



Haus Niedersachsen

Adaption Hambühren

Rehabilitationskonzept

für die

**stationäre medizinische Rehabilitation von Alkohol- und
Medikamentenabhängigen mit besonderen sozialen und beruflichen
Problemlagen**

verfasst von

Gabriele Seiche-Heine



Haus Niedersachsen
Adaption Hambühren

Bezeichnung des Rehabilitationskonzeptes:

Stationäre medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und besonderen beruflichen Problemlagen

Leistungsform: stationäre medizinische Rehabilitation, Adaption

Bettenzahl und Zielgruppe: 7 Betten für die stationäre Adaption volljähriger Frauen und Männer

Hauptindikation: Alkoholabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit

Rechtsform der Einrichtung: gemeinnützige GmbH

Träger der Einrichtung: Haus Niedersachsen gGmbH

AG Hildesheim HRB 100 080, FA Gifhorn St.-Nr. 19/218/02569

Institutionskennzeichen (IK-Nr.): 510310016 - Abt.-Nr. 8500

Kontaktdaten:

Nienburger Straße 24, 29313 Hambühren

Tel.: 05084 5868

Fax: 05084 3435

E-Mail: hambuehren@haus-niedersachsen.de

Internet: www.haus-niedersachsen.de

Geschäftsführer: Matthias Hierzer

Ärztliche Leitung: Dr. med. Stefan Zander, Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie

Einrichtungsleitung: Ina Reichinger, Diplom-Pädagogin,
Systemische Familientherapie, Suchttherapie, Supervision i.A.

Inhaltsverzeichnis

1	Die allgemeinen Angaben zur Adaption Hambühren	5
1.1	Die Einrichtung	5
1.2	Die Fachabteilung	5
1.2.1	Der Kostenträger	5
1.2.2	Die Kooperationen	6
1.2.3	Die Barrierearmut	6
1.2.4	Das Nachsorgeangebot	7
1.2.5	Das Freizeitangebot	7
2	Die Struktur der Adaption Hambühren	7
2.1	Das räumliche Angebot	7
2.2	Die medizinisch-technische Ausstattung	8
2.3	Die personelle Besetzung	9
2.3.1	Das Fortbildungsangebot	11
2.3.2	Die Supervision	11
3	Die medizinisch-konzeptionellen Grundlagen der Adaption Hambühren	11
3.1	Die Indikationen/Kontraindikationen	12
3.1.1	Die Hauptdiagnosen	12
3.1.2	Die Nebendiagnosen	13
3.1.3	Die Ausschlusskriterien/Kontraindikationen	15
3.2	Die Rehabilitationsziele	17
3.2.1	Die Gesetzliche Grundlage	17
3.2.2	Die Reha-Ziele der Fachabteilung unter Berücksichtigung des biosozialen (Störungs-)Modells der WHO - ICF	18
3.2.3	Die Partizipative Vereinbarung von Therapiezielen mit den Rehabilitanden	22
3.3	Die abteilungsspezifische Therapieausrichtung	22
3.3.1	Die theoretisch/therapeutische Grundlage	23
3.3.2	Die biologische Grundlage	23
3.3.3	Die Indikationsspezifischen Besonderheiten	24
3.3.3.1	Das multimodale und nachsorgeorientiertes Therapieverständnis	24
3.3.3.2	Das berufsbezogene teilhabeorientierte Angebot	24
3.3.4	Die Reha-Therapiestandards	27
3.3.5	Die besonderen Schwerpunkte	30
3.3.5.1	Das teilhabebezogene externe Betriebspraktikum	30
3.3.5.2	Das teilhabeorientierte Adaptionsangebot für Frauen	32
3.4	Die Rehabilitationsdauer	34
4	Der Rehabilitationsablauf in der Adaption Hambühren	35
4.1	Das Therapieplanungsverfahren	36
4.1.1	Die Vorbereitung der Aufnahme	37

4.1.2	Die Aufnahme und die Planung des Behandlungsverlaufs	37
4.2	Die Rehabilitationsdiagnostik	40
4.2.1	Die allgemeine Basis- und indikationsbezogene Diagnostik	41
4.2.1.1	Die somatische Eingangsdiagnostik	42
4.2.1.2	Die psychische Eingangsdiagnostik	42
4.2.1.3	Die soziale Eingangsdiagnostik	42
4.2.2	Die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik	43
4.2.3	Die teilhabebezogene berufliche Diagnostik	43
4.3	Das interdisziplinäre Reha-Team	45
4.4	Die ärztlichen Aufgaben	45
4.5	Die Behandlungselemente	47
4.5.1	Die therapeutischen Aufgabenbereiche	47
4.5.1.1	Die einzeltherapeutischen Maßnahmen	47
4.5.1.2	Die gruppentherapeutischen Maßnahmen	48
4.5.1.3	Die Arbeitstrainingsmaßnahmen/Interne Belastungserprobung	50
4.5.1.4	Die Maßnahmen zur beruflichen Integration/externe Belastungserprobung	51
4.5.1.5	Die Alltagstrainingsmaßnahmen	52
4.5.2	Das beruflich-rehabilitative Angebot	56
4.5.3	Das Gesundheitstraining und die Patientenschulung	60
4.5.4	Einbeziehung der Angehörigen	61
4.6	Das Entlassungsmanagement	62
4.6.1	Die Entlassungsvorbereitung	62
4.6.2	Die Entlassung und die Nachsorge	62
4.7	Das Notfallmanagement	62
4.8	Das Hygienemanagement	63
5	Die Dokumentation der Adaption Hambühren	63
6	Der Datenschutz der Adaption Hambühren	65
7	Die Qualitätssicherung der Adaption Hambühren	65
8	Das Literaturverzeichnis	67
9	Die Instrumente	72
10	Die Anlagen	73

1 Die allgemeinen Angaben zur Adaption Hambühren

1.1 Die Einrichtung

Die Adaption Hambühren liegt am Rand der Kreisstadt Celle in der Lüneburger Heide. Sie verfügt dem entsprechend über eine gute Infrastruktur. Eine Bushaltestelle befindet in unmittelbarer Nähe mit einer Verkehrsanbindung in Richtung Celle oder in Richtung Schwärmtet. Therapeutisch bzw. medizinisch notwendige Fahrten sind über einen hausinternen Fahrdienst gewährleistet.

Die Adaptionseinrichtung Hambühren besteht in ihren Ursprüngen seit 1979 und wurde bis 2010 vom Gründerverein Verein THESU e.V. aus Celle betrieben. Seit dem 01.01.2011 gehört die Adaptionseinrichtung zur Haus Niedersachsen gGmbH und ist in deren Strukturen und Qualitätssicherungsverfahren eingebunden. Durch die Übernahme konnte die Fachkompetenz und Strukturqualität der Adaption Hambühren erheblich verbessert werden und sowohl zeitgemäße fachliche -, als auch Gebäudestandards realisiert werden.

2011 wurde die Adaption Hambühren erstmals nach DIN EN ISO 9001:2008 gemäß BAR-Anforderungen des § 20 SGB IX zertifiziert. Die Zertifizierung konnte nach den erfolgten Audits immer wieder verlängert werden. Für 2018 ist die Umstellung auf die DIN EN ISO 9001:15 vorgesehen.

Aufgenommen werden alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer aus dem gesamten Bundesgebiet.

1.2 Die Fachabteilung

Die Adaption Hambühren verfügt über 7 stationäre Betten (Einzelzimmer mit eigenem Bad).

In der Fachabteilung findet die zweite Phase der Medizinischen Rehabilitation „Sucht“ statt, die der ersten Phase in einer Suchtfachklinik Übergangslos folgen sollte. Die Adaptionsphase dient der Öffnung nach außen. Suchtfreies Leben soll unter weitgehend realen Alltagsbedingungen erprobt werden. Rehabilitanden-innen können hier die Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die zur Rückkehr ins Erwerbsleben und zur eigenverantwortlichen Lebensführung qualifizieren, unter abstinente Bedingungen trainieren.

Erfahrungsgemäß stellt die Schnittstelle zwischen dem Schutzraum, den die Fachklinik bietet und der Realität des gesellschaftlichen Lebens einen Übergang dar, der mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden ist. In der Klinik neu erworbene Bewältigungsstrategien sind noch nicht immer stabil anwendbar und Hochrisikofaktoren, wie z.B. Arbeitslosigkeit, familiäre - und Wohnungsprobleme, können noch nicht in jedem Fall in vollem Umfang allein bewältigt werden. An dieser Stelle leistet eine Adaptionsphase ihren Beitrag. Sie kann den bisherigen Therapieerfolg der Rehabilitanden/-innen festigen, deren Belastbarkeit verbessern und ihre soziale und berufliche Integration vorbereiten bzw. in die Wege leiten. Somit bietet die Adaption eine zusätzliche intensive, umfassende stationäre Behandlungsphase an.

1.2.1 Der Kostenträger

Federführender Kosten- bzw. Leistungsträger der Adaption Hambühren ist die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Den vertraglichen Rahmenbedingungen zur Behandlung haben sich, bis auf die Deutsche Rentenversicherung Bund, alle anderen Kosten- und Leistungsträger angeschlossen.

Eine Adaptionbehandlung steht folgenden Menschen offen:

- Versicherten der Deutsche Rentenversicherung (DRV) gemäß §15, SGB VI (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) und §26, SGB IX (Leistungen zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe), Leistungsvertrag nach §21, SGB IX sowie
- Hilfeempfängern des Sozialsystems gem. §53, SGB XII (Wiedereingliederung).

1.2.2 Die Kooperationen

Der Behandlungs- und Genesungsprozess bei Abhängigkeitserkrankungen geht u. E. über das stationäre Modul (Klinik, Adaption) hinaus. Wir sehen uns deshalb als Teil eines umfassenden Suchthilfesystems und arbeiten im Verbund mit anderen Leistungsanbietern eng zusammen (siehe **Anlage 1**).

Die Fachabteilung Hambühren verfügt über ein breites Spektrum an Kooperationen im Umfeld. Dazu bietet Celle als „Gesundheitsregion“ und Versorgungseinheit ein optimales Angebot. In Celle befindet sich u. a. ein modernes Akutkrankenhaus inkl. aller Fachabteilungen (AKH) sowie eine große Anzahl an flankierenden Einrichtungen. Darunter auch eine psychiatrische/psychosomatische Akutklinik und eine psychiatrische Tagesklinik, deren Träger das Klinikum Warendorf ist. Diverse Facharztpraxen stellen die ambulante medizinische Versorgung sicher.

Die Adaption Hambühren ist Mitglied im Therapieverbund Nord-Ost Niedersachsen. Für Kombinationsbehandlungen „Kombi-Nord“ bedeutet das, dass regelmäßige gemeinsame Fallkonferenzen mit anderen Institutionen des „Therapieverbundes“ Bestandteil des Angebotes sind, so dass konzeptionell abgestimmte ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Interventionsformen, nach Maßgabe des individuellen Verlaufs des Therapieprozesses (Bedarf), zielorientiert eingesetzt werden.

Zusätzlich gibt es eine enge Kooperation mit dem Verein „Freunde der Fachabteilung Bad Rehburg“. Der Verein bietet großzügige WGs für Suchtkranke, die bei Bedarf, im Anschluss an eine stationäre Behandlung, im Rahmen des „Ambulant betreutem Wohnens“ weiter begleitet werden können.

Zu allen Suchtberatungsstellen, betreuten WGs, gesetzlichen Betreuern, Schuldnerberatungsstellen und Selbsthilfegruppen im Umfeld bestehen konstruktive Kontakte, um eine reibungslose Weitervermittlung entlassener Rehabilitanden zu ermöglichen. Darüber hinaus ist die Adaption Hambühren Mitglied des sozialpsychiatrischen Verbundes im Landkreis Celle, in dem sie aktiv an der Weiterentwicklung der Versorgung und Teilhabe Betroffener mitarbeitet.

Als Kernstück unseres Programmes zur beruflichen Wiedereingliederung haben wir in Hambühren, Celle und Umgebung Kooperationen mit diversen mittelständischen Unternehmen / Betrieben aus allen Bereichen, von denen Betriebspraktikumsplätze für unsere Rehabilitanden bereitgestellt werden. Die externen Betriebspraktika sind ein wesentlicher Bestandteil unseres Therapieziels „berufliche Wiedereingliederung“.

Durch die Vernetzung der am Therapieprozess Beteiligten ist es möglich, die Diagnostik und Dokumentation eng abzustimmen. Die mit den Rehabilitanden erarbeitete Therapieplanung und die vorgesehenen Behandlungseinheiten können so bei Bedarf / Notwendigkeit während des Therapieprozesses jederzeit angepasst werden.

1.2.3 Die Barrierearmut

Barrierearmut besteht für Rehabilitanden/-innen mit Seh-, Hör- und Lernbehinderung. Für Gehbehinderte sollten vor der Aufnahme individuelle Absprachen getroffen werden, um eine Aufnahme zu ermöglichen. Die Aufnahme von adipösen Rehabilitanden/-innen ist, ausgehend

von umfangreicher Erfahrung, möglich. Es ist (mindestens) ein Behandlungsplatz dafür vorgesehen.

1.2.4 Das Nachsorgeangebot

Das Nachsorgeangebot der Adaption Hambühren umfasst alle zum Suchthilfesystem gehörenden üblichen Angebote und wird in Kooperation angeboten. Im Einzelfall kann ambulante Nachsorge im Rahmen von ambulant Betreutem Wohnen auch direkt durch die Adaption Hambühren angeboten werden, da seit dem 01.01.2015 eine entsprechende Leistungsvereinbarung zwischen der Haus Niedersachsen gGmbH und dem Landkreis Celle existiert. Die Leistungsvereinbarung gewährleistet, dass in der Adaption behandelte Suchtkranke, die sich im Anschluss an die Rehabilitations-Maßnahme im Raum Celle niederlassen wollen, jedoch noch besonderer Unterstützung bedürfen, in das „Ambulant Betreute Wohnen Sucht“ der Haus Niedersachsen gGmbH aufgenommen und durch die Adaption Hambühren ambulant begleitet werden können.

Unsere Erfahrung zeigt, dass durch einen effizienten, kleinschrittigen und längerfristigen Übergang in ein eigenständiges Leben Schwellen reduziert und potentielle Rückfallgefahren minimiert werden können. Sodass - mit entsprechenden Hilfen - auch arbeitsmarktfernen Rehabilitanden eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt möglich wird.

1.2.5 Das Freizeitangebot

Die Motivierung und Anregung zu eigenständiger Freizeitgestaltung ist fester Bestandteil des therapeutischen Konzeptes der Adaption Hambühren. Schon aufgrund ihrer Lage bietet die Samtgemeinde Hambühren, eingebettet in eine Heidelandschaft, vielfältige Erholungsmöglichkeiten und aktive Naturerlebnisse an. Celle als verkehrstechnisch gut erreichbare Stadt (Busse verkehren stündlich – Haltestelle in unmittelbarer Nähe), verfügt über diverse kulturelle und sportliche Angebote, die in Eigeninitiative genutzt werden können.

Neben der Nutzung des sozialen Nahraums der Adaption gibt es aber auch die Möglichkeit, die für die Ergo- bzw. Arbeitstherapie der Adaption vorgehaltenen Angebote (Garten, Holz- und Metallwerkstatt, Fahrradwerkstatt) frei zu nutzen. Sie stehen den Rehabilitanden/-innen in ihrer freien Zeit zur Verfügung und werden umfangreich von ihnen genutzt. Zusätzlich steht jedem/jeder Rehabilitanden/-in ein Fahrrad zur Verfügung, das sowohl für sportliche Zwecke als auch zur eigenen Beförderung frei genutzt werden kann.

Ausgerichtet auf das Ziel der sozialen Wiedereingliederung fördern wir Eigenaktivität und Eigenverantwortung bei der Freizeitgestaltung. Der offene Rahmen der Adaptionseinrichtung ermöglicht einerseits viel Eigeninitiative, andererseits werden strukturelle Defizite im Umgang mit freier Zeit schnell deutlich und können therapeutisch bearbeitet werden. Vor Beginn eines jeden Wochenendes steht die Besprechung der von den Rehabilitanden/-innen individuell geplanten Freizeitaktivitäten auf dem Therapieplan.

2 Die Struktur der Adaption Hambühren

2.1 Das räumliche Angebot

Das räumliche Angebot der Adaption Hambühren gliedert sich in drei Bereiche auf:

- **Den Wohn- und Therapiebereich** bilden 7 Einzelzimmer mit eigener Nasszelle. Die Zimmer sind zwischen 15 und 20 qm groß und beinhalten je ein Bett, einen Schrank, einen Schreibplatz und einen Sessel. Eigene kleinere Gegenstände können mitgebracht werden, um sich den Aufenthalt in der Adaption Hambühren angenehm zu gestalten.

Im Erdgeschoss befindet sich eine große Küche sowie ein ebenso großer Aufenthalts- und Essraum, die individuell für die persönliche Versorgung/den persönlichen Bedarf der Rehabilitanden genutzt werden können. Zusätzliche Räume zum Fernsehen und zur PC-Nutzung runden das Angebot ab.

Für die gruppentherapeutischen Aktivitäten gibt es zusätzlich einen ansprechenden Gruppenraum. Die Einzelgespräche finden in den Arbeitszimmern der jeweiligen Bezugstherapeuten / Ergotherapeuten statt, die dafür mit einer Sitzgruppe und entsprechendem Arbeitsmaterial ausgestattet sind.

- **Den Arbeits- und Ergotherapiebereich** bilden zwei Werkstätten für Holz- und Metallarbeiten, die sich auf dem Gelände befinden und in denen ein großer Teil der internen Arbeitstherapie / Arbeitserprobung stattfindet. Die Werkstätten sind mit entsprechenden Werkzeugen und Material ausgestattet, um den Rehabilitanden/-innen vielfältige Möglichkeiten der Erprobung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zu bieten. Zudem befindet sich hier auch eine Fahrradwerkstatt, in der jeder/jede Rehabilitand/-in ein Fahrrad vorfindet, das für die Zeit des Aufenthaltes genutzt werden kann.
- **Den großen Garten** der vielfältigen Zwecken dient. Er wird im Rahmen der internen Arbeitstherapie / Arbeitserprobung als therapeutischer Arbeitsbereich mit Obst- und Gemüseanbau sowie Ziergarten genutzt. Die entsprechende Ernte steht allen Rehabilitanden zur Verfügung. Zusätzlich dient er der Entspannung und Erholung der Rehabilitanden sowie der Geselligkeit. Ein Außengrill und diverse Sitzgruppen sind über den gesamten Garten verteilt.

Unterschiedliche Einkaufsmöglichkeiten, Banken und Ärzte sind fußläufig von der Adaption schnell erreichbar. Eine Bushaltestelle vor der Haustür bietet neben den hauseigenen Fahrrädern die Möglichkeit der Flexibilität und der Mobilität.

Die Nähe zu Celle schafft vielfältige Arbeits- und gute Unterstützungsmöglichkeiten für die Rehabilitanden, deren Hauptbehandlungsziel die soziale und berufliche Wiedereingliederung ist. Durch die geringe Platzzahl wird ein individuelles Beziehungsangebot geschaffen, das eine intensive therapeutische Begleitung gewährleistet und ein passgenaues individuell ausgerichtetes Hilfsangebot ermöglicht sowie kurzfristige Interventionschancen.

2.2 Die medizinisch-technische Ausstattung

Zur medizinisch-technischen Ausstattung der Adaption Hambühren gehören:

- ein Alkoholmessgerät (Alkometer von Dräger),
- diverse Drogenschnelltests (Laboruntersuchungen durch externes Labor),
- ein Defibrillator,
- ein Notfallkoffer.

Durch die externen Kooperationspartner sind bei Bedarf umfassende internistische, kardiologische sowie neurologische Disziplinen verfügbar, inklusive der bildgebenden Diagnostik.

Physiotherapie- und Bewegungstherapieangebote sind im nahen Umfeld der Adaptionseinrichtung vorhanden und werden nach Verordnung extern abgedeckt.

2.3 Die personelle Besetzung

Die personelle Besetzung in der Adaption Hambühren stellt sich mit ihrem interdisziplinären Team wie folgt dar:

Funktion	Grundausbildung	Zusatzausbildung	Aufgaben, Verantwortungsbereich
Leitender Arzt Dr. med. Stefan Zander	Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Neurophysiologie, Doppler, Neuroradiologische Diagnostik, Computertomografie, Akupunktur, Qualitätsmanagement	Ärztlich-therapeutische Leitung, Psychiatrische Versorgung
Einrichtungsleitung Ina Reichinger	Erziehungswissenschaften, Sozialpädagogik	Systemische Familientherapie, Integrative Suchttherapie, Supervision i.A.	Bezugstherapeutin, Gruppentherapeutin, Verwaltung, Dienstvorgesetzte, QM, Hygienebeauftragte, Brandschutz- und Umweltbeauftragte
Stellvertretende Einrichtungsleitung			Bezugstherapeutin, Gruppentherapeutin, Diagnostik
Fachtherapeutin Jessica Bahilik	Ergo- und Arbeitstherapeutin		Arbeitsanleitung, Kreative Gestaltung, Diagnostische Verfahren, Achtsamkeitstraining
Haustechniker Karsten Theuerkorn	Rohrnetzbauer		Haustechnik

Der aktuelle Personalstellenplan der Adaption wird kontinuierlich mit dem federführenden Leistungsträger abgestimmt.

Die allgemeinmedizinische Facharztpraxis Drs. Landgraff, Ostlandstraße 12, 29313 Hambühren hat im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung die hausärztliche Versorgung der Rehabilitanden/-innen der Adaption übernommen.

Die therapeutischen Berufsgruppen sind jeweils von Montag bis Freitag in der Zeit von 7.30 Uhr bis 16.00 Uhr anwesend. Darüber hinaus verfügt die Fachabteilung über eine 24-stündige Rufbereitschaft. Der jeweilige Rufbereitschaftsmitarbeiter ist jeweils in der Zeit von Dienstende bis zum nächsten Morgen, Dienstbeginn erreichbar. An den Wochenenden durchgehend von Freitag (Dienstende) bis Montag (Dienstbeginn). Samstags und sonntags findet jeweils ein Gesprächskontakt zwischen den Rehabilitanden/-innen und der diensthabenden Mitarbeiterin statt. Während des gesamten Zeitraums ist der diensthabende Mitarbeiter ständig erreichbar/ansprechbar. Die Rufbereitschaft wechselt wöchentlich, eine Vertretungsregelung ist festgeschrieben. In besonderen Notfällen ist das Allgemeine Krankenhaus Celle mit seiner Bereitschaftsdienstpraxis erreichbar.

Der tägliche Therapieplan sieht folgende Struktur vor:

Wochentag	Tägliches Therapieangebot von Montag bis Freitag	
Montag	07:30 - 08:30	Gemeinsames Frühstück mit Frühbesprechung
	08:30 - 09:00	Alltagsbewältigungstraining
	09:00 - 12.00	Metallwerkstatt
	13:00 - 14:00	Gruppentherapie
	14:00 - 16:00	Interne Arbeitstherapie
	19:30	Selbsthilfegruppe oder Besuch einer anderen Gruppe nach eigener Wahl
Dienstag	07:30 - 08:30	Gemeinsames Frühstück mit Frühbesprechung
	08:30 - 09:00	Alltagsbewältigungstraining
	09:00 - 12:00	Aktivitäten des täglichen Lebens (Kochen, Hauswirtschaft)
	13:00 - 16:00	Interne Arbeitstherapie
Mittwoch	07:30 - 08:30	Gemeinsames Frühstück mit Frühbesprechung
	08:30 - 09:00	Alltagsbewältigungstraining
	09:00 - 12:00	Interne Arbeitstherapie
	13:00 - 14:00	Gruppentherapie
	14:00 - 16:00	Interne Arbeitstherapie
Mittwoch	07:30 - 08:30	Alltagsbewältigungstraining
	08:30 - 09:00	Frühbesprechung
	09:00 - 12:00	Interne Arbeitstherapie
	13:00 - 14:00	Gruppentherapie - Auswertung Arbeitstherapie
	14:00 - 16:00	Interne Arbeitstherapie
Donnerstag	07:30 - 08:30	Gemeinsames Frühstück mit Frühbesprechung
	08:30 - 09:00	Alltagsbewältigungstraining
	09:00 - 10:45	Gesundheitstraining
	11:00 - 13:00	PC-Training
	13:30 - 15:00	Soziales Engagement/Außenorientierung
	15:00 - 17:00	Freizeitkompetenz in der Praxis
Freitag	07:30 - 08:30	Sport/Walking
	09:00 - 10:00	Gemeinsames Frühstück
	10:00 - 11:00	Frühbesprechung/Wochenendplanung
	11:00 - 12:00	Gruppentherapie - Therapieziele
	12:00 - 13:00	Alltagsbewältigungstraining

Einzelkontakte/Einzelgespräche mit den Bezugstherapeuten/-innen finden nach Absprache statt. Mindestens aber ein- bis zweimal wöchentlich. Cogpack und Rechtschreibtraining werden den Rehabilitanden/-innen nach Bedarf angeboten.

2.3.1 Das Fortbildungsangebot

Die Mitarbeiter/-innen werden jährlich zu folgenden Themen unterwiesen:

- Arbeitssicherheit,
- Umgang mit Gefahrenstoffen,
- Brandschutz,
- Hygiene,
- Datenschutz,
- Erste Hilfe für die betrieblichen Ersthelfer/-innen,
- Notfallschulungen mit Reanimationstraining (AED),
- Notfallschulung für alle Mitarbeiter zum Training der Rettungskette finden jeweils 1 x jährlich statt,
- Regelmäßige fachbezogene interne Fortbildungen finden innerhalb der Fachteams statt,
- QM-Schulungen und Qualitätszirkel.

Externe Fortbildungen und mehrteilige Weiterbildungen der Mitarbeiter/-innen werden zur Personalentwicklung gezielt durch das Unternehmen gefördert. Sie werden zielgerichtet zur konzeptionellen Weiterentwicklung der Adaption Hambühren eingesetzt.

2.3.2 Die Supervision

Da es in der medizinischen Behandlung insbesondere um die Auseinandersetzung und die therapeutische Beziehung mit den Rehabilitanden/-innen geht, müssen die Mitarbeiter/-innen in der Lage sein, diese Auseinandersetzung bzw. Beziehung professionell zu gestalten. Hierfür soll sowohl die Intervention als auch die Supervision Unterstützung bieten.

Fall- bzw. Teambesprechungen finden mit der therapeutischen Leitung täglich statt. Eine Supervision speziell für das therapeutische Team mit einem anerkannten externen Supervisor findet monatlich statt. An der Supervision können alle Mitarbeiter/-innen, die Bedarf an Unterstützung haben, teilnehmen.

3 Die medizinisch-konzeptionellen Grundlagen der Adaption Hambühren

Die Grundlage unseres Rehabilitationskonzeptes bildet das bio-psycho-sozialen (Störungs-) Modell der ICF (internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), WHO 2006), das auch von der Deutschen Rentenversicherung als Bezugsmodell für die medizinische Rehabilitation herangezogen wird. Das Modell sieht Krankheiten / Störungen vor dem Hintergrund ihrer bio-psycho-sozialen Bedingungen bzw. Auswirkungen und fordert daher eine multiaxiale Diagnostik und mehrdimensionale Therapieansätze zur Erreichung von Rehabilitationszielen. In der Praxis orientieren wir uns an den Lehrbüchern von Lindemeyer (Alkoholabhängigkeit, 2005;), Heinz, A.; Batra, A. (Neurobiologie der Abhängigkeit, 2002) sowie an der Literatur der sozialmedizinischen und Reha-Forschung z.B. Linden, M. (Internationale Daten...2014).

Die Adaption Hambühren arbeitet fachübergreifend mit dem ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), ein Instrument zum Zwecke:

- der Beschreibung von Funktions- und Aktivitätseinschränkungen oder Barrieren,
- der teilhabeorientierten Zielvereinbarung,
- zur individuellen Gestaltung der Rehabilitationsplanung sowie
- zur Überprüfung der erreichten Rehabilitationsziele.

Die Terminologie des ICF-Modells dient darüber hinaus der gemeinsamen Verständigung mit anderen Leistungsträgern der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, den Anbietern der Nachsorge und Weiterbehandlung sowie ggfs. mit den Trägern der Arbeitsvermittlung und der Eingliederungshilfe.

3.1 Die Indikationen/Kontraindikationen

3.1.1 Die Hauptdiagnosen

Die Hauptdiagnosen der Fachabteilung lassen sich nach ICD 10 GM wie folgt darstellen:

F 1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F 10 Alkohol

F 13 Sedativa oder Hypnotika

F 17 Tabak

.1 Schädlicher Gebrauch

„Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschäden führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Missbrauch psychotroper Substanzen“

.2 Abhängigkeitssyndrom

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

.1 „Chronischer Alkoholismus.“

.20 „gegenwärtig abstinent“

.21 „gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung“

F 19 Multipler Substanzgebrauch

„Diese Kategorie ist beim Konsum von zwei und mehr psychotropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn eine oder mehrere der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen.“

- .1 „Schädlicher Gebrauch“
- .2 „Abhängigkeitssyndrom“
 - .20 „gegenwärtig abstinent“
 - .21 „gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung“

3.1.2 Die häufigsten Reha-Diagnosen

Die am häufigsten in der Adaption behandelten Diagnosen nach ICD 10 GM sind:

F 10 Alkohol

F 13 Sedativa oder Hypnotika

- .1 „Schädlicher Gebrauch“
- .2 „Abhängigkeitssyndrom“
 - .20 „gegenwärtig abstinent“
 - .21 „gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung“

3.1.2 Die Nebendiagnosen

Die Nebendiagnosen, die in der Fachabteilung vorkommen lassen sich nach ICD 10 GM wie folgt darstellen:

F 3 Affektive Störungen

„Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Aktivität entweder zur Depression – mit oder ohne begleitende Angst – oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.“

F 32 Depressive Episode

„Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Inkl. Episoden von: depressiver Reaktion, psychogener Depression, reaktiver Depression.“

F 32.0 Leichte depressive Episode

„Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.“

F 32.1 Mittelgradige depressive Episode

„Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und

der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.“

F 33 Rezidivierende depressive Störung

„Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar danach auftreten. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

Inkl.: Rezidivierende Episoden (F33.0 oder F33.1).“

F 33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

„Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode leicht ist (siehe F32.0), ohne Manie in der Anamnese.“

F 33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

„Eine Störung, d. durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist (siehe F32.1), ohne Manie in der Anamnese.“

F 33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

„Die Kriterien für eine der oben beschriebenen Störungen F33.0-F33.3 sind in der Anamnese erfüllt, aber in den letzten Monaten bestehen keine depressiven Symptome.“

F 4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F 40 Phobische Störungen

„Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen Furcht ertragen. Die Befürchtungen der Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühle beziehen, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.“

F 41 Andere Angststörungen

„Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.“

F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

„Die Störungen dieses Abschnitts unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat

und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen („life events“) den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen dieses Kapitels auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heißt, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären. Im Gegensatz dazu entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnitts können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien verhindern und aus diesem Grund zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.“

F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F 60 Persönlichkeitsstörungen (F 60.1 bis F 60.8)

„Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meist stabil und gehen mit vielfältigen Formen persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.“ (ICD 10)

3.1.3 Die Ausschlusskriterien/Kontraindikationen

Aus der Tatsache, dass es sich bei der „Medizinischen Rehabilitation Sucht“ um ein gestuftes Modell mit verschiedenen Modulen handelt, ergibt sich für das Behandlungsmodul Adaption, dass es sich als Folgebehandlung nach bereits absolvierter stationärer Therapie (Entwöhnungsbehandlung) zu verstehen hat. Adressaten sind demnach Rehabilitanden, die auf Grund:

- der Schwere ihrer Erkrankung bzw. ihrer Schädigung,
- ihrer defizitären Persönlichkeitsentwicklung,
- zusätzlicher psychiatrischer oder somatischer Diagnosen,
- nicht ausreichender Ressourcenlage,
- unzureichender sozialer und beruflicher Integration,

eine zusätzliche intensive stationäre Behandlung und ein unterstützendes therapeutisches Setting über einen längeren Zeitraum in wertschätzender Atmosphäre benötigen.

Eine erfolgreiche Behandlung erfordert den persönlichen Einsatz der Rehabilitanden. Deshalb achten wir als erstes darauf, dass:

- die Behandlung auf freiwilliger Basis erfolgt,
- eine tragfähige Therapiemotivation vorhanden ist,
- eine Entwöhnungsbehandlung vorangegangen ist, bzw. bei Therapiebeginn,
- Suchtmittelfreiheit besteht.

Im Rahmen der Adaptionsmaßnahme können Rehabilitanden/-innen mit folgender Problematik **nicht** behandelt werden:

- akute psychiatrische Erkrankungen/Krisen, wie z.B. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis,
- akute Suizidalität,
- schwere hirnorganische Störungen,
- Erkrankungen mit Pflegebedürftigkeit,
- Jugendliche unter 18 Jahre,
- erhebliche Kommunikation erschwerende Erkrankungen und geistige Behinderungen,
- massiv eingeschränkte Mobilität z.B. im Rahmen einer Polyneuropathie und Ataxien miteherheblicher Pflegebedürftigkeit,
- im Vordergrund stehender akutmedizinischer Behandlungsbedarf,
- Suchtkranke mit der Hauptdiagnose Drogenabhängigkeit und
- Suchtkranke, die sich gegenwärtig in Substitutionsbehandlung befinden.

Die Sinnhaftigkeit der Behandlung eines Rehabilitanden/-innen mit folgender Problematik muss zunächst geprüft werden:

- Rehabilitanden/-innen, die eine unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten und bei denen eine berufliche Tätigkeit dauerhaft nicht mehr in Betracht kommt,
- Altersruhegeldempfänger/-innen,
- während der Rehabilitation vorübergehend akut somatisch oder seelisch (wieder)erkrankte Rehabilitanden/-innen, die wegen Minderbelastbarkeit/Überforderung an den Therapieangeboten der Adaption nicht teilnehmen können,
- Rehabilitanden/-innen mit dauerhaften Beeinträchtigungen in einem Schweregrad, die eine komplette Teilnahme an BORA spezifischen Maßnahmen unmöglich macht.

Grundsätzlich sollten für die Rehabilitationsmaßnahme folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- erklärte Behandlungs- und Abstinenzmotivation,
- ausreichende Krankheitseinsicht und Akzeptanz,
- Bereitschaft zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung,
- Fähigkeit und Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der Behandlung,
- Grundsätzliche Bereitschaft, Veränderungsprozesse zuzulassen,

- Fähigkeit und Bereitschaft den Therapieplan und die Hausordnung einzuhalten.

3.2 Die Rehabilitationsziele

3.2.1 Die Gesetzliche Grundlage

Die Haus Niedersachsen gGmbH bietet in der Adaption Hambühren im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rehabilitation für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen und Männer auf folgender gesetzlicher Grundlage an:

„Nach dem Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) – gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (siehe § 2 SGB IX). Das SGB IX basiert bezüglich Modell und Begrifflichkeit auf der ICF. Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung.“ (Arbeitshilfe ... Heft 12)

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind definiert in SGB VI, §15:

„Allgemeines Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden.“ (Arbeitshilfe ... Heft 12)

Die Leistungen zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe sind definiert in SGBIX §26:

„Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Bei Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder vergleichbaren Einrichtungen umfasst die Zielsetzung auch, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern. Vorrangiges Ziel ist die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wenn dieses nicht bzw. noch nicht erreicht werden kann, die Eingliederung auf einem besonderen Arbeitsmarkt.“

„Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu ermöglichen, die die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen umfasst. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedeutet, dass der betroffene Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit entsprechend seinen Neigungen und daran beteiligen kann.“ (Arbeitshilfe ... Heft 12)

3.2.2 Die Reha-Ziele der Fachabteilung unter Berücksichtigung des bio-sozialen (Störungs-)Modells der WHO - ICF

Das Krankheitsverständnis der Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit der Fachabteilung orientiert sich an den Konzepten des ICD 10/12 und des DSM-IV. Danach ist Abhängigkeit zu betrachten als eine Kombination bzw. Kumulation bestimmter Merkmale abweichenden Konsumstils:

- einer immer stärker werdenden Suche nach Konsumgelegenheiten,
- einer Erhöhung von Konsummenge und -toleranz und
- der Entwicklung von Entzugserscheinungen.

Wie jedes psychiatrische Krankheitsbild hat auch die Abhängigkeitserkrankung eine komplexe multikausale Pathogenese, in der psychosoziale Faktoren, psychologische, biologische, genetische, prägende Lebensereignisse (life-events) und konstitutionelle Faktoren Einfluss auf die Entwicklung dieses Krankheitsbildes nehmen. Von daher orientieren wir uns am bio-psycho-sozialen Modell der WHO (Egger 2005) und verfolgen einen ganzheitlichen Behandlungsansatz.

Durch die zunehmende Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankung, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist die ICD 10 durch das „Internationale Klassifikationssystem of Functioning (ICF)“ der WHO ergänzt worden. Ziel der ICF sind nicht mehr die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität), sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung nicht nur auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, sondern die Behandlungsmaßnahmen richten sich auf die Überwindung der durch eine Erkrankung entstehenden Beeinträchtigung des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe, sowohl am Arbeitsleben als auch am gesellschaftlichen Leben aus. *„Für die Auswahl der im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionsprogramme sind neben der (Grund-) Erkrankung Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses vor dem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen maßgeblich (finale Orientierung). Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der WHO entwickelte internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung. Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren und weiter gefasst als der Behinderungsbegriff gemäß SGB IX, der sich vor allem auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht.“* (Arbeitshilfe ... Heft 12))

Der zentrale Begriff zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit (functioning). Danach ist eine Person funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der *Kontextfaktoren*: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren):

1. *„ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches, dies schließt auch psychische Funktionen mit ein) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),*
2. *sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),*
3. *sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).“*

Im „ICF-Praxisleitfaden 2“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008 wird dieses Konzept wie folgt schematisch dargestellt:

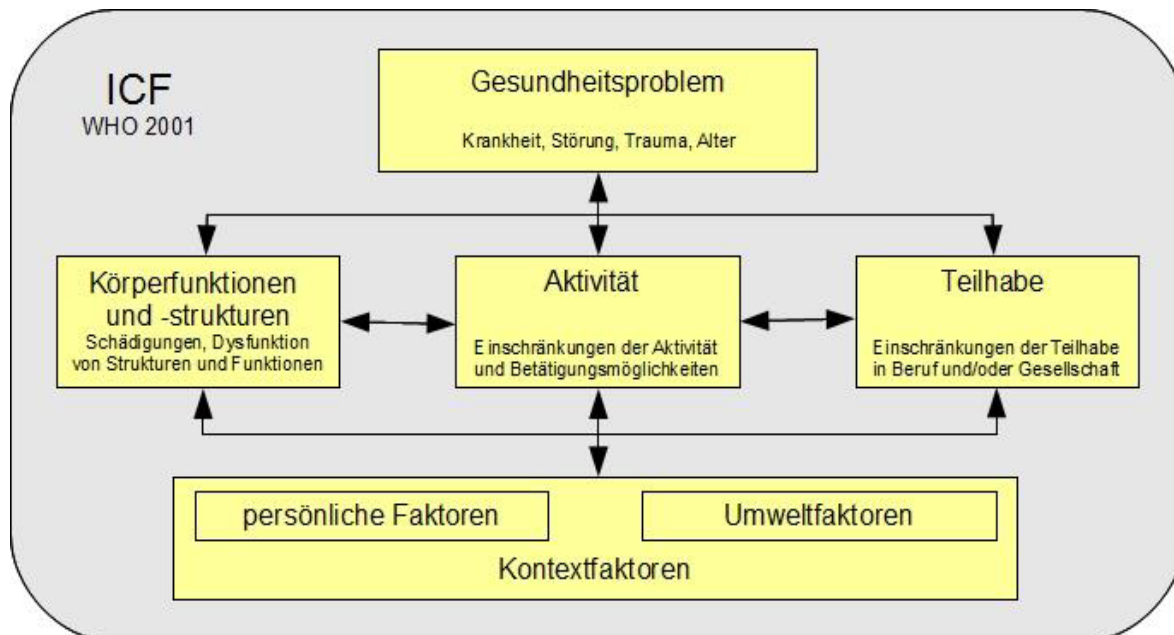


Abbildung 1, Quelle: WHO (HRSG (2001), deutsche Fassung 2004

Körperfunktionen und Körperstrukturen sind:

- Globale mentale Funktionen,
- Strukturen des Nervensystems,
- Sinnesfunktionen und Schmerz,
- Funktionen und Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und Atmungssystems,
- Funktionen des Stoffwechsels, Verdauungs- und endokrinen Systems und damit im Zusammenhang stehende Strukturen,
- Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems und damit im Zusammenhang stehende Strukturen,
- Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen und damit im Zusammenhang stehende Strukturen.

Bezogen auf Abhängigkeitserkrankten sind nach den Ausführungen der Deutschen Rentenversicherung auf der Ebene der „Körperfunktionen und Körperstrukturen“ insbesondere das zentrale Nervensystem und die damit verbundenen mentalen Funktionen wie Orientierung, Gedächtnis, Antrieb, Schlaf, Selbstwahrnehmung und die ganze Bandbreite der emotionalen Funktionen betroffen. Angst, Verunsicherung oder Depressivität sind zu berücksichtigen. Im Bereich des peripheren Nervensystems können Sinnesfunktionen wie Tasten oder Temperaturwahrnehmung beeinträchtigt sein. Weitere häufige Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen manifestieren sich in Form typischer Folgeerkrankungen, beispielsweise an Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse und Herz.

Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation) sind:

- Lernen- und Wissensanwendung,
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
- Kommunikation,
- Mobilität,
- Selbstversorgung,
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
- Erziehung/Bildung,
- Arbeit und Beschäftigung,
- Gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Auf der Ebene der „Aktivitäten und Teilhabe“ sind lt. der Deutsche Rentenversicherung für die Abhängigkeitserkrankungen unter anderem das Ausmaß der bestehenden Beeinträchtigungen, sowie das Profil der noch verbliebenen Fertigkeiten, Tätigkeiten und Ressourcen von Rehabilitanden in Alltag und Beruf von Bedeutung. Einschränkungen der Aktivitäten bei Abhängigkeitserkrankungen können sich zum Beispiel im Bereich von Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsaufgaben, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen oder im Bereich der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz (Umgang mit Stress, Zeitdruck, psychische Anforderungen, Verantwortung, Schichtarbeit) ergeben. Die individuellen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit modifizieren die subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen.

Die Teilhabe betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogenenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Zu den Lebensbereichen zählen unter anderem Ausbildung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Familie und Haushaltsführung, sowie Freizeit und Benutzung von Verkehrsmitteln. Eine Einschränkung der Teilhabe kann sich zum Beispiel aus beruflichem Abstieg, Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolierung und Stigmatisierung oder Verlust sozialer Unterstützung ergeben und ihrerseits wiederum zu einem gesundheitlichen Risiko werden.

Kontextfaktoren spiegeln den gesamten Lebenshintergrund einer Person, also alle umwelt- und personenbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder hemmend (Barrieren) wirken.

Zu den Umweltfaktoren gehören:

- Soziale Unterstützung und Beziehungen (z.B. durch Familie, Freunde, Bekannte, Vorgesetzte, Mitarbeiter),
- Einstellungen (z.B. zur Familie, zu Angehörigen, Freunden), Werte, Überzeugungen,
- Dienste und Systeme (z.B. Angebote zur sozialen Sicherheit, des Gesundheitswesens),
- Produkte und Technologien (z.B. zur Kommunikation, zur Bildung/Ausbildung, zur Mobilität, für die Erwerbstätigkeit).

Zu den personenbezogenen Faktoren gehören:

- Alter,
- Geschlecht,
- Bildung,
- Beruf,
- Erfahrung,
- Persönlichkeit,
- andere Gesundheitsprobleme,
- Lebensstil und
- Gewohnheiten.

Die Basis, für die in der Adaption Hambühren umzusetzenden konkreten Behandlungsziele, findet sich in den oben beschriebenen Kriterien der ICF mit den Ebenen: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe und Kontextfaktoren. Sie sind ausschlaggebend und richtungsweisend für unsere Arbeit.

Die individuellen Rehabilitationsziele jedes Rehabilitanden/-in werden aus der Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabeanalyse (sowohl ressourcen- als auch störungsspezifisch) abgeleitet, aus der ersichtlich wird, was den betreffenden Menschen bei der selbstständigen Bewältigung bzw. Gestaltung seines Lebens fördert oder beeinträchtigt.

Wichtige Teilhabeziele nach ICF im Rahmen einer Adoptionsmaßnahme sind u. E. typischerweise:

- Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung (D 1.3),
- Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung (D 1.4),
- Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit (D 1.5),
- Klärung der beruflichen Situation (D 1.6),
- Aufbau von sozialen Beziehungen (D 2.1),
- Bearbeitung interpersoneller Probleme im familiären Bereich (D2.3),
- Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft (D 2.4),
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen Bereich (D3.1),
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich (D 3.2.),
- Verbesserung der Freizeitgestaltung (D 4),
- Verbesserung der Alltagsbewältigung (D 5),
- Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (D 6).

Die Erarbeitung, Überprüfung, ggf. Veränderung von Therapiezielen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Rehabilitanden/-innen und wird in den Behandlungsplan eingearbeitet. Ebenso wird die Ergebnisbesprechung am Ende der Therapie mit den Rehabilitanden/-innen und allen Fachbereichen gemeinsam ausgewertet.

3.2.3 Die Partizipative Vereinbarung von Therapiezielen mit den Rehabilitanden

Die Therapieziele sind das Kernstück unserer „Rehabilitations-Behandlungsplanung“, da ihre individuelle Stimmigkeit wesentlich zu dem Gelingen der Rehabilitationsmaßnahme beiträgt. Grundsätzlich besteht die Behandlung aus einer auf den Einzelfall zugeschnittenen Kombination von psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen, medizinisch/psychiatrischen, psychopharmakotherapeutischen und arbeits- bzw. ergotherapeutischen Maßnahmen. Daraus entsteht für jeden Rehabilitanden ein individuelles Behandlungsprofil. Der Umfang und das Setting der Behandlung richten sich maßgeblich nach den diagnostizierten Störungen (Risikofaktoren, Beschwerden, Einschränkungen und Beeinträchtigungen nach ICF) und den erhobenen Ressourcen/Kompetenzen (Fähigkeiten und Fertigkeiten). Im Mittelpunkt der Therapieplanung steht die gemeinsame Erarbeitung der Therapieziele, die mit der Auseinandersetzung über die Lebensgeschichte, die aktuelle Lebenssituation und die Erfahrungen der Rehabilitanden/-innen beginnt. Die Therapieplanung soll sich maßgeblich an den Zielen der Rehabilitanden/-innen orientieren. D.h., dass eine individuelle Absprache über die schwerpunktmäßige Thematik der Behandlung getroffen wird, der zeitliche Rahmen geklärt wird und eine Absprache darüber erfolgt, ob Familienangehörige aktiv in die Therapie in Form von Familien- oder Paargesprächen einbezogen werden sollen. Diese erste gemeinsame diagnostische Einschätzung und Verlaufsplanung soll den Rehabilitanden Sicherheit und Orientierung bezüglich der vor ihnen liegenden therapeutischen Wege geben.

Im Rahmen der Therapieplanung werden ebenso die therapeutischen Angebote festgelegt. Der individuelle Behandlungsplan enthält neben allen Befunden, Angaben über Art/Inhalt, Form und Umfang der einzelnen therapeutischen Maßnahmen. Die Schwerpunkte der Behandlungsplanung werden dann erstmalig in der zweiten Behandlungswoche, in der ersten Sitzung zur „Interdisziplinären Diagnostik und Therapieverlaufsbesprechung“, festgelegt.

Die mit den Rehabilitanden/-innen vereinbarte individuelle Behandlungsplanung findet sich sowohl in der Papierakte als auch in der elektronischen Akte wieder. Im weiteren Verlauf der Behandlung werden die vereinbarten Therapieziele regelmäßig auf den Grad des Erreichens und ihrer Stimmigkeit überprüft und im Rahmen der prozessualen Diagnostik und adaptiven Indikationsstellung ggf. verändert. Grundlage für die Bewertung sind die regelmäßig stattfindenden Rehabilitandenbefragungen zur Zielerreichung und die regelmäßigen Sitzungen zur „Interdisziplinären Diagnostik und Therapieverlaufsbesprechung“. Eine gemeinsame Neubewertung der Situation eines Rehabilitanden wird in der Regel zu einer neuen Indikationsstellung und einer Modifikation des Behandlungsplanes führen und ggf. in besonderen Fällen zu einem Wechsel des therapeutischen Settings in Form von Verlegung.

Je nach Indikationsstellung nimmt jeder Rehabilitand an den im Behandlungsplan festgelegten Therapieangeboten des entsprechenden Behandlungsmoduls in der entsprechenden Behandlungsphase teil.

3.3 Die abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Unser Menschenbild ist geprägt von einer christlich humanistischen Werteorientierung und den ethischen Prinzipien humanistischer und tiefenpsychologischer Sichtweisen. Darüber hinaus sehen wir den Menschen als ganzheitliches Wesen, das seelisch, körperlich, geistig und sozial mit der Umwelt verbunden ist. Befindlichkeitsstörungen und Symptome werden deshalb nicht isoliert, sondern immer in Bezug zur aktuellen Lebenssituation gesehen. Wir arbeiten auf der Basis eines multimodalen Therapieansatzes, der tiefenpsychologische, integrative und familientherapeutische Elemente, sowie Elemente aus dem Psychodrama integriert. In erster Linie betrachten wir den einzelnen Menschen jedoch auf dem Hintergrund seiner sozialen Systeme. (Ludewig, 2002; Berg, I. K., Miller, S. D., 2009; Sydow u.a., 2007).

Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch über ein vielfältiges Reservoir psychischer Systeme verfügt, in denen er sich bewegt und deren Mitgliedschaft er in jeder aktuellen Interaktion verkörpert. Aber erst in der Erkenntnis von „Ich und Du gleich Wir“ und in deren Kommunikation

entsteht ein soziales System. Mitgliedschaften in sozialen Systemen sind störanfällig und produzieren „Probleme“. „Systemisches Denken“ erlaubt es, zu überkommenen einheitlichen Vorstellungen in der Betrachtungsweise von Problemen auf Abstand zu gehen und den Betrachtungsfokus je nach Bedarf variabel einzustellen, um so aus verschiedenen Perspektiven ebenso verschiedene wie gültige Phänomene hervorzubringen – sofern sie nützlich und vertretbar sind.“ (Ludewig 2015). Dieser lösungsorientierte Ansatz ist handlungsleitend für uns.

3.3.1 Die theoretisch/therapeutische Grundlage

Bei der Adaption Hambühren handelt es sich um eine Reha-Einrichtung, die ausschließlich der Behandlung von Suchtkrankheiten vorbehalten ist. D. h. alle Rehabilitanden/-innen, die zu uns kommen, sind als „abhängig“ zu betrachten. Diese Tatsache setzt einen spezifischen, suchtorientierten theoretischen Blickwinkel bzw. Behandlungsansatz für die Rehabilitation voraus. Je nach Therapieschule erklären verschiedene Theorien den beginnenden Suchtmittelgebrauch, die anschließende Gewöhnung, die Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens und das Rückfallgeschehens aus ihrer Sichtweise. Wir betrachten Sucht vor dem Hintergrund:

- des Ich-psychologischen und Objekt-Beziehungspsychologischen Konzepts der Psychoanalyse bezüglich Suchtentstehung und -aufrechterhaltung (Bilitza, K.W., 2008),
- des systemischen Modells, das die Zugehörigkeit zu einem System als Ressource sieht, auf dem aufbauend das einzelne Mitglied sowohl Fähigkeiten und Stärken entwickelt, aber auch systemimmanente Probleme und deren Problemlösungsversuche (z.B. Suchtmittelmissbrauch) entstehen können, deren Lösung nur in der Betrachtung und dem Verständnis des Systems liegen kann. Der Versuch Lösungsmöglichkeiten innerhalb des Systems zu erarbeiten, ist das Ziel und handlungsleitend (Heigel-Evers u.a. 2002),
- der integrativen Therapie (IT), die historisch im Wesentlichen auf Konzepte der klassischen Gestalttherapie nach Perls, dem Psychodrama nach Moreno und der Psychoanalyse von Balint, Ferenczi und Iljine basiert, bildet ebenso eine Grundlage des Therapieverständnisses. Sie verbindet die o.g. Theorien mit dem Konzept der Korrespondenz und begreift den Menschen als ein bezogenes auf Beziehung angewiesenes Wesen und leitet daraus ihr Grundverständnis ab (Rahm u. a. 1999).

3.3.2 Die biologische Grundlage

Die biologischen Grundlagen der Suchterkrankung sehen wir in einer gewissen, im Detail jedoch noch überwiegend unklaren, Relevanz genetischer und neurobiologischer Faktoren im Sinne von Vulnerabilitätsfaktoren, z.B. inhibierter Muster der Persönlichkeit, gesteigerter Impulsivität u. a. m.

Der neurobiologischen Forschung folgend kann davon ausgegangen werden, dass bei Missbrauch und Sucht, auch dem Dopamin-System und über dieses vermittelt, den Sensibilisierungs- und Konditionierungsvorgängen eine besondere Rolle zukommt, die u. a. mit dem Begriff „Suchtgedächtnis“ umschrieben werden (Roth 2001, Spitzer 2002).

Als prädisponierend und verlaufsbestimmend relevant erscheint uns darüber hinaus das Vorliegen zusätzlicher, komorbider psychiatrischer Störungen. Hier sind insbesondere Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, sowie Persönlichkeitsstörungen des inhibierten Merkmalclusters nach DSM-IV zu nennen. Aber auch Störungen mit gesteigerter Impulsivität (z.B. ADHS), abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle und disinhibierte

Persönlichkeitsstörungen. Diese Störungen werden, wenn sie entsprechend diagnostiziert worden sind, orientiert an den Leitlinien der DGPPN bei der Rehabilitation mitberücksichtigt.

3.3.3 Die Indikationsspezifischen Besonderheiten

Da die Adaption Hambühren den Reha-Auftrag zur Wiedereingliederung von Suchtkranken erhalten hat, beinhaltet die Therapievereinbarung mit den Rehabilitanden ein Abstinenzgebot bezüglich aller stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtformen. Rehabilitanden/-innen, die dem zuwiderhandeln, müssen je nach Schweregrad des Verstoßes, mit disziplinarischen Konsequenzen bis hin zur Entlassung rechnen.

Eine weitere Besonderheit der Adaptionsbehandlung ergibt sich aus der Tatsache, dass Rehabilitanden/-innen, die unsere Unterstützung suchen, oft über einen bereits sehr langen Zeitraum und in große Mengen Suchtmitteln konsumiert haben, deren zerstörerische Wirkung deutliche Spuren in ihrem gesundheitlichen wie sozialen Leben jedes Einzelnen hinterlassen haben. Das hat zur Folge, dass oftmals nur ein kompletter sozialer Neubeginn nach Beendigung der Rehabilitation eine Alternative für die Rehabilitanden darstellt. Dieser Umstand muss sowohl in die Behandlungsplanung, als auch in die Umsetzung der Ziele einbezogen werden. Beide Besonderheiten spiegeln sich in unserem therapeutischen Vorgehen und in unserem speziellen Reha-Angebot wieder.

3.3.3.1 Das multimodale und nachsorgeorientiertes Therapieverständnis

Der multimodale, längerfristige Therapieprozess im suchtfreien Schutzraum der Adaption bietet die besondere Chance:

- sich allgemein-gesundheitlich zu erholen,
- weiterhin Abstand von Suchtmitteln und Suchtverhalten zu gewinnen,
- positive Einstellungen zu Gegenseitigkeit und Hilfe zu entwickeln und
- an sich selbst erkannte Defizite gezielt zu bearbeiten.

Dabei wird die Aufmerksamkeit der Rehabilitanden besonders dahin gelenkt, Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit zu üben und die Arbeitsfähigkeit fördernde / bedrohende Probleme in den Focus zu nehmen. Dies gilt für beide Geschlechter auf unterschiedliche Weise, je nach geschlechtsspezifischem Hintergrund und den sich daraus ableitenden Erfordernissen bezüglich der individuellen Autonomieentwicklung.

Das soziale Umfeld der Rehabilitanden/-innen wird dabei immer in den Adaptionsprozess mit einbezogen. Ist dieses noch tragfähig bzw. fördernd, kann Unterstützung in Form von Paar- und Familiengesprächen und / oder Gesprächen mit dem Arbeitgeber angeboten werden. Ist das soziale Umfeld dagegen belastend bzw. destruktiv und symptomstabilisierend, kann Unterstützung in Form von Hilfe bei der räumlichen Neuorientierung/Veränderung erfolgen.

Im Wissen um beträchtliche „Schnittstellenprobleme“ zwischen stationären, teilstationären, ambulanten und sozialmedizinisch-rehabilitativen Hilfen, bemüht sich die Adaption Hambühren um eine enge Zusammenarbeit mit den flankierenden bzw. vor- und nachsorgenden Einrichtungen und Personen und arbeitet in Verbundsystemen wie z.B. dem „Therapieverbund Nord“.

3.3.3.2 Das berufsbezogene teilhabeorientierte Angebot

In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich die Arbeits- und Berufswelt tiefgreifend verändert. Die Folgen dieses Wandels zeigen sich deutlich an der Zunahme von Problemlagen bei den

Erwerbstätigen. In der medizinischen Rehabilitation ist inzwischen von einem Anteil der Rehabilitanden mit arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen von etwa einem Drittel auszugehen. Die rehabilitationswissenschaftliche Forschung und die Rehabilitationspraxis haben sich darauf eingestellt, sodass die arbeits- und berufsbezogene Orientierung der medizinischen Rehabilitation immer mehr an Bedeutung zugenommen hat (Hillert u.a. 2009). Bereits 1991 empfahl die Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), die Angebote zur beruflichen Eingliederung innerhalb der medizinischen Rehabilitation auszubauen (VDR 1992).

Die arbeits- und berufsbezogene Orientierung ist damit konzeptioneller Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und betrifft den gesamten Rehabilitationsprozess von der Zuweisung, dem Erkennen und der differenzierten Diagnostik beruflicher Problemlagen zu Beginn der Rehabilitation über die Therapieplanung und -durchführung bis hin zur sozialmedizinischen Stellungnahme und zu Nachsorgemaßnahmen. Charakteristisch für die arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation ist, dass in allen Phasen der Behandlung der Arbeits- und Berufskontext des Rehabilitanden gezielt einbezogen wird. Die Deutsche Rentenversicherung sagt dazu: „Arbeitsbezogene Leistungen sind ohne Ausnahme, das heißt für jeden Rehabilitanden individuell, umfassend, zielorientiert und so konkret, wie es für den Individualfall nötig ist, realistisch, flexibel und gemeinsam mit dem Rehabilitanden zu planen und schlüssig durchzuführen“ (Wiegand 2013)

Auf die vorgenannten gesellschaftlichen und arbeitsweltbezogenen Wandlungsprozesse haben wir unser arbeitstherapeutisches Konzept abgestimmt und ein differenziertes, therapeutisches Angebot entwickelt. Wir nutzen dabei eine Kombination aus differenzierter Diagnostik, Beratung, Psychoedukation und praktischem Training. Die Behandlung orientiert sich am Anforderungsprofil zur Durchführung der „Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ (MBOR, DRV 2010) und dem Praxishandbuch „Arbeitsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation“, (DRV 2011).

Arbeits- und berufsbezogene Orientierung bedeutet für uns, Elemente der Arbeitswelt in die Strukturen und Prozesse der medizinischen Rehabilitation der Adaption zu integrieren, um arbeitsmäßige bzw. berufliche Problemlagen frühzeitig identifizieren und geeignete Maßnahmen ergreifen zu können. Die Wiederherstellung bzw. der Erhalt des beruflichen Leistungsvermögens, sowie die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung ist ein wesentliches Ziel der medizinischen Suchtrehabilitation für erwerbsfähige Rehabilitanden, an der die Adaption Hambühren sich bereits seit vielen Jahren mit Erfolg orientiert:

- Aus der berufsbezogenen Basisdiagnostik und der Verhaltensbeobachtung erfolgt eine sozialmedizinische Einschätzung zur Teilhabefähigkeit,
- Im Rahmen von Psychoedukation und indikativen Gruppen werden arbeitsplatzbezogene Skills vermittelt, z.B. Bewerbungskompetenz, Verbesserung des Selbstmanagements in Bezug auf Zeitdruck und andere Belastungen, sowie auf arbeitsplatztypische und sonstige Konflikte. Stresstoleranz und die Fähigkeit, mit negativen Emotionen umzugehen, werden gefördert, wodurch u. a. ressourcenorientiert Selbstmanagementfähigkeiten erweitert werden,
- Durch die Förderung einer angemessenen Work-Life-Balance, der Alltagskompetenz und der Genussfähigkeit werden Ressourcen im Freizeit- und Familienbereich und dadurch indirekt die berufliche Teilhabe gefördert.

Das berufsbezogene teilhabeorientierte Angebot (Arbeitstherapie) der Adaption Hambühren leistet einen wesentlichen Beitrag zur Vorbereitung auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung und schafft somit neue Teilhabemöglichkeiten für die Rehabilitanden.

Das teilhabeorientierte Angebot der Adaption Hambühren gliedert sich in neun Schritte (Angebote):

	Teilhabeorientiertes Angebot für alle Rehabilitanden/-innen	Teilhabeorientierte Arbeitsschritte	Teilhabeorientierte Arbeitsunterlagen/ Materialien
1.	Arbeitstherapeutisches Erstgespräch	Berufliche Anamnese, Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes, Ersteinteilung interne Arbeitstherapie	„Berufsanamnese/ Arbeitsplatzbeschreibung“ „AT-Plan“
2.	Prozessplanung Arbeitstherapie	Ausgabe der Arbeitsunterlagen „berufliche Inventur“ mit Erklärung zum Ausfüllen in Eigenarbeit AT-Zielvereinbarung	„Schulischer und beruflicher Werdegang“ „Inventurliste Fachkompetenzen“ „Tätigkeitsfelder“ „Würzburger Screening“ „SIMBO“ „AVEM“
3.	Bewerbungs- und PC-Training	Feststellung Stand der PC-Kenntnisse Übungseinheiten Erstellen einer aktuellen Bewerbung Erste Orientierung a. d. aktuellen Arbeitsmarktportalen	„Bewerbungsmappe“
4.	Interne Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	Arbeitstherapiebesprechung Klärung der beruflichen Teilhabe	„Beobachtungsbogen Arbeitstherapie“ „Anforderungsprofil nach Melba“ „Leistungen zur Teilhabe“ (G 100 u. G 130)
6.	Praktikumsplatzsuche	Eigenständige Praktikumsplatzsuche mit Bewerbung und Vorstellung in Betrieben der Region	„Bewerbungsmappe“ „Praktikumsaufforderung“ „Praktikumsvereinbarung“
7.	Durchführung eines externen Betriebspraktikums	Vierwöchiges vollschichtiges Praktikum in einem Betrieb der Region Arbeitsplatzbesuch Auswertung des Praktikums	„Praktikumsbeurteilung“ „Praktikumszeugnis“
8.	Bilanzgespräch	2. Teil - Planung der beruflichen Wiedereingliederung	„Therapieverlauf“

9.	Arbeitsplatzsuche	Orientierung auf dem Arbeitsmarkt Überarbeitung der „Bewerbungsmappe“ und Absenden von Bewerbungen	„Bewerbungsaktivitäten“ „Bewerbungsmappe“
----	-------------------	---	--

3.3.4 Die Reha-Therapiestandards

Ziel der medizinische Rehabilitation ist es, für Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe am Arbeitsleben und / oder am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen / zu erhalten. Die dazu notwendigen therapeutischen Prozesse werden mit der „Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ beschrieben und dokumentiert. Die KTL bildet somit die Basis für die fachliche Ausgestaltung und die Therapiestandards der medizinischen Rehabilitation und ist auch ein fester Bestandteil unserer Arbeit.

Die von der Adaption Hambühren typischerweise erbrachten KT-Leistungen haben wir in einem hauseigenen Maßnahmenkatalog zusammengefasst, der unser Angebotsspektrum wiedergibt und sich sowohl in unserer Reha-Behandlungsplanung als auch in unserer Basisdokumentation und dem Reha-Entlassungsberichtes wiederfindet.

Die im Folgenden dargestellten KT-Leistungen stellen ein Abbild unseres Therapieangebotes dar:

Therapeutische Maßnahmen der Adaption Hambühren					
KTL-Hauskatalog					
Therapieangebote	Nr.	K T L	Dichte	Dauer	Bemerkungen
I. Einzeltherapie					
Ambulantes Vorgespräch	01	B03		I	
Einzeltherapie psychodynamisch	02	SUT06		K	
Systemische Therapie einzeln	03	SUT05		K	
Entspannungsverfahren	04	GS04		F	
Hirnleistungstraining einzeln	05	E04		C	
Sozialtherapeut. Einzelbetreuung	06	ST01		F	
Paar-, Familien-, Angehörigen-Gespräch einzeln	07	A01		L	
Paar- und Familientherapie	08	A02		L	
Psychotherapeutische Krisenintervention	09	SUT01		I	

Therapeutische Maßnahmen der Adaption Hambühren					
KTL-Hauskatalog					
Therapieangebote	Nr.	K T L	Dichte	Dauer	Bemerkungen
II. Gruppentherapie					
Sozialtherapeutische Gruppe	10	ST02		F	
Systemische Therapie in der Gruppe	11	SUT08		L	
Psychoedukative Gruppe: Arbeitslosigkeit u. Berufliche Orientierung	12	SA02		L	
Psychoedukative Gruppe: Training sozialer Kompetenz	13	SA04		L	
Psychoedukative Gruppe: Gesundheit	14	S01		L	
Störungsspezifische Gruppe: Substanzabhängigkeit/schädlicher Gebrauch	15	SUT09		L	
Störungsspezifische Gruppe: Rückfallproblematik	16	SUT11		L	
Selbsthilfegruppe: Vor- und Nachbereitung	17	SHG1		I	
III. Arbeitstrainingsmaßnahmen					
AT Haushaltsführung	18	AT06		L	
AT Holz- und Metallwerkstatt	19	AT04		L	
AT Fahrradwerkstatt	20	AT08		L	
AT Reparaturwerkstatt	21	AT08		L	
Garten	22	AT10		L	
Freies Werken	23	AT08		Q	
IV. berufliche Integration					
Berufliche Perspektiven / berufliche Inventur	24	B06		I	
Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	25	AT11		I	
PC-Training	26	AT02		L	

Therapeutische Maßnahmen der Adaption Hambühren					
KTL-Hauskatalog					
Therapieangebote	Nr.	K T L	Dichte	Dauer	Bemerkungen
Bewerbungstraining inkl. Erstellung einer aktuellen Bewerbungsmappe	27	AT02		L	
Org. u. Vorbereitung eines externen Betriebspraktikums	28	E02		H	
Bilanzierungsgespräche für das externe Betriebspraktikum	29	AT15		I	
Einleitung berufsfördernder Maßnahmen	30	B08		D	
Stufenweise Wiedereingliederung	31	B05		D	
V. Alltagstrainingsmaßnahmen					
Kochtraining, Gesundheitsinformation	32	GS 07		N	
Gesundes Frühstück	33	GS07		N	
Training der Aktivitäten des tgl. Lebens einzeln	34	T01		L	
Sozialrechtliche Beratung / Umgang mit Behörden und Antragstellung	35	RE01		H	
Freizeitgestaltung	36	PGA07		H	
Wohnungsfragen	37	ST01		H	
Wirtschaftliche Sicherung	38	ST01		H	
Radfahren, Nordic Walking, Walking	39	GHS03		I	
Organisation v. Schuldenberatung u. Schuldenregulierung	40	RE01		H	
VI. Allgemeines					
Orientierende Sozialberatung	41	B03		H	
Kontakt- u. Informationsgespräch mit Vor- und Nachbehandlung	42	B10		D	
Kontakt mit beteiligten Fachleuten	43	B10		D	

Therapeutische Maßnahmen der Adaption Hambühren					
KTL-Hauskatalog					
Therapieangebote	Nr.	K T L	Dichte	Dauer	Bemerkungen
Einleitung amb. Nachsorge/Weiterbehandlung	44	B11		H	
Einleitung ambulanter Hilfen	45	B12		D	
A 5 Min.	F 30 Min.		L 60 Min.	R 150 Min.	
B 10 Min.	G 35 Min.		M 75 Min.	S 180 Min.	
C 15 Min.	H 40 Min.		N 90 Min.	T 240 Min.	
D 20 Min.	I 45 Min.		P 100 Min.	U 300 Min.	
E 25 Min	K 50 Min.		Q 120 Min.	Z individuell	

3.3.5 Die besonderen Schwerpunkte

3.3.5.1 Das teilhabebezogene externe Betriebspraktikum

Rehabilitativer Schwerpunkt der Adaption Hambühren ist die berufliche Wiedereingliederung und hier besonders die externe Belastungserprobung. Um die Rehabilitanden/-innen für die arbeits- und berufsbezogenen Fragestellungen und die individuellen Bedingungen der eingeschränkten Gesundheit im Hinblick auf das Erwerbsleben zu sensibilisieren, ist die reale Arbeitssituation während einer externen Belastungserprobung von großer Bedeutung. Zudem erhöht es die Erfolgsaussichten für eine positive berufliche Eingliederung, da sowohl der Trainingseffekt, als auch die Beurteilung durch den Praktikumsbetrieb, für einen zukünftigen Arbeitgeber von Interesse sind. Zielgruppe sind Rehabilitanden/-innen in erwerbsfähigem Alter, bei denen eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit in ihrer ausgeübten Tätigkeit, längerer Arbeitsunfähigkeit oder Langzeitarbeitslosigkeit vorliegt.

Wenn wir von einer arbeits- und berufsbezogenen Orientierung der Adaption Hambühren sprechen, so bedeutet das konkret, dass wir Elemente der realen Arbeitswelt in die Strukturen und Prozesse des Rehabilitationsangebotes der Adaption Hambühren integriert haben. Dies geschieht durch externen Betriebspraktika, die dazu dienen arbeits- und berufsbezogene Problemlagen frühzeitig identifizieren und geeignete Maßnahmen ergreifen zu können, aber auch die Vermittlungschancen in bestimmten Arbeitsbereichen richtig einzuschätzen.

Die Wiederherstellung bzw. der Erhalt des beruflichen Leistungsvermögens sind dabei oberstes Ziel, an dem wir uns bereits seit vielen Jahren erfolgreich orientieren.

Die wichtigsten Merkmale der externen Belastungserprobung / externes Betriebspraktikum sind die:

- abschließende Klärung der Motivations- und Interessenlage der Rehabilitanden/-innen in Bezug auf ihre Berufstätigkeit,
- Überprüfung der Grundarbeitsfähigkeiten und der aktuellen beruflichen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der bisherigen beruflichen Biographie unter realen Arbeitsbedingungen,

- Rückmeldung zur bzw. Beurteilung der Arbeitsqualität durch den Praktikumsbetrieb zum Zwecke der Selbsteinschätzung,
- Entwicklung eines beruflichen Wiedereingliederungsplanes sowie Planung von Maßnahmen, die die nachhaltige berufliche Wiedereingliederung unterstützen.

Als Alleinstellungsmerkmal der Adaption Hambühren ist hervorzuheben, dass jeder Rehabilitand/-in über einen externen Betriebspraktikumsplatz verfügen kann, der seinen Möglichkeiten/Fähigkeiten entspricht. Es steht ein sehr umfangreiches Spektrum an externen Betriebspraktikumsplätzen (Kooperationen) zur Verfügung, wodurch ein erheblicher Teil an Berufsbildern abgedeckt werden kann. Dies ermöglicht den Rehabilitanden/-innen, sich ihren individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechend einen Betriebspraktikumsplatz auszuwählen, um sich unter realen Arbeitsbedingungen auszuprobieren.

Das externe betriebliche Berufspraktikum (externe Belastungserprobung) ist in der Regel auf die Dauer von mindestens vier Wochen angelegt und schließt an eine erste Phase zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeit in der internen Arbeitstherapie (interne Belastungserprobung) im Hause an. Beides dient der:

- realistischen Einschätzung der eigenen Kompetenzen und der Abklärung vorhandener Ressourcen,
- Wiederauffrischung früherer beruflicher Kenntnisse,
- Erarbeitung beruflicher Anpassungen,
- Vermittlung von Strategien zur Verarbeitung belastender Situationen am Arbeitsplatz,
- Erwerb von Teilqualifikationen,
- sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung,
- Erarbeitung beruflicher Perspektiven.

Dem voraus geht eine individuelle und ausführliche „Berufliche Inventur“ mit intensiver berufsbezogener Diagnostik und Motivierung für die Bearbeitung beruflicher Fragestellungen inkl. Berufs- und Sozialberatung.

Unser Behandlungsplan geht dabei von einem prozesshaften Therapiegeschehen aus, für das BORA-Kriterien die Grundlage bilden:

	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
Basisdiagnostik/ berufl. Inventur	X	X	X	X
Sozialberatung	X	X	X	X
Gruppenangebot: Arbeit/berufliche Wiedereingliederung	X	X	X	X
Reha-Fachberatung	X	X	X	X
Systemische Gruppe: Therapieziele	X	X	X	X
Bewerbungstraining	(X)	X	X	X
Interne Arbeitstherapie	X	X	X	X

Externes Betriebspraktikum	(X)	X	X	X
Bilanzierung	X	X	X	X
Einleitung berufsfördernder Maßnahmen	(X)	(X)	(X)	(X)
stufenweise Wiedereingliederung	X			

Memo: X = Pflichtangebot
 (X) = Indikationsangebot

Unterstützt werden die berufliche Inventur und die Belastungserprobungen durch die „Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung“ (siehe **Anlage 2**), in der alle Ergebnisse zusammengeführt werden. Bei erfolgreicher Absolvierung der arbeits- und berufsbezogenen Angebote der Adaption Hambühren, führt dies in der Summe zur Wiederaufnahme von Arbeit und somit zur beruflichen Teilhabe.

Die Adaption Hambühren ist eng vernetzt mit dem Job-Center der Region. Oberstes Ziel der Zusammenarbeit ist die zeitnahe Vermittlung der Rehabilitanden/-innen in den ersten Arbeitsmarkt. Die Zielerreichung erscheint umso realistischer, je genauer die berufliche Diagnostik und je individueller die Vorbereitung der Rehabilitanden/-innen ist. Eine gut abgestimmte interne und externe berufliche Belastungserprobung, die genaue Auswertung (Bilanzierung) dieser Ergebnisse unter Einbeziehung der Rehabilitanden/-innen und der Betriebe sind u. E. die Grundlage für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung.

3.3.5.2 Das teilhabeorientierte Adoptionsangebot für Frauen

Im Mai 2017 haben wir das Konzept der Adaption Hambühren um ein Behandlungsangebot für suchtkranke Frauen erweitert.

Wir sind von folgenden Besonderheiten weiblichen Suchtverhaltens ausgegangen:

- Frauen konsumieren Suchtmittel eher allein und wählen Suchtmittel aus, die einen heimlichen Konsum ermöglichen,
- der Suchtmittelkonsum von Frauen ist durchschnittlich geringer (als von Männern),
- in der Vorgeschichte der Suchtentwicklung finden sich gehäuft psychosomatische Beschwerden,
- es besteht ein stärkerer Druck mit Doppel- und Mehrfachbelastung durch Familie (Kinder, pflegebedürftige Angehörige) und Beruf,
- späterer Einstieg in Suchtverhalten,
- die Krankheitsdauer ist statistisch betrachtet kürzer,
- die Ressourcenlage ist in der Regel bei suchtkranken Frauen deutlich ungünstiger und durch Abhängigkeitsstrukturen gekennzeichnet,
- stärkere soziale Stigmatisierung suchtkranker Frauen,
- sie nehmen - im Vergleich zu suchtkranken Männern - weniger suchtspezifische Behandlungsangebote in Anspruch. Nach erfolgter Behandlung gelingt oft eine

Integration in Nachsorge schwerer mit einem dadurch verbundenen erhöhten Rückfallrisiko,

- suchtauslösende Risikofaktoren sind eher auf der Beziehungsebene im persönlichen Nahbereich zu verorten (Suchtkranke Partner, Scheidung, Trennung bspw.).

Geschlechtsspezifische innere Barrieren zeigen sich in der Behandlung bei Frauen durch:

- stark ausgeprägtes Schuld- und Schamerleben,
- Sorge um die Kinder, bzw. Sorge wegen der zurückgelassenen Kinder,
- ein niedriges Selbstwertgefühl,
- eine fehlende/ brüchige Abgrenzungs- und Konfliktfähigkeit,
- Erfahrungen mit psychischer, physischer und sexueller Gewalt und daraus folgende Traumata,
- abhängige Interaktionsmuster,
- ein negativ besetztes Geschlechtsrollenverständnis, bspw. durch die Orientierung an einem verzerrten Schönheitsideal und überzogene Leistungserwartungen.

Bei den lange verdeckten Missbrauchs- und Abhängigkeitsprozessen fallen Frauen am wenigsten „aus der Rolle“ (ca. 660.000 – 900.000 Frauen konsumieren schätzungsweise missbräuchlich Alkohol). Sie verhalten sich angepasst und verantwortungsbewusst und versuchen über lange Zeit das normale Leben aufrechtzuerhalten und die Aufgaben des Alltags, z.B. Familienverantwortung, Beruf u. ä. wahrzunehmen. Dieses entspricht der Auffassung des traditionellen Frauenbildes und der traditionellen Frauenrolle: die Frau hält die Familie zusammen und sorgt für deren Wohlergehen wie auch für eine angenehme Atmosphäre in anderen sozialen Gruppen. Exzessives und auffälliges (Sucht-) Verhalten würde diesem (traditionellen) Geschlechtsrollenverständnis widersprechen (Singerhoff 2002). Die Reflexion des eigenen Suchtverhaltens bedeutet für Frauen ein Hinterfragen des eigenen Rollenverständnisses und der Geschlechtsrollenidentität. Die für die Abstinenz notwendige Selbstfürsorgefähigkeit muss erlernt. Den geschlechtsspezifischen Ursachen und Verläufen der Sucht versuchen wir genderspezifisch Rechnung zu tragen. Handlungsleitend für unseren therapeutischen Alltag ist die Entwicklung eines Bewusstseins des jeweiligen Geschlechtsrollenverständnisses und die Überwindung tradiert abhängigkeitsfördernder Geschlechtsrollenidentifikationen

Wir gehen davon aus, dass suchtbezogene Einstellungen, Wirkungserwartungen und Konsummuster ebenso wie ggf. prognostische günstige Resilienzfaktoren durch Modell-Lernen von den Eltern, später in den Peergruppen vermittelt werden, auch mit Beteiligung übergreifender soziokultureller Einflussfaktoren. In diesem Rahmen werden nach unserer Auffassung auch die für die Bewältigung der Abhängigkeitsproblematik wichtigen sozialen Kompetenzen und „Coping-Mechanismen“ (Bewältigungsverhalten) vermittelt, deren diagnostische Herausarbeitung und Berücksichtigung im Therapieprozess (Lindenmeyer 2005) wir für sehr wichtig halten. Je nach Geschlechtszugehörigkeit entsteht und verläuft die Suchtentwicklung jedoch unterschiedlich. „Verschiedene Untersuchungen im Verhalten von Männern und Frauen lassen sich auf soziale und umweltbedingte Einflüsse (wie zum Beispiel Geschlechtersozialisation, Geschlechterrollen und Ungleichheit der Geschlechter) zurückzuführen ...Deshalb ist es wichtig, sich diese geschlechtsspezifischen Dynamiken bewusst zu machen...“ (s. Achleitner, Unperson 2014).

Hier setzt unsere therapeutische Arbeit an. Die Therapieziele orientieren sich an einer Überwindung traditioneller geschlechtsspezifischer Rollenstereotype und fördern im weitesten Sinne die Autonomieentwicklung. Nach ICF finden sich folgende Therapieziele für Frauen, neben den typischerweise sozialen und beruflichen Teilhabezielen:

- **A 3.1** Emotionale Entlastung und Stabilisierung,
- **A 3.1.1** Abbau von Schuldgefühlen/Scham,
- **A 3.1.6** Verarbeitung erlebter Kränkungen,
- **A 6.2.5** Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen,
- **A 8.3** Steigerung des Selbstvertrauens,
- **A 8.6.1** Verbesserung der Wahrnehmung eigener Ziele, Wünsche und Bedürfnisse,
- **A 9.4** Abbau der Selbstüberforderungstendenzen/Perfektionismus,
- **A 10.2** Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse,
- **A 8.2** Steigerung der Selbstwirksamkeit,
- **A 8.3** Steigerung des Selbstvertrauens,
- **A 8.4** Steigerung des Selbstwertgefühls,
- **A 9.1** Wahrnehmung von Belastungsgrenzen,
- **A 5.6** Aktivierung von Ressourcen,
- **A 6.2** Verbesserung der Konfliktfähigkeit,
- **A 6.2.1** Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen,
- **A 7.1** Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenz.

Die Therapie findet in einer Atmosphäre von gegenseitiger Unterstützung statt. Dabei ist es uns wichtig, ein besonderes Verständnis für die soziale Umgebung und die Bedingungen von Frauen zu entwickeln. Entlastung kann häufig durch den Abbau frauenspezifischer Stressfaktoren erzielt werden. Die Adaption Hambühren bietet dafür schützende Rahmenbedingungen (Winkler, K., 2004).

3.4 Die Rehabilitationsdauer

Der federführende Leistungsträger für die Adaption Hambühren ist die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die für die Regelbehandlung zunächst eine Kostenzusage von 10 Wochen erteilt. Um alle Rehabilitanden/-innen individuell und passgenau behandeln zu können, bieten wir verschiedene Aufenthaltszeiten je nach persönlicher Indikation an. Bei starken Beeinträchtigungen durch komorbide Störungsbilder und Probleme beim Wiedereingliederungsprozess kann die Therapiezeit verlängert werden, dazu muss ein Antrag beim Kostenträger gestellt werden.

Eine Behandlungszeit von insgesamt 14 Wochen kann jedoch nicht überschritten werden. Die Behandlungsdauer im Rahmen einer Kombinationsbehandlung richtet sich (in enger Abstimmung mit der jeweiligen Beratungsstelle und der entsendenden Klinik) nach dem Behandlungsplan, der innerhalb der Zeitspanne von 52 Wochen für das Modul Adaption eine bestimmte Anzahl von Wochen zur Verfügung stellt, die den Maximalzeitraum von 12 Wochen jedoch nicht überschreiten kann. Dafür gelten die Rahmenbedingungen der „Kombi Nord“ (DRV 2009).

Innerhalb dieses Rahmens besteht die Möglichkeit, die Behandlungsdauer je nach Bedarf individuell anzupassen. Ein erhöhter Reha-relevanter Behandlungsbedarf, z.B. in Form von Begleiterkrankungen, besonderen psychosozialen Problemlagen oder beruflichen Besonderheiten, kann zu einer verlängerten Behandlungsdauer bis zu 14 Wochen, bis zu 12 Wochen bei der Kombinationsbehandlung, führen. Eine Verkürzung des Behandlungszeitraums kann aus vielfältigen Gründen erfolgen. Auf jeden Fall immer dann, wenn die Voraussetzungen für eine stationäre Adaptionsbehandlung nicht mehr vorliegen. Z.B. wird in der Regel die vorzeitige Arbeitsaufnahme/Wiederaufnahme in den Arbeitsprozess, zu einer Verkürzung des Behandlungszeitraumes führen.

Der Entschluss, eine Behandlung zu verlängern oder zu verkürzen wird stets in Zusammenarbeit mit dem Reha-Team und den Rehabilitanden/-innen getroffen. Berücksichtigung bei dieser Entscheidung finden:

- das bisherige Reha-Ergebnis,
- Anschlussbehandlungsmöglichkeiten,
- Wiedereingliederungsperspektive.

Eine Ausnahme bildet die Kombinationsbehandlung, bei der die Dauer der Module auch noch im laufenden Therapieprozess, in Absprache mit der federführenden Beratungsstelle, im Rahmen der Gesamtbehandlungszeit flexibel angepasst werden können.

Sowohl die Sinnhaftigkeit der Verlängerung, als auch die der Verkürzung einer Reha-Maßnahme, wird anhand der individuellen Erfordernisse dem zuständigen Kostenträger mitgeteilt und therapeutisch begründet.

4 Der Rehabilitationsablauf in der Adaption Hambühren

Die Adaption Hambühren hält, in Übereinstimmung mit dem Rahmenkonzept der DRV Braunschweig-Hannover, ein Angebot für suchtkranke Frauen und Männer vor, um deren volle berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen, ihre Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu verbessern und sie zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu befähigen.

Zum Behandlungsauftrag zählen folgende Problemlagen:

- unzureichende psychische und körperliche Stabilität,
- erhebliche Instabilität im persönlichen Umfeld,
- ungeklärte berufliche Situation,
- ungeklärte berufliche Qualifikation und Leistungsfähigkeit,
- unzureichend vorbereitete berufliche Wiedereingliederung,
- keine gesicherte Möglichkeit zur Teilhabe,
- mangelhafte soziale Kompetenz,
- mangelhafte Fähigkeit zur Gestaltung des Alltages und der Tagesstruktur,
- instabiles abstinentes Selbstkonzept,
- brüchiges soziales Netzwerk,
- die Stabilität für eine ambulante Weiterbehandlung reicht nicht aus.

Im Rahmen der Behandlungsplanung werden individuelle Therapieziele mit den Rehabilitanden/-innen erarbeitet, die sich an der Diagnostik und Problemanalyse orientieren.

Daraus wird ein Behandlungsplan abgeleitet. Die Behandlung wird als ein prozesshaftes Geschehen betrachtet.

Die Überprüfung, ggf. Veränderung von Therapiezielen erfolgt in enger Absprache mit den Rehabilitanden und wird in den Behandlungsplan eingearbeitet. Ebenso wird die Ergebnisbesprechung am Ende der Therapie mit den Rehabilitanden und allen Fachbereichen gemeinsam ausgewertet.

4.1 Das Therapieplanungsverfahren

Der gesamte Reha-Prozess der Adaption Hambühren ist zielgruppengenau und individuell gestaltet. Dabei geht es darum, die Rehabilitationsplanung auf ein Reha-Ziel auszurichten, das sich durch sinnvoll aufeinander abgestimmte Teilziele ergibt.

Die Therapie- und Behandlungsplanung ist eines der Kernstücke der Adaptionsmaßnahme, da ihre individuelle Stimmigkeit wesentlich zu dem Gelingen der Reha-Maßnahme beiträgt. Grundsätzlich besteht die Behandlung aus einer auf den Einzelfall zugeschnittenen Kombination von psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen, medizinisch/psychiatrischen, psychopharmakotherapeutischen und arbeits- bzw. ergotherapeutischen Maßnahmen. Daraus entsteht für jeden Rehabilitanden ein individuelles Behandlungsprofil. Der Umfang und das Setting der Behandlung richten sich maßgeblich nach den diagnostizierten Störungen (Risikofaktoren, Beschwerden, Einschränkungen und Beeinträchtigungen nach ICF) und den erhobenen Ressourcen/Kompetenzen (Fähigkeiten und Fertigkeiten).

Im Mittelpunkt der Therapieplanung steht die gemeinsame Erarbeitung der Therapieziele. Die Therapieplanung orientiert sich maßgeblich an den Zielen der Rehabilitanden. Eine individuelle Absprache über die schwerpunktmäßige Thematik der Behandlung wird getroffen, der zeitliche Rahmen wird geklärt und eine Absprache darüber erfolgt, ob Familienangehörige aktiv in die Therapie in Form von Familien- oder Paargesprächen einbezogen werden sollen. Diese erste gemeinsame diagnostische Einschätzung und Verlaufsplanung soll den Rehabilitanden Sicherheit und Orientierung bezüglich des vor ihnen liegenden therapeutischen Weges geben.

Im Rahmen der Therapieplanung werden auch die therapeutischen Angebote festgelegt. Der Behandlungsplan (siehe **Anlage 3**) enthält neben allen Befunden und Dokumentationen Angaben über Art / Inhalt, Form und Umfang der einzelnen therapeutischen Maßnahmen. Die Gestaltung des Behandlungsplanes wird erstmalig in der zweiten Behandlungswoche in der ersten Sitzung zur interdisziplinären Diagnostik und Therapieverlaufsbesprechung und in Zusammenarbeit mit den Rehabilitanden festgelegt. Zur Krisenintervention können außerordentliche Sitzungen festgelegt werden.

Die mit den Rehabilitanden vereinbarte individuelle Behandlungsplanung findet sich, sowohl in der Papierakte und in der elektronischen Akte wieder.

Im weiteren Verlauf der Behandlung werden die vereinbarten Therapieziele regelmäßig auf ihre Erreichbarkeit und Sinnhaftigkeit überprüft und im Rahmen der prozessualen Diagnostik und adaptiven Indikationsstellung ggf. verändert. Grundlage für die Bewertung sind einmal die regelmäßig stattfindenden Rehabilitandenbefragungen zur Zielerreichung und die regelmäßigen Sitzungen zur „Interdisziplinären Diagnostik und Therapieverlaufsbesprechung“. Eine gemeinsame Neubewertung der Situation der Rehabilitanden wird in der Regel zu einer neuen Indikationsstellung und einer Modifikation des Behandlungsplanes führen und ggf. in besonderen Fällen zu einem Wechsel des therapeutischen Settings in Form von Verlegung.

Je nach Indikationsstellung nehmen die Rehabilitanden an den, in ihren Behandlungsplänen festgelegten, Therapieangeboten des entsprechenden Behandlungsmoduls in der entsprechenden Behandlungsphase teil.

4.1.1 Die Vorbereitung der Aufnahme

Vor der Aufnahme in der Adaption Hambühren erfolgt eine interne interdisziplinäre Fallbesprechung zur Indikationsprüfung anhand der vorliegenden Unterlagen (Arztberichte und Sozialbericht, Reha-Bericht Fachklinik) mit der neben der Indikation und der Reha-Fähigkeit weitere behandlungsrelevante Items überprüft werden, aus der sich ggfs. weiterer Handlungsbedarf ergibt, um offene Fragen und mögliche Risiken bzw. Kontraindikationen zu klären.

Um den Rehabilitanden/-innen den Übergang in die Adaption zu erleichtern, Ängste abzubauen, die Motivation zu überprüfen bzw. zu erhöhen und den Weg der weiteren Rehabilitation, sowie die Behandlungsinhalte transparent zu machen, wünschen wir eine ambulante Vorstellung in Form eines Vorgesprächs mit Hausbesichtigung vor Adaptionsbeginn. Der Aufnahme geht daraus folgend eine von beiden Seiten getroffene Entscheidung voraus.

Nach positiver Entscheidung erhält der künftige Rehabilitand/-in ein Einladungsschreiben mit Begrüßungsmappe, die umfangreiche Informationen zur Einrichtung (u. a. die „Therapie- und Hausordnung“ und die „Zimmerordnung“) sowie die ersten Fragebogen enthält, sodass die Erfassung relevanter Basisinformationen in übersichtlich strukturierter Form bereits im Vorfeld vorliegt. Dies erleichtert die persönliche Kontaktaufnahme und ermöglicht eine frühzeitige Therapieausrichtung und verkürzt die Aufnahme- und Diagnosephase.

4.1.2 Die Aufnahme und die Planung des Behandlungsverlaufs

Das Aufnahmeverfahren, der Behandlungsverlauf und das Entlassungs-Management der Adaption Hambühren gliedern sich in sechs Phasen/„Behandlungsphasen-Verlaufdiagramm“ (siehe **Anlage 4**):

1. Phase - Vorbereitung/Aufnahme
2. Phase - Kennenlernen/Diagnostik/Therapieplanung
3. Phase - Intensivphase
4. Phase - Übungsphase
5. Phase - Entlassungsvorbereitung
6. Phase - Entlassung/Nachsorge

In diesen Phasen soll die **Teilhabe-fähigkeit der Rehabilitanden** im Sinne einer **Ressourcenaktivierung** gefördert werden. Förderung findet statt in den Bereichen:

- Entwicklung einer konkreten Erwerbsperspektive,
- Wiederherstellung der allgemeinen Leistungsfähigkeit,
- Planung einer gesunden Lebensführung im Sinne der Reduzierung von Rückfallgefahren,
- Entwicklung einer zielbezogenen längerfristigen Lebensplanung,
- Festigung der Belastbarkeit gegenüber täglichen Anforderungen in Familie, Beruf und sozialem Umfeld,
- Entwicklung von Akzeptanz im Umgang mit belastenden Gefühlen und Entwicklung eines positiven rationalen Denkens,
- Verbesserung von sozialer Bindungsfähigkeit,

- Überzeugung zur Veränderungsfähigkeit in schwierigen Lebenslagen,
- Erweiterung d. sozialen Kompetenz im Sinne von Konfliktbewältigungs-, Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeit.

Die Reha-Behandlung beginnt bereits am 1. Aufenthaltstag mit der Teilnahme der Rehabilitanden am gemeinsamen Basis-Tagesprogramm und mündet zunächst unter Einbeziehung aller Berufsgruppen und Rehabilitanden in der Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes (siehe **Anlage 3**). Der Behandlungsplan der Adaption Hambühren ist das Kernstück der Therapie und enthält alle für das individuelle Vorgehen notwendigen sozialmedizinischen Informationen bezüglich des Rehabilitanden inkl. der vereinbarten Therapieziele. Der „Therapie- und Behandlungsplan“ wird fortlaufend aktualisiert und weitergeschrieben.

Die Rehabilitanden/-innen sind maßgeblich an der Zielformulierung beteiligt. Bereits beim Vorgespräch soll jede/r Rehabilitand/-in erste grobe Reha-Ziele formulieren, die dann den Einstieg in die Zielplanung darstellen.

Die ersten zwei Phasen des Behandlungsverlaufs widmen sich der Aufnahme und der Therapieplanung der Rehabilitanden. Sie beinhalten:

Phase 1 - Aufnahme

Die Aufnahme in die Adaption setzt eine regulär beendete stationäre Entwöhnungsbehandlung, sowie die Bereitschaft zu einer individuellen, differenzierten Therapieplanung mit ausreichender Behandlungsbereitschaft bzw. Veränderungsmotivation und Suchtmittelfreiheit voraus. Die Indikationsstellung ist die Aufgabe der bisher behandelnden Facheinrichtung/Klinik, ebenso wie die Antragstellung.

Das Aufnahmegespräch findet am Aufnahmetag in der Adaption Hambühren statt. Anschließend erfolgen neben der Zimmerzuweisung und der Hauseinweisung ein erstes Kennenlernen und die Vermittlung aller Reha relevanten Informationen über die Adaptionseinrichtung inkl. Therapie- und Hausordnung durch den zuständigen Bezugstherapeuten statt. Im Falle der Begleitung durch den bisherigen Bezugstherapeuten, z.B. im Rahmen der Kombinationsbehandlung, findet ein Übergabegespräch statt, an dem Rehabilitand, der bisherige Bezugstherapeut und künftiger Bezugstherapeut teilnehmen.

Phase 2 - Kennenlernen/Diagnostik/Therapieplanung

Während der ersten drei Tage werden alle wesentlichen (psychiatrisch/medizinischen, biographischen, arbeitsbezogenen und aktuellen) Daten der Rehabilitand/-innen erhoben.

Das medizinische Aufnahmegespräch und die Eingangsdiagnostik finden am 1. Tag nach der Aufnahme (2. Tag) durch den verantwortlichen Psychiater statt. Die psychiatrisch/medizinische Diagnostik umfasst:

- eine strukturierte Anamneseerhebung,
- die psychopathologische Befunderhebung,
- sowie eine körperliche / neurologische Untersuchung.

Ggf. erfolgt auch eine Medikamentenverordnung. Weitere notwendige fachärztliche Abklärungen können bei Bedarf in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten stattfinden.

Ab dem 2. Tag nach der Aufnahme findet eine umfangreiche Exploration mit Anamneseerhebung statt. Dazu gehören:

- die biographische Anamnese,
- die Sozialanamnese,
- die Arbeits- und Berufsanamnese,
- die psychodynamische Diagnostik,
- die Verhaltensanalyse.

An dieser Exploration sind sowohl die Berufsgruppen der Bezugstherapeuten/-innen als auch die der Arbeits-/Ergotherapeuten/-innen beteiligt. Die Anamnese gibt u. a. Aufschluss über die Ausbildungs-, Berufs- und Arbeitsplatzentwicklung der Rehabilitanden/-innen, aber auch über die sozialen Problemlagen und Belastungsfaktoren.

Entsprechend der Indikationsstellung kann die Diagnostik um eine weitere Persönlichkeitsdiagnostik, Leistungsdiagnostik oder neuropsychologische Diagnostik ergänzt werden. Eine Verlaufsdagnostik findet kontinuierlich über den gesamten Behandlungszeitraum statt und wirkt sich auf die Fortschreibung des Behandlungsplanes aus.

Die Phasen 3 und 4 des Behandlungsverlaufs widmen sich der intensiven Arbeit und Auseinandersetzung mit den beruflichen und sozialen Problemlagen und beinhalten:

Phase 3 - Intensivphase

In der Intensivphase erfolgt zunächst eine differenzierte Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und Suchtentwicklung und der daraus entstandenen aktuellen Lebenssituation. Dabei wird an die Ergebnisse der vorhergehenden fachklinischen Behandlung angeknüpft.

Bisherige und aktuelle Probleme der Rehabilitanden einschließlich der dysfunktionalen Verhaltensmuster und Kognitionen werden analysiert, Verhaltensalternativen und Bewältigungskompetenzen werden gestärkt und eine Nachreifung bzw. die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel der Ich-Stärkung in Gang gesetzt. Die Arbeitsformen sind Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie und Sozialtherapie.

Im Rahmen der Arbeitstherapie werden die Beobachtungen der internen Arbeitserprobung und der diagnostischen Verfahren ausgewertet und in der individuellen Leistungsbeurteilung zusammengetragen.

Phase 4 - Übungsphase

Die Übernahme von Eigenverantwortung ist notwendig, um eine realistische Betrachtung der täglichen Anforderungen in Familie, Beruf und sozialem Umfeld vorzunehmen. Da eine Suchterkrankung in den meisten Fällen schwierige Lebensverhältnisse hinterlässt, stehen Fragen zum Arbeitsplatz, zur Familie, zur materiellen Absicherung, zur sozialen Unterstützung, zur Wohn- und Lebenskultur, zum persönlichen Wohlergehen in abstinenten Bedingungen bei der Bewertung der eigenen Lebenssituation überwiegend im Vordergrund. In der Übungsphase der Behandlung erscheint es daher notwendig, dass sich die Rehabilitanden/-innen u. a. auch mit dem Regelungsbedarf in Bezug auf ihre Behördenangelegenheiten, Schulden, Haushaltsführung, Ernährungsgewohnheiten, Wohnungssuche etc. beschäftigen und lernen entsprechende Handlungsstrategien zu entwickeln. Ämtergänge, Schriftverkehr und der Umgang mit Geld können unter Anleitung angstfrei geübt werden und nach befriedigenden Lösungen gemeinsam gesucht werden. Abstinenzorientierte, selbstwirksame Verhaltensmuster und ein entsprechendes

Umdenken werden avisiert. Die berufliche Wiedereingliederung wird in dieser Phase durch das externe Betriebspraktikum angebahnt. Unter realen Arbeitsbedingungen wird von montags bis donnerstags vollschichtig in einem Betrieb eigener Wahl gearbeitet. Die Wahl eines geeigneten externen Betriebspraktikums und die Bewerbung um den Praktikumsplatz, sowie die Planung der beruflichen Wiedereingliederung werden begleitet.

Die Phasen 5 und 6 des Behandlungsverlaufs widmen sich der Vorbereitung auf die Rückkehr in den persönlichen Alltag und beinhalten:

Phase 5 - Entlassungsphase

Je nach Entlassungszeitraum findet in der 9. bis 12. Woche der Entlassungsphase eine medizinisch / psychiatrische Abschlussuntersuchung statt. Die Einschätzung zur Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit der Patienten und die daraus resultierende medizinische Empfehlung fließt nun endgültig in die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zur Erwerbsfähigkeit ein, die wiederum Eingang in die Abschlussbefundung und somit in den Entlassungsbericht findet. Die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zur Erwerbsfähigkeit ist die Grundlage für Empfehlungen zur Wahl des Arbeitsplatzes der Rehabilitanden.

Die Beantragung der ambulanten Weiterbehandlung/Nachsorge in der Suchtberatungsstelle am Heimatort des Rehabilitanden/- wird umgesetzt. Während der Heimfahrt findet ein erster Kontakt zwischen künftigem Berater und Rehabilitand/-in statt. Weitere Unterstützungsangebote wie Ambulant Betreutes Wohnen, gesetzliche Betreuung oder auch stufenweise Wiedereingliederung an den bisherigen Arbeitsplatz sind bereits initiiert oder letzte Schritte auf diesem Weg werden realisiert. Wohnungsfragen oder Vorbereitung der Rückkehr in die Familie werden abschließend thematisiert.

Phase 6 - Entlassung/Nachsorge

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht (siehe **Anlage 4**) bildet den Abschluss der stationären Adaptionsbehandlung. In ihm werden alle Befunde sowie Therapieziele und deren Ergebnisse zusammengeführt. Der ärztliche Entlassungsbericht bildet die Grundlage für alle weiterführenden Empfehlungen bzw. Antragstellungen und Behandlungen und kann mit Einwilligung der Rehabilitanden auch an die weiterbehandelnden Stellen (z.B. Haus- bzw. Facharzt) weitergegeben werden.

Am Tag vor der Entlassung findet ein Abschlussgespräch zwischen Rehabilitand/-in, Bezugstherapeut/-in und Ergotherapeut/-in statt. Die Ergebnisse der Behandlung werden unter Berücksichtigung der gesetzten Therapieziele ausgewertet und in den Entlassungsbericht eingearbeitet. Rehabilitanden erfahren ein Feedback durch die Gruppe und die anwesenden Mitarbeiter und eine Reflexion des erzielten Therapieerfolges. Mit Hilfe eines anonymen Fragebogens gibt der/die Rehabilitand/-in Auskunft über die Bewertung der Behandlung und der dazugehörigen Rahmenbedingungen (siehe **Anlage 5**).

4.2 Die Rehabilitationsdiagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik bietet die Möglichkeit, relevante individuelle Problemlagen (z.B. körperliche Erkrankungen, ungünstige Lebens- und Umfeldfaktoren wie Arbeitslosigkeit oder Familienprobleme) zu erkennen, um sie bei der Rehabilitationsplanung und -durchführung berücksichtigen zu können und in geeignete Interventionen umzusetzen.

Zur Rehabilitationsdiagnostik der Adaption Hambühren gehören:

- die Basis/Eingangsdiagnostik,

- die Verlaufsdiagnostik und
- die Abschlussdiagnostik.

Wobei die Basis/Eingangsdagnostik durch die individuelle indikationsbezogene Diagnostik ergänzt wird. Die Verlaufsdiagnostik verdient besondere Aufmerksamkeit, da sie den Rehabilitationsprozess begleitet, Ergänzungen und Korrekturen an den Eingangsbefunden vorgenommen werden können und die therapiebedingten Veränderungen festgestellt werden. Therapie- und Rehabilitationsplanung werden kontinuierlich an die aktuellen Befunde angepasst. Wesentlich ist, dass sämtliche diagnostisch erhobene Ergebnisse gleichwertig und fortlaufend dokumentiert, in die therapeutische Planung einbezogen und für die Abschlussberichterstattung bzw. die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung berücksichtigt werden.

Die grundlegenden diagnostischen Fragen bei der Rehabilitation zur Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen beziehen auf:

- Art, Ausprägung und Funktion des Substanzgebrauchs,
- Schädigungen, Einschränkungen oder Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Störungen),
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten,
- Beeinträchtigungen der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen,
- Aussagen zu umweltbedingten Kontextfaktoren,
- Aussagen zu personenbezogenen Kontextfaktoren, insbesondere zur Motivationslage.

Bei der weiteren Betrachtung sind drei Perspektiven von Interesse:

- Die Störungsperspektive - erfasst die Abhängigkeitserkrankung selbst sowie die weiteren Defizite und Störungen im somatischen und psychosozialen Bereich,
- Die Ressourcenperspektive - betrachtet die persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen einschließlich des Umfeldes,
- Die Veränderungsperspektive - bezieht sich vor allem auf die angestrebten Rehabilitationsziele sowie die Motive, Beweggründe und Fähigkeiten, diese Ziele zu erreichen, auch unter dem Blickwinkel möglicher ggf. neuer umweltbedingter Förderfaktoren. Sie ermöglicht prognostische Aussagen über voraussichtliche Verläufe.

4.2.1 Die allgemeine Basis- und indikationsbezogene Diagnostik

Mit der allgemeinen Basis- und der indikationsbezogenen Diagnostik wird der Aufnahmestatus erhoben, wozu folgende Befunde gehören:

- die Vorberichte/Gutachten,
- die Anamnese (allgemeine, suchtspezifische, biographische u. soziale),
- die Basisfragebogen und
- die medizinischen Untersuchungen.

Unterschieden wird die Basisdiagnostik durch eine Differenzierung in:

4.2.1.1 Die somatische Eingangsdiagnostik

Sie betrifft akute und chronische Erkrankungen und die individuellen Beeinträchtigungen der Rehabilitand/-innen.

Während der medizinischen Rehabilitation Adaption wird eine umfassende somatische Diagnostik vorgenommen, um festzustellen, welche akuten und chronischen Krankheiten vorliegen. Zum Teil handelt es sich um Folgen eines langjährigen Substanzkonsums, nicht selten mit irreversiblen Schäden. Chronische körperliche Erkrankungen und Behinderungen erfordern zusätzlichen Rehabilitationsbedarf und Multimorbidität liegt bei Abhängigkeitskranken häufig vor. Deshalb kann Rehabilitation sich nicht nur auf eine spezielle Krankheit oder Behinderung beziehen, sondern muss immer das Gesamtspektrum der Beeinträchtigungen berücksichtigen.

Die somatische Eingangsdiagnostik umfasst:

- eine psychiatrisch-neurologische Untersuchung mit EEG,
- eine allgemeinärztliche Untersuchung,
- ggf. fachärztliche Konsiliaruntersuchungen.

4.2.1.2 Die psychische Eingangsdiagnostik

Sie betrifft z.B. Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderungen, Entwicklungsstörungen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, neurotische, Belastungs- und somatoforme (einschließlich psychosomatische) Störungen, Anpassungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (einschl. Essstörungen), affektive Störungen und Störungen der Impulskontrolle.

Oft sind es psychische Konflikte, erlebte Defizite oder psychische Störungen, die den Substanzkonsum zur Kompensation oder zur Erleichterung subjektiver Missempfindungen erstrebenswert machen. Zur psychischen Diagnostik gehört u.a. die Beschreibung der Persönlichkeitsstruktur, die das habituelle Verhalten wesentlich bestimmt. Bei Abhängigkeitskranken lassen sich außer Persönlichkeitsstörungen und Anpassungsstörungen auch neurotische Störungen, nicht selten auch Psychosen oder Psychose nahes Erleben diagnostizieren. Zusätzliche psychosomatische Störungen werden besonders häufig nach Beendigung des Konsums der psychotropen Substanz manifest. Als Folge langjährigen Alkoholmissbrauchs finden sich auch hirnganische Veränderungen unterschiedlichster Ausprägung, die den Rehabilitationsprozess erheblich erschweren können.

Die psychische Eingangsdiagnostik umfasst:

- eine ausführliche Anamnese (allgemein, Sucht, biografisch),
- das Cogpack Screening,
- FERRUS,
- diverse Selbstbeurteilungsfragebogen.

4.2.1.3 Die soziale Eingangsdiagnostik

Sie bezieht sich auf soziale Beeinträchtigungen, die sich aus der sozialen Situation mit finanziellen oder Wohnungsproblemen und der Lebensplanung ergeben.

Die soziale Diagnostik ist von Bedeutung, da eine Abhängigkeitserkrankung sich immer vor einem bestimmten sozialen Hintergrund als Kontextfaktor abspielt, so dass vielfältige Wechselwirkungen zwischen sozialer Situation und abhängigem Verhalten bestehen. Die soziale Befunderhebung bezieht auf die Erfassung und Beschreibung der gegenwärtigen sozialen Situation und den manifesten sozialen Beeinträchtigungen.

Die soziale Eingangsdiagnostik umfasst: eine ausführliche Anamnese (sozial) mit Angaben zu Wohnsituation, Schulden, forensische Probleme etc.

Weiterhin beinhaltet die Eingangsdiagnostik die:

- Feststellung der Förderfaktoren und Barrieren, z.B. Unterstützung durch die Familie, soziales Netzwerk, Erfahrung, Handlungswille, Motivation, Selbstwirksamkeitseinschätzung, Mut, genetische Faktoren,
- entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik, z.B. Funktion der konsumierten Substanz, Krankheitsverarbeitung, persönliche Entwicklung und Psychogenese (einschl. sexueller Entwicklung), Psychodynamik, systemische Zusammenhänge, Analyse früherer Therapien,
- Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, z. B. die Teilhabe am Arbeitsleben, die Erfüllung beruflicher Anforderungen, das Ausüben sozialer Rollen zur sozialen Eingliederung, die Alltagsbewältigung, die Selbstversorgung, den Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte, die Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer und Selbsthilfemöglichkeiten die Nutzung sozialer und kultureller Angebote.

4.2.2 Die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik

Mit der Verlaufsdiagnostik wird in erster Linie der Veränderungsprozess erfasst, der während der Rehabilitation beginnt und von Zielvereinbarung und Erreichen von Zielen bestimmt wird.

Die Zielvereinbarungen, die zwischen Rehabilitand/-in und Einrichtung getroffen worden sind, sind im „Rehabilitations-Behandlungsplan“ der Adaption Hambühren festgehalten und werden fortlaufend überprüft bzw. besprochen. Die Überprüfung der Entwicklung findet regelmäßig in den Reha bezogenen Teamsitzungen statt und nach der 4., 8. und 10./12. Behandlungswoche ist sie Thema eines Einzelgespräches zur Selbst- und Fremdeinschätzung zwischen den Bezugstherapeuten und Rehabilitanden. Das Ergebnis wird ebenfalls im „Rehabilitations-Behandlungsplan“ (siehe **Anlage 2**) festgehalten.

Als diagnostische Instrumente fungieren:

- Mini-ICF (Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die ICF),
- FERRUS (Instrument zum Erfassen von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten),
- die „Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung“.

Die Abschlussdiagnostik ist ergebnisorientiert. Sie dient der Feststellung des Reha-Erfolges, der Prognose und der Empfehlung. Die Ergebnisse der Abschlussbefundung fließen direkt in den Reha-Abschlussbericht ein.

4.2.3 Die teilhabebezogene berufliche Diagnostik

Arbeits- und berufsbezogene Problemlagen sind nach der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ als Kontextfaktoren (WHO 2001) in der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen, da sie die Integration in das

Erwerbsleben - über Körperstrukturen und Körperfunktionen hinaus - wesentlich mitbestimmen. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Arbeits- und Berufswelt tiefgreifend verändert. Die Folgen dieses Wandels für die Erwerbstätigen zeigen sich in verschiedensten Formen der Belastungen. Darüber hinaus hat die Anzahl der Arbeitslosen unter den in stationären Rehabilitationseinrichtungen behandelten Suchtkranken erheblich zugenommen (Schallenberg; Lindow 2002; FVS 2009). Arbeitslosigkeit oder erhebliche Arbeitsplatzprobleme mindern die für den Genesungsprozess wichtigen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und führen zu Selbstwertbeschädigung. Man kann annehmen, dass das Rückfallrisiko dadurch deutlich erhöht wird (Lindenmeyer 2001).

Die Deutsche Rentenversicherung erwartet von der arbeits- und berufsbezogene Diagnostik:

- einen Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils der Rehabilitanden, gegebenenfalls eine Belastungserprobung mit diagnostischem Schwerpunkt, um die persönliche psychische und physische Belastungsfähigkeit der Rehabilitanden einzuschätzen,
- einen Abgleich der subjektiven Angaben der Rehabilitanden mit objektivierbaren Befunden,
- eine Feststellung der arbeits- und berufsbezogenen Behandlungserwartungen der Rehabilitanden und deren Motivation, sich mit arbeits- und berufsbezogenen Fragestellungen auseinander zu setzen.

Daher ist es notwendig, die tatsächlich vorhandenen arbeitsbezogenen Defizite und Ressourcen möglichst genau zu erfassen, sie in die Behandlungsplanung einzuarbeiten und die notwendigen arbeitsbezogenen Maßnahmen einzuleiten.

Folglich hat die erwerbsbezogene Diagnostik einen hohen Stellenwert in der rehabilitativen Arbeit der Adaption Hambühren. Wir orientieren uns an den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA) und beginnen bereits in der Aufnahmewoche mit der Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese und treffen Aussagen über:

- Schulbildung,
- Berufsausbildung,
- Arbeitsbiografie,
- Aktuelle berufliche Tätigkeit (objektive und subjektive Arbeitsplatzbeschreibung),
- körperliche, psychische und physische Belastungen,
- Erfassung der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Deren Erfassung soll erste Hinweise zum spezifischen Therapiebedarf und zur Therapiesteuerung ergeben und eine erste Zuordnung zu den BORA -Zielgruppen ermöglichen. Die Diagnostik setzt sich fort mit der Selbsteinschätzung der Rehabilitanden hinsichtlich des beruflichen Leistungsvermögens, sowie mit der im Verlauf des Prozesses zu vervollständigten Erhebung des Fähigkeitsspektrums (interne und externe Leistungsbeurteilung). Schwerpunkt der Diagnostik ist die Erfassung von Leitungsstärken und Leistungseinschränkungen, um berufliche Problemlagen frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenwirken zu können.

Zur Erstellung von Fähigkeitsprofilen und zur Erhebung/Beurteilung von arbeitsrelevanten Schlüsselqualifikationen dienen diagnostische Verfahren. Als Instrumente kommen in der Adaption Hambühren folgende diagnostische Verfahren zum Einsatz (siehe auch 2.2):

- AVEM-44 (Instrument zur Erfassung arbeitsbezogener Verhaltens- und Lebensmuster und zur Identifikation relevanter arbeitsbezogener Risikofaktoren),

- Cogpack Screening (neuropsychologisches Hirnleistungstraining),
- FERRUS (Instrument zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten),
- Mini-ICF (Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die ICF),
- SIMBO (Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation),
- Würzburger Screening (Selbstbeurteilungsverfahren zu Beginn der Rehabilitation im Hinblick auf die bedarfsgerechte Planung berufsbezogener Maßnahmen).

Für die Leistungsbeurteilung dient „MELBA“ (Instrument zur standardisierten Dokumentation von psychischen Grundarbeitsfähigkeiten) als Grundlage.

Durch die erhobenen Daten und die Profilvergleiche der ermittelten individuellen Fähigkeiten mit allgemeinen und speziellen Arbeitsplatzanforderungen kann ein realistisches Bild erstellt werden, sodass eine zielgenaue berufliche Wiedereingliederungsplanung erfolgen kann und individuelle Fähigkeiten gezielt gefördert werden. Der besondere Focus orientiert sich an den aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplätzen.

Die Dokumentation der erhobenen Daten erfolgt kontinuierlich in der Papier- und EDV-Akte.

4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

Da es sich bei der Adaption Hambühren um ein kleines Reha-Team handelt, kann der Austausch von Informationen und die Klärung von Fragen zeitnah gehandhabt werden. Ein effizientes Arbeiten ist möglich. So finden Teambesprechungen täglich statt, wobei aktuelle Entwicklungen, Verläufe und Planungen berücksichtigt werden. Fallbesprechungen finden im Gesamtteam der Einrichtung einmal wöchentlich statt und dienen der Modifizierung der Behandlungs- und Therapiepläne.

Die Besprechungstermine sind verbindlich für das gesamte Reha-Team.

Der Übersichtsplan für die Besprechungstermine sieht wie folgt aus:

Bezeichnung	Zweck	Teilnehmer	Uhrzeit	Häufigkeit
Frühbesprechung, Dienstübergabe	Tagesplanung, Aktueller Informationsaustausch	Alle Mitarbeiter	08.30 - 09.00	täglich
Teambesprechung	Terminplanung, Fallbesprechungen	Alle Mitarbeiter	10.00 - 12.00	1 mal wöchentlich
Supervision	Fallsupervision, Teamsupervision	Alle Mitarbeiter	09.00 - 11.00	1 mal monatlich

4.4 Die ärztlichen Aufgaben

Ärztliche Beratung und Behandlung sind obligatorische Bestandteile des gesamten Rehabilitationsprozesses und zielen auf die Wiedererlangung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Rehabilitanden/-innen ab. Die medizinische Diagnostik stellt sicher, dass

neben der Suchterkrankung auch andere somatische / psychische Störungen erkannt und in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden können. Insbesondere spielt dabei die Abklärung weiterer psychiatrischer Erkrankungen eine Rolle, die ggf. eine spezifische, medikamentöse Behandlung notwendig macht.

Die medizinische Versorgung ist gewährleistet durch Kooperationen mit folgenden Arztpraxen:

Die „Neuro-Praxis“ Celle

Dr. med. Stephan Zander, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Alter Bremer Weg 14, 29223 Celle

Die Praxis für Allgemeinmedizin

Dr. med. Maximilian Landgraff.
Ostlandstraße 12, 29313 Hambühren

Die Fachärzte für Psychiatrie / Neurologie und Allgemeinmedizin stehen den Rehabilitanden/-innen zu regelmäßigen Terminen bzw. bei Bedarf zu außerordentlichen Terminen zur Verfügung. Erkrankungen, die eine spezielle Untersuchung / Behandlung erforderlich machen, können von ihnen in die Wege geleitet werden.

Die ärztlichen Aufgaben umfassen:

- fachärztliche / hausärztliche Versorgung mit Medikamenten und Heilmitteln,
- Veranlassung weiterer fachärztlicher Diagnostik und Behandlung,
- ICF-basierte Erfassung der Fähigkeits- und Funktionsstörungen,
- Motivation zu einem gesunden Lebensstil.

Die Ärzte überwachen den Gesundheitszustand der Rehabilitanden/-innen und achten auf die notwendigen medizinischen Behandlungen. Im Notfall wird der zuständige Facharzt oder der ärztliche Notdienst der Stadt Celle durch den diensthabenden Mitarbeiter der Adaptionseinrichtung informiert. Eine stationäre medizinische Notfallaufnahme ist bei Bedarf durch das Allgemeine Krankenhaus Celle sichergestellt. Bei der Notwendigkeit einer stationären Entgiftung steht die Psychiatrisch-Psychosomatische Klinik Celle (Klinikum Warendorff) zur Verfügung.

Der Facharzt für Psychiatrie/Neurologie trägt insgesamt die Verantwortung für die Durchführung der medizinischen Suchtrehabilitation in der Adaption Hambühren. Nach der neurologisch-psychiatrischen Aufnahmeuntersuchung durch ihn erfolgt die Weichenstellung und ggf. eine psychiatrische Behandlung (z.B. bei Komorbiditäten wie Angsterkrankungen und Depressionen). Er überprüft die Reha-Indikation, die Reha-Fähigkeit und die Reha-Prognose und überwacht den Rehabilitationsablauf sowie den Stand der Zielerreichung, auch unter Berücksichtigung der Komorbiditäten. Seine Maßgaben gehen direkt in die Team- bzw. Fallbesprechungen ein und werden von dort aus umgesetzt.

Die Abschlussuntersuchung durch den Facharzt ist maßgebend für die sozial-medizinische Leistungsbeurteilung der Rehabilitanden/-innen und für den Abschlussbericht zur Reha-Maßnahme. Die sozialmedizinische Beurteilung ist ebenso maßgebend für die Indikationsstellung zur Nachsorge und zur Einleitung weiterführender Maßnahmen.

Ein sozialmedizinischer Betreuungsansatz ist für unsere Arbeit handlungsleitend. Wir betrachten dabei die vielgestaltigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit und berücksichtigen individuelle Risiko- und Schutzfaktoren. Die Vermittlung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen mit gesunder Ernährung, regelmäßiger Bewegung, Informationen über vorhandene Erkrankungen etc. erscheint notwendig, um eine gesundheitsbewusste Lebensweise zu ermöglichen und ist ein Teil unseres Therapieprogramms. Sie dient aber nicht nur dem Erhalt der Gesundheit, sondern auch der

Verbesserung der allgemeinen Belastungsfähigkeit der Rehabilitanden und ist dadurch Voraussetzung für eine befriedigende Teilhabe.

4.5 Die Behandlungselemente

4.5.1 Die therapeutischen Aufgabenbereiche

Das therapeutische Angebot der Adaption Hambühren gliedert sich in fünf große Bereiche auf (siehe „Therapeutische Maßnahmen der Adaption Hambühren“, KTL-Hauskatalog Pkt. 3.4):

- Einzeltherapeutische Maßnahmen,
- Gruppentherapeutische Maßnahmen,
- Arbeitstrainingsmaßnahmen,
- Maßnahmen zur beruflichen Integration,
- Alltagstrainingsmaßnahmen.

Die Bereiche sind je nach Aufgabenkreis interdisziplinär begleitet und bauen aufeinander auf.

4.5.1.1 Die einzeltherapeutischen Maßnahmen

dienen in erster Linie der Besprechung und Bearbeitung von Problemlagen, die in der Gruppe nicht besprochen werden können. Den Rehabilitanden bietet sich hier ein besonders geschützter Raum und ein Rahmen für sehr persönliche Gespräche. Die vertrauliche Situation im Einzelgespräch ermöglicht es, Belastungen, Ängste etc. anzusprechen. Die Bearbeitung bezieht sich sowohl auf die intrapsychische Konfliktdynamik als auch auf die systemische Verhaltensveränderung der Rehabilitanden/-innen.

Wichtige Elemente des Einzelgespräches sind:

- Beziehungsaufbau/Beziehungsfestigung,
- Erarbeitung von Zielen, Lösungsansätzen und Strategien auf der Grundlage einer Problemanalyse und deren Überprüfung,
- Stärkung der Person in Hinblick auf Krankheits- und Selbstakzeptanz, Selbstwert, Beziehungsgestaltung, Ressourcen und Autonomie,
- Besprechung von Konflikten und Krisen,
- Raum für die Besprechung geschlechtsspezifischer Problemlagen.

Hier ist der Ort, um die Auseinandersetzung mit persönlichen und biographischen Gegebenheiten und der Suchtentwicklung zu suchen (z.B. mit Hilfe der Erstellung eines Genogramms), dysfunktionale Beziehungsmodelle (z.B. mit Hilfe des Familienbrettes (Ludewig, Wilkens 2000) zu analysieren und zu verändern und einen neuen lösungsorientierten Ansatz (Berg, Miller 2009) für eine neue Lebensplanung zu finden. In diesem Setting besteht ebenso die Möglichkeit zur Klärung von Beziehungs- bzw. Familienproblemen in Form von Familien- und Paargesprächen.

Die einzeltherapeutischen Maßnahmen werden in der Regel von den Bezugstherapeuten/-innen mit Zusatzausbildung abgedeckt und gehören zu den psychotherapeutisch/pädagogischen Angeboten der Adaption Hambühren. Je nach Behandlungsvereinbarung haben die Rehabilitanden ab der ersten Behandlungswoche Anspruch auf mindestens ein bis zwei therapeutische Einzelgespräche pro Woche.

Die einzeltherapeutischen Maßnahmen fächern sich wie folgt auf in:

- Psychodynamische Einzeltherapie,
- Systemische Therapie einzeln,
- Entspannungsverfahren einzeln,
- Hirnleistungstraining einzeln,
- Ambulantes Vorgespräch,
- Sozialtherapeutische Einzelbetreuung,
- Paar-, Familien-, Angehörigen Gespräch,
- Paar- und Familientherapie,
- Therapeutische Krisenintervention.

(siehe KTL-Hauskatalog)

In diesem Setting finden auch Rehabilitanden/-innen mit zusätzlichen psychiatrischen Problemlagen Berücksichtigung.

Angebote für Rehabilitanden mit Angstsymptomatik:

- Erlernen von Entspannungstechniken zur Bewältigung von Angstsituationen,
- Erlernen von kognitiven Techniken zur Veränderung automatisierter Kognitionen,
- Förderung von Aktivität durch entsprechende Tagesstrukturierung,
- Der schrittweise Abbau störungsbedingten Vermeidungsverhaltens.

Angebote für Rehabilitanden mit depressiver Symptomatik:

- Erarbeiten von lebensgeschichtliche Bezügen für die Entstehung der depressiven Störung,
- Führen eines Tagebuches zur Analyse funktionaler Zusammenhänge zwischen der depressiven Symptomatik, dem Suchtgeschehen, den Auslösern und Stressoren,
- Erlernen von Bewältigungstechniken,
- Tagesstrukturierung und gezielter Aktivitätsaufbau, falls erforderlich, Ergänzung durch medikamentöse Therapie.

Angebote für Rehabilitanden mit einer Selbstwertproblematik:

- Stufen der Selbstzuwendung und Selbstakzeptanz,
- Differenzierung des Wertesystems,
- Wege zum Selbstvertrauen, Selbstregulation und Selbstkontrolle.

4.5.1.2 Die gruppentherapeutischen Maßnahmen

dienen der gemeinsamen therapeutischen Arbeit in der Gruppe und haben zum Ziel, insbesondere interpersonelle Konflikte bewusst zu machen und Lösungsansätze gemeinsam zu erarbeiten aber auch Informationen zu vermitteln und zu erörtern.

Das gruppentherapeutische Angebot umfasst

- die tägliche Großgruppe/sozialtherapeutische Gruppe, mit Reflexion des zurückliegenden Tages, Planung des aktuellen Tages und Klärung aktueller Themen und Konflikte, sowie Überlegungen zur allgemeinen Alltagsbewältigung,
- die indikative Suchtgruppe, die Informationen zum Krankheitsbild, zu Risikofaktoren, einem abhängigkeitspezifischen Störungs- und Behandlungsmodell, als auch Vermittlung von Rückfallpräventionsstrategien bietet (Körkel, Schindler 2003),
- das edukative Gruppenangebot mit arbeitswelt- und berufsbezogenen Themen, sowie Themen zur Gesundheit und zur Alltagsbewältigung (Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung 2011),
- die systemische Gruppe, zur Erweiterung der sozialen Kompetenz und der Beziehungsfähigkeit im Sinne von Konfliktbewältigungs- Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten (Molter, H.; Hargens, J. 2002 u. Simon, F. B., 2010),
- die Selbsthilfegruppe, zum Abbau von Unsicherheiten und Förderung der Selbsthilfefähigkeiten.

Den gruppentherapeutischen Maßnahmen kommt in der Gesamtbetrachtung ein hoher Stellenwert zu. Sie bieten ein soziales Lernfeld, ermöglichen interaktionelle Begegnungen und zwischenmenschliche Beziehungen, Raum für die Aufarbeitung der Suchtgeschichte und dienen als Übungsraum und Korrektiv, indem sie den Austausch persönlicher Erfahrungen/Lösungswege sowie die Übernahme von sozialer Verantwortung und eine realistische Wahrnehmung der eigenen Person fördern. Neue Denk- und Verhaltensmuster können hier erprobt und eine realistische Wahrnehmung der eigenen Person initiiert werden. Sie haben in der Adaption Hambühren darüber hinaus aber auch das Ziel, als Lern- und Übungsfeld die Stärkung der Fähigkeit zur Bewältigung lebenspraktischer Aufgaben zu fördern.

Das Zusammensein in der Gruppe mit ihrem geschützten Rahmen schafft eine sichere und zur Veränderung ermutigende Atmosphäre mit gegenseitiger Unterstützung und ist so ein wesentlicher Bestandteil der soziotherapeutischer Arbeit.

Neben den rein therapeutischen Gruppen gehören zu den Gruppenangeboten auch die edukativen Gruppen. Sie sind indikationsbezogen und geben den Rehabilitanden/-innen die Möglichkeit, sich intellektuell mit Gesundheitsfragen und anderen wichtigen Themen auseinanderzusetzen, um die Möglichkeit zu haben, bewusste Entscheidungen in Bezug auf Verhaltensveränderungen zu treffen.

Die gruppentherapeutischen Maßnahmen werden in der Regel von den Bezugstherapeuten/-innen mit Zusatzausbildung abgedeckt und gehören zu den psychotherapeutisch/pädagogischen Angeboten der Adaption Hambühren. Je nach Behandlungsvereinbarung nimmt jeder Rehabilitand ab der ersten Behandlungswoche in der Regel an acht bis zehn Gruppenterminen pro Woche teil.

Die gruppentherapeutischen Maßnahmen fächern sich wie folgt auf in:

- Sozialtherapeutische Gruppe,
- Systemische Therapie in der Gruppe,
- Psychoedukative Gruppe: Arbeitslosigkeit und berufliche Orientierung,
- Psychoedukative Gruppe: Training sozialer Kompetenz,
- Psychoedukative Gruppe: Gesundheit,
- Störungsspezifische Gruppe: Substanzabhängigkeit/schädlicher Gebrauch,

- Störungsspezifische Gruppe: Rückfallproblematik,
 - Vor- und Nachbereitung der Selbsthilfegruppe.
- (siehe KTL-Hauskatalog)

4.5.1.3 Die Arbeitstrainingsmaßnahmen/Interne Belastungserprobung

dienen der Überprüfung und dem Training von berufsbezogenen Fähigkeiten. Lt. Gesetz ist die Leistungsfähigkeit eines Behinderten / Erkrankten bezogen auf seine Erwerbstätigkeit und seine Fähigkeit zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen. Die teilhabeorientierte berufliche Wiedereingliederung von Menschen, deren Beeinträchtigungen ihre uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedrohen oder verhindern, ist die gesetzliche Aufgabe einer Rehabilitationseinrichtung.

Die Arbeitstrainingsmaßnahmen der Adaption Hambühren sind so ausgerichtet, dass sie eine aussagekräftige Abbildung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsspektrums der Rehabilitanden liefern und gleichzeitig die Möglichkeit bieten, Grundarbeitsfähigkeiten zu üben und zu verbessern. Diese Aufgabe ist Bestandteil der internen Arbeitstherapie. Dafür halten wir Arbeitsplätze vor, die sich im Rahmen eines allgemeinen Trainings als nützlich erwiesen haben. Dazu gehören zwei entsprechend ausgestattete Werkstatträume, sog. Musterarbeitsplätze, die sowohl der Diagnostik als auch dem Training dienen. Die Tätigkeiten werden angeleitet und die Ergebnisse ausgewertet und besprochen. Die interne Leistungsbeobachtung und verschiedene diagnostische Verfahren wie z.B. MELBA, Cogpack und AVEM gehören u. a. zur sog. beruflichen Inventur, in der die Fähigkeiten, Fertigkeiten und die bisherige Berufslaufbahn zusammengefasst werden und für die Entwicklung einer berufsbezogenen Zukunftsperspektive von Bedeutung sind. Die Resultate finden sowohl im Reha-Entlassungsbericht (siehe **Anlage 6**) als auch in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ihren Niederschlag.

Die interne Arbeitstherapie (interne Belastungserprobung) ist bis zum Ende der 4. Behandlungswoche ein täglicher Bestandteil der Rehabilitation und findet jeweils montags bis donnerstags statt und soll bereits vom 1. Behandlungstag an, die Erfassung der berufs- bzw. tätigkeits-bezogenen Ressourcen und der Leistungs- und Funktionseinschränkungen erfassen, um die Vorbereitung der Rückkehr ins Erwerbsleben sowie die Verbesserung der physischen und psychischen Belastbarkeit zu gewährleisten. Sie beinhaltet das Training und den Ausbau der tätigkeits- und berufsspezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitanden. Ihre Inhalte orientieren sich an:

- der Durchhaltefähigkeit,
- der Konzentrationsfähigkeit,
- der Ordnungsbereitschaft,
- der Koordinationsfähigkeit,
- den handwerklichen Fertigkeiten,
- der Arbeitsplanung und Arbeitsdurchführung.

Die Arbeitstrainingsmaßnahmen werden in der Regel von den zuständigen Ergo-, Arbeitstherapeuten durchgeführt und ausgewertet. Je nach Behandlungsvereinbarung nehmen die Rehabilitanden ab der ersten bis einschließlich der vierten Behandlungswoche täglich an den Arbeitstrainingsmaßnahmen im Haus teil.

Die Arbeitstrainingsmaßnahmen fächern sich wie folgt auf in:

- AT Haushaltsführung/Hauswirtschaft,
- AT Holz-, Maler- und Metallwerkstatt,
- AT Reparaturwerkstatt,
- AT Fahrradwerkstatt,
- AT Garten,
- AT Tierhaltung.

(siehe KTL-Hauskatalog)

4.5.1.4 Die Maßnahmen zur beruflichen Integration/externe Belastungserprobung

dienen der Rückführung der Rehabilitanden/-innen in das Arbeitsleben. Sie haben das Ziel, die Rehabilitanden/-innen so zu festigen, dass sie auf ihren Arbeitsplatz zurückkehren oder erneut in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden können (Partizipation Arbeit und Beschäftigung).

Dabei obliegt es der Rehabilitationseinrichtung auch, Leistungseinschränkungen, Beeinträchtigungen sowie Fertigkeiten und Ressourcen der Rehabilitanden/-innen zu überprüfen und zu beschreiben und ggf. berufsfördernde Maßnahmen zu empfehlen.

Kernstück der Maßnahmen zur beruflichen Integration ist das externe Betriebspraktikum (externe Belastungserprobung). Nach Durchführung einer ersten individuellen beruflichen Inventur, etwa zum Ende der zweiten Therapiewoche, in der der bisherige berufliche Werdegang und die beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten ihren Niederschlag finden, wird unter Einbeziehung der Rehabilitanden/-innen, der Bezugs- und Ergotherapeuten/-innen eine realistische Berufswegeplanung erarbeitet und entsprechende externe Betriebspraktikumsplätze avisiert. Die Aufgabe des externen Betriebspraktikums ist in erster Linie die Überprüfung der Leistungsfähigkeit unter realen Arbeitsbedingungen und die Vorbereitung der Rückkehr ins Arbeitsleben. Es handelt sich um eine diagnostisch orientierte Maßnahme mit dem Ziel des Trainings und der Wiederherstellung der psychischen und physischen Leistungs- und Belastungsfähigkeit sowie der Eignungsüberprüfung. Mit Hilfe der externen Betriebspraktika kann nicht nur überprüft werden, ob ein/e Rehabilitand/-in den Anforderungen des bisher ausgeübten bzw. erlernten Berufes noch gewachsen ist, sondern es besteht auch die Möglichkeit eine neue Tätigkeit kennenzulernen und die eigenen Zielvorstellungen zu überprüfen. Die Auswertung schafft eine weitere Grundlage für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und ggf. für die Beantragung von „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (G130).

Vorgabe für die Rehabilitanden/-innen ist die möglichst eigenständige Bewerbung um einen Praktikumsplatz bei dem angestrebten Betrieb/Unternehmen, um auf diesem Weg ein zielführendes Bewerbungsverhalten zu trainieren. Die für die externen Betriebspraktika notwendigen Bewerbungsunterlagen werden im EDV- und Bewerbungstraining individuell erstellt und im Vorstellungsverfahren für die Praktikumsplätze eingesetzt. Das individuelle PC- und Bewerbungstraining beginnt in der zweiten Therapiewoche.

Das externe Betriebspraktikum beginnt in der fünften Aufenthaltswoche, findet jeweils von Montag bis Donnerstag zu den in dem Betrieb üblichen (in der Regel vollschichtigen) Arbeitszeiten statt und dauert in der Regel vier Wochen. Die Freitage sind den Gruppen- und Einzelgesprächen in der Adaptionseinrichtung vorbehalten. In der zweiten bis dritten Woche des externen Betriebspraktikums findet ein gemeinsames Auswertungsgespräch mit dem im Betrieb zuständigen Arbeitsanleiter/Vorgesetzten, des Ergotherapeuten/-in und dem

Rehabilitanden/-in statt. Dabei werden objektive Ergebnisse in Bezug auf Ressourcen, Defizite, Selbst- und Fremdbild besprochen und ggf. korrigiert. Zum Ende des Praktikums wird die Leistung des Rehabilitanden durch den Betrieb schriftlich festgehalten (siehe **Anlage 6**) und zusätzlich ein Praktikumszeugnis ausgestellt. Diese Beurteilung kann der aktuellen Bewerbungsmappe zugefügt werden und stellt so eine wesentliche Grundlage für die Vermittlungstätigkeit durch das zuständige Arbeitsamt/ Job-Center dar. Außerdem dient sie der Selbstdarstellung gegenüber einem zukünftigen Arbeitgeber und verbessert die beruflichen Integrationsmöglichkeiten.

Die Adaptionseinrichtung arbeitet mit einer Vielzahl von unterschiedlich ausgerichteten Betrieben/Unternehmen aus der näheren Umgebung kooperativ zusammen und erweitert den Katalog der Betriebe ständig, um den Rehabilitanden ein möglichst großes Angebotsspektrum an Tätigkeitsfeldern und Berufsbildern zu bieten und dem Bedarf der Rehabilitanden/-innen gerecht zu werden.

Zielgruppe sind alle Rehabilitanden/-innen im erwerbsfähigen Alter, bei denen keine Berentung vorliegt, bzw. geplant ist. Grundsätzlich besteht eine Indikation bei:

- unsicherem und/oder belastendem Arbeitsplatz,
- guten Vermittlungschancen, aktuell ohne Beschäftigungsverhältnis,
- Langzeitarbeitslosen mit geringen Vermittlungschancen,
- Veränderungsbedarf aus gesundheitlichen Gründen, z.B. orthopädische Einschränkungen.

Die Maßnahmen zur beruflichen Integration werden sowohl von den Bezugstherapeuten als auch von den Ergo-, Arbeitstherapeuten begleitet. Je nach Behandlungsvereinbarung nehmen alle Rehabilitanden ab der fünften Behandlungswoche täglich an diesen Maßnahmen teil.

Die Maßnahmen zur beruflichen Integration fächern sich wie folgt auf in:

- Berufliche Perspektiven/Berufliche Inventur,
- Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung,
- Vorbereitung des externen Betriebspraktikums,
- Bilanzierung des externen Betriebspraktikums,
- Einleitung berufsfördernder Maßnahmen,
- Stufenweise Wiedereingliederung.

(siehe auch KTL-Hauskatalog)

Der Praktikumsplatz wird entsprechend den Wünschen, Erfahrungen und Fertigkeiten der Rehabilitanden ausgesucht und soll deren Arbeitsfähigkeit unter realen Bedingungen darstellen. Abgeschlossen wird das externe Betriebspraktikums mit einem gemeinsamen Bilanzierungsgespräch und einer umfassenden Beurteilung durch den Praktikumsbetrieb.

4.5.1.5 Die Alltagstrainingsmaßnahmen

Eine weitere Aufgabe der medizinischen Rehabilitation Sucht ist es, die Rehabilitanden/-innen wieder an die Übernahme von Selbstverantwortung bei der Alltagsplanung sowie Alltagsregulierung heranzuführen. Dabei sollen neben Motivation und Eigenständigkeit auch allgemeine Kenntnisse (Was, Wie, Wo) vermittelt werden. Eigenständigkeit ist dabei handlungsleitend. Hemmnisse, die die Alltagsbewältigung erschweren, werden durch die

Förderung der Kulturtechniken behoben. Unsere Therapie- und Behandlungsziele leiten sich aus diesem Förderbedarf ab.

Die eigenständige Lebensführung:

durch meist jahrelange Vernachlässigung oder Unkenntnis in der Bearbeitung persönlicher Angelegenheiten (Schuldenregulierung, Tagesplanung, Behördengänge) fällt es den Rehabilitanden häufig schwer, sich wieder diesen Bereichen zu zuwenden. Durch das Training der eigenständigen Lebensführung unter Anleitung sollen folgende Fähigkeiten aktiviert bzw. gelernt werden:

- Auseinandersetzung mit allgemeiner Lebensplanung,
- Verbesserung der sozialen Kompetenz (sprachlich und schriftlich),
- Planen und Einhalten von Terminen,
- angstfreies und eigenständiges Handeln im Behördenkontakt,
- Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Fragen,
- Steigerung des Interesses an gesellschaftlichen Fragen.

Die Selbstversorgung:

ein weiterer Schwerpunkt der Adaption Hambühren ist die Selbstversorgung. An jeden Rehabilitanden wird ein wöchentliches Verpflegungsgeld ausgezahlt. Mit Hilfe dieses Budgets können alle Rehabilitanden ihre persönlichen Einkäufe bestreiten und einen angemessenen Umgang mit Geld erlernen oder ihn verbessern. Sich regelmäßig gesund zu ernähren ist Bestandteil der unterschiedlichen einzel- und gruppentherapeutischen Angebote. Essen als Erlebniswert wird gefördert, wie auch das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten in angenehmer Atmosphäre. Dies geschieht innerhalb der therapeutischen Gruppe oder als gemeinsame Aktivität in der Freizeit.

Folgende alltagspraktischen Fähigkeiten sollen vermittelt werden:

- eigenständiges budgetorientiertes Einkaufen,
- Selbstständiges Zubereiten von einfachen, gesunden Mahlzeiten,
- Regelmäßiges Einnehmen von täglichen Mahlzeiten,
- Einhalten von Hygienestandards,
- Übernahme von Eigenverantwortung im Wohnbereich,
- Genießen lernen/ Nahrungsaufnahme als Form der Lebensqualität,
- Gesundheitsbewusstes Handeln erlernen.

Die Alltagstrainingsmaßnahmen dienen der Überprüfung und dem Training von Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltagslebens (Partizipation allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Selbstversorgung, gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben). Die Erfahrung zeigt, dass die Strukturierung und Durchführung von Alltagsroutinen bei den suchtkranken Rehabilitanden erhebliche Defizite aufweist, da sich das Interesse an Selbstfürsorge im Verlauf einer langjährigen Abhängigkeit zunehmend auf das Suchtmittel konzentriert bzw. eingeengt. Daher ist u. E. die Heranführung der Rehabilitanden an einen Lebensalltag mit Selbstversorgung und Eigenverantwortung ein wichtiger Bestandteil der Suchttherapie. Zum Alltagstraining in der Adaption Hambühren gehört daher in erster Linie die Verantwortung für die eigenständige Versorgung. Rehabilitanden/-innen kaufen

selbstständig ein, kochen, verwalten das Budget für Lebensmittel, planen ihre Freizeit und üben, sich mit ihren behördlichen Angelegenheiten auseinanderzusetzen inkl. Schuldnerberatung. Da ein nicht unerheblicher Teil der Rehabilitanden in ihr bisheriges Lebensumfeld aufgrund der sozialen Problemlagen nicht zurückkehren kann/möchte, bedeutet Eigenverantwortung ggf. auch die Entscheidung für einen Neubeginn mit all seinen Konsequenzen wie z.B. Wohnungswechsel und dessen Organisation.

Die Rehabilitanden/-innen können im Rahmen der Alltagstrainingsmaßnahmen auch Sozialberatung bekommen, die bei der Entwicklung sozialer Alltagskompetenzen und beim Aufbau eines neuen tragfähigen sozialen Umfeldes unterstützen. Diese Beratungsangebote dienen verschiedenen sozialen Problemstellungen. Im Mittelpunkt stehen das soziale System und die Rehabilitanden mit ihren Problemen und Bedürfnissen. Begleitung, Hilfe und Unterstützung findet wie folgt statt:

- Orientierungshilfen zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung, sowie Hilfestellung bei der Bewältigung von unterschiedlichen Alltagsproblemen (Hilfe zur Selbsthilfe),
- Informationen und Beratung über existenzsichernde Hilfen und Hilfen zur Überwindung finanzieller Probleme unterschiedlicher Art,
- Hilfe bei der Beantragung u. der Umsetzung sozialer Hilfen bei Ämtern u. Behörden,
- Vermittlung an spezialisierte Fachdienste,
- Organisation von Nachsorge (Beantragung von Eingliederungshilfen wie z.B. ambulante Betreuung, ambulanter Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen usw.),
- Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung oder beim Wechsel des sozialen Umfeldes,
- Organisation von tages- oder wochenstrukturierenden Maßnahmen.

Alltagstrainingsmaßnahmen werden sowohl von den Bezugstherapeuten/Sozialpädagogen als auch von den Ergo-/Arbeitstherapeuten/-innen begleitet. Je nach Behandlungsvereinbarung nehmen die Rehabilitanden ab der ersten Behandlungswoche täglich an den Maßnahmen zum Alltagstraining teil.

Die Alltagstrainingsmaßnahmen fächern sich wie folgt auf in:

- Kochtraining,
- Gesundheitsinformation,
- Gesundes Frühstück,
- Training der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Sozialrechtliche Beratung / Umgang mit Behörden und Antragstellung,
- Freizeitgestaltung,
- Wohnungsfragen,
- Wirtschaftliche Sicherung,
- Radfahren, Nordic Walking, Walking,
- Organisation von Schuldnerberatung und Schuldenregulierung,
- Orientierende Sozialberatung.

(siehe auch KTL-Hauskatalog)

Neben den großen therapeutischen Modulen gehören zusätzlich Angebote zum Maßnahmenpektrum der Adaption Hambühren, die die Teilhabefähigkeit der Rehabilitanden/-innen im Alltag maßgeblich unterstützen können, wie:

PC-Training

An diesem Angebot können alle Rehabilitanden je nach Bedarf im Einzel- oder Gruppenunterricht teilnehmen. Vermittelt wird Grundlagenwissen, im Umgang mit dem PC erfahrene Rehabilitanden können ihre Fähigkeiten ausbauen und einzelne Themen vertiefen. Der Umgang mit dem PC wird im Rahmen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung als Vorbereitung vermittelt.

Das PC-Training wird sowohl von einer Ergotherapeutin, als auch von einem PC-Fachmann durchgeführt. Je nach Behandlungsvereinbarung nehmen die Rehabilitanden ab der ersten Behandlungswoche einmal wöchentlich am PC-Training teil.

Bewerbungstraining

Wie das PC-Training findet auch das Bewerbungstraining je nach Bedarf als Einzel- oder Gruppenunterricht statt. Eine aktuelle und zeitgemäße Bewerbungsmappe wird erstellt. Die unterschiedlichen elektronischen Möglichkeiten bei der Stellensuche und der Bewerbung werden vermittelt und geübt. Dieser Baustein ist für alle Rehabilitanden verpflichtend.

Therapieschritte sind:

- Hilfestellung beim Erstellen von Standard-Bewerbungsunterlagen,
- Motivation und Begleitung bei der Planung und Umsetzung der Bewerbung um einen Praktikumsplatz/Arbeitsplatz,
- Hilfestellung bei der Arbeitsplatzsuche,
- Förderung der Kompetenz und der Selbstsicherheit.

Das Bewerbungstraining ist verpflichtend. Je nach Behandlungsvereinbarung nehmen die Rehabilitanden ab der 1. Behandlungswoche einmal wöchentlich am PC-Training teil.

Sport und Bewegung

Ziel ist es, den Rehabilitanden zu vermitteln, dass verbesserte körperliche Fähigkeiten das Selbstwertgefühl und die positive Lebenseinstellung stärken und dass die Stimmung durch Aktivierung des Reward-Systems deutlich gehoben werden kann.

Sport- und Bewegungsangebote werden in der Freizeit und in Eigeninitiative genutzt. Im Rahmen der Ergotherapie wird über die Freizeit- und Sportangebote der näheren Umgebung informiert. Die Rehabilitanden/-innen werden zu einer aktiven Freizeitgestaltung, die vor allem Bewegung beinhalten sollte, angehalten. Die Adaptionseinrichtung bietet den Rehabilitanden ein Fahrrad zur Nutzung an, so dass alle Wege in der Umgebung per Rad bewältigt werden können.

Entspannungstraining

Entspannungsverfahren haben einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung und das Selbstwertgefühl (Stetter, 1998). Mit dem Erlernen von Entspannungstechniken bieten wir die Möglichkeit, künftig konstruktiver mit Spannungszuständen umzugehen. Sie sind daher ein wichtiger Baustein im Rahmen der Rückfallprävention, da bekanntermaßen eine hohe Selbstwirksamkeits-

erwartung einen positiven Einfluss auf Abstinenz bedeuten kann. In der Adaption Hambühren setzen wir bei Bedarf die Methoden der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) (Jacobson, 1990) und Übungen des Achtsamkeitstrainings ein. Die Therapieplanung bestimmt über Umfang, Intensität und Wahl der Verfahren.

Ernährungsberatung und Gesundheitsförderung

Ernährungsschulung ist im Rahmen der Alltagstrainingsmaßnahmen verpflichtend und wird regelmäßig wöchentlich auch im Rahmen des edukativen Angebots angeboten. Dieser Bereich wird von den Bezugstherapeuten und der Ergotherapeutin abgedeckt.

Spezielle Ernährungsberatung wird bei entsprechendem Bedarf/Indikation in der kooperierenden Allgemeinmedizinischen Praxis Dr. Landgraff, Hambühren statt, in der eine ausgewiesene, niedergelassene Ernährungsberaterin entsprechende Beratung anbietet. Beratungstermine werden durch die Rehabilitanden selbstständig vereinbart und umgesetzt.

Bei Rehabilitationsbeginn wird im Aufnahmegespräch der gesundheitliche Status erhoben. Notwendige Zahnsanierungen oder Vorsorgeuntersuchungen werden veranlasst. Je nach Selbstständigkeit der Rehabilitanden werden Termine eigenständig oder durch die Adaptionseinrichtung vereinbart.

Schutz von Umwelt und Lebensraum

Der schonende Umgang mit natürlichen Energien und der Schutz unserer Umwelt ist eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt unserer Gesundheit. Wir vermitteln und achten darauf, dass Abfälle getrennt, Sekundärrohstoffe gesammelt werden und mit Energie sparsam umgegangen wird.

Der offene Rahmen der Adaptionseinrichtung ermöglicht einerseits viel Eigeninitiative, andererseits werden strukturelle Defizite schnell deutlich und können therapeutisch bearbeitet werden.

4.5.2 Das beruflich-rehabilitative Angebot

Wesentliches Ziel der Medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung des beruflichen Leistungsvermögens und die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung. Bereits 1991 empfahl die Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), die Angebote zur beruflichen Eingliederung innerhalb der medizinischen Rehabilitation auszubauen (VDR 1992). Arbeits- und berufsbezogene Orientierung immer stärker in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung und Rehabilitationspraxis Berücksichtigung findet (Hillert u. a. 2009) und sowohl eine qualifizierte Leistungsbeurteilung als auch konkrete Hilfestellungen zur beruflichen Wiedereingliederung an Bedeutung zunimmt.

Mit Ausgabe des „Anforderungsprofil zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV 2010) und dem Praxisbuch „Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation“ (DRV 2011) wurde der von uns bereits eingeschlagene Weg der teilhabeorientierten Angebote auch von der DRV ausdrücklich gefordert.

Die arbeits- und berufsbezogene Orientierung bedeutet u. E.: Elemente der Arbeitswelt in die Strukturen und Prozesse der medizinischen Rehabilitation zu integrieren. So können arbeits- und berufsbezogene Problemlagen frühzeitig identifiziert und geeignete Maßnahmen ergriffen werden.

Die Wiederherstellung bzw. der Erhalt des beruflichen Leistungsvermögens, sowie die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung erwerbsfähiger Rehabilitanden ist auch ein wesentliches Ziel der medizinischen Reha „Sucht“ und somit die zentrale Aufgabe der Adaption Hambühren. In dem sie den Prozess zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der

Rehabilitanden/-innen fördert, ihre Reintegration in den Arbeitsmarkt initiiert oder bestehende Problemlagen an vorhandenen Arbeitsplätzen lösungsorientiert bearbeitet, kommt sie dieser Aufgabe nach. Speziell dazu bietet die Adaption Hambühren ein beruflich-rehabilitatives Behandlungsangebot mit folgenden Modulen:

- Interne Ergo / Arbeitstherapie,
- Arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung,
- Gruppen mit arbeits- und berufsbezogenen Themen,
- Belastungserprobung durch externe Betriebspraktika,
- Training Freizeitgestaltung.

Die arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung soll die Entwicklung von Lösungsansätzen bei berufsbezogenen und sozialrechtlichen Problemen unterstützen. Alle Fragestellungen der beruflichen Wiedereingliederung werden in diesem Rahmen erörtert:

- Klärung der beruflichen Perspektive,
- Antragstellung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Klärung der wirtschaftlichen Absicherung,
- Beratung zum Behindertenrecht und Stellen entsprechender Anträge,
- Zusammenarbeit mit berufsfördernden Institutionen,
- Planung, Vorbereitung und Anbahnung der beruflichen Wiedereingliederung.

Die arbeits- und berufsbezogenen Gruppenangebote sind edukative Gruppen mit Themen, die die Arbeitswelt betreffen und arbeitsbezogenen Problemlagen beinhalten. Sie werden einmal wöchentlich mit folgenden Inhalten angeboten:

- Umgang mit der Suchterkrankung im Arbeitsleben,
- Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz,
- Konflikte am Arbeitsplatz,
- Umgang mit Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzgefährdung,
- Arbeitsmotivation und Arbeitsverhalten,
- Stressbewältigung am Arbeitsplatz,
- Strukturen der modernen Arbeitswelt und deren Folgen für Arbeitnehmer,
- Bewerbungstraining in der Gruppe.

Um das beruflich-rehabilitatives Behandlungsangebot der Adaption passgenau in Form von berufsbezogenen Maßnahmen umzusetzen zu können, werden die Rehabilitanden/-innen, die dem Arbeitsmarkt grundsätzlich zur Verfügung stehen, zunächst gemäß folgender BORA-Kriterien differenziert:

BORA Zielgruppe 1	Rehabilitanden/-innen in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
BORA Zielgruppe 2	Rehabilitanden/-innen in Arbeit mit besonderen Problemlagen
BORA Zielgruppe 3	Arbeitslose Rehabilitanden/-innen nach SGB III

BORA Zielgruppe 4	Arbeitslose Rehabilitanden/-innen nach SGB II
BORA Zielgruppe 5	Nicht Erwerbstätige

Die Durchführung erwerbsbezogener therapeutischer Leistungen orientiert sich an der Bora Stufe und an den individuellen beruflichen Problemlagen der Rehabilitanden/-innen. Daraus ergibt sich ein strukturiertes und gleichzeitig individuelles therapeutisches Angebot unter der Beteiligung der unterschiedlichen Berufsgruppen.

BORA 1

Diese Gruppe ist, in Abhängigkeit von der konkreten beruflichen Situation des einzelnen Rehabilitanden/-innen, eher nicht oder nur selten in der Adaption Hambühren vertreten. Sollte dies aber aus anderen Gründen dennoch der Fall sein, wären präventiv stützende Maßnahmen angezeigt, wie die Teilnahme an:

- Arbeitstrainingsmaßnahmen intern,
- Alltagstrainingsmaßnahmen,
- Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber,
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, nach § 84 SGB IX), Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX),
- Klärung des Umgangs mit der Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz.

BORA 2

Für diese Gruppe sind die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppenangebote mit den Themen: Konfliktbewältigung, Stressmanagement und Selbstsicherheitstraining, also alle sozial stützenden Angebote von Bedeutung. Für den Erhalt des Arbeitsplatzes und der Arbeitsfähigkeit erscheint aber auch die Betrachtung der Leistungsfähigkeit bzw. der Beeinträchtigungen dieser Rehabilitanden/-innen sinnvoll. Außerdem die Teilnahme an:

- Arbeitstrainingsmaßnahmen intern,
- Alltagstrainingsmaßnahmen,
- Orientierende Sozialberatung,
- Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber,
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, nach § 84 SGB IX), Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX),
- Klärung des Umgangs mit der Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz/ Interne Arbeitstherapie.

BORA 3

Bei dieser Gruppe handelt es sich um die in der Adaption Hambühren am häufigsten vertretene. Schwerepunktmäßig benötigen diese Rehabilitanden/-innen für die berufliche Wiedereingliederung neben dem fördernden einzeltherapeutischen auch ein Gruppenangebot wie „Arbeitslosigkeit und berufliche Orientierung“ und „Training sozialer Kompetenz“ sowie folgende berufsfördernde Unterstützung:

- Arbeitstrainingsmaßnahmen intern,

- Arbeitstrainingsmaßnahmen extern,
- Alltagstrainingsmaßnahmen,
- Berufliche Inventur und Leistungsbeurteilung,
- Bewerbungstraining,
- PC-Schulungskurse,
- Sozialberatung,
- Fallmanagementverfahren, ggfs. Einleitung berufsfördernder Maßnahmen.

BORA 4

Diese Gruppe ist eine ebenfalls häufig in der Adaption Hambühren vertretene. Die Rehabilitanden/-innen dieser Gruppe benötigen eine besondere Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung, da sie häufig bereits über einen langen Zeitraum erwerbslos sind. Zusätzlich zu den indizierten spezifischen Einzel- und gruppentherapeutischen Maßnahmen aus BORA 2 und 3 werden diese Rehabilitanden/-innen möglichen Unterstützungsbedarf hinsichtlich ihrer sozialen Desintegration haben. Um ihre Chancen auf berufliche Wiedereingliederung zu erhöhen, benötigen sie besonders viele Trainingsmöglichkeiten bezogen auf ihre Grundarbeitsfähigkeiten und es sollte eine genaue Überprüfung ihrer Arbeitsfähigkeit erfolgen. Folgende berufsfördernde Unterstützung ist außerdem notwendig:

- Arbeitstrainingsmaßnahmen intern,
- Arbeitstrainingsmaßnahmen extern,
- Alltagstrainingsmaßnahmen,
- Berufliche Inventur und Leistungsbeurteilung,
- Bewerbungstraining,
- PC-Schulungskurse,
- Sozialberatung,
- Fallmanagementverfahren, ggf. Einleitung berufsfördernder Maßnahmen,
- ggf. Einleitung ambulanter Hilfen als Eingliederungshilfe.

BORA 5

Diese Gruppe setzt sich aus den Nicht-Erwerbs-Rehabilitanden/-innen zusammen, die in der Adaption Hambühren nur bei besonderer Indikation aufgenommen werden können, da sie nicht zu den Rehabilitanden/-innen mit beruflicher Wiedereingliederungsperspektive gehören. Ausnahmen bilden Schüler, Studenten, Hausfrauen und befristet berentete Rehabilitanden/-innen. Bei ihnen richten sich die Maßnahmen nach dem individuellen Unterstützungsbedarf. Berufsfördernde Maßnahmen aus allen vorhergehenden Bora-Zielgruppen können sinnvoll eingesetzt werden. Trainingsarbeitsplätze werden im Rahmen der internen Arbeitstherapie für die Erprobung und Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten im Haus vorgehalten. Die reale Arbeitserprobung erfolgt anschließend im Rahmen der externen Arbeitstherapie in Kooperation mit Betrieben/Unternehmen aus der Umgebung, die Betriebspraktikumsplätze zur Verfügung stellen und damit den Rehabilitanden die Möglichkeit bieten, sich unter realen Arbeitsbedingungen auszuprobieren. Die Anzahl der kooperierenden Betriebe/Unternehmen ist inzwischen so groß, dass das abgebildete Spektrum an Berufszweigen den Bedarf unserer Rehabilitanden/-innen

abdeckt. Angestrebtes Ziel für alle BORA-Gruppen ist es, eine dauerhafte berufliche Teilhabe auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Darüber hinaus gilt, dass die Rehabilitanden/-innen aller Gruppen individuell, neben den berufsspezifischen Wiedereingliederungsmaßnahmen, alle Einzel- und Gruppenangebote zur persönlichen Gesundheit / Stabilisierung nutzen können.

Rehabilitationsberatung wird in der Adaption durch die Außenstelle Celle der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover angeboten. Insbesondere bei Rehabilitanden/-innen, die einen Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation; G 130) gestellt haben, findet jeweils mit dem zuständigen Reha-Berater ein persönliches Beratungsgespräch statt, um die Möglichkeiten von beruflicher Rehabilitation zu eruieren. Darüber hinaus kann dieses Angebot auch bei anderen Fragestellungen, die die berufliche Wiedereingliederung betreffen, genutzt werden.

4.5.3 Das Gesundheitstraining und die Patientenschulung

Gesundheitstraining ist uns besonders in Bezug auf die Ernährung der Rehabilitanden/-innen ein besonders Anliegen. Wie bereits erwähnt hat sich die Adaption Hambühren für die Selbstversorgung der Rehabilitanden/-innen entschieden, d.h. alle sind für die Zubereitung ihrer Mahlzeiten selbst verantwortlich. Auf Grund der Dichte der Betreuungskontakte verfügen die Therapeuten immer über einen guten Informations- und Sachstand bezüglich der Ernährung und der Umsetzung eines „gesunden“ Lebensstils der einzelnen Rehabilitanden, so dass Defizite umgehend in den edukativen Gruppen einfließen können. Zudem stehen gesundes Obst und Gemüse durch den Eigenanbau (AT Gartentherapie) zur Verfügung.

Die Patientenschulungen in Form von interaktiven Gruppen mit gesundheitsbezogenen Themen zielen darauf ab, die Compliance der Rehabilitanden/-innen zu verbessern und ihre Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) zu stärken. Die Rehabilitanden/-innen sollen durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informiert Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung zu treffen. Sie werden interdisziplinär durchgeführt und bedarfsorientiert individuell im Einzelgespräch verstärkt.

Psychoedukative Gruppen werden regelmäßig sowie nach Bedarf zu folgenden Themenkreisen von den Bezugstherapeuten angeboten:

Zum Thema Sucht:

- Substanzabhängigkeit/Schädlicher Gebrauch,
- Rückfallproblematik.

Methodik/Inhalt: Interaktives Lernen in der Gruppe unter Einsatz verschiedener Medien

Zielgruppe: Alle Rehabilitanden

Ziel: Wissensvermittlung, Umgang mit Rückfällen, Festigung der Abstinenzentscheidung, Vertiefung der Krankheitseinsicht

Zum Thema Ernährung:

- Gesundes Frühstück
- Gesund kochen

Methodik/Inhalt: Interaktives Lernen in der Gruppe unter Einsatz verschiedener Medien

Zielgruppe: Alle Rehabilitanden

Ziel: Wissensvermittlung und Motivation für eine gesunde Lebensführung

Zum Thema psychische Gesundheit:

- Angst und Depression
- Umgang mit Medikamenten

Methodik/Inhalt: Interaktives Lernen in der Gruppe mit unterschiedlichen Methoden

Zielgruppe: Rehabilitanden mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen

Ziel: Umgang und Auseinandersetzung mit psychischen Problemen

Zum Thema berufliche Teilhabe:

- Berufliche Zukunft
- Arbeitslosigkeit

Methodik/Inhalt: Interaktives Lernen in der Gruppe mit unterschiedlichen Methoden

Zielgruppe: Rehabilitanden mit unsicherer Arbeitsperspektive

Ziel: Auseinandersetzung mit der beruflichen Situation

4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen

Die Auswirkungen einer körperlichen oder psychischen Erkrankung eines Menschen auf seine Familie bzw. auf sein direktes soziales Umfeld sind seit langem bekannt.

Die systemische Familienmedizin zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Erkrankung und deren Auswirkungen auf das soziale Leben des Betroffenen und seiner Familie/Umfeld ins Zentrum ihrer Bemühungen rückt. Sie kombiniert biopsychosoziale und familiensystemische Perspektiven und nutzt sie für ihre Arbeit. Die Anwendung systemischer-familienmedizinischer Sichtweisen und Interventionstechniken basieren auf den Prinzipien:

- gleichwertiger Berücksichtigung psychischer und somatischer Faktoren bei Diagnostik und Behandlung,
- routinemäßiger Einbeziehung von Familie bzw. von Familienthemen.

Das Einbeziehen von Familienangehörigen in den Behandlungsprozess gehört zum Standard der Adaption Hamburg und ist aus unserer systemischen Sicht von besonderer Bedeutung, wenn positive Behandlungsergebnisse längerfristig Bestand haben sollen. Unser Ziel ist es, festgefahrene Strukturen aufzulösen und neue konstruktivere Kommunikationsmuster in den Familien zu entwickeln bzw. zu etablieren. Das veränderte Miteinander in der Therapieeinrichtung und die beginnende persönliche Entwicklung der Rehabilitanden ermöglichen dabei eine neue Gesprächsbasis, die bei allen Beteiligten positive Entwicklungen ermöglichen.

Zusätzlich können die Angehörigen zum Thema „Alkoholismus/Sucht als Familienerkrankung“ informiert und beraten werden.

Familien- und Paargespräche werden allen Rehabilitanden angeboten, die noch über ein familiäres und/oder soziales Umfeld verfügen. Je nach Indikation und organisatorischen Bedingungen können die Familieninterventionen ohne (Genogramm, Familienbrett, Gruppe), mit ausgewählten oder mit allen Familienangehörigen durchgeführt werden.

4.6 Das Entlassungsmanagement

4.6.1 Die Entlassungsvorbereitung (siehe Phase 5 des Behandlungsverlaufs)

Je nach Entlassungszeitraum findet in der 9. bis 12. Woche der Entlassungsphase eine medizinisch / psychiatrische Abschlussuntersuchung statt. Die Einschätzung zur Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden und die daraus resultierende medizinische Empfehlung fließt nun endgültig in die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zur Erwerbsfähigkeit ein, die wiederum Eingang in die Abschlussbefundung und somit in den Entlassungsbericht findet. Die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zur Erwerbsfähigkeit ist die Grundlage für Empfehlungen zur Integration in das Arbeitsleben der Rehabilitanden.

Zu diesem Zeitpunkt wird auch die Vorbereitung einer ambulanten Weiterbehandlung/Nachsorge in der Suchtberatungsstelle der Rehabilitanden am Heimatort umgesetzt. Während einer Heimfahrt findet ein erster Kontakt zwischen künftigem Berater/-in und Rehabilitand/-in statt. Weitere Unterstützungsangebote wie stufenweise Wiedereingliederung, ambulant Betreutes Wohnen, gesetzliche Betreuung sind bereits initiiert und letzte Schritte auf diesem Weg werden realisiert. Wohnungsfragen und die Vorbereitung der Rückkehr in die Familie werden abschließend thematisiert.

4.6.2 Die Entlassung und die Nachsorge

Der ärztliche Entlassungsbericht bildet den Abschluss der stationären Adaptionsbehandlung. In ihm werden alle Befunde sowie Therapieziele und deren Ergebnisse zusammengeführt. Der ärztliche Entlassungsbericht bildet die Grundlage für alle weiterführenden Empfehlungen bzw. Antragstellungen und Behandlungen und kann mit Einwilligung der Rehabilitanden auch an die weiterbehandelnden Stellen (z.B. Haus- bzw. Facharzt) weitergegeben werden.

Am Tag vor der Entlassung findet ein Abschlussgespräch zwischen Rehabilitand/-in, Bezugstherapeutin und Ergotherapeutin statt. Die Ergebnisse der Behandlung werden unter Berücksichtigung der gesetzten Therapieziele ausgewertet und in den Entlassungsbericht eingearbeitet. Die Rehabilitanden erfahren eine Einschätzung durch die anwesenden Mitarbeiter, die in eine Reflexion des Therapiegeschehens münden (siehe **Anlage 2**).

Abschließend können die Rehabilitanden mit Hilfe eines anonymen Fragebogens Auskunft über die Bewertung der Behandlung und der dazugehörigen Rahmenbedingungen geben. Jede abgegebene Bewertung / Einschätzung fließt in unseren Qualitätssicherungsprozess ein.

4.7 Das Notfallmanagement

Die Mitarbeiter/-innen sind zu den üblichen Arbeitszeiten (in der Regel mindestens von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr) persönlich anwesend und im Krisenfall für die Rehabilitanden/-innen sofort ansprechbar. Nach Dienstende bis zu nächsten Morgen steht ein Mitarbeiter als Rufbereitschaft telefonisch zur Verfügung. An den Wochenenden ist diese Rufbereitschaft von Freitag bis Montag rund um die Uhr erreichbar und einsatzbereit. Der jeweilige Diensthabende erscheint am Wochenende mindestens einmal pro Tag persönlich in der Adaption und steht dann vor Ort den Rehabilitanden/-innen für soziale Kontakte oder bei Gesprächsbedarf zur Verfügung. In Krisenfällen ist der diensthabende Mitarbeiter sofort telefonisch erreichbar und kurzfristig vor Ort.

Zusätzlich sind in den Nasszellen der Rehabilitandenzimmer Notfallkordeln angebracht, so dass z.B. bei einem Sturz o.ä. der über Zug der Kordel informierte Notfunkdienst Hannover GmbH den Diensthabenden Kollegen und ggf. einen Krankenwagen herbeirufen kann. Im medizinischen Akutfall steht das Allgemeine Krankenhaus Celle und bei psychiatrischen Notfällen die psychiatrisch-psychosomatische Klinik Celle (Träger Klinikum Warendorff) zur Verfügung, die jeweils in ca. 10 Minuten mit dem PKW erreichbar sind.

Bei Aufnahme wird über den Umgang mit Notfallsituationen ausführlich informiert. Im Flurbereich der Adaption Hambühren steht ein Telefon, von dem aus im Notfall Notfallmeldungen abgesetzt werden können (siehe **Anlage 7**)

In Notfallsituationen stehen Erste-Hilfe-Kästen in den Werkstätten, in der Garage, in der Küche und im Büro der Ergotherapeutin zur Verfügung. Die Patientenküche ist mit einer Branddecke ausgestattet. Alle Etagen verfügen über regelmäßig gewartete Feuerlöscher. Im Büro der Ergotherapeutin befindet sich ein gewarteter Defibrillator und Notfallkoffer. In der Adaption stehen zwei Ersthelfer zur Verfügung, die zweimal jährlich an Schulungsmaßnahmen zur Ersten Hilfe und im Umgang mit dem Defibrillator geschult werden.

Notfälle und Unfälle werden im Rahmen des QM und in den jeweiligen Patientenakten dokumentiert. Ein spezieller Notfallraum kann aufgrund der geringen Größe der Einrichtung nicht vorgehalten werden.

4.8 Das Hygienemanagement

Die Adaptionseinrichtung verfügt über einen jeweils aktuellen, fortlaufend angepassten Hygieneplan. Der Plan beinhaltet das Vorgehen beim Umgang mit ansteckenden Krankheiten, regelt die Reinigung des Hauses, vor allem der gemeinsam genutzten Räume, die Verwendung von Reinigungsmittel etc. Die Küchenleiterin der Fachklinik Oerrel, als Hygienefachkraft, schult regelmäßig alle Mitarbeiter/-innen des Hauses Niedersachsen inkl. der Mitarbeiter/-innen der Adaption Hambühren. Die Umsetzung des Hygieneplans und die regelmäßigen Kontrollen werden durch die Einrichtungsleiterin überwacht. Die regelmäßigen Küchenkontrollen werden inhaltlich und zeitlich dokumentiert.

Zur Hygienekommission des Hauses Niedersachsen gehört die Geschäftsführung, die ärztliche Klinikleitung der Fachklinik Oerrel, die Küchenleitung der Fachklinik und die Einrichtungsleiterin der Adaption Hambühren (siehe **Anlage 8**).

5 Die Dokumentation der Adaption Hambühren

Eine umfassende Dokumentation ist von Bedeutung, um den Behandlungsverlauf während der Rehabilitation nachvollziehen zu können, sie dient der Kontrolle, dem Nachweis und der Weiterentwicklung.

Der Verlauf der medizinisch-rehabilitative Behandlung wird in der Adaption Hambühren doppelt dokumentiert, sowohl in einer Papier- als auch in einer elektronischen Akte. Die EDV-gestützte Verlaufsdokumentation erfolgt über das System „Patfak“ von der Firma Redline-Data, Ahrensbrök.

Zugang zu den Patientendaten haben die Bezugstherapeuten/-innen und die Ergotherapeutin. Die PCs sind passwortgeschützt, die Papierakten sind in speziell dafür vorgesehenen verschlossenen Stahlschränken.

Die Dokumentation wird unterschieden in Basisdokumentation, Arbeitsdokumentation und Ergebnisdokumentation.

Zur Basisdokumentation gehören:

- alle relevanten Daten,
- alle Termine,
- die Behandlungsplanung,
- alle Arbeitsdokumente,
- die Eingangs- und die Abschlussdiagnostik,

- die einrichtungsinterne Leistungserfassung (KTL),
- die Verlaufsdokumentation mit Ergebnissen, Vereinbarungen, Vorfällen, Entwicklungen,
- der Reha-Entlassungsbericht.

Zu den Arbeitsdokumenten gehören:

- Aufnahmeformulare,
- Rehabilitations-Fragebogen
 - allgemein
 - Therapieziele,
 - Selbsteinschätzung,
 - Suchtverhalten,
 - Beeinträchtigungen,
 - Inventur Sozialkompetenz,
 - „Meine Schwächen“, „Meine Stärken“,
 - Therapieziele nach ICF
 - berufsbezogen
 - Berufsanamnese/Arbeitsplatzbeschreibung,
 - Fachkompetenzen,
 - Arbeitstherapieziele,
 - Inventur Fachkompetenzen zur beruflichen Wiedereingliederung.
- Behandlungsplan und -verlauf,
- ICF-Diagnose,
- BORA-Checkliste,
- Reha-Behandlungsplan,
- Therapieverlauf,
- Beobachtungsbogen,
- Alkohol- und Drogentestung,
- Beobachtungsbogen nach MELBA,
- Bewerbungsaktivitäten,
- Praktikumsbeurteilung (extern),
- Therapeutischer Vertrag,

Zur Ergebnisdokumentation gehören:

Auswertung

- Reha-Auswertung nach ICF,
- Beurteilung der Rehabilitationsbehandlung,

Berichte

- Reha-Entlassungsbericht.

Die Behandlungsplanung ist Teil des „Rehabilitations-Behandlungsplanes“ (siehe **Anlage 2**). Die Behandlungsziele sind Bestandteil dieses Planes, werden in ihm dokumentiert und je nach dem aktuellen Stand/Rehabilitationsverlauf fortlaufend angepasst.

Alle therapeutischen Leistungen, Kontakte und Maßnahmen die während der Rehabilitation erbracht werden, sind nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) in der elektronischen Akte erfasst und nachvollziehbar. Sowohl die KTL-Daten als auch der Behandlungsverlauf und dessen Ergebnisse finden sich im Reha-Entlassungsbericht (siehe **Anlage 4**) wieder.

6 Der Datenschutz der Adaption Hambühren

Datenschutzbeauftragter des Hauses Niedersachsen ist der Geschäftsführer. Alle gesetzlich geforderten Datenschutzregelungen werden im QM-System des Hauses Niedersachsens umgesetzt.

Alle Mitarbeiter/innen unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 35 SGB I und §§ 67ff SGB X, sowie den gültigen Datenschutzbestimmungen. Jährliche Datenschutzbildungen finden statt. Neue Mitarbeiter/innen bekommen eine einheitlich geregelte Einweisung in ihren Tätigkeitsbereich, in dem auch der Datenschutz geschult wird und unterschreiben eine Schweigepflichtvereinbarung. Verantwortlich für die Umsetzung aller Datenschutzbestimmungen ist der Datenschutzbeauftragte.

Datenschutz erfordert einen sensiblen Umgang mit Rehabilitanden- und Mitarbeiterdaten, bei der Gesprächsführung in Anwesenheit Dritter, bei Telefonate mit Angehörigen oder Behörden, beim Zugang zu Akten, mit Dokumenten und Computern, sowie bei der Aufbewahrung und fristgerechten Vernichtung von Daten. Die PCs sind passwortgeschützt, die Papierakten sind in speziell dafür vorgesehenen verschlossenen Stahlschränken untergebracht.

Auskünfte zu Rehabilitanden/-innen an Dritte (Beratungsstellen, Hausärzte, Angehörige) werden ausschließlich erteilt, wenn eine spezifische Schweigepflichtentbindung durch die Rehabilitanden vorliegt.

7 Die Qualitätssicherung der Adaption Hambühren

Das Haus Niedersachsen nimmt am externen Qualitätssicherungsprogramm der DRV teil.

Das interne Qualitätsmanagement der Adaptionseinrichtung Hambühren ist zertifiziert nach:

- **DIN EN ISO 9001:2008 und**
- **DEGEMED/FVS.**

Die Adaption Hambühren erfüllt die Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), nach § 20 SGB IX.

Die Zertifizierung erfolgte durch die LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Nürnberg. Sie beinhaltet jährliche interne und externe Audits, um das Qualitätsniveau aufrecht zu erhalten bzw. zu verbessern.

Das interne Qualitätsmanagement wird im QM-System des Hauses Niedersachsen geregelt. Die Stabstelle des Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) ist trägerweit eingerichtet und der Geschäftsführung unterstellt. Jahresbericht und Managementbewertung sowie eine Risikobewertung werden zu Beginn jedes Jahres erstellt. In diesen QM-Berichten sind die aktuellen Schwerpunkte der klinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenzen des Hauses Niedersachsen dokumentiert. Der QMB nimmt regelmäßig an relevanten QM-Schulungen teil, z.B. anlässlich der Umstellung auf die DIN EN ISO 9001:2015, schult die Mitarbeiter der Einrichtungen und wirkt als Auditor bei internen Audits mit. Jährliche interne bzw. externe Audits dienen der kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems.

Über die Qualitätszirkel fließen sowohl die Ergebnisse des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung, die Ergebnisse aus dem Peer-Review und der Rehabilitandenbefragung als auch die selbst erhobenen Qualitätsdaten in die tägliche Arbeit und in die Organisationsentwicklung ein.

Die Erstellung des Reha-Entlassungsberichts geschieht unter Verantwortung des leitenden Arztes, mit Berücksichtigung des Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. An der Abfassung beteiligen sich alle therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter, die den Bericht kontinuierlich vom Aufnahmetag an mit Hilfe eines noch weiter zu optimierenden Rasters und unter Einbezug der ICF-basierten Verlaufsdocumentation schreiben. Die fristgerechte Fertigstellung und Übersendung haben hohe Priorität und werden über ein internes Controlling-Instrument nachgehalten. Der Entlassungsbericht wird zur Entlassung fertiggestellt.

Die externe Qualitätssicherung erfolgt durch die QS-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Die Rehabilitanden/-innen haben die Möglichkeit, persönlich oder anonym Beschwerden auszusprechen (internes Beschwerdemanagement). Eine abschließende Bewertung der Behandlungsqualität geschieht durch die Rehabilitanden am Ende der Behandlung in Form von anonymen, standardisierten Redhabilitandenfragebogen. Die Fragebogen werden quartalsweise ausgewertet und gehen in den Qualitätssicherungsprozess ein.

Statistische Daten (Kerndatensatz) werden kontinuierlich als Basisdocumentation über das Erfassungsprogramm PATAFAK erhoben und der bundesweiten Auswertung zur Verfügung gestellt. Die Daten aus der Basisdocumentation werden zudem eigenen Erhebungen gegenübergestellt. Katamnestiche Daten werden ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Maßnahme erfragt. Die Auswertung dieser Daten erfolgt über den Fachverband Sucht (FVS).

Die Supervision für die Mitarbeiter ist verpflichtend und wird im Abstand von vier bis sechs Wochen angeboten. Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung- sowohl auf freiwilliger Basis als auch ggf. verpflichtend. Fortbildungsangebote werden innerhalb des Hauses öffentlich gemacht.

8 Das Literaturverzeichnis

Andreas, S. Uta.

Merkmale von funktionalen, sozialen und umweltbezogenen Bereichen im Sinne der ICF bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, in: Suchttherapie - Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen, Thieme, 1/2011

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12

Beermann, B., Brenscheidt, F. und Siefer, A.

Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern. In B. Badura, H. Schroeder & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit (S. 69-82). Berlin: Springer

Berg, I. K., Miller, S. D.

Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen: Ein lösungsorientierter Ansatz, Carl-Auer 2009

Bilitza, K. W.

Psychodynamik der Sucht - Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Hubert & Co, Göttingen 2008

Bilitza, K. W., Schehler, P.

Sucht. In: Senf, W. Broda, M., Praxis der Psychotherapie, Kap. 50., S. 701-718, Thieme, 2007

Bischof, G. et al.

Änderungsmotivation in: Thomasius R, Küstner J Hrsg. Familie und Sucht, Stuttgart, Schattauer: S. 123-131, 2005

Bischof, G.; Freyer, J.

Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen, Suchttherapie, S. 52-57, 2006

Bottlender, M., Köhler, J., Soyka, M.

Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Rehabilitanden, aus: Fortschr. Neurol Psychiatr 74: S. 19-33, 2006

Bültzingslöwen von, K., Pfeifer, M., Jacobi, C., Kröner-Herwig, B.

Alkoholabhängige Rehabilitanden mit komorbiden affektiven, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen - Gibt es Unterschiede in den Behandlungsprozessen und -ergebnissen? Tagungsband des 15. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums- Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien, S. 470-471, 2006

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006)

ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation (2. überarbeitete Auflage)

DRV Arbeitsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, 2012, 3. Auflage, Berlin

DRV

Empfehlung zur Stärkung des Erwerbslebens in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 2004

DRV

Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherer zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 2011

DRV

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), 2010

DRV

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei Abhängigkeitserkrankungen, 2010

DRV Braunschweig-Hannover, DRV Nord, DRV Oldenburg Bremen

Konzeption Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankung in Norddeutschland Kombi-Nord, 2009

DRV Bund

Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, Praxishandbuch, 2011, 2. Auflage, Berlin

Eberwein, W.

Humanistische Psychotherapie: Quellen, Theorien und Techniken, Stuttgart 2009

Eisenbach-Stangl, I.

Männer Frauen Sucht, Wien 2005

Egger, J. W.

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell, Psychologische Medizin 10/05 Nr. 2, S. 3-12, 2005

Förstl, H., Hautzinger, M.

Neurobiologie psychischer Störungen, Berlin, 2006

Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W., Görlich, P. et al

AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen, Sucht 52 (1), S. 8-34, 2006

Grawe, K.

Psychologische Therapie, Göttingen 2004

Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, Heinz C., Büchner, U. (Hrsg.)

Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2002

Heinz, A., Berta, u.a.

Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, Stuttgart 2003

- Hillert, A.
Therapeutische Arbeit mit beruflichen Ressourcen. In: Linden, M, Weig, W. (Hrsg.)
Salutogenese in Prävention und Rehabilitation, Deutscher Ärzte-Verlag 2009
- Jung, A., Schuhler, P., Schmitz, B., Handke-Raubach, A.
Komorbide Persönlichkeitsstörung bei Abhängigkeitserkrankungen. Psychotherapie im Dialog,
S. 188-191, 2003
- Körkerl, J., Schindler, Ch.
Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen/Ein strukturiertes Trainingsprogramm, Heidelberg 2003
- Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H., Winnefeld, M. & Beckmann, U. (2001)
Frauen sind anders - auch in der Rehabilitation? Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen
Rehabilitation. Deutsche Angestellten Versicherung, S. 1-9
- Küstner, U., Sack, P.-M., Thomasius, R.
Familientherapeutische und systemische Ansätze in der Suchtbehandlung. Psychotherapie im Dialog,
S. 124-127, 2003
- Lindemeyer, J.
Der springende Punkt. Stationäre Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch, Lengerich 2001
- Lindemeyer, J.
Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie Band 6, Göttingen 2005
- Linden, M.
Internationale Daten zum Mini-ICF-App, Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Karlsruhe 2004
- Ludewig, K.
Leitmotive systemischer Therapie, Stuttgart 2002
- Ludewig, K.
Systemische Therapie. Grundlagen, klinische Theorie und Praxis, Heidelberg 2015
- Ludewig, K., Ulrich Wilkens, Hrsg.
Das Familienbrett, Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen
Systemen, Klett 2000
- Ludewig, K.
Auf dem Weg zu einem systemischen Menschenbild, Fachvortrag in Rot 2010
- Ludewig, K.
Psychische Systeme - ein nützliches Konzept für die systemische Praxis?, Familiendynamik 36,
S. 222-238, 2011
- Miller, W.R., Rollnik, S.
Motivierende Gesprächsführung, Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen,
Freiburg 2005

Missel, P.
Suchtrehabilitation Wirksamkeit der stationären Suchtrehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen - Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese des Fachverbandes Sucht e. V., Tagungsband des 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien, S. 493-494, 2006

Molter, H., Hargens, J. (Hrsg.)
Systemisches Arbeiten mit und in Gruppen, Dortmund 2002

Rahm, D. u.a.
Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis, 4. Auflage, Paderborn 1999

Rehfeld, U., Bütetisch, T. und Hoffmann, H. (2008)
Gesundheitsbedingte Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Frauen und Männer - Indikatoren für die Morbidität. In B. Badura, H. Schroeder & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit (S. 145-157). Berlin: Springer

Rennert, M.
Co-Abhängigkeit, in: Thomasius R, Küstner J Hrsg. Familie und Sucht. Stuttgart, Schattauer, S. 45-51, 2005

Röckelein, E. (2001)
Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung und Bedeutung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsforschung. In U. Worringer & C. Zwingmann (Hrsg.), Rehabilitation weiblich - männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung, S. 39-54, Weinheim: Juventa

Roth, G.
Fühlen, Denken, Handeln: Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Suhrkamp 2001

Schallenberg, H., Lindow, B.
Kombinationsbehandlung/modulare Therapie und arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation. In: Fachverband Sucht e. V. (Ed.). Die Zukunft der Suchtbehandlung. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. (pp. 175-184), Neuland 2002

Scharfetter, Christian
Allgemeine Psychopathologie, Eine Einführung, Stuttgart 2010

Schindler, A. u.a.
„Systemische Therapie bei Substanzstörungen“, Historische Entwicklung und aktuelle evidenzbasierte Varianten“, Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 2010

Siegrist, K., Rödel, A., Hessel, A. und Brähler, E. (2006)
Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Arbeitsunfähigkeit und gesundheitsbezogenes Wohlbefinden: Eine empirische Studie aus der Perspektive der Geschlechterforschung. Das Gesundheitswesen, 68, S. 526-534

Simon, F. B.
Einführung in die Systemtheorie des Konfliktes, Heidelberg 2010

Soyka, M., Köhler, J., Grünbeck
Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit - Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. Der Nervenarzt, 76, S. 72-77, 2005

Spitzer, M.
Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg 2002

Sydow v., K., Beher, St., Retzlaff, R.
Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie, Göttingen 2006

Verband deutscher Rentenversicherungsträger
Empfehlung für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Hinweise zur Begutachtung, Frankfurt a. M. 2011

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1992). Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger - Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt am Main: Selbstverlag.
[VDR] Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1997)

Wiegand, G.,
Die Bedeutung der beruflichen Teilhabeförderung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus Sicht eines Vertreters eines regionalen Leistungsträgers. In: Sucht Aktuell 20, Heft 1, Bonn 2013, S. 44-48.

World Health Organisation (WHO)
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Genf 2005

Worringen, U. und Benecke, A.
Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme in der Rehabilitation. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit (S. 505-519). Bern: Huber, 2002

Worringen, U., Benecke, A., Gerlich, C. und Frank, S.
Erfassung von Haus- und Familienarbeit in der Rehabilitationsforschung.
In U. Worringen & C. Zwingmann (Hrsg.), Rehabilitation weiblich - männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung (S. 221-234). Weinheim: Juventa, 2001

Yalom, I. D.
Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Ein Lehrbuch, München 1995

Zemlin, U., Henkel, D., Dornbusch, P.
Arbeitslosigkeit und Rückfall - Rückfallbeeinflussende Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) 2006

9 Die Instrumente

Jack, Mary

Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS),
Göttingen 2007

Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F., Müller, B.

MELBA - Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit,
Siegen 1996

Löffler, S., Wolf, H. D., Gerlich, C. & Vogel, H.

Benutzermanual für das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen.

Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie,
Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 2008

Marker, K.

Marker Software, Handbuch zum Programmpaket COGPACK, Version 7.9,
Heidelberg und Ladenburg, 2007

Linden, M., Baron, St., Muschalla, B.

Mini-ICF (Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die ICF), 2014

Deutsche Rentenversicherung, Bund

Praxishandbuch: AVEM-44, Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster,
Fischer 2011

Streibelt, M., Gewinn, H., Hansmeier, T., Thren, K. und Müller-Fahrnow, W.

SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte.
Die Rehabilitation, 46, 266-275, 2009

10 Die Anlagen

1. Schaubild Kooperationen
2. Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung
3. Reha-Behandlungsplan
4. Behandlungsphasen - Verlaufsdiagramm
5. Reha-Entlassungsbericht
6. Rehabilitandenfragebogen/Bewertung Reha
7. Bewertung Betriebspraktikum
8. Notfallplan
9. Hygieneplan