicht, dass die Zukunft der Psychotherapie in der therapieschulübergreifenden Nutzung schon bekannter Erkenntnisse liegt. Als Grund für diese Aussage führt er an, dass keine der existierenden Therapieschulen mit ihren theoretischen Konzepten in der Lage sei, die Gesamtheit der heute gesicherten Fakten auf dem Gebiet der Psychotherapie vollständig zu erklären. So betrachtet nimmt jede Therapieschule immer nur einen Bruchteil ihrer Möglichkeiten wahr.

Nach Grawe (1994) lässt sich die Wirksamkeit von Psychotherapie allgemein auf vier Faktoren zurückführen:

1. Reflektierende Abstraktion
2. Informationsverarbeitung
3. Kompetenzerweiterung
4. Therapeutische Beziehung: Die*der Rehabilitand*in fühlt sich in ihren*seinen wichtigsten Zielen von der*dem Therapeut*in angenommen und verstanden.

Grawe (2004) benennt vier therapeutische Wirkprinzipien:

1. „Ressourcenaktivierung“: Man kann den Rehabilitand*innen besonders gut helfen, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und ihre Motivation anknüpft.
2. „Problemaktualisierung“: Das, was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden. Hierzu sind am besten Settings geeignet, in denen die*der Rehabilitand*in diese Probleme real erfahren kann.
3. „Therapeutische Klärung“: Hierbei geht es darum, dass die*der Therapeut*in der*dem Rehabilitand*in dabei hilft, sich über die Bedeutung ihres*seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf ihre*seine unbewussten und bewussten Ziele klarer zu werden.
4. „Aktive Hilfe zur Problembewältigung“: Hierbei unterstützt die*der Therapeut*in die*den Rehabilitand*in aktiv darin, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden.

Der von uns vertretene Rehabilitationsansatz integriert schulenübergreifend verschiedene Theorien des Suchtgeschehens und berücksichtigt die aktuell gültigen AWMF Leitlinien.

A. Verhaltenstheoretische Ansätze

Lern- und verhaltenstheoretische Modelle beziehen sich auf lerntheoretische Überlegungen wie klassisches und operantes Konditionieren sowie soziales Lernen. In der Verhaltenstheorie können vier Ebenen unterschieden werden:

- die kognitive Ebene
- die emotionale Ebene
- die physiologische Ebene
- die verhaltensbeobachtende Ebene.

Zwischen diesen verschiedenen Ebenen gibt es komplexe Beziehungen. Sucht wird in verhaltenstheoretischen Modellen als multifaktorielles Geschehen aufgefasst.

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzept über Störungen durch psychoaktive Substanzen geht nach Bühringer (2000) von einem fließenden Übergang zwischen problemlosem Substanzgebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit aus. Bühringer benennt folgende Bedingungsfaktoren für einen Erstkonsum:

Zunächst einmal muss die Substanz verfügbar sein. Weitere Risikofaktoren für einen ersten Konsum sind die Einbindung in eine soziale Gruppe, die den Gebrauch der jeweiligen Substanz positiv bewertet und der soziale Gruppendruck. Der weitere Substanzkonsum wird dann durch positive Verstärkung im Sinne von Zuwendung durch Bezugspersonen und anhand von Modelllernen im Sinne der Beobachtung positiver Konsequenzen bei anderen durch die Substanzeinnahme veranlasst.

Durch ein entwickeltes Konsummuster erlebt die Person die Substanzwirkung physisch und emotional als positiv verstärkend. Es kommt zu Rauscherfahrungen, Bewusstseinsveränderung, Glück- oder Entspannungserleben. Da durch den Konsum das Erleben unangenehmer bzw. belastender Emotionen und Situationen vermieden bzw. reduziert werden kann, wird der weitere Substanzgebrauch auch negativ verstärkt.

Im weiteren Verlauf entwickelt sich bei regelmäßigem Gebrauch zunächst eine psychische, aber auch körperliche Abhängigkeit. Nun bilden die Entzugssymptome weitere Reize für den Substanzgebrauch, welcher wiederum in Folge des sofortigen Nachlassens der unangenehmen Entzugserscheinungen negativ verstärkt wird. Zunehmend rückt der Substanzkonsum in den Mittelpunkt des Betroffenen. Der alltägliche Ablauf wird bestimmt von Erwerb und Konsum der Substanz, die soziale und berufliche Teilhabe verschlechtert sich zusehends.

B. Tiefenpsychologisch fundierter Ansatz

Der tiefenpsychologisch fundierte Ansatz entwickelte sich aus der Psychoanalyse. Der Wortteil „Tiefe“ in Tiefenpsychologie verweist dabei sowohl auf die verborgene Tiefe des Unbewussten als auch auf die „Tiefe der Zeit“, also die fortdauernden Einflüsse aus Kindheit und Jugend. Die Entwicklung psychischer Strukturen wird als Folge und als Ergebnis von Internalisierungsprozessen verstanden (Kernberg 2006). Schwere psychische Belastungen aus dieser Zeit prägen die Persönlichkeitsentwicklung und die Beziehungsgestaltung und führen zu strukturellen Defiziten und/oder zu Neurosen. Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung struktureller Fähigkeiten und den familiären Belastungserfahrungen ist durch

eine Fülle an empirischen Befunden belegt (Rudolf et al. 1998; Felitti 2002; Schoon 2002; Hardt/Rutter 2004).

Suchterkrankungen entwickeln sich in der Regel vor dem Hintergrund struktureller Defizite im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung. In der Biografie von Menschen mit Suchterkrankungen finden sich gehäuft Brüche, Krisen, Traumata, aber auch Mikrotraumata. Das Aufwachsen erfolgte häufig in marginalisierten, ungünstigen oder gar bedrohlichen Verhältnissen. Dadurch kommt es häufig nicht zur Ausbildung einer reifen Persönlichkeit, die den verschiedenen komplexen Anforderungen des Erwachsenenlebens kompetent und konstruktiv begegnen kann und (hinreichend) gesunde Lösungen findet (Rudolf 2014; Walter et al. 2016). Vielmehr bleiben einzelne, mehrere oder alle hierzu erforderlichen Fähigkeiten, sogenannte Ich-Funktionen, unterentwickelt oder sind nicht vorhanden. Es geht dabei um:

- kognitive Fähigkeiten (Selbst- und Fremdwahrnehmung)
- Steuerungsfähigkeit (Selbstregulierung und Regulierung in Bezug auf das Gegenüber)
- emotionale Fähigkeiten (Kommunikation nach innen und außen)
- Bindungsfähigkeit (innere Bindung und äußere Beziehung; OPD-2 2009).

Durch mangelnde Kompetenzen bezüglich der Ich-Funktionen kommt es bei Betroffenen häufig zu Überforderungs-, Konflikt- und Vermeidungssituationen. Die Grundstimmung ist meist dysphorisch, die Frustrationstoleranz und Impulskontrolle herabgesetzt, der Selbstwert niedrig, überhöht oder stark schwankend. Bezeichnend für strukturelle Störungen ist eine Inflexibilität des Verhaltens. Das heißt, auf Anforderungen wird (nahezu) immer gleich reagiert, beispielsweise vermeidend, angreifend oder unterwerfend.

Vor dem Hintergrund versagender, verlassender oder bedrohlicher Elternfiguren (Objekte der Außenwelt) mit der Folge einer unzureichend integrierten Persönlichkeitsstruktur (Objektrepräsentanzen der Innenwelt; Kernberg 1988) nehmen Suchtmittel bzw. süchtiges Verhalten eine kompensierende Rolle ein. Das Suchtmittel dient im Sinne einer Selbstmedikation dem Ausgleich defizitärer Ich-Funktionen. Die Substanzabhängigkeit ist ein Selbstheilungsversuch, zum Schutz vor überflutenden Gefühlen als auch zur Entlastung. Unsicherheiten und Ängste werden gemildert, der fragile Selbstwert temporär stabilisiert und konflikthafte Beziehungen reguliert (Christian/Ruskin, gemäß Rost 2001). Im Gegensatz zu primären Bezugspersonen und dem häufig prekären sozialen Umfeld steht das Suchtmittel bzw. das süchtige Verhalten als „Hilfs-Ich“ vermeintlich zuverlässig zur Verfügung.

Vereinzelt weisen Menschen mit Suchterkrankung eine mäßig oder nahezu vollständig integrierte Persönlichkeitsstruktur auf und leiden an neurotischen Konflikten. Diese spielen sich primär im Inneren und unbewusst ab (Walter/Sollberger/Euler 2016). Innere Konflikte und Widersprüche sind zunächst einmal nicht pathologisch und betreffen jeden Menschen. Seelisch hinreichend gesunde Menschen sind in der Lage zur Kompromissbildung, indem sie Mittelwege finden, den beiden Seiten des inneren Konflikts einigermaßen gerecht werden. Somit kann die Konfliktspannung abgeführt oder zumindest reduziert werden. Bei Neurotiker*innen wird keine gesunde Kompromissbildung gefunden. So wird einer Seite des Konflikts übermäßig entsprochen, die andere Seite kommt zu kurz. Innere Kräfte wirken gegeneinander und sorgen für Spannungen. Diese Konflikte, Spannungen und/oder deren Folgen führen zu seelischen und/oder psychosomatischen Symptomen (OPD-2, 2014). Beispielsweise können sich der Wunsch nach Freiheit und der Wunsch nach Bindung

widersprechen und zu Beziehungsunfähigkeit führen, ein sogenannter Autonomie vs. Abhängigkeit Konflikt (OPD-2, 2014). Suchtmittel und/oder süchtiges Verhalten werden eingesetzt, um die seelischen Konfliktspannungen zu mildern. Auch einseitige Lösungsversuche, die erhebliches Leid mit sich bringen, werden erträglicher.

Hinzu kommt bei neurotischen Rehabilitand*innen meist ein übermäßig stark entwickeltes Über-Ich mit sehr strengen oder gar erbarmungslosen Leistungs- und Perfektionsansprüchen. Die Folgen sind häufig Perfektionismus, übermäßiger Fleiß und Selbstaussbeutung (Auchter/Strauss 2003). Die daraus folgenden Erschöpfungszustände und die mangelnde Selbstfürsorge können durch den süchtigen Konsum über teilweise recht lange Zeiträume vermeintlich ausgeglichen werden. Die überhöhten, letztlich nicht erfüllbaren Anforderungen des Über-Ichs werden vorübergehend gemildert.

C. Schematherapeutischer Ansatz

Zur Erklärung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen findet der schematherapeutische Ansatz zunehmend Anwendung. Die Schematherapie ist die sog. dritte Welle der kognitiven Verhaltenstherapie.

Es handelt sich hierbei um einen integrativen Ansatz – Objektbeziehungstheorie, Transaktionsanalyse und Integrative Therapie etc. finden Berücksichtigung im Sinne evidenzbasierter Medizin.

Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch Grundbedürfnisse hat:

- Bindungsbedürfnis
- Selbstwerterhöhung
- Lustgewinn/Unlustvermeidung
- Kontrollbedürfnis.

Dysfunktionale Modi entstehen durch belastende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend (nach Young 2008): z.B. Vernachlässigung emotionaler Grundbedürfnisse, traumatische Erfahrungen, Spitzenaffekte, psychische Verletzungen/Kränkungen. Dies repräsentiert sich im psychischen Apparat und kann bildhaft als realitätsbasierte Repräsentation der früheren Umgebung dargestellt werden. Auch alte Beziehungserfahrungen finden hier ihren Niederschlag. Die*der Rehabilitand*in entwickelt einen „Bewältigungsmodus“, es entwickeln sich entsprechende dysfunktionale Verhaltensschemata, die oft stabil und rigide sind.

Die*der Rehabilitand*in neigt zur Reinszenierung trotz des daraus resultierenden Leids, weil er*sie über keine alternativen Bewältigungsmechanismen verfügt. Die dysfunktionalen Schemata begründen ihr*sein Denken, Fühlen und Handeln und ihr*sein Beziehungsverhalten. Dies kann sowohl verbal wie bildhaft bewusstgemacht werden. Imagination dient als Brücke zwischen aktuellen und vergangenen Ereignissen, fördert die Affektwahrnehmung und dient der Stabilisierung.

Roediger (2009) weist in seinem schematherapeutischen Modell des Bedingungsgefüges der Sucht auf erbliche Belastung und neurobiologische Komponenten der Verhaltenssteuerung hin. Beispiel ist hier die direkte Aktivierung von Rezeptoren im Belohnungssystem durch Suchtmittel. Eine weitere wesentliche Bedingung bei der Entwicklung einer Abhängigkeitsstörung liegt im Umfeld der Herkunftsfamilie des*der Betroffenen, das oft traumatisierend im Sinne von belastenden Beziehungserfahrungen gewesen ist. Dies führt zur Ausbildung von strengen Introjekten wie fordernden und strafenden inneren Eltern-Modi,

was die Entwicklung von bedürftigen, verletzlichen und impulsiven inneren Kind-Modi fördern kann.

D. Neurobiologische Grundlagen

Zum weiteren Verständnis über die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und der Grundlagen des Suchtverhaltens tragen auch Kenntnisse über neurobiologische und neuronale Prozesse bei. Im Vordergrund heutiger Hirnforschung zur Suchtentwicklung stehen fokale Mechanismen auf molekularer und zellulärer Ebene sowie die Netzwerke von Gehirnarealen (Tretter 2017).

Im Laufe der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung wirken verschiedene neuronale Netzwerke bei der Initiierung des Konsums mit (Baler/Volkow 2006). Zudem werden Gehirnstrukturen durch den regelmäßigen Substanzkonsum Plastizitätsprozessen unterworfen, die zu einer Reorganisation des Belohnungssystems führen (Lüscher/Malenka 2011; Schultz 2011). Die damit verbundenen Verhaltensmuster scheinen besonders im späteren Verlauf einer Suchterkrankung an Bedeutung zu gewinnen. Sie tragen zu einem zwanghaften drogenassoziierten Verhalten bei und sind auch nach langer Abstinenzzeit noch aktivierbar. Geschwächte exekutive Funktionen im Gehirn können die Impulse aus den auf Drogen und Drogenreize stark ansprechenden Motivationssystemen nicht ausreichend hemmen. So wird das Suchtverhalten aufrechterhalten, eine Verhaltensänderung erschwert und Rückfälle wahrscheinlicher (Yalachkov et al. 2012).

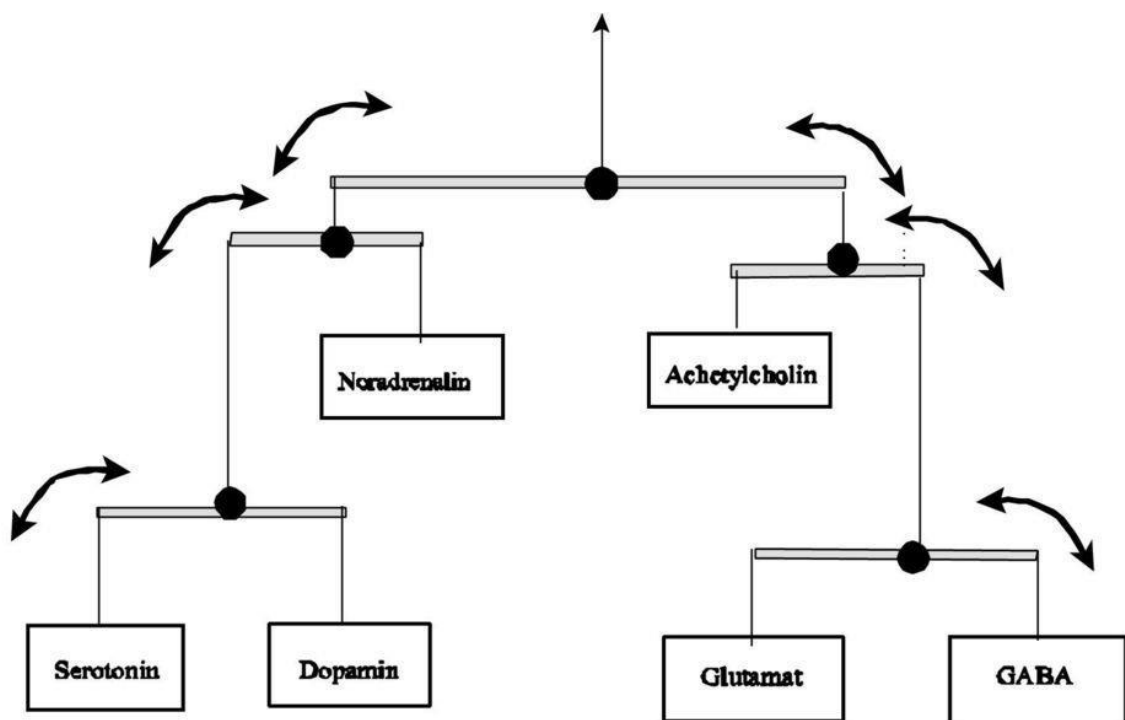


Abb. 1: Das „neurochemische Mobile“ als Schema für die Dynamik der wichtigsten gekoppelten neurochemischen Transmissionssysteme im Gehirn – das Mobile bewegt sich u.a. im 24-Stunden-Rhythmus (nach Tretter 2000; Tretter/Albus 2004).

Ein Verständnis für die komplexen Dynamiken im Zusammenspiel neuronaler Strukturen kann durch das „neurochemische Mobile“ (siehe Abb. 1) ermöglicht werden, welches durch Suchtmittel aus dem Gleichgewicht gerät.

4.1.1 Einordnung ins bio-psycho-soziale Modell nach ICF

Das bio-psycho-soziale Modell nach ICF beschreibt eine auch für Abhängigkeitserkrankungen gültige Wechselwirkung folgender Komponenten funktionaler Gesundheit: Gesundheitsproblem nach ICD, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie umwelt- und personbezogene Faktoren (siehe Abb. 2).

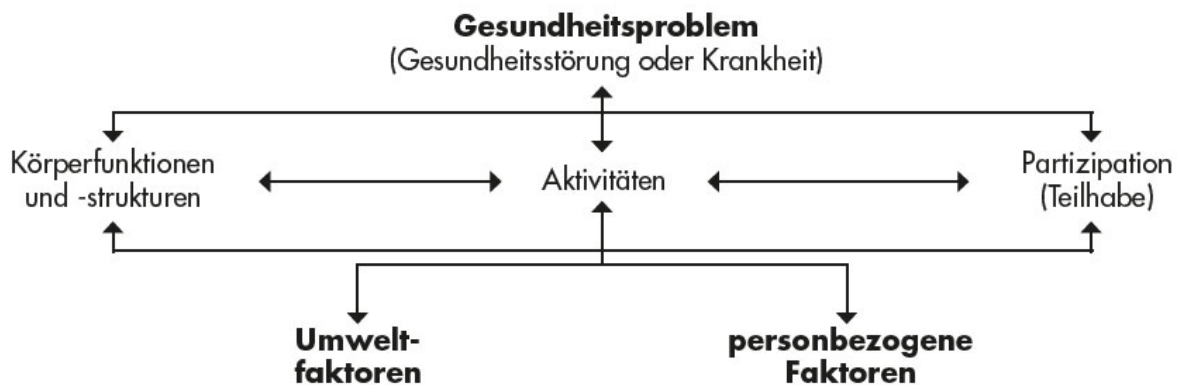


Abb. 2: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF (DIMDI 2005, S. 21).

Eine Person ist funktional gesund (BAR 2007), wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich der mentalen Funktionen) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation/Teilhabe an Lebensbereichen).

(a) Gesundheitsproblem

Das Gesundheitsproblem wird in der ICF nach ICD 10 diagnostiziert. Eine stoffgebundene Abhängigkeit liegt vor, wenn ein Mensch über mindestens ein Jahr drei der folgenden Kriterien erfüllt:

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen und/oder Alkohol zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums
- körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung

- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanz- oder Alkoholkonsums sowie
- anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

(b) Körperfunktionen und -strukturen

Im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen ist bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung von einer primären psychischen Beeinträchtigung, wie zum Beispiel Unfähigkeit zu Abstinenz, emotionale Instabilität, negative Affekte, geringe Frustrationstoleranz und eingeschränkte Antizipationsfähigkeit auszugehen. Hinzu kommen eine eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, ein geringes Selbstwertgefühl sowie dysfunktionale Kognitionsmuster. Ebenfalls eingeschränkt sind die Objektwahrnehmung, die Steuerung und Abwehr, die Fähigkeit zur Kommunikation sowie die innere Bindung und äußere Beziehung.

Die Erkrankung kann zudem zu weiteren Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen führen.

(c) Umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes einer Person werden in der ICF Kontextfaktoren genannt und setzen sich zusammen aus Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren. Das Konzept der funktionalen Gesundheit beantwortet die Frage, welche Kontextfaktoren sich positiv (Förderfaktoren) und welche sich negativ (Barrieren) auf die Funktionsfähigkeit und die Teilhabe einer Person auswirken. Es sind dies zum Beispiel:

- (Nicht-)Vorhandensein persönlicher Unterstützung und tragfähiger Beziehungen
- individuelle Arbeitssituation
- Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten sozialer Einrichtungen
- sozioökonomische Situation
- soziokulturelle Strukturen und
- Einstellungs- und Wertesystem.

(d) Aktivitäten und Teilhabe

Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, bedingt durch die Abhängigkeitserkrankung im beschriebenen Wechselspiel mit den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, führen häufig zu Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivität, insbesondere hinsichtlich interpersoneller Interaktion und Kommunikation, psychischer und körperlicher Belastbarkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie hinsichtlich Krankheitsakzeptanz und -bewältigung. Daraus können wiederum Beeinträchtigungen der Teilhabe resultieren, wie zum Beispiel in den Bereichen:

- Arbeit und Beschäftigung
- physische und psychische Unabhängigkeit
- Impuls- und Affektregulation
- Selbstversorgung
- häusliches und soziales Leben

- soziale Integration und
- Mobilität.

4.1.2 Behandlung unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele

Das Suchtmittel diente lange Zeit als Mittel zur Lebensbewältigung und zur Kompensation psychischer Defizite, sozialer Schwierigkeiten oder körperlicher Störungen. Suchttherapie ist deshalb ohne die Behandlung körperlicher, psychischer und sozialer Probleme nicht möglich. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, müssen Behandlungsziele grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen erarbeitet werden (BAR 2007).

Neben der Beendigung des Suchtmittelkonsums geht es in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in unserer Klinik unter Berücksichtigung der beschriebenen Therapetheorien unter anderem um folgende allgemeine Therapieziele:

- individuelles Suchtverständnis entwickeln und fördern
- attraktive und realistische Alternativen zum Suchtmittelkonsum erarbeiten
- Strategien zum Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen erarbeiten
- problematische Verhaltens- und Denkmuster erkennen und modifizieren
- Gefühlswahrnehmung verbessern
- Beziehungsfähigkeit entwickeln und fördern
- Selbstmanagementfähigkeiten entwickeln und fördern
- Ressourcenaktivierung
- Konflikt- und Krisenbewältigung verbessern.

Insgesamt verfolgen wir das übergeordnete Ziel, die Rehabilitand*innen (wieder) zur aktiven sozialen und beruflichen Teilhabe zu befähigen.

Die individuellen Rehabilitations- und Teilhabeziele werden in interdisziplinären Fallkonferenzen regelmäßig überprüft und angepasst.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

4.2.1. Indikation nach ICD

Die Fachklinik Weser-Ems behandelt Frauen und Männer ab 18 Jahren bei folgenden Suchterkrankungen (nach ICD-10; DIMDI 2005):

- Abhängigkeit von Alkohol F10.2
- Abhängigkeit von Opiaten F11.2
- Abhängigkeit von Cannabinoiden F12.2
- Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika F13.2
- Abhängigkeit von Kokain F14.2
- Abhängigkeit von anderen Stimulanzien F15.2
- Abhängigkeit von Halluzinogenen F 16.2
- Abhängigkeit von Nikotin F 17.2
- Abhängigkeit von multiplen Substanzgebrauch F19.2

Es werden auch Rehabilitand*innen behandelt, die neben der Suchterkrankung noch eine oder mehrere spezielle Störungen aufweisen (nach ICD-10; DIMDI 2014), z.B.:

- Pathologisches Spielen F63.0
- Pathologischer Medienkonsum/ Gaming disorder (in der ICD-11 vorgesehen).
- Hörbeeinträchtigung/Schwersthörigkeit (H90)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)
- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Störungen des Sozialverhaltens/der sozialen Funktionen (F9)
- Beginnendes HOPS/Korsakow (F07)
- Anfallsleiden (G40).

4.2.2 Indikationen für eine stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung ist indiziert bei mittel- bis höhergradigen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie bei besonders belastenden Kontextfaktoren.

Konkret bedeutet das:

- keine tragfähige Abstinenz im ambulanten Setting
- bedeutsame Multimorbidität und/oder Komorbidität, die unterschiedliche Indikationen betreffen
- mangelnde und zunehmende Verschlechterung der psychischen/sozialen Belastbarkeit etc.
- geringe und abnehmende Alltagsbewältigungskompetenz
- drohender oder bereits erfolgter Verlust der Wohnung und/oder des Arbeitsplatzes
- Notwendigkeit der Entlastung und der Distanzierung vom sozialen Umfeld (BAR 2004)
- Erfüllung der Voraussetzungen für eine ganztägig ambulante Therapie, aber keine Möglichkeit die Klinik in angemessener Zeit zu erreichen.

4.2.3 Indikationen für eine ganztägig ambulante Behandlung

Eine ganztägig ambulante Behandlung ist indiziert bei leicht- bis mittelgradigen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe. Es sollen Personen mit Suchterkrankung erreicht werden, deren soziales und/oder berufliches Umfeld weitgehend intakt ist und für die eine ambulante Therapie nicht die notwendige Behandlungsdichte aufweist. Konkret bedeutet dies z.B.:

- Anreise bis zu 45 Minuten (öffentliche Verkehrsmittel oder mit PKW)
- fester Wohnsitz
- soziale Verpflichtungen (z.B. Kinder, pflegebedürftige Angehörige etc.)
- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und regelmäßigen Teilnahme an den vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen
- Einhaltung des Therapieplanes in Bezug auf die Anforderung einer ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung
- Fähigkeit zur Abstinenz und Alltagsstrukturierung im Rahmen einer ganztägig ambulanten Entwöhnung
- Verkürzung der stationären Therapie und Wechsel in die ganztägig ambulante Entlassungsform.

4.2.4 Kontraindikationen

Rehabilitand*innen, auf die folgende Kriterien zutreffen, können in unserer Klinik nicht behandelt werden:

- akute oder schwerwiegende psychische Komorbiditäten
- akute schwere körperliche Erkrankungen
- schwere antisoziale Persönlichkeitsstörungen
- extremistische Gesinnungen
- laufende Gerichtsverfahren bei schwerwiegenden Straftaten.

4.2.5 Aufnahmevoraussetzungen

- Leistungszusage des Leistungsträgers
- Sozialbericht
- körperliche Entgiftung (leichte Entzugserscheinungen können im Einzelfall in unserer Klinik behandelt werden)
- Ausstattung mit funktionstüchtigen technischen Hilfsmitteln, z.B. Brille, Hörgerät, etc. (wenn notwendig)
- bei Straftäter*innen ggf. Bereitstellung der entsprechenden Urteile
- Vorstellungsgespräch und/oder Therapieversuch bei Notwendigkeit
- ausreichende Therapiemotivation.

4.3 Rehabilitationsziele

Wir haben den Anspruch, auf der Basis der unter 4.1.2 benannten allgemeinen Therapieziele individuelle Rehabilitationsziele zu erarbeiten, die den betroffenen Rehabilitand*innen eine selbständige Bewältigung und Gestaltung ihrer Lebensbereiche ermöglichen. Dies bedeutet, dass die*der Rehabilitand*in vorhandene Fähigkeiten optimal nutzt, beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu entwickelt sowie soziale Benachteiligungen ausgleicht.

In interdisziplinären Fallkonferenzen erarbeiten wir unter Berücksichtigung der Eingangsdiagnostik fachliche Rehabilitationsziele. Zusammen mit den persönlichen Zielen des*der Rehabilitand*in bilden sie die Grundlage der Rehabilitationszielvereinbarung. Dabei müssen sich die Ziele an den individuellen und sozialen Ressourcen des*der Rehabilitand*in ausrichten.

Darüber hinaus wird in den Fallkonferenzen eine Rehabilitations- und Teilhabeplanung unter Berücksichtigung der ICF-Komponenten Teilhabe, Aktivitäten und Körperfunktionen für therapeutische Interventionen entwickelt. Für diesen Prozess sind der individuelle Rehabilitationsbedarf, das Integrationspotential der Rehabilitand*innen und die somatischen, psychischen, psychomentalen und sozialen Teilhabebeeinträchtigungen der Rehabilitand*innen relevant.

Im gesamten Behandlungszeitraum wird in den Fallkonferenzen Bezug genommen auf die Rehabilitationsziele der Rehabilitand*innen. Das Verhalten und Erleben der Rehabilitand*innen wird gezielt im Rahmen der Reha-Zielevaluierung bedarfsgerecht bearbeitet und die Rehabilitations- und Teilhabeplanung ggf. individuell angepasst.

4.4. Rehabilitationsdauer

Die von den Rentenversicherungsträgern vorgegebene Regelbehandlungszeit beträgt ab dem 1. Juli 2023 für Menschen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit:

Leistungsform	Bewilligungsdauer	Richtwert
Stationäre Regelbehandlung	13 Wochen	15 Wochen
Stationäre Kurzzeitbehandlung	8 Wochen	10 Wochen
Ganztägig ambulante Regelbehandlung	12 Wochen	14 Wochen
Ganztägig ambulante Kurzzeitbehandlung	8 Wochen	10 Wochen

Bei einer Drogenabhängigkeit gelten folgende Regelbehandlungszeiten:

Leistungsform	Bewilligungsdauer	Richtwert
Stationäre Regelbehandlung	22 Wochen	24 Wochen
Stationäre Kurzzeitbehandlung	13 Wochen	15 Wochen
Ganztägig ambulante Regelbehandlung	18 Wochen	20 Wochen
Ganztägig ambulante Kurzzeitbehandlung	11 Wochen	13 Wochen

Im Rahmen von Kombi-Nord gelten ab 01.01.2024 ebenfalls die oben angegebenen Behandlungszeiten.

Je nach vorhandenen Komorbiditäten und Erreichungsgrad der Rehabilitationsziele kann die Behandlung unter Berücksichtigung des Behandlungstagebudgets ausgeweitet oder ggf. verkürzt werden. Bezüglich der Behandlungsdauer berücksichtigen wir, entsprechend den AWMF Leitlinien, die Schwere der Abhängigkeitserkrankung, die Komorbidität, die vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigungen und deren Folgen. Die Rehabilitand*innen werden in die Planung der Rehabilitationsdauer einbezogen. Abweichungen von der bewilligten Behandlungsdauer werden im Entlassungsbericht begründet.

Kriterien für die Verlängerung einer Rehabilitationsmaßnahme sind erhöhter Zeitbedarf für das Erreichen der Reha-Ziele, interkurrente Erkrankung des*der Rehabilitand*in, zu frühe Verlegung aus der Akut-Behandlung, während der Reha-Phase auftretende akute Ereignisse, akute Gefährdung des Arbeitsplatzes (siehe Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001).

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Bei einer Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Weser-Ems handelt es sich um eine bio-psycho-soziale Rehabilitationsleistung. Somit erfassen wir die

- somatisch/psychiatrischen Bedarfe
- psychischen Bedarfe und
- sozialen Bedarfe der Rehabilitand*innen.

Die Erfassung der Bedarfe beginnt mit Aufnahmegesprächen in den Bereichen Medizin, Arbeits-/Ergotherapie und Psychotherapie. Die so ermittelten vorläufigen Bedarfe sind Grundlage eines individuellen teilhabeorientierten Wochenplanes, der bereits am Aufnahmetag erstellt und bei weiteren Informationen/Erkenntnissen zu den Bedarfen angepasst wird. Diese erhalten wir mittels Screeningverfahren, testpsychologischer Diagnostik und in Gesprächen mit den Rehabilitand*innen. Die so ermittelten Bedarfe führen in den einzelnen Fachbereichen zu vorläufigen fachlichen Behandlungszielen. Der*die Rehabilitand*in erarbeitet parallel eigene Behandlungsziele.

In der zweiten Behandlungswoche werden in der Fallkonferenz die fachlichen Ziele und die bis dahin erfassten Bedarfe im Rehabilitationsteam abgeglichen, ein individuelles bio-psycho-soziales Modell gemäß ICF entwickelt und gemeinsame fachliche Rehabilitationsziele erarbeitet. Der*die Bezugstherapeut*in beschließt gemeinsam mit dem*der Rehabilitand*in auf Grundlage dieser Ziele und der Ziele des*der Rehabilitand*in eine teilhabeorientierte Rehabilitationszielvereinbarung.

Im Rahmen von wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen werden multidisziplinär auf Grundlage der Rehabilitationszielvereinbarung Interventionen zur Sicherung der Teilhabe festgelegt und der individuelle Wochenplan angepasst. In Einzelgesprächen werden das individuelle bio-psycho-soziale Modell sowie die Interventionen mit dem*der Rehabilitand*in fortlaufend besprochen und mit den Therapiezielen abgeglichen. Der Fokus bei allem liegt auf der beruflichen Reintegration. Unterstützend arbeiten wir, wenn erforderlich, eng mit anderen Leistungsanbietern zusammen.

Insgesamt ergibt sich so für den*die Rehabilitand*in ein individueller Wochenplan mit fester Teilnahme an ihrer*seiner Bezugsgruppe sowie der individuell festgelegten Teilnahme an indikativen und edukativen Gruppen (s. Beispielwochenplan in der Anlage 1).

Spätestens im letzten Drittel der Rehabilitation legen wir den Schwerpunkt auf die Organisation der beruflichen und sozialen Eingliederung und planen weitere notwendige Anschlussleistungen und Behandlungen.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Weser-Ems verfolgt einen umfassenden Rehabilitationsansatz mit interdisziplinärer Zusammenarbeit und orientiert sich an vorhandenen Rehabilitationsstandards (z.B. Reha-Therapiestandards bei Alkoholabhängigkeit der DRV 2011). Konkret erheben wir gemäß des SGB VI und IX und gemäß der ICF rehabilitationsdiagnostische Befunde, wobei Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich der psychischen Funktionen berücksichtigt werden.

In der Fachklinik arbeiten folgende Berufsgruppen an der gemeinsamen Fallkonzeption zusammen:

- Ärzt*innen
- Gesundheits- und Krankenpfleger*innen
- Sport- und Physiotherapeut*innen
- Psycholog*innen
- Suchttherapeut*innen
- Sozialarbeiter*innen
- Arbeits-, Ergo- und Kunsttherapeut*innen.

Die Anfangsphase dient dem Einleben des*der Rehabilitand*in in der Klinik sowie der Durchführung der notwendigen Diagnostik, der Erarbeitung der Rehabilitationsziele gemeinsam mit der*dem Rehabilitand*in und der Planung der Rehabilitation.

In der Hauptphase bearbeiten die Rehabilitand*innen ihre Rehabilitationsziele gemäß der Fallkonzeption in den Bezugsgruppen, den edukativen und indikativen Gruppenangeboten der verschiedenen Bereiche. Sie werden unterstützt durch regelmäßige Einzelgespräche. Eine Überprüfung und gegebenenfalls Fortschreibung der Rehabilitationsziele und Fallkonzeption ist durch regelmäßige Fallkonferenzen der verschiedenen Berufsgruppen gewährleistet.

In der Endphase werden die Erreichung der Rehabilitationsziele, die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die berufliche und soziale Teilhabe und die notwendige Weiterbehandlung abschließend geklärt.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Grundlage für die Aufnahme in unsere Klinik ist neben der Kostenzusage des Leistungsträgers in der Regel ein Sozialbericht der anmeldenden Stelle. Ein Aufnahmetermin wird mit dieser und/oder der*dem Versicherten zunächst telefonisch verbindlich besprochen. Notwendige Entgiftungsbehandlungen werden in diesem Zusammenhang geplant und durchgeführt. Der individuellen Situation der*des Versicherten (z.B. Vorgaben des Leistungsträgers, nahtlose Aufnahme aus der klinischen Entgiftung, Abschluss von sonstigen ärztlichen Behandlungen, aktuelle Bedingungen am Arbeitsplatz usw.) wird entsprochen. Der*die Versicherte erhält eine schriftliche Einladung, der Leistungsträger und die anmeldende Stelle werden zeitgleich informiert. Die Einladung beinhaltet neben der vereinbarten Terminplanung einen Klinikflyer mit Anreiseinformationen, eine Packliste sowie Hinweise zur Aufnahme.

Die (fach-)ärztliche Untersuchung und die Erstdiagnostik einschließlich der Dokumentation sind am Aufnahmetag abgeschlossen. Ein erster Wochenplan wird dem*der Rehabilitand*in am Aufnahmetag ausgehändigt. Andere Berufsgruppen führen in den ersten Behandlungstagen ebenfalls ihre Anamnese und Erstdiagnostik durch.

Der*die Rehabilitand*in wird in den ersten Tagen durch eine*n andere*n Rehabilitand*in als Pat*in unterstützt und durch Mitarbeitende systematisch in den Rehabilitationsablauf eingeführt.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die mehrdimensionale Diagnostik umfasst verschiedene bio-psycho-soziale Ebenen und wird als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik wie folgt durchgeführt:

Was	Wann	Wer
Somatische Diagnostik		
<ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme- und Abschlussinterview zur somatischen und psychiatrischen Diagnostik (ICF orientiert: Körperfunktionen und Körperstrukturen) - Körperliche Aufnahme- und Abschlussuntersuchung - Konsile und weitere Untersuchungen - EKG, Laboruntersuchungen - Visite (Chefarzt/ Fachärzt*in) - Ärztliche Sprechstunde - Pflegerische Sprechstunde 	<p>Aufnahmetag und letzte 3 Behandlungstage</p> <p>Aufnahmetag und letzte 3 Behandlungstage im Behandlungsverlauf, bei Bedarf</p> <p>1. Behandlungswoche, bei Bedarf und im Verlauf</p> <p>Alle 2 Wochen im Wechsel</p> <p>3 x wöchentlich</p> <p>Werktäglich</p>	<p>Arzt*Ärztin</p> <p>Arzt*Ärztin</p> <p>Arzt*Ärztin</p> <p>Arzt*Ärztin/ Pflegefachkraft</p> <p>Chefarzt/ Arzt*Ärztin</p> <p>Arzt*Ärzt*in</p> <p>Pflegefachkraft</p>
Psychosoziale Diagnostik		
<ul style="list-style-type: none"> - Anamneseinterview (ICF-orientiert: Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren, Aktivität, Partizipation) - Entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik (z.B. OPD-2, SORKC, Modusmodell), - Testpsychologische Untersuchung als Basis (SCL-90, FERUS, PSSI) und ggf. Verlaufsdagnostik (SCL-90, FERUS, PSSI) und spezifische Funktionsdiagnostik 	<p>erste drei Behandlungstage, ergänzend im Verlauf</p> <p>erste 2 Wochen</p> <p>erste 2 Wochen, letzte 2 Wochen, bei Bedarf</p>	<p>Psycho-/Suchttherapeut*in</p> <p>Psycho-/Suchttherapeut*in</p> <p>Psycholog*in (Diplom/BA/MA)</p>
Arbeits-, erwerbs- und berufsbezogene Diagnostik		
<ul style="list-style-type: none"> - Sozialmedizinische Anamnese und Beurteilung - MELBA-basierte Selbst- und Fremdbeurteilung - Würzburger Screening zur Ermittlung beruflicher Problemlagen - AVEM - Mini ICF-App - ICF/Coreset Sucht 	<p>Aufnahmetag und letzte 3 Behandlungstage</p> <p>Bei Bedarf im Verlauf</p> <p>erste 3 Behandlungstage</p> <p>1. Behandlungswoche</p> <p>erste 2 Wo., letzte 2 Wo.</p> <p>erste 2 Wo., letzte 2 Wo.</p>	<p>Arzt*Ärztin</p> <p>Arbeits-/Ergotherapeut*in</p> <p>Arbeits-/Ergotherapeut*in</p> <p>Arbeits-/Ergotherapeut*in</p> <p>Arbeits-/Ergotherapeut*in</p> <p>Alle Berufsgruppen</p>

Die mehrdimensionale Diagnostik fließt über Fallkonferenzen unter Verantwortung des*der zuständigen Arztes*Ärztin in Fallkonzeption, Planung und Umsetzung der Rehabilitation ein. Sie ist Grundlage für die Entwicklung individueller Rehabilitationsziele sowie eines individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplans.

4.7.3 Medizinische Therapie

Angesichts gravierender Folgeerkrankungen und einer zunehmenden Multimorbidität sowie einer Vielzahl psychiatrischer, somatischer und psychosomatischer Störungen, gibt es in unserer Klinik eine qualifizierte medizinische Betreuung. Die nötigen räumlichen, apparativen und personellen Voraussetzungen sind vorhanden.

Am Aufnahmetag wird jede*r Rehabilitand*in ärztlich untersucht und die Rehabilitationsfähigkeit überprüft. Bei Bedarf wird eine Entgiftungsbehandlung eingeleitet. Ziel der Aufnahmeuntersuchung ist die Erstellung einer vollständigen Kranken-anamnese und eines somatischen und psychischen Untersuchungsbefundes. Erste Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen werden gestellt und im weiteren Verlauf differentialdiagnostisch geklärt. Notwendige Medikamente werden verordnet. Die medikamentöse Behandlung wird auf das Notwendigste beschränkt und suchtpotente Stoffe werden vermieden. Über den Umgang mit Medikamenten und vor allem abhängigkeiterzeugenden Stoffen werden die Rehabilitand*innen im Laufe der Therapie aufgeklärt. Der*die Arzt*Ärztin entscheidet über aktive Maßnahmen wie Krankengymnastik, Sport, Bewegungstherapie sowie passive Maßnahmen wie Bäder und Massagen. Zusätzlich erfolgt ein pflegerisches Aufnahmegespräch mit Prüfung von Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergröße und Gewicht.

Visiten finden mindestens alle 2 Wochen im Wechsel Chefarzt/Facharzt*ärztin statt. Zudem gibt es regelmäßige pflegerische als auch ärztliche Sprechstunden. Den Rehabilitand*innen stehen alle Hilfen der modernen ambulanten und stationären Krankenbehandlung zur Verfügung (fachärztliche Konsile, technische Untersuchungen wie Röntgen, Sonographie, Belastungs-EKG, MRT etc.). Es besteht Zusammenarbeit mit einer internistischen, kardiologischen, chirurgischen, orthopädischen, gynäkologischen, hautärztlichen, urologischen und radiologischen Praxis sowie in Notfällen mit der Notaufnahme des Klinikum Oldenburg.

Der Chefarzt bzw. seine Vertretung leitet unter sozialmedizinischen Aspekten die wöchentlichen Fallkonferenzen. Die Ärzt*innen führen die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin (bzw. sind in Weiterbildung). Regelmäßige sozialmedizinische Besprechungen der Ärzt*innen finden statt.

Aufklärung über die toxischen Wirkungen einzelner Suchtstoffe sowie Beratungsgespräche über Hepatitis, HIV-Infektionen und Risikoprofile etc. sind ärztliche Aufgaben und finden bei der Visite und in der Sprechstunde statt. Medizinische und gesundheitsbezogene Themen werden in edukativen Gruppen vermittelt. Zusammenhänge zwischen Fitness, Bodybuilding, Kondition und körperlicher Belastbarkeit werden erklärt und wo notwendig im Rahmen der Sporttherapie unter Anleitung umgesetzt, ggf. erfolgt physiotherapeutische Mitbehandlung.

Vor Entlassung findet bei jedem*jeder Rehabilitand*in eine ärztliche Abschlussuntersuchung statt. Hier werden der Reha-verlauf sowie die erhobenen Befunde besprochen und bewertet. Über notwendige Entlassungsmedikation und weitere Behandlungsnotwendigkeiten wird die*der Rehabilitand*in informiert. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wird erstellt und mit dem*der Rehabilitand*in besprochen, ebenso wie weitere notwendige medizinische Maßnahmen (z.B. Physiotherapie, weiterführende Kontrollen und Diagnostik bei Haus- oder Facharzt*innen, Rehasport etc.).

Außerhalb der regulären Therapiezeiten ist neben dem 24-stündigen Präsenzdienst des Pflegepersonals ein fachärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt.

Verantwortlich für den Ablauf des gesamten Rehabilitationsprozesses ist die ärztliche Leitung.

Angebote:

- Somatische Diagnostik und Behandlung (Arzt*Ärztin)
- Psychiatrische und psychosomatische Diagnostik und Behandlung (Arzt*Ärztin)
- Pharmakotherapie (Arzt*Ärztin)
- Ernährung (Arzt*Ärztin, Diätassistent*in/Ökotrophologin, Gesundheits- und Krankenpfleger*in)
- Edukative Gruppen, Hygieneschulungen (Arzt*Ärztin, Gesundheits- und Krankenpfleger*in)
- Physiotherapie (Physiotherapeut*in)
- Sporttherapie (Sporttherapeut*in)
- Akupunktur nach NADA (Gesundheits- und Krankenpfleger*in).

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

(a) Einzel- und Gruppenpsychotherapie

Das Angebot in der Klinik ist mit seinen gruppen- und einzelpsychotherapeutischen Maßnahmen sowie dem strukturierten Tagesablauf darauf ausgerichtet, Ich-Funktionen mit dem Ziel zu stärken, die Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch eine gesundheitsfördernde und krankheitsbewältigende Lebensweise zu verbessern.

Die Psychotherapie ist ein essentieller Teil der Suchttherapie. Wir integrieren schulenübergreifende Verfahren wie verhaltenstheoretische Ansätze, den tiefenpsychologisch fundierten und den schematherapeutischen Ansatz.

In der Anfangsphase wird allgemein das Ziel verfolgt, mit der*dem Rehabilitand*in ein Verständnis für ihren*seinen psychischen Innenraum zu erarbeiten, was ihr*ihm ermöglicht, ihr*sein inneres Erleben zu beeinflussen und letztlich zu verändern und damit auch Abstinenzwillen und Abstinenzfähigkeit zu erreichen. Danach steht die Frage im Mittelpunkt, welche Funktion die Einnahme des Suchtmittels bei der Regulierung innerseelischer Konflikte, beim Ausgleich seelischer Defizite und bei der Regulierung von Beziehungen hatte. Diese Konflikte, Defizite und Beziehungsaspekte werden mit psychotherapeutischen Mitteln bearbeitet, um die vorhandenen Störungen soweit wie möglich zu beseitigen und alternative Bewältigungsmechanismen zu erarbeiten.

Gruppenpsychotherapie findet in der Regel mindestens dreimal wöchentlich in den Bezugsgruppen statt. Sie wird von einem*einer Bezugstherapeut*in geleitet. Jede Station besteht aus zwei Bezugsgruppen, deren Bezugstherapeut*innen sich gegenseitig vertreten. Sozialarbeiter*innen in suchttherapeutischer Zusatzausbildung werden als Co-Therapeut*innen eingesetzt und übernehmen entsprechend ihres Ausbildungsstandes ebenfalls die Vertretung.

Die Gruppengröße beträgt 8-12 Rehabilitand*innen und es handelt sich um halboffene Gruppen. Darüber hinaus wird mit jeder Bezugsgruppe wöchentlich im Wechsel zu den Themen Therapieverständnis und Rückfallprophylaxe psychotherapeutisch gearbeitet.

Die für jede*n Rehabilitand*in regelmäßig stattfindende Einzelpsychotherapie mit ihrer*seinem Bezugstherapeut*in von mindestens 25 Minuten Dauer pro Woche dient u.a. der Erarbeitung und fortlaufenden Überprüfung der Therapiezielvereinbarung und der Intensivierung sowie Vertiefung der persönlichen Therapiethemen.

Angehörige werden soweit wie möglich in die Therapie einbezogen. Hierzu dienen die ca. alle sechs Wochen stattfindenden Angehörigenseminare, aber auch Paar- und Familiengespräche nach Bedarf.

Weitere Aufgaben der Psychotherapie sind die Vorbereitung der ambulanten Nachsorge oder Weiterbehandlung und die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen.

Angebote:

- Gruppenpsychotherapie (Arzt*Ärztin, Dipl./M.A. Psychologie, Dipl./M.A./B.A. Soziale Arbeit)
- Einzelpsychotherapie (Arzt*Ärztin, Dipl./M.A. Psychologie, Dipl./B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Sozialarbeit (Dipl./B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Angehörigenarbeit (Dipl./B.A./M.A. Soziale Arbeit, Dipl./M.A. Psychologie)

(b) Edukative Gruppen

Die Rehabilitand*innen der Fachklinik nehmen an edukativen Angeboten gemäß individuellem Wochenplan teil. Edukative Maßnahmen haben das Ziel, alltagstaugliche, stabile Lebensstiländerungen der Rehabilitand*innen zu initiieren, die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten basieren. Wir bieten auf der Grundlage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung (2014) folgende Gruppen an:

- Gesundheitsinformation (Arzt*Ärztin, Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Diätassistent*in/Ökotrophologin)
- Psychische Gesundheit (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Berufliche Fragen (Arbeitstherapeut*in)
- Ernährungsberatung (Diätassistent*in/Ökotropholog*in)
- Lehrküche (Diätassistent*in/Ökotropholog*in)
- Voll-/Bereichsversammlung der Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden (alle Berufsgruppen)
- Normen und Werte (Seelsorger*in).

(c) Indikative Gruppen

An den indikativen Angeboten gemäß individuellem Wochenplan nehmen Rehabilitand*innen teil, die aufgrund einer speziellen Indikation besondere Behandlung bzw. Förderung benötigen.

Angebote:

- Depression/Angst (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Stress und Stressbewältigung (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Achtsamkeitstraining (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Traumaspezifische Gruppe (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Genderspezifische Gruppe (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Emotionale Stabilisierung (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)

- Lebenskraft und Mut (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Soziales Kompetenztraining (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Medien und Glücksspiel (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Tabakentwöhnung (Gesundheits- und Krankenpfleger*in)
- Sport- und Physiogruppen (z.B. Rückenschule, Fitness, Koordination) (Sporttherapeut*in, Physiotherapeut*in)
- Entspannungstraining (M.A. Psychologie, Sporttherapeut*in, Physiotherapeut*in)
- Hirnleistungstraining (Ergotherapeut*in)
- EDV-Schulung (EDV-Dozent*in).

4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen

Ein großer Teil der Rehabilitand*innen der Fachklinik Weser-Ems hat Probleme am Arbeitsplatz, ist arbeitslos, von Arbeitslosigkeit bedroht oder aufgrund der Abhängigkeitserkrankung und/oder Folgekrankheiten arbeitsunfähig. In Einzelfällen ist auch ein Rentenanspruch gestellt worden.

Im Arbeitsleben der Rehabilitand*innen bestehen oft psychosoziale Belastungen, Angst vor Arbeitsplatzverlust und/oder ein work-family-conflict (Byron 2005). Eine berufliche Perspektive und die Aussicht auf Rückkehr ins Erwerbsleben verbessern den Rehabilitationserfolg. Primäres Ziel der medizinischen Leistung zur Rehabilitation ist die wesentliche Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit.

Orientierend an diesem Ziel wird in der Fachklinik Weser-Ems in der Anfangsphase eine individuelle Rehabilitations- und Teilhabeplanung nach dem Konzept der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA, DRV Bund 2015) erstellt.

Zudem werden Rehabilitand*innen der Fachklinik Weser-Ems nach dem strukturierten Aufnahmeinterview und Screening in den ersten drei Behandlungstagen einer der 5 BORA-Zielgruppen zugeordnet (siehe BORA-Konzept).

Die ausführliche Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese sowie die Eingangsdiagnostik (siehe 4.7.2.) dienen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des*der Rehabilitand*in. Seine*ihre Fähigkeiten, Fertigkeiten und Belastbarkeit werden unter sozialmedizinischen Aspekten im arbeitstherapeutischen Prozess abgeklärt und die individuellen Vermittlungsmöglichkeiten eingeschätzt. Auf dieser Grundlage und ausgehend von den, mit dem*der Rehabilitand*in vereinbarten Rehabilitationszielen, entwickeln Arbeitstherapeut*innen einen Rehabilitationsplan für arbeits- und berufsbezogene Leistungen und berücksichtigen dabei

- den individuellen Rehabilitationsbedarf,
- das Integrationspotential der Rehabilitand*innen,
- somatische, psychische, psychomentale und soziale Teilhabebehindernisse sowie
- die Dimensionen Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe der ICF (DRV Bund 2015).

Das Leistungsvermögen der Rehabilitand*innen wird unter sozialmedizinischen Aspekten im arbeitstherapeutischen Prozess kontinuierlich eingeschätzt und gefördert. Im Hinblick auf sozialmedizinische Fragestellungen gibt es eine enge Verzahnung des arbeits- und

psychotherapeutischen sowie des medizinischen Bereiches. Die Zielsetzung ist, die Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere des aktuellen beziehungsweise des angestrebten Arbeitsplatzes, und an den individuellen erwerbsbezogenen Problemlagen des*der Rehabilitand*in auszurichten.

Mit Einverständnis des*der Rehabilitand*in wird Kontakt zur Bundesagentur für Arbeit, zum zuständigen Jobcenter oder zum Arbeitgeber aufgenommen, um ein konkretes Bild der Situation zu gewinnen. Darüber hinaus arbeiten wir auch mit Mitarbeitenden der Integrationsfachdienste, Betriebsräten, Mitarbeitenden der Betrieblichen Suchtkrankenhilfe sowie betrieblichen Sozialberater*innen, Bildungsträgern, Rehafachberater*innen, dem Sozialmedizinischen Dienst der DRV, Werks- und Betriebsärzt*innen, BFWs etc. zusammen, um für den*die Rehabilitand*in bezüglich seiner*ihrer beruflichen Entwicklung hilfreich sein zu können. Die Datenschutzbestimmungen werden dabei beachtet.

(a) Arbeitstherapie

In der Arbeitstherapie werden dem*der Rehabilitand*in realistische und erreichbare Aufgaben gestellt, um ihn*sie für die Anforderungen des Arbeitsmarktes zu trainieren. Die Arbeitstherapie ist das wichtigste Instrument, um die beruflichen Fähigkeiten zu testen, zu entwickeln und zu erproben. Sie fördert und fordert den*die Rehabilitand*in und unterstützt ihn*sie bei der Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsmotivation. Arbeitstugenden wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen, Genauigkeit etc. sollen gestärkt bzw. entwickelt werden. Der*die Rehabilitand*in verbessert sein*ihr Steuerungs- und Regulierungsvermögen.

Folgende Bereiche der Arbeitstherapie werden angeboten:

- Werkstatt (Holz/Fahrrad/Haustechnik)
- Hauswirtschaft
- Außengelände/Gartenpflege
- EDV, Büro.

In der Regel nehmen alle Rehabilitand*innen mindestens einmal wöchentlich an der Arbeitstherapie und entsprechend ihrer BORA Einteilung an einem indikativen Gruppenangebot zur beruflichen Orientierung und/oder der Freizeitgestaltung teil. In den Gruppenangeboten zur beruflichen Orientierung sollen die Motivation sich mit erwerbsbezogenen Themen auseinanderzusetzen gefördert, Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abgebaut, erwerbsbezogene Förderfaktoren gestärkt und Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration entwickelt werden.

(b) Ergotherapie

Die Ergotherapie in unserer Klinik unterstützt und begleitet Rehabilitand*innen, indem sie vorhandene, beeinträchtigte oder verloren gegangene Fähigkeiten im körperlichen, geistigen, sozialen und psychischen Bereich fördert und/oder sichert. Die Rehabilitand*innen werden gemäß der Rehabilitations- und Teilhabeplanung sowie unter Berücksichtigung eigener Interessen den ergotherapeutischen Gruppen zugeordnet.

Es werden individuell Techniken und Methoden eingesetzt, die die Rehabilitand*innen darin unterstützen, eigene Ressourcen zu identifizieren und zu üben. Dadurch wird die

Selbstwirksamkeit gestärkt. Ausdauer, Aufmerksamkeit, Konzentration, Wahrnehmung, Durchhaltevermögen und soziale sowie arbeitsbezogene Fähigkeiten werden gefördert. Die Kreativität wird unterstützt und die Rehabilitand*innen können neue Stärken und Interessen in sich finden.

Durch das bildnerische Gestalten mit Kunst- und Werkmaterialien, wie zum Beispiel Ton, Farben, Holz und mehr, können dem*der Rehabilitand*in weitere Zugangswege zu sich eröffnet werden. Gehirnleistungstraining dient der Verbesserung kognitiver Fähigkeiten. Durch interaktionelle Projektarbeiten werden hilfreiche Gruppenprozesse angeregt und die sozioemotionalen Kompetenzen des*der Rehabilitand*in gestärkt.

Ergotherapie als ganzheitliche Behandlungsform fördert somit Leistungsfähigkeiten, die den Rehabilitand*innen dazu verhelfen, eine größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Sinne der Teilhabe nach ICF zu erreichen.

(c) Kunsttherapie

Die Kunsttherapie hat in unserer Klinik die Funktion, die in der Arbeits- und Psychotherapie erarbeiteten Kenntnisse zu vertiefen, zu visualisieren und Selbsterfahrung des*der Rehabilitand*in mit nonverbalen Verfahren zu ermöglichen. Themen aus den verschiedenen therapeutischen Bereichen können hier mit anderen Mitteln sichtbar gemacht werden. Kreativität, Phantasie, Ausdauer- und Konzentrationsfähigkeit werden gefördert. Brachliegende Fähigkeiten werden entfaltet. Oft sind Rehabilitand*innen erstaunt, welche Kraft, Stärke und Lebendigkeit in ihren Bildern zum Ausdruck kommen. Dies stärkt ihr Interesse an der weiteren Arbeit mit ihrem inneren Zustandsraum, aber auch ihr Selbstvertrauen und ihre technischen Fähigkeiten. Insgesamt wird die Selbstwahrnehmung verbessert, es werden Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben, die auch in ein Hobby führen können. Die Kunst-, Kreativ- und Beschäftigungstherapie ist ein Mittel, um spontan und im freien Fluss der inneren und äußeren Kräfte Ganzheit zu erleben. Kreative Techniken vermitteln (indirekte) Möglichkeiten, Teilhabestörungen abzubauen. Es ergeben sich Wege, unbewusste Inhalte unter Umgehung psychischer Widerstände bewusstseinsfähig zu machen und einen Zugang zur Innenwelt und zum Charakter zu bekommen.

Die Rehabilitand*innen haben die Möglichkeit, ihre Bilder in der Klinik auszustellen.

(d) Berufsintegrierende Maßnahmen

Orientiert an der individuellen Rehabilitations- und Teilhabeplanung, nehmen einige Rehabilitand*innen an zusätzlichen berufsintegrierenden Maßnahmen, wie z.B. interne Belastungserprobungen, PC-Schulung, externe Praktika usw. teil.

Die interne Belastungserprobung kann in der Küche, Cafeteria, Haustechnik, Fahrradwerkstatt oder Hauswirtschaft stattfinden. Sie erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von vier Wochen und ist gegen Zeitausgleich zum Teil auch am Wochenende zu verrichten. Es werden Anforderungen an Teamarbeit, Pünktlichkeit und Merkfähigkeit gestellt. Zum Teil wird unter Zeitdruck gearbeitet. Körperliche, geistige und seelische Leistungsbereitschaft, soziale Anpassungsfähigkeit und realitätsnahe Konfliktbewältigung werden überprüft und trainiert sowie berufliche Eingliederungschancen erarbeitet. Auf Wunsch erhält der*die Rehabilitand*in zum Ende der internen Belastungserprobung ein qualifiziertes Arbeitszeugnis.

Nach sorgfältiger Einzelfallentscheidung und Indikationsstellung wird statt oder ergänzend zu einer internen Belastungserprobung ein berufsbezogenes (unentgeltliches) externes Praktikum als spezifische Maßnahme geplant und durchgeführt. Das externe Praktikum dient der Überprüfung der beruflichen Belastbarkeit, der Ausdauer und des Durchhaltevermögens, der Fremd- und Selbsteinschätzung, sowie wichtiger Arbeitstugenden und ggf. der Berufsorientierung. Sie findet in örtlichen Betrieben, mit denen eine Kooperation besteht, statt und wird von den Ergo-/Arbeitstherapeut*innen begleitet sowie vor- und nachbesprochen.

Als Ergebnis wird am Ende, im Rahmen des Entlassungsberichtes, eine detaillierte sozialmedizinische Beurteilung und, wenn nötig, ein Wiedereingliederungsplan für den*die Rehabilitand*in erstellt (z.B. stufenweise Wiedereingliederung, LTA, Eingliederungsempfehlung für eine WfbM etc.). Die Ergebnisse der arbeitsbezogenen Interventionen werden beschrieben und bewertet.

Ergebnisse und Empfehlungen können, nach Einholen einer schriftlichen Schweigepflichtentbindung des*der Rehabilitand*in, an die weiterbehandelnden Institutionen weitergegeben werden.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

(a) Physiotherapie

Störungen des Bewegungsapparates sind häufig. Deshalb besteht ein Angebot an physiotherapeutischer Behandlung wie Krankengymnastik, Rückenschule, Massage, lokale Wärme- und Kältebehandlung oder Elektrotherapie. In vielen Fällen ist die ärztliche Verordnung physiotherapeutischer Anwendungen eine Alternative oder eine Ergänzung zur medikamentösen Behandlung. Hinweise zum eigenständigen Üben werden gegeben.

(b) Sporttherapie

Die Sporttherapie verfolgt verschiedene Ziele, z. B. die Wiederherstellung und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Koordination, Kraft), Freude am Spielen und Bewegen, Training sozialer Fertigkeiten (Teamfähigkeit, Fairness) und sinnvolle Freizeitgestaltung. Die Sporttherapie unterstützt die Rehabilitand*innen mit einem Angebot aus vielen Bereichen der Bewegungs- und Funktionstherapie, wie Kleinhantel- und Ausdauertraining, Ganzkörpertraining an Fitnessgeräten im Fitnessraum der Klinik, konditionelle und koordinative Gymnastik, Zirkeltraining, sowie „Kleine Spiele/Teamsport“ (Völkerball usw.) zur Sinneswahrnehmung. Es werden Übungen für den Bewegungsapparat angeleitet, die von den Rehabilitand*innen auch nach der Therapie selbständig durchgeführt werden können. Sie zielen auf die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Körperfunktion und auf eine sinnvolle Freizeitgestaltung ab. Sie tragen dazu bei, gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu stärken, zu kompensieren und wiederherzustellen. Bei Rehabilitand*innen mit körperlichen Einschränkungen oder Behinderungen ist die Bewegungstherapie auf Funktionsverbesserung ausgerichtet. Der*die Rehabilitand*in wird für die Zeit nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme zur Teilhabe am Vereinssport angeregt.

(c) Entspannungstechniken

Über angeleitete und leicht erlernbare Entspannungstechniken wie z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR), Phantasiereisen und Atemübungen werden folgende Prozesse in der Körper- und Selbstwahrnehmung des*der Rehabilitand*in gefördert:

- Entwickeln des Körperbewusstseins
- Erleben positiver Körpererfahrungen
- Wahrnehmen von Spannungs- und Entspannungszuständen
- Verbesserung der Affektregulierung.

Die regelmäßig stattfindenden, angeleiteten Entspannungsangebote bieten zudem die Möglichkeit der Stressreduktion und Stressbewältigung und können später u.a. als selbst einzusetzende Einschlafhilfe genutzt werden.

4.7.7 Freizeitangebote

Menschen mit Abhängigkeitserkrankung verbinden bei Abwesenheit des Suchtmittels mit Freizeit vor allem Gefühle der Leere und des Unerfüllt-Seins. Suchtmittelfreie und sinnvolle Freizeitgestaltung stellt daher eine wichtige Zielsetzung in der Rehabilitation dar. Häufig brauchen Menschen mit Abhängigkeitserkrankung Unterstützung, um ihre Freizeit sinnvoll und regenerativ zu gestalten. Von den eigenen Bedürfnissen ausgehend können sie dann Ideen entwickeln und diese in Handeln umsetzen. Therapeutische Ziele sind u.a. eine verbesserte Freizeitkompetenz, eine verbesserte Kulturfähigkeit, eine verbesserte Fähigkeit zur Gestaltung von Objektbeziehungen und eine verbesserte Teilhabe an der Gesellschaft. Die Rehabilitand*innen werden ermutigt sich ehrenamtlich zu betätigen.

Oldenburg bietet ein umfangreiches Kultur- und Freizeitangebot mit Theater, Kino, Konzerten, Ausstellungen, Museen, themenzentrierten Messen, etc.

Im Einzelnen gibt es in der Fachklinik Weser-Ems folgende Freizeitangebote:

- **Sport und Bewegung** – Einführung unter Berücksichtigung körperlicher Einschränkungen in die Nutzung der Fitnessgeräte und in weitere Sportangebote (Beachvolleyball, Basketball, Tischtennis usw.) durch Sport- oder Physiotherapeut*innen. Bei körperlichen Einschränkungen Erlernen von spezifischen Übungen und Fortführung in Eigenregie. Aufbau von Muskelkraft und Kondition.
- **Aktive Freizeitgestaltung** – Es werden den Rehabilitand*innen Möglichkeiten aufgezeigt, ihren Tag sinnvoll, angemessen, kreativ und mit Freude zu gestalten. Gemeinsame Aktivitäten innerhalb von Kleingruppen werden in Absprache unternommen. Berührungängste werden abgebaut, kostenlose Freizeitmöglichkeiten werden vorgestellt.
- **Sichtung der kulturellen Angebote der Stadt Oldenburg** – u.a. mittels moderner Medien (kostenloses W-LAN in der Cafeteria) und Aushängen am Info-Brett.
- **Kulturelle Aktivitäten** – wie Lesungen (unter Aspekten der Abhängigkeitserkrankung) werden ermöglicht. Besuche von Museen und Kunstgalerien sowie Exkursionen/ Stadtführungen werden durchgeführt.

- **Die Klinik verfügt über:** Tischtennis, Billard, Dart, Kicker, Fernsehräume, PC-Labor mit Internetanschluss und zahlreiche Gesellschaftsspiele. Des Weiteren können die Fitnessräume und der Sportbereich, die Cafeteria, Räume für Gestaltungsarbeiten und die Aufenthaltsräume auf den Stationen zur Freizeitgestaltung genutzt werden. Die Rehabilitand*innen werden angehalten, Wettbewerbe und Turniere innerhalb der Rehabilitand*innengemeinschaft zu organisieren.

4.7.8 Sozialdienst

Der Sozialdienst der Klinik wird von Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen (Dipl./MA/BA) durchgeführt, die Fachaufsicht liegt bei der psychotherapeutischen Leitung.

Grundlage der klinischen Sozialarbeit ist der Ausbau und der Erhalt von Teilhabe der Rehabilitand*innen am beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF werden die individuellen Problemsituationen der Rehabilitand*innen bewertet und bearbeitet. Der*die Rehabilitand*in soll am Ende der Behandlungszeit im Sinne der Teilhabe in der Lage sein, sich selbständig (aktiv) um seine*ihre sozialen Belange zu kümmern und/oder sich selbstverantwortlich geeignete professionelle Hilfe suchen können. Hierbei orientiert sich der Sozialdienst an nachhaltigen Lösungsansätzen. So vielfältig wie die Problemlagen sind, ist auch das Handlungsspektrum: Information, Beratung, Anregung oder organisatorische Vorbereitung weiterführender Leistungen wie zum Beispiel Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung. Falls erforderlich, werden auch Angehörige oder andere Bezugspersonen der Rehabilitand*innen in die Sozialberatung einbezogen oder es wird in ergänzende Hilfeangebote, z.B. Schuldnerberatung, vermittelt.

Neben der Zuweisung durch Indikation, die durch das ärztliche bzw. therapeutische Aufnahmegespräch ermittelt wird und der Eigeninitiative von Rehabilitand*innen wird in den multiprofessionellen Reheatams im Rahmen der Fallkonferenz über die Situation der Rehabilitand*innen gesprochen. Die individuelle Lebens- und Krankheitssituation im Sinne der ICF stellt hierbei die Grundlage für eine Vermittlung an den Sozialdienst dar.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

(a) Gesundheitsbildung

In unserer Klinik ist die Hinführung zu einer gesunden Lebensweise integraler Bestandteil der auf die Sucht ausgerichteten Informationsveranstaltungen und Gruppendiskussionen. Darüber hinaus werden spezielle Themen und Trainingsprogramme angeboten. So finden beispielsweise Veranstaltungen als curriculare und manualisierte Lernangebote zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zu Suchtfolgeerkrankungen, zur Ernährung und zur Tabakentwöhnung statt sowie Veranstaltungen zum Erlernen von Entspannungstechniken. Auch die Gewöhnung an eine regelmäßige Lebensweise kann als eine unspezifische Maßnahme zur Gesundheitsbildung angesehen werden.

(b) Diätetische Therapie/Lehrküche

Es wird besonderer Wert auf eine gesunde, ausgewogene und natürliche Ernährung gelegt. Die Verpflegung der Rehabilitand*innen findet durch die hauseigene Vollküche statt. Die Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) in der Gemeinschaftsverpflegung/Klinik wird angestrebt. Bei Bedarf werden bestimmte Kostformen

zubereitet (Vollkost, angepasste Vollkost und individuell nach ärztlicher Diagnosestellung). Diese Kostformen werden nach den neuesten, wissenschaftlichen Erkenntnissen der DGE gestaltet. Lebensmittelallergien werden selbstverständlich deklariert und berücksichtigt. Eine vegane Ernährung kann zurzeit noch nicht angeboten werden.

Ein*e Ökotropholog*in/Diätassistent*in steht den Rehabilitand*innen u.a. für eine individuelle Einzelberatung, für Gruppenkurse und/oder Lehrküche zur Verfügung. Die Rehabilitand*innen werden in diesen Einheiten über eine ausgewogene, individuelle Ernährung informiert und mit Hilfe der manualisierten MCII-Methode (nach Prof. Dr. Gabriele Oettingen) können diese in die jeweilige Lebenssituation eingebaut werden. In der Lehrküche kann zudem eine praktische Umsetzung stattfinden.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Arbeit mit Angehörigen und/oder Bezugspersonen wird in ihrer Bedeutung von uns hoch eingeschätzt und ist ein wichtiger Therapiebaustein, der zum Standardangebot der Behandlung gehört. Angehörigenarbeit ist Teil der Psychotherapie. Dazu gehören:

- Angehörigenseminare, die durchschnittlich für jede Therapiegruppe alle 6 Wochen stattfinden und an denen alle Gruppenmitglieder sowie eingeladene Angehörige teilnehmen. Dazu gehören nahe Bezugspersonen, z.B. aus Familie, Freundeskreis, Kollegenkreis und Betreuer*innen. Auch wenn keine Angehörigen kommen, wird das Seminar durchgeführt.
- Nach Bedarf werden Paar- oder Angehörigengespräche angeboten.
- Eine Belastungserprobung-Heimfahrt kann nach vorheriger Planung und festen Vereinbarungen zwischen Rehabilitand*in und Therapeut*in zur Angehörigenarbeit genutzt werden. Es gelten dabei die Reisekostenrichtlinien der Leistungsträger.

4.7.11 Rückfallmanagement

Als Rückfall wird jeglicher Konsum und/oder Besitz von Alkohol, Drogen und Medikamenten sowie speziellen alkoholfreien Getränken (Bier, Wein, Sekt) gewertet. Ebenfalls gelten das Glückspiel an Automaten oder Kartenspiele um Geld, das Online-Glücksspiel und das Abschließen von Sportwetten sowie im Einzelfall auch pathologischer Medienkonsum als Rückfall. Die Einnahme verordneter Medikamente ist hiervon nicht betroffen.

Rückfälle bzw. drohende Rückfälligkeit werden als Teil des Krankheits- und Genesungsprozesses bei Abhängigkeitserkrankung verstanden und können auch im Verlauf des therapeutischen Prozesses auftreten. Ein solches Rückfallgeschehen wird in der Bezugsgruppe und in der Einzeltherapie aufgearbeitet, um in Zukunft mit Risikosituationen, Suchtdruck und damit einhergehenden belastenden Emotionen besser umgehen zu können und die Abstinenzfähigkeit zu stärken.

Als Maßnahme zur Rückfallerkennung und -prävention werden unangekündigte Atemalkoholkontrollen sowie Urinkontrollen auf Alkohol (ETG, Ethylglucuronid), Medikamente und Drogen vorgenommen. Zusätzlich nehmen wir in Einzelfällen Kapillarblut zum Drogenscreening, auch auf Designerdrogen, ab.

Das Thema Rückfall wird regelmäßig sowohl in der Bezugsgruppe als auch in anderen Gruppenangeboten behandelt. Bei Rückfälligkeit ist ein geregelter Ablauf der Rückfallbehandlung vorgesehen. Dieser ist im Rückfallkonzept beschrieben (s. Anlage 2).

Das Rückfallkonzept enthält außerdem konkrete Kriterien, die für eine Fortführung oder Beendigung der Entwöhnungsbehandlung sprechen.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kommt den Gesundheits- und Krankenpfleger*innen eine ergänzende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. Besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind vorhanden.

Die Pflege (Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, Ausgabe von Medikamenten, Anlegen von Verbänden etc.), die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings und der Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. Insbesondere bei der Behandlung der auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen wirken die Gesundheits- und Krankenpfleger*innen mit. Suchtdruck, Unruhezustände und Schlafstörungen können durch Akupunktur nach NADA behandelt werden. Eine 24-stündige Anwesenheit des Pflegedienstes ist gewährleistet.

4.7.13 Weitere Leistungen

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren, können im Anschluss an die Rehabilitation weitere Leistungen erforderlich sein (z.B. Nachsorge). Diese werden von der Fachklinik Weser-Ems so angebahnt und mit dem zuständigen Rehabilitationsträger abgestimmt, dass ein nahtloser Übergang ohne Verzögerung möglich ist.

Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, werden diese während der Rehabilitation rechtzeitig unter Einschaltung der Reha-Fachberater*innen der Rentenversicherung oder der zuständigen Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter auf den Weg gebracht.

Es geht dabei um folgende Leistungen:

- Stufenweise Wiedereingliederung/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ambulante Nachsorge oder Weiterbehandlung
- Adaptionenmaßnahmen
- Sozialtherapeutische Maßnahmen (z.B. Wohnheim, betreutes Wohnen)
- Somatische Rehabilitation
- Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung
- Verlegung in ein Krankenhaus bei entsprechender Indikation
- Vermittlung in die Selbsthilfe.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

In der Endphase der stationären Rehabilitation wird der*die Rehabilitand*in auf die Entlassung vorbereitet. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Kontaktaufnahme mit nachbehandelnden Stellen
- Aufsuchen der zuständigen Suchtberatungsstelle, des Arbeitsgebers bzw. der Agentur für Arbeit/des Jobcenters, der örtlichen Selbsthilfegruppe etc.
- bei Bedarf Vorstellung bei der nachstationären Einrichtung

- Anregung, Einleitung und Verknüpfung der stationären Rehabilitationsleistung mit medizinischen Nachsorgeleistungen bzw. weiteren Maßnahmen
- Entlassungsuntersuchung mit sozialmedizinischer Beurteilung
- Erstellung des Entlassungsberichtes nach den Vorgaben der DRV innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung.

Wenn erkennbar ist, dass Rehabilitand*innen ihre Rehabilitationsziele vorzeitig erreichen und ambulante Weiterbehandlung/Nachsorge ausreichend ist, kann eine Verkürzung der Behandlungsdauer vereinbart werden.

Vorzeitige Entlassung erfolgt:

- bei interkurrenter Erkrankung, welche die Rehafähigkeit aufhebt
- bei schwerwiegenden Ereignissen, die eine konstruktive Mitarbeit ausschließen
- wenn Rehabilitand*innen den Behandlungsplan nicht mehr anerkennen
- wenn sie wesentlich gegen die Hausordnung verstoßen (Gewalt, kriminelle Handlung, wiederholte Rückfälle etc.).

5. Personelle Ausstattung

Medizin	1,00	Leitende*r Arzt*Ärztin (FÄ*FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin)
	2,00	Fachärzt*innen (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin)
	2,50	Physiotherapeut*innen/Sporttherapeut*innen (Physiotherapeut*in/ Sport- und Gymnastiklehrer*in)
	0,50	Diätassistent*innen (Ökotropholog*in BA/MA/Diplom; Diätassistent*in)
Pflegedienst	1,00	Leitung Pflegedienst (Exam. Gesundheits- und Krankenpfleger*in)
	5,00	Examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Psychotherapie/ Suchttherapie	1,00	Leitung Psychotherapie (Psychologische*r Psychotherapeut*in)
	4,00	Psycholog*innen (Psychologische Psychotherapeut*innen, Psychologie MA/Diplom ggf.mit DRV anerkannter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation. 0,25 davon Psychologie BA möglich)
	6,00	Dipl.-Sozialpädagog*innen (BA/MA/Diplom mit DRV anerkannter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation)
	1,00	Sozialarbeiter*innen (BA/MA/Diplom)
Arbeitstherapie	1,00	Leitung Arbeitstherapie (Diplom Sozialpädagog*in/Ergotherapeut*in/Arbeitstherapeut*in)
	3,50	Arbeits-/Kunsttherapeut*innen (Ergotherapeut*in/ Arbeitstherapeut*in, Kunsttherapeut*in (BA/MA/Diplom))
BORA	1,00	Sozialarbeiter*innen (BA/MA/Diplom)
	1,00	Ergotherapeut*in/ Arbeitstherapeut*in (BA/MA/Diplom)

6. Räumliche Gegebenheiten

Die räumlich-technische Ausstattung muss einen positiven Zusammenhang zwischen den Behandlungsmethoden bzw. Behandlungsmaßnahmen und den ICF-Komponenten ermöglichen. (Anlage 5 Raumpläne)

Die Architektur der Suchtklinik erlaubt die Einrichtung von Wohnbereichen. Diese bestehen aus Rehabilitand*innenzimmern, einem dazugehörigen Aufenthaltsraum mit Teeküche und den Gruppenräumen. Dort bilden zwei Bezugsgruppen, also etwa zwanzig Rehabilitand*innen eine Gemeinschaft, in der sie für alle Belange ihres Zusammenlebens selbst Verantwortung übernehmen. Dadurch gliedert sich die Klinik in überschaubare Einheiten, es entstehen vielfältige, auch therapeutisch nutzbare soziale Bezüge. Für die Unterbringung der Rehabilitand*innen stehen modern ausgestattete Einbettzimmer mit Nasszelle zur Verfügung.

Fernsehen ist in den Aufenthalts-/Gruppenräumen möglich. Es existiert eine ausreichende Zahl von Gruppentherapieräumen. Hinzu kommen Räume für größere Gruppen und Veranstaltungen der Gesamtklinik. Die größeren Räume sind für Unterrichtszwecke ausgestattet und haben die technische Ausstattung zur Arbeit mit Medien.

Es sind Sportanlagen und Freizeiteinrichtungen vorhanden. Geschlechtertrennung wird aufgrund der hohen Koinzidenzrate traumatisierter Rehabilitand*innen mit Missbrauchserfahrungen für erforderlich gehalten.

Die Klinik verfügt über Räume und eine Werkhalle mit einer breiten Ausstattung für die ergo- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen. Auf die Gestaltung des Außenbereiches der Klinik wird Wert gelegt.

Die medizinische Abteilung verfügt über die üblichen Räume für Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen und Pflegepersonal. Es besteht ein Zugriff auf alle derzeit in der ambulanten und stationären Versorgung zur Verfügung stehenden Geräte (auch zu medizinischen Großgeräten) sowie das entsprechende Fachwissen. Eine Notfallausstattung (Notarztkoffer, AED) und ein Überwachungsraum mit höhenverstellbaren Pflegebett sind vorhanden.

Es existiert eine gute Verkehrsanbindung. Die Rehabilitationseinrichtung ist damit auch für ganztägig ambulante Rehabilitation geeignet.

Die Lage der Klinik fördert die Vernetzung mit anderen Angebotsformen des Suchthilfesystems.

Barrierefreiheit ist gegeben. Die Klinik ist rollstuhlfähig und zur Behandlung von Rollstuhlfahrer*innen geeignet. Für große oder adipöse Rehabilitand*innen gibt es 4 Zimmer mit überlangen Betten und stabilem Lattenrost.

Im Besonderen sind vorhanden:

- Raum für Labordiagnostik mit überwachter Urinabgabe
- Raum für Injektionen, Blutentnahme, Wundversorgung und EKG

- Vortragsräume
- Seminar- und Gruppenräume für Gruppentherapie und Entspannungstraining
- Raum für Einzelkrankengymnastik
- Raum für Gruppengymnastik, Rücken- und Gelenkschulung
- Räume für gerätegestützte Trainingstherapie
- Räume für Belastungserprobung und Arbeitsplatzberatung
- Räume für Massagen, Medizinische Bäder, Elektrotherapie
- Räume für Ergotherapie
- Räume für Sozialarbeiter*innen und Reha-Fachberater*innen
- Raum für Ökotropholog*innen/Diätassistent*innen und Lehrküche
- Ruheräume für ganztägig ambulante Rehabilitand*innen mit Ruhesessel
- Aufenthaltsräume mit Fernseher und Teeküche
- Speisesaal
- PC-Raum mit Internetzugang
- Ausstattung mit Notrufanlage
- Dienstzimmer (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Therapeut*innen)
- Besprechungsräume
- Gemeinschaftsräume für die Freizeitgestaltung (Billard, Kicker, Dart, Tischtennis)
- Möglichkeiten für Sporttherapie im Freien
- Cafeteria mit kostenlosem W-LAN
- Möglichkeiten zur Arbeit im Außenbereich.

Die technische Ausstattung ermöglicht eine funktionsbezogene Leistungsfeststellung gemäß individueller Situation des*der Rehabilitand*in (Fallbezug und ICF-Bedarfsfeststellung).
Im Einzelnen sind folgende Räumlichkeiten vorgesehen:

**(a) Gebäudeteil „Wohnen“
(80 stationär + 20 ganztägig ambulant)**

4 Abteilungen zu je 25 Rehabilitand*innen (20 stationär/5 ganztägig ambulant).

Für jede Abteilung:

- 20 Einzelzimmer (jeweils mit Nasszelle/je 20 qm)
- 2 Gruppenräume (je 30 qm)
- 2 Ruheräume mit Nasszelle für ganztägig ambulante Rehabilitand*innen (20 qm)
- 1 Aufenthaltsraum mit Teeküche (30 qm)
- 1 Hauswirtschaftsraum für Reinigungsmaterial, Wäsche, Bügelbrett etc. (10 qm)
- 3 Lagerräume (4 qm)
- 1 Außenbereich/Balkon (25-60 qm).

(b) Gebäudeteil „Medizin/Pflegedienst/Suchttherapie“

- 1 Chefarztzimmer (22 qm)
- 1 Untersuchungsraum (12 qm)
- 3 Arzt*Ärztinnenzimmer mit Untersuchung (je 20 qm)
- 1 Pflegedienstzimmer (46 qm)
- 1 Überwachungsraum mit 2 Betten und Nasszelle (30 qm)
- 1 Sekretariat (15 qm)
- 1 Funktionsraum (16 qm)
- 1 Labor (13 qm)
- 1 WC zur kontrollierten Urinabgabe (6 qm)

- 1 Beratungszimmer (17 qm)
- 1 Sozialraum mit Teeküche (21 qm)
- 1 Behandlungsraum Physiotherapie (16 qm)
- 2 Bäder (je 11 qm)
- 1 Lagerraum (18 qm)
- 1 Bürotechnik (7 qm)
- 1 Ruheraum für Nachtwachen mit Umkleide und Nasszelle (20 qm)
- 6 Mitarbeitendenzimmer für Therapeut*innen (je 16 qm)
- 3 Mitarbeitendenzimmer für Therapeut*innen (je 20 qm)
- 1 Mitarbeitende WC-Anlage (18 qm)
- 1 Konferenzraum mit Teeküche (58 qm)
- Wartezone in den Flurbereichen.

(c) Gebäudeteil „Verwaltung“

- 1 Mitarbeitendenzimmer (14 qm)
- 1 Geschäftszimmer (26 qm)
- 1 Schreibbüro (17 qm)
- 1 Aufnahmebüro (17 qm)
- 1 Raum Bürotechnik (14 qm)
- 1 Archiv (6 qm)
- 1 Postraum (5 qm)
- 1 Raum EDV-Anlage/Videoüberwachung (16 qm)
- 1 Foyer (mit Empfang und Postverteilungsanlage; 110 qm)
- 1 Kofferraum (4 qm)
- 1 Sozialraum (25 qm)
- 1 WC-Anlage (20 qm).

(d) Gebäudeteil „Sozialdienst/Kunsttherapie/GAR/Haustechnik“

- 3 Mitarbeitendenzimmer (15 qm)
- 1 Mitarbeitendenzimmer (20 qm)
- 1 GAR Aufenthaltsraum (30 qm)
- 1 Büro Haustechnik (15 qm)
- 1 Lehrküche (46 qm)
- 1 Raum für Kunsttherapie/Gestaltungsarbeit mit Büro (53 qm)
- 1 Lagerraum für Material (10 qm)
- 1 Raum für Gestaltungsarbeiten/Ergotherapie (30 qm)
- 1 PC-Labor (21 qm)

(e) Wirtschaftsdienst

- 1 Vollküche (64 qm)
- 1 Spülküche (20 qm)
- 1 Speiseraum (140 qm) mit Essensausgabe (35 qm)
- 1 Trockenlager (14 qm)
- 1 Kühllager (30 qm)
- 1 Lagerraum (15 qm)
- 1 Sozialraum (14 qm)
- 1 Mitarbeitendenzimmer (12 qm)

- 1 Raum für Waschmaschinen/Trockner der Rehabilitand*innen (21 qm)
- 1 Raum für Hauswäsche (12 qm)
- 1 Raum für Wäscheanlieferung (15 qm)
- 1 Raum für Schmutzwäsche (13 qm)
- 2 Umkleieräume mit WC und Dusche (je 14 qm)

(f) Gebäudeteil Sport- und Freizeitbereich

- 1 Fitness-/Gymnastikraum (60 qm)
- 1 Sportgeräteraum (60 qm)
- 2 Umkleieräume mit Nasszelle (je 12 qm)
- 1 WC-Anlage (20 qm)
- 1 Lagerraum (10 qm)
- 1 Außen-Sportanlage (Beachvolleyball, Basketball, Tischtennis, Gerätezirkel)
- 1 Cafeteria (80 qm) mit Nebenraum (8 qm)
- 1 Lagerraum Cafeteria (14 qm)
- 1 WC-Anlage mit Behinderten WC (14 qm)

(g) Ergotherapie/Haustechnik (außerhalb des Hauptgebäudes)

- 1 Werkhalle (115 qm)
- 1 Werkzeug- und Materiallager (39 qm)
- 1 Materiallager (15 qm)
- 1 Schweißraum (11 qm)
- 1 Schleifraum (11 qm)
- 2 Umkleiden je mit Dusche und WC sowie barrierefreies WC (45 qm)
- 1 Merzweckraum Arbeitstherapie/Hauswirtschaft mit Trennwand (40 qm)
- 3 Mitarbeitendenbüros/Haustechnik (je 15 qm)
- 1 Mitarbeitendenbüro (21 qm)
- 1 Lagerraum (4 qm)
- 1 WC-Anlage mit Garderobe (20 qm)
- 1 Lagerraum für sonstige Gartengeräte (16 qm)
- 1 Abstellraum (6 qm)

7. Kooperation und Vernetzung

Kooperationen und Vernetzungen sind bei den langwierigen Behandlungsprozessen von Menschen mit Suchterkrankung von entscheidender Bedeutung. Isolierte Therapiemaßnahmen würden den komplexen Störungsbildern und der besonderen sozialen Situation der Rehabilitand*innen nicht gerecht werden.

7.1. Suchthilfesystem

Die Kooperation der Fachklinik erfolgt in folgenden regionalen und überregionalen Systemen:

- Regionaler Therapieverbund „Kombi-Nord“ (DRV Oldenburg-Bremen, DRV Braunschweig-Hannover),
- Suchtkrankenhilfesysteme des Diakonischen Werkes Oldenburg (Fachstellen und Wohnheim Friedensplatz, Brake).

Kombi-Nord strebt eine Optimierung der Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankung an, indem die Erreichbarkeit der Rehabilitand*innen verbessert und eine engere Zusammenarbeit der in der Entwöhnungsbehandlung tätigen Institutionen und Personen gefördert wird. Besonders die Übergänge zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen sowie der Ausbau und die Vernetzung ambulant-stationärer Therapieangebote stehen dabei im Vordergrund. Hierzu dienen u.a. Übergabegespräche in Form einer Dreierkonferenz (Rehabilitand*in, bisherige Behandler*innen, zukünftige*r Behandler*innen) sowie der regelmäßige Kontakt der Behandler*innen mit dem*der Ablauf-Controller*in (Fallmanager*in).

Die Fachklinik ist Mitglied eines Qualitätszirkels Kombi-Nord, in der sich regelmäßig verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen einer Region im norddeutschen Raum treffen. Dieser Qualitätszirkel hat die Funktion einer Steuerungsgruppe (Tielking et al. 2003).

Unabhängig davon, ob die zuweisende Stelle eines*einer Rehabilitand*in Kooperationspartner*in der Fachklinik Weser-Ems im Therapieverbund „Kombi-Nord“ ist oder nicht, finden gemeinsam mit dem*der Rehabilitand*in Gespräche zwischen der zuweisenden/nachbehandelnden Stelle und der Klinik statt. In diesen Gesprächen wird gemeinsam eine Standortbestimmung vorgenommen. Die geltenden Datenschutzbestimmungen werden berücksichtigt.

Es wird auch abgestimmt, inwieweit Angehörige, Betreuer*innen oder Mitarbeitende des Betriebes, in dem der*die Rehabilitand*in tätig ist, in den therapeutischen Prozess einzubeziehen sind. Des Weiteren wird die Zukunftsplanung besprochen (einschließlich der Behandlungsstrategie in der nachstationären Behandlung bzw. Betreuung z.B. Adaptionenmaßnahme).

7.2. Medizinisches/psychosoziales Versorgungssystem

Zusätzlich besteht auch eine Kooperation bzw. Zusammenarbeit mit medizinischen oder psychosozialen Hilfeeinrichtungen außerhalb des Suchtbereiches:

- ambulante und stationäre medizinische Facheinrichtungen (niedergelassene Ärzt*innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen, MVZ, Akutkliniken)
- Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst, Hygienefachkraft)
- spezielle Einrichtungen („BISS“ Beratungsstelle bei häuslicher Gewalt, Schuldnerberatungsstellen, „Wildwasser“, Frauenhaus u.a.).

Die Klinik arbeitet eng mit den Entzugsabteilungen der regionalen Kliniken zusammen, insbesondere auch im Rahmen des „Nahtlosverfahrens“. Zusätzlich bestehen Kooperationen mit der Karl-Jaspers-Klinik, dem Klinikum Oldenburg (Schule für Physiotherapie, Pflegeschule) sowie der Ludwig Fresenius Schulen und der BBA Oldenburg (Berufsfachschulen Ergotherapie) und der Carl von Ossietzky Universität (Ausbildung Psychotherapie).

Ebenfalls unabhängig vom Verbundsystem ist die Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen (sozialtherapeutische Übergangswohnheime, Betreutes Wohnen, Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung, Pflegeheime, etc.) von Bedeutung. Gerade für Rehabilitand*innen mit schwereren Störungsbildern kann die Unterbringung in einer der

stationären Therapie folgenden Einrichtung notwendig sein, da ihnen eine nahtlose Integration in das gesellschaftliche Leben (noch) nicht ohne Hilfestellung möglich ist.

7.3. Arbeits-/berufsbezogene Strukturen

Um arbeitslosen Rehabilitand*innen während der Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit einer Belastungserprobung in externen Betrieben zu geben, bestehen mit verschiedenen Firmen der Region Kooperationsvereinbarungen (CEWE Oldenburg u.a.). Die Klinik kooperiert mit der Bundesagentur für Arbeit und mit regionalen Jobcentern. Zudem besteht eine Zusammenarbeit mit Betriebsräten, Mitarbeitenden der Betrieblichen Suchtkrankenhilfe sowie betrieblichen Sozialberater*innen, Bildungsträgern, Rehafachberater*innen, dem Sozialmedizinischen Dienst der DRV, Werks- und Betriebsärzt*innen, BFWs, dem Bildungswerk der niedersächsischen Wirtschaft, der IHK und dem Integrationsfachdienst.

7.4. Fachverbände und Fachgesellschaften bzw. weitere Stellen

Die Fachklinik Weser-Ems bzw. einzelne Mitarbeitende als Stellvertreter*innen der Klinik ist/sind zudem Mitglied im Bundesverband Suchthilfe e.V. „bus.“, dem Fachverband der Diakonie ELAS, dem Fachverband Medienabhängigkeit, dem DG-SAS und der NLS. Zudem besteht Mitarbeit im Arbeitskreis Häusliche Gewalt („Runder Tisch häusliche Gewalt“), und einem von uns initiierten Netzwerk der Sozialdienste verschiedener Suchthilfeeinrichtungen in der Region. Regelmäßiger Austausch findet zudem mit dem Sozialdienst der JVA Oldenburg statt.

7.5 Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen sind ein unverzichtbarer Bestandteil jeder Behandlung von Menschen mit Suchterkrankung. Aus diesem Grund besteht zwischen der Fachklinik und verschiedenen Selbsthilfeverbänden der Region eine enge Kooperation. Die Selbsthilfegruppen präsentieren sich regelmäßig in der Klinik und führen für die Rehabilitand*innen Veranstaltungen durch.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) sind unverzichtbare Elemente der Rehabilitationsbehandlung der Fachklinik Weser-Ems und ergeben sich aus § 37 SGB IX.. Das Zusammenwirken von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

8.1 Externe Qualitätssicherung

Die Fachklinik Weser-Ems beteiligt sich entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches aktiv an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung. Die Qualitätssicherungsverfahren für die medizinische Rehabilitation sind:

- Therapeutische Versorgung (KTL)
- Reha-Therapiestandards (RTS)
- Peer Review der medizinischen Rehabilitation

- Rehabilitand*innenbefragung
- Sozialmedizinischer Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation (SMV)
- Strukturanforderungen und Strukturhebung
- Struktur der Rehabilitand*innen
- Strukturierter Qualitätsdialog (SQD)
- Visitationen in der medizinischen Rehabilitation

(a) Therapeutische Versorgung (KTL)

Prozessqualität - Die Erfassung der therapeutischen Leistung entsprechend der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL 2015) dient dazu, das therapeutische Geschehen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation abzubilden. Dabei werden Informationen zur Leistungsmenge, zur Leistungsdauer und zur Leistungsverteilung betrachtet.

(b) Reha-Therapiestandards (RTS)

Prozessqualität - Die Reha-Therapiestandards beruhen auf der Grundlage der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL 2015). Sie stellen die Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen dar, leisten einen Beitrag zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten und erhöhen die Transparenz von Gesundheitsleistungen. Ziel ist es, dass die Erbringung therapeutischer Leistungen während der Rehabilitationsbehandlung auf evidenzbasierter, wissenschaftlicher Grundlage erfolgt (RTS 2015).

(c) Peer Review der medizinischen Rehabilitation

Prozessqualität - Im Peer Review wird der individuelle Rehabilitationsprozess anhand von zufällig ausgewählten ärztlichen Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen durch erfahrene Ärzt*innen der entsprechenden Fachrichtung (Peers) bewertet. Grundlage für die Begutachtung des Einzelfalls ist eine Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale, deren Bewertungskriterien in einem Manual dargelegt sind. Ebenso erfolgt eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Rehabilitationsprozesses.

(d) Rehabilitand*innenbefragung

Ergebnisqualität - Befragungen zur Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot und dem Behandlungserfolg der Rehabilitation geben den Rehabilitand*innen die Möglichkeit, ihre Einschätzung zu verschiedenen Aspekten ihrer Rehabilitationsmaßnahme zu äußern und sich damit an der Qualitätssicherung zu beteiligen.

(e) Sozialmedizinischer Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation (SMV)

Ergebnisqualität - Der Erverbsverlauf der Rehabilitand*innen über einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation dient als Indikator für die Qualität der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme.

(f) Strukturanforderungen und Strukturhebung

Strukturqualität - Strukturanforderungen setzen einheitliche Standards an die personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung. In den Strukturhebungen wird die Erfüllung der Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung regelmäßig überprüft.

(g) Struktur der Rehabilitand*innen

Die Strukturmerkmale werden deskriptiv beschrieben und bieten fachabteilungsbezogene Auswertungen u. a. zu soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus und Diagnosen der Rehabilitand*innen.

(h) Strukturierter Qualitätsdialog (SQD)

Der strukturierte Qualitätsdialog zeigt Stärken und Schwächen auf und bietet Lösungsansätze für die kurz- und mittelfristige Verbesserung der Qualität. Dabei werden verschiedene Qualitätsdimensionen abgebildet und die Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren eingebunden. In einem partnerschaftlichen Dialog werden ggf. auftretende auffällige Qualitätsergebnisse besprochen.

(i) Visitationen in der medizinischen Rehabilitation

Visitationen bilden mehrere Qualitätsdimensionen ab und lassen die Ergebnisse anderer Qualitätssicherungsverfahren einfließen. Die Visitation erfolgt im Rahmen einer Begehung der Rehabilitationseinrichtung vor Ort. Dabei findet ein direkter Austausch mit der Einrichtung und den Rehabilitand*innen statt.

8.2 Internes Qualitätsmanagement

Das interne Qualitätsmanagement der Fachklinik Weser-Ems ist nach den Vorgaben der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert. Der Zertifizierung zu Grunde gelegt ist das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation anerkannte Verfahren „Qualitätssiegel GSB Reha“.

Mitglied im Qualitätsverbund

Die Fachklinik Weser-Ems ist Mitglied im Qualitätsverbund Suchthilfe der Diakonie. Der Qualitätsverbund ist eine Initiative der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen (ELAS). Die Mitgliedschaft ist per Marken-Lizenzvertrag geregelt. Zu den Aktivitäten im Qualitätsverbund gehören

- interne Rehabilitand*innenbefragungen
- Mitarbeitendenbefragungen
- QM-System-Audits und
- Qualitätsverbund-Treffen.

(a) Strukturqualität

Basis der Rehabilitationsbehandlung ist das wissenschaftliche Rehabilitationskonzept auf Grundlage einer evidenzbasierten Medizin. Dabei berücksichtigen wir zusätzlich genderspezifische Ansätze in der Behandlung.

Die Qualifikation der Mitarbeitenden und der Personalstand misst sich an den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung. Die Meldung des Personalstands erfolgt vierteljährlich.

Fortbildungen finden sowohl klinik- und verbundintern, als auch über den Bundesverband Suchthilfe e.V. (bus.) sowie die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) statt. Interne Qualitätszirkel zu den Bereichen Aufnahme, Behandlung, Diagnostik, Behandlungspfade und Behandlungsevaluation werden eingerichtet und interdisziplinär besetzt. Sie berichten regelmäßig und arbeiten externe Hinweise auf Qualitätsverbesserungen ein. Die systematische Reflexion der Ergebnisse im internen Qualitätsmanagement erfolgt kontinuierlich.

Supervision ist ein notwendiger und wichtiger Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Neben regelmäßigen Fallkonferenzen und interner kollegialer Supervision im interdisziplinär besetzten Team findet kontinuierliche externe Supervision statt.

Kontinuierliche Personalentwicklung gewährleistet die langfristige Bindung hochqualifizierter Mitarbeitender und trägt zur Mitarbeitendenzufriedenheit bei.

Sicherheits- und Brandschutzbeauftragte sowie Hygienebeauftragte sorgen in der Einrichtung für die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Ein schriftlicher Hygieneplan besteht für die Einrichtung. Unterstützt werden diese durch externe Fachkräfte (Fachkraft für Arbeitssicherheit/Arbeitsmediziner*in). Es finden regelmäßige Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses statt.

Umweltbewusstes Handeln ist Teil der Arbeitskonzeption und bezieht alle Handlungsebenen ein.

Die Gebote der Wirtschaftlichkeit werden beachtet. Die wirtschaftliche Planung der Einrichtung geschieht nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und unterliegt einer jährlichen Prüfung durch einen unabhängigen Dritten.

(b) Prozessqualität

Der gesamte Rehabilitationsverlauf wird in einem qualitätsgesicherten System dokumentiert. Darin werden insbesondere alle anamnestischen, diagnostischen und rehabilitationsspezifischen Daten aufgenommen. Die fortlaufende Statistik, Katamnese und Evaluation werden zeitnah über EDV gesichert.

Die Gewährleistung einer hohen Prozessqualität erfolgt durch Prozessbeschreibungen und die kontinuierliche Rückkoppelung von Daten an alle Prozessbeteiligten analog der geschaffenen Prozessabläufe und -pfade. Hierzu dienen ergänzend Dienstbesprechungen sowie regelmäßige interdisziplinäre Fallkonferenzen, die sowohl der fortlaufenden Therapiekontrolle als auch der Therapieentwicklung im Sinne der Qualitätssicherung und Evaluation dienen.

(c) Ergebnisqualität

Ständige interne Kontrollen der Ergebnisqualität finden in regelmäßigen Treffen der leitenden Mitarbeitenden und der Qualitätszirkel statt. Die daraus resultierenden

Veränderungsvorschläge werden an die Mitarbeitenden weitergegeben, diskutiert und nachfolgend umgesetzt.

Die Dokumentation der Behandlung wird zusätzlich in einem Dokumentationssystem durchgeführt. Weitere Impulse erfährt die Entwicklung der Ergebnisqualität aus den Daten der externen Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung, die laufend in die internen Abläufe einfließen.

(d) Datenschutz

Bei der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation fallen vielfältige personenbezogene Daten an. Sozialdaten sowie medizinische Daten unterliegen besonderen Geheimhaltungspflichten. Ziel und Zweck des Datenschutzes ist der Schutz personenbezogener Daten im Sinne des im Grundgesetz beschriebenen Rechts auf informationelle Selbstbestimmung unter Berücksichtigung der datenschutzrelevanten Bestimmungen des SGB. Ein*e Betriebsbeauftragte*r für den Datenschutz ist benannt. Alle Mitarbeitenden, die mit der Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu tun haben (Verwaltung, therapeutisch tätige Mitarbeitende, medizinisches Personal usw.) werden bei Neueinstellung und im Verlauf regelmäßig 1x jährlich im Datenschutz unterwiesen.

(e) Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene sind in einem Hygieneplan festgelegt. Berücksichtigt werden Rechtsregelungen auf EU-, Bundes- und Landesebene sowie die fachlichen Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI) und anderer Fachgesellschaften. Ein*e Hygienebeauftragte*r (Arzt*Ärztin oder Gesundheits- und Krankenpfleger*in) ist benannt. Der*die Hygienebeauftragte ist Teilnehmer*in des Arbeitsschutzausschusses. Die Mitarbeitenden im medizinischen Bereich sowie im Bereich Küche/Hauswirtschaft werden regelmäßig 1 x jährlich unterwiesen.

(f) Beschwerdemanagement

Ziel des Beschwerdemanagements ist es, die Belange des*der Beschwerdeführer*in ernst zu nehmen, der Beschwerde nachzugehen und den*die Beschwerdeführer*in zufrieden zu stellen. Dabei soll der Grund für die Beschwerde als möglicher Fehler erkannt und für Verbesserungen genutzt werden. Das Beschwerdemanagement der Klinik ist im internen Qualitätsmanagement in einer Verfahrensanweisung geregelt.

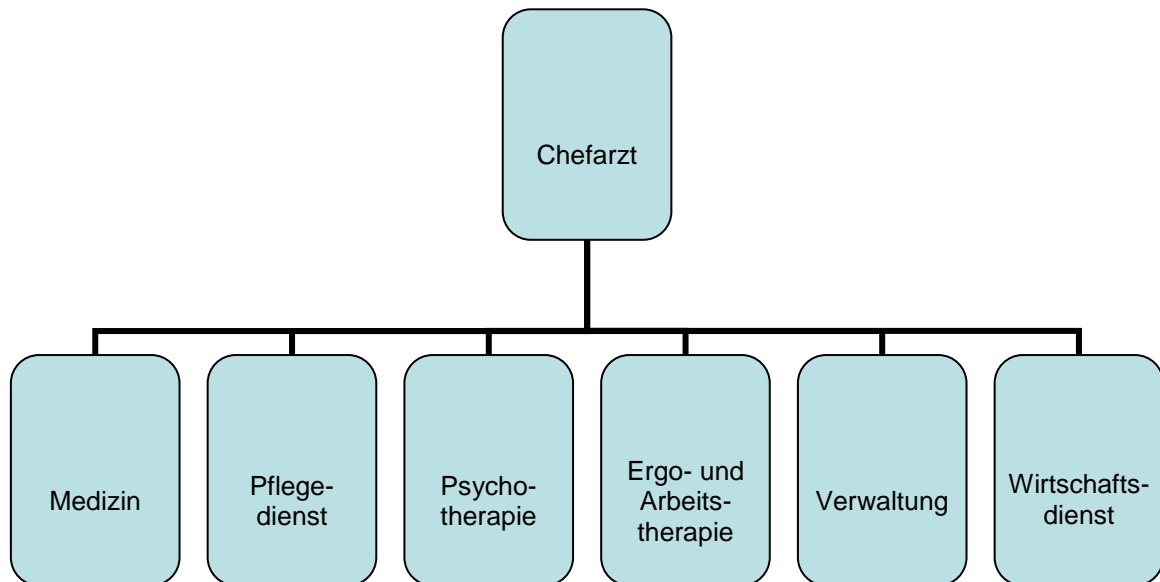
(g) Dokumentation

Die Gutachtenakte (Rehabilitand*innenakte der Leistungsträger) verbleibt bis zur Aufnahme im Aufnahmewesen (Aufbewahrung im Stahlschrank). Zur Aufnahme werden wesentliche externe Berichte (z. B. Sozialberichte, Befundberichte o. ä.) gescannt und in die elektronische Rehabilitand*innenakte (PATFAK) importiert. Der Zugang zur elektronischen Rehabilitand*innenakte ist über die programmeigene Rechteverwaltung geregelt. Die angelegte medizinische Akte (in Papierform) wird immer in einem Stahlschrank gesichert aufbewahrt. Inhalte dürfen weder kopiert noch in Hilfsakten (Verwaltung, Psychotherapie) abgelegt werden. Zugang haben Ärzt*innen, Pflegepersonal sowie (bei Bedarf) die Bezugstherapeut*innen. Die Führung der medizinischen Akte obliegt dem Bereich Medizin.

Nach Entlassung wird die Akte an den Schreibdienst weitergeleitet. Auch hier erfolgt die Aufbewahrung in einem gesicherten Stahlschrank.

9. Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation

Der Arbeit in unserer Fachklinik liegt folgendes Organigramm zugrunde:



Die Fachbereiche arbeiten multiprofessionell und interdisziplinär unter Gesamtverantwortung des Chefarztes zusammen. Dem multiprofessionellen und interdisziplinären Austausch dienen folgende Veranstaltungen:

- Hauskonferenz (Chefarzt und Bereichsleitungen), wöchentlich
- Bereichskonferenzen (alle Mitarbeitenden eines Bereiches), i.d.R. zweiwöchentlich
- Fallkonferenzen (hauptverantwortlich Chefarzt/Psychotherapeutische Leitung. Teilnehmende: Bezugstherapeut*innen, Arzt*Ärztin, Ergo- und Arbeitstherapeut*in, Sozialdienst), wöchentlich
- Teamsitzung (Mitarbeitende aller Fachbereiche), monatlich
- Vollversammlung (alle Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen), wöchentlich
- Gruppensprecher*innensitzung (hauptverantwortlich Chefarzt/Psychotherapeutische Leitung), wöchentlich.

Alle Arbeitsbesprechungen und Konferenzen werden durch Protokolle dokumentiert. Datenschutzrechtliche Vorschriften sind im Rahmen des Qualitätsmanagements dargestellt.

10. Notfallmanagement

Das Konzept für das Notfallmanagement (s. Anlage 3, mit Ablaufdiagramm) der Fachklinik Weser-Ems basiert auf folgenden Grundlagen:

- 24-stündige Präsenz des Pflegepersonals am Standort. Übergaben zwischen den Schichten sind geregelt und werden dokumentiert.
- Die diensthabenden Mitarbeitenden sind in Erste-Hilfe einschließlich CPR ausgebildet. Erste-Hilfe- und Notfallübungen werden jährlich durchgeführt.

- Die Notfallversorgung ist in Zusammenarbeit mit dem*der diensthabenden Bereitschaftsarzt*ärztin, dem kassenärztlichen Notdienst, dem Rettungsdienst, der Feuerwehr, der Polizei und den umliegenden Akutkrankenhäusern gewährleistet (Alarmierung siehe anhängender Prozessplan). Der Notfallplan ist allen Mitarbeitenden bekannt und Teil des internen Qualitätsmanagements.
- Standardnotfallkoffer („Ulmer Koffer“) mit Absaugmöglichkeit und Sauerstoffflasche sind im Pflegedienstzimmer vorhanden. Ein Defibrillator (AED) ist vor dem Pflegedienstzimmer öffentlich zugänglich. Die Notfallausrüstung wird regelmäßig auf ihre Einsatzfähigkeit überprüft.
- In allen Räumen, in denen sich Rehabilitand*innen alleine aufhalten können, sind Notrufanlagen gem. Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung angebracht.
- In allen Rehabilitand*innenzimmern sind Fluchtpläne angebracht. Alle Fluchtwege werden täglich auf Durchgang geprüft.
- Die Türen der Rehabilitand*innenzimmer sind mit einer zentralen Schließanlage ausgestattet, um im Notfall Zutritt zu gewährleisten.
- In Bereichen mit erhöhter Unfallgefahr befinden sich Erste-Hilfe-Kästen.
- Die Einhaltung der Brandschutzbestimmungen wird regelmäßig durch Fachkräfte überprüft. Es findet regelmäßig ein Probealarm mit Evakuierungsübung statt.
- Die Standorte notfallspezifischer Anlagen (Feuerlöscher, Notfallkoffer, Defibrillator, Erste-Hilfe-Kästen, Brandmeldeanlage, Gas/Wasserabspernung etc.) sind allen Mitarbeitenden bekannt und zugänglich.
- Informationen über wichtige Notrufnummern sind im Dienstzimmer vorhanden.
- Notfälle sind in die entsprechenden Dokumentationen einzufügen.

11. Fortbildung

Die interne Fort- und Weiterbildung dient der Aktualisierung und Erweiterung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten und informiert über neue ambulante und klinische Behandlungsformen. Sie beschäftigt sich insbesondere mit aktuellen medizinischen, psychotherapeutischen und ergotherapeutischen Forschungsergebnissen sowie Themen der Sozialarbeit.

Weiterhin werden Fortbildungen mit externen Referent*innen als Inhouse-Schulungen durchgeführt.

Mitarbeitende können bei Notwendigkeit auch externe Fort- und Weiterbildungsangebote wahrnehmen. Als wichtiges Instrument der Bedarfsermittlung und der Fort- und Weiterbildungsplanung werden die Mitarbeitendengespräche angesehen. Diese dienen neben der Ermittlung der Zufriedenheit und der Steuerung von Zielerwartungen auch zur Personalentwicklung. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung kann sich u. a. ergeben aus:

- wissenschaftlichen Fortschritten
- Weiterentwicklung des therapeutischen Konzeptes
- Stellenanforderungen
- strategischen Planungen
- Änderungen der Anforderungen der Leistungsträger
- Vorgaben bzw. Veränderungen sonstiger Anforderungen (Gesetze, Verordnungen o. ä.)
- Einführung neuer Software
- Mitarbeitendengesprächen / Wünsche von Mitarbeitenden
- Rückmeldungen aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und dem Notfallmanagement.

12. Supervision

Die psychotherapeutische Leitung führt vierzehntäglich mit den Bezugstherapeut*innen und Cotherapeut*innen eine interne Fallsupervision durch.

Externe Fallsupervision durch eine*n qualifizierte*n Supervisor*in (Psychologische*r Psychotherapeut*in und zertifizierte*r Supervisor*in) ist alle zwei Monate für therapeutisch tätige Mitarbeitende verpflichtend. Freiwillige Supervision für therapeutisch tätige Mitarbeitende findet im Rahmen von systemischer Aufstellungsarbeit viermal jährlich durch eine*n qualifizierte*n Supervisor*in statt (Dipl. Supervisor*in, Familienstellen)

Im Bedarfsfall werden weitere Supervisionstermine (z.B. Krisen- oder Teamsupervision, Leitungssupervision usw.) anberaumt.

13. Haus- und Therapieordnung

Die Hausregeln der Klinik sollen klar, transparent und übersichtlich, der Umgang damit sicher, wertschätzend und konsequent sein. Die Hausordnung soll Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen Orientierung bieten. Positives Verhalten soll verstärkt, dissoziales Verhalten abgebaut werden (s. Anlage 4).

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) 2014: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Hogrefe, Bern.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) 2009: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Hogrefe, Bern.
- Auchter, T./Strauss, L.V. 2003: Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) 2021: S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen.
- Baler, R.D./Volkow, N.D. 2006: Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. In: Trends in Molecular Medicine, 12.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) 2004: Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Frankfurt.
- BAR 2007: ICF-Praxisleitfaden, 2. Auflage, Frankfurt.
- Bühringer, G. 2000: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In: Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2, Springer, Berlin.
- Byron 2005, K.: A meta-analytic review of work-family-conflict and its antecedents. In: Journal of Vocational Behavior 67, S. 169-198.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; Hrsg.) 2005: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), München.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; Hrsg.) 2014: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), München.
- DRV Bund 2011 (Deutsche Rentenversicherung Bund): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit, Berlin.
- DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund) 2014: Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL), Berlin.
- DRV Bund 2015: Empfehlung zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Berlin.
- Felitti, V.J. 2002: Kindheitsbelastungen und Gesundheit im Erwachsenenalter. In: Zeitschrift Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 48, S. 359-369.
- Grawe, K. 1994: Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Göttingen.

- Grawe, K. 2004: Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen.
- Hardt, J./Rutter, M. 2004: Validity of adult retrospectiv reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. In: Psychology and Psychiatry; S. 260-273.
- Kernberg, O. F. 1988: Innere Welt und äußere Realität, Klett-Cotta, Stuttgart-München.
- Kernberg, O. F. 2006: Schwere Persönlichkeitsstörungen, Klett-Cotta, Stuttgart-München.
- Lüscher, C./Malenka, R. C. 2011: Drug-evoked synaptic plasticity in addiction: from molecular changes to circuit remodeling. In: Neuron, 69.
- Roediger, E. 2009: Praxis der Schematherapie, Schattauer, Stuttgart.
- Rost, W.D. 2001: Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett-Cotta, Stuttgart-München.
- Rudolf, G./Oberbracht, C./Grande, T. 1998: Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg, H/Buchheim, P./Cierpka, M./ Freyberger, H.J. (Hrsg.): OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S. 167-181.
- Rudolf G. 2014: Psychodynamische Psychotherapie, Schattauer, Stuttgart.
- Schiepek, G. 1999: Die Grundlagen der Systemischen Therapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Schoon J. 2002: Die Langzeitwirkung sozial-ökonomischer Benachteiligung auf die psychosoziale Anpassung von Frauen. In: Zeitschrift Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 48, S. 381-395.
- Schultz, W. 2011: Potential vulnerabilities of neuronal reward, risk and decision mechanisms to addictive drugs. In: Neuron, 69.
- Schuntermann, M.F. 2007: Einführung in die ICF – Grundkurs, Übungen, offene Fragen, ecomed Medizin, Landsberg.
- Tielking, K./Kuss, G. (Hrsg.) 2003: Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger, Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Oldenburg.
- Tretter, F. 2017: Sucht. Gehirn. Gesellschaft., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Tretter, F. 2000: Suchtmedizin. Schattauer, Stuttgart.
- Tretter, F./Albus, M. 2004: Einführung in die Psychopharmakotherapie, Thieme.
- Walter, M./Sollberger, D./Euler, S. 2016: Persönlichkeitsstörungen und Sucht, Kohlhammer, Stuttgart.

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ 2001: Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker [...] vom 04.05.2001.

WHO; Dilling, H. et al. (Hrsg.) 2011: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Kapitel V; F), Huber, Bern.

Yalachkov, Y./Kaiser, J./Naumer, M.J. 2012: Neurobiologische und kognitive Grundlagen der Sucht. In: Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie, 60 (3).

Young, J./Klosko, J./Weishaat, M. 2008: Schematherapie. Ein Praxisorientiertes Handbuch, Junfermann, Paderborn.