

Rehabilitationskonzept der Fachklinik Oerrel
mit integriertem BORA-Ergänzungskonzept

stationäre beruflich orientierte
medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker
bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
mit Folge- und Begleitkrankheiten
und besonderen beruflichen Problemlagen

verfasst von Gabriele Horst und Ilse Friedrich

Version 03.07.2017

Fachklinik Oerrel

Bezeichnung des Rehabilitationskonzepts:

Rehabilitationskonzept der Fachklinik Oerrel mit integriertem BORA-Ergänzungskonzept: beruflich orientierte medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit mit Folge- und Begleitkrankheiten und besonderen beruflichen Problemlagen

Leistungsform:

Stationäre medizinische Rehabilitation, Entwöhnung

Bettenzahl und Zielgruppe:

66 Betten für die stationäre Entwöhnungsbehandlung volljähriger Männer und Frauen

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

Feldstraße 5
29386 Dedelstorf - Oerrel -

Telefon: 05832 820
Fax: 05832 8246
E-Mail-Adresse: oerrel@haus-niedersachsen.de
Internet-Adresse: www.haus-niedersachsen.de

Geschäftsführer: Matthias Hierzer
Leitender Arzt: Ilse Friedrich
Leitender Psychologe: Gabriele Horst
Stellvertretender leitender Arzt, zusammen mit dem leitenden Psychologen: Ute Frick

1 Inhalt

1	Inhalt	1
	Teil I Fachabteilungskonzept	5
1	Allgemeine Angaben	5
1.1	Die Fachklinik Oerrel	5
1.1.1	Lage	5
1.1.2	Erreichbarkeit	5
1.1.3	Bauliche Gegebenheiten	5
1.1.4	Wurzeln und Entwicklung.....	6
1.1.5	Besonderheiten	7
1.1.6	Träger der Fachklinik	7
1.2	Zur Fachabteilung	8
1.2.1	Verträge.....	8
1.2.2	Zielgruppe.....	8
1.2.3	Barrierearmut	9
1.2.4	Kooperationen	9
2	Struktur der Fachabteilung.....	11
2.1	Räumliches Angebot	11
2.1.1	Medizinabteilung mit Physikalischer Therapie Physiotherapie	11
2.1.2	Patientenzimmer	12
2.1.3	Gruppenräume	12
2.1.4	Gemeinschaftsräume	12
2.1.5	BORA bezogene Räumlichkeiten intern	13
2.1.6	Weitere zur Therapie genutzte Räume	13
2.2	Medizinisch technische Ausstattung	14
2.3	Personelle Besetzung	14
2.3.1	Konzeptorientierter Basis-Soll-Stellenplan.....	14
2.3.2	BORA bezogene personelle Ausstattung	15
2.3.3	Fortbildung	16
2.3.4	Supervision.....	17
2.4	Therapiezeiten der Rehabilitanden	17
2.5	Organisation der Verpflegung.....	17
2.6	BORA-spezifische Ausstattung und Vernetzung	17
3	Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen.....	18
3.1	Theoretische Grundlagen zum wissenschaftlich begründeten Therapiekonzept.....	18
3.2	Indikationen und Kontraindikationen	21
3.2.1	Indikation.....	21
3.2.2	Kontraindikation	24

3.2.3	Typische Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe nach ICF	24
3.2.4	Aufnahmevoraussetzungen und Abgrenzung.....	26
3.2.5	BORA-Zielgruppenspezifische Indikation	27
3.3	Rehabilitationsziele	28
3.3.1	Abteilungsspezifische Therapieausrichtung	29
3.3.2	GERA: Geriatrische psychosomatische Rehabilitation Abhängigkeitskranker	29
3.3.3	BORA spezifische Therapieausrichtung.....	30
3.3.4	BORA-Zielgruppenanalyse.....	32
3.3.5	Kontraindikationen für BORA spezifische Maßnahmen.....	34
3.4	Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation	34
4	Rehabilitationsablauf und Rehaprozess-Steuerung	35
4.1	Aufnahmeverfahren.....	38
4.1.1	Vorbereitung.....	38
4.1.2	Start am Aufnahmetag	39
4.1.3	Therapiestart in der Aufnahmewoche	39
4.1.4	Dokumentation	40
4.2	Rehabilitationsdiagnostik	41
4.2.1	Besonderheiten	41
4.2.2	Begriffe und Strategie	42
4.2.3	Elemente der Eingangsdiagnostik.....	42
4.2.4	Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik	45
4.2.5	Elemente der Verlaufs- und Abschlussdiagnostik.....	47
4.3	Das interdisziplinäre Reha-Team.....	47
4.4	Ärztliche und therapeutische Aufgaben.....	48
4.4.1	Aufgaben der Ärzte und des Leitenden Arztes	48
4.4.2	Aufgaben der Bezugstherapeuten und des Therapeutischen Leiters	51
4.4.3	Individuelle Rehabilitationsplanung und Therapieprozesssteuerung	51
4.4.4	Rückfallmanagement	52
4.5	Behandlungselemente	54
4.5.1	Therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten:	54
4.5.2	BORA-spezifische Therapiemodule und medizinisch-berufliche Angebote	60
4.5.3	Gesundheitstraining, Patientenschulung und Ernährungstraining	62
4.5.4	Einbeziehung der Angehörigen.....	64
4.5.5	Sozialdienst.....	64
4.5.6	Sport- und Bewegungstherapie und Physiotherapie	65
4.5.7	Gesundheits- und Krankenpflege und Physikalische Therapie	66
4.5.8	Freizeitangebote	67
4.6	Entlassungsmanagement	67

4.7	Notfallmanagement	69
4.7.1	Risiko-und Fehlermanagement und Patientensicherheit.....	69
4.7.2	Notrufsystem und Alarmpläne	70
4.7.3	Notfall-Ausrüstung.....	71
4.7.4	Training des Personals und Aufklärung der Rehabilitanden.....	71
4.7.5	Organisation des medizinischen Notfallmanagements.....	72
4.7.6	Rettungskette / Überlebenskette am Tage	73
4.7.7	Technischer Notfall	74
4.8	Hygienemanagement.....	74
5	Dokumentation	75
6	Angaben zum Datenschutz	75
7	Qualitätssicherung	76
7.1	Angaben zum Qualitätsmanagement.....	76
7.2	Aktuelle Projekte	76
7.3	Künftige Projekte	77
8	Forschungsaktivitäten (optional)	77
9	Literaturverzeichnis (folgt)	77
10	Abkürzungsverzeichnis (folgt).....	77
11	Änderungsverzeichnis (folgt)	77
12	Mustertherapiepläne - siehe Anhang	77
Teil II Besondere Konzepte - derzeit keine weiteren Konzepte		77
Teil III Anhang		78
13	Mustertherapiepläne	78
1	Therapieverlauf.....	78
2	Raumplan	78
3	Stundenplan Aufnahmegruppe	78
4	Stundenplan Bezugsgruppe.....	78
5	Stundenplan Arbeitstherapie	78
14	Patienteninformation und Fragebogen vor Aufnahme	78
6	Aufnahmebrief.....	78
7	Aufnahmebrief - Hinweise für die Anreise	78
8	Aufnahmefragebogen (inkl. Simbo C)	78
9	Patienteninfo Tetanus	78
10	Patientendatenschutzerklärung.....	78
11	Therapiegrundsätze und Leitlinien	78
12	Hausordnung	78
15	Instrumente und Arbeitsbögen	78
13	Therapievereinbarung.....	78
14	Zielkatalog	78

15	Vereinbarung Therapieziele.....	78
16	Therapieziele	78
17	ICF Fallvorstellung	78
18	Planung Indikative Gruppen	78
19	Kommunikationsmatrix	78
20	Aufnahmecheckliste bei Indikationsprüfung	78
21	Melba Beobachtungsbogen.....	78
22	BORA Leistungsspektrum nach BORA-Bezugsgruppen	78
23	Vorläufige Leistungseinschätzung.....	78
24	Aushang Hinweise zum Verhalten im Notfall	78
16	Dokumente aus dem Qualitätsmanagement (Prozessbeschreibungen)	78
25	Medizinische Aufnahmecheckliste	78
26	Interkurrente Behandlung.....	78
27	Notfallmanagement (Flowchart)	78
28	Psychiatrische Notfälle (nach PsychKG).....	78

Die verwendete maskuline bzw. feminine Sprachform in dem vorliegenden Konzept dient der leichteren Lesbarkeit und meint in der Regel auch das jeweilige andere Geschlecht.

*Kursiv rot gedruckt sind Verweise auf → **Arbeitsdokumente**, die im Anhang zu finden sind.*

1 Allgemeine Angaben

Christliche Motivation und Werteorientierung, das multifaktorielle bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis der WHO, grundlegende Regelungen des Sozialgesetzbuches und aktuelle rehabilitationsmedizinische Grundsätze und Ziele, sowie wissenschaftliche Fundierung und gelebtes Qualitätsmanagement stellen die Rahmenbedingungen der Rehabilitationsbehandlung Abhängigkeitskranker in der Fachklinik Oerrel dar.

1.1 Die Fachklinik Oerrel

1.1.1 Lage

Das kleine Dorf Oerrel liegt nordöstlich von Hannover im Nordkreis des Landkreises Gifhorn. Angrenzend an die Landkreise Celle und Uelzen und an der Grenze zum Bundesland Sachsen-Anhalt. Gelegen am südöstlichen Rande der Lüneburger Heide nahe dem Luftkurort Hankensbüttel, eingebettet in Moor- und Heidelandschaften. Diese stehen in Abwechslung meist mit Kiefernwald bewachsenen Geest-Anteilen. Die kleinen Hügel mit leichten Höhenunterschieden tragen sehr gut zum kardiopulmonalen moderaten Training bei. Die gute Luftqualität bietet geeignete Bedingungen bei Allergien und Krankheiten der Atemwege.

Die Fachklinik liegt in Ortsrandlage mit einem schön angelegten Park, der in die landwirtschaftlich genutzten Flächen um die Klinik herum übergeht. Der kleine Teich, Meditationsrondel, 12 Schritte Garten, Barfuß-Parcours, Boule-Bahn, Tennisplatz und Bogenschießanlage, Minigolf-Bahn und großzügige Rasenflächen mit angrenzenden Blumenrabatten laden zu Ruhe und Entspannung oder Aktivitäten gleichermaßen ein.

1.1.2 Erreichbarkeit

Zwei Geh-Minuten von der Klinik entfernt liegt eine Bushaltestelle mit Möglichkeiten nach Hankensbüttel oder Wesendorf zu fahren. Der nächstgelegene gut frequentierte Bahnhof ist in Wittingen, 15 Autominuten von der Klinik entfernt. Abholung am An- und Abreisetag wird durch die Klinik gewährleistet. Einkaufsfahrten werden zweimal wöchentlich über den Fahrdienst der Klinik angeboten. Die Fahrt geht nach Hankensbüttel. Hier können auch weitere Erledigung verschiedener Aufgaben wie wichtige Bankgeschäfte organisiert werden. Parkplätze sind in ausreichender Menge im Bereich der Feldstraße direkt an der Klinik gegeben.

1.1.3 Bauliche Gegebenheiten

Die Klinik hat eine gewachsene Gebäudestruktur. Seit der Inbetriebnahme 1973 sind im Verlauf der Jahre diverse An- und Umbauten erfolgt, zuletzt der Anbau der Cafeteria 2013/14.

Derzeit findet eine Neustrukturierung der Funktions- und Freizeiträume statt und die Rehabilitandenzimmer werden persönlicher gestaltet. Die professionelle Planung, die in Zusammenarbeit mit der Arbeitstherapie und den Ideen der Rehabilitanden und Mitarbeiter umgesetzt wird, ist in vielen Bereichen in vollem Gange. Teilweise sind Räume bereits neu renoviert und in der Gestaltung verändert worden.

Der flächendeckende Umbau in Einzelzimmer und die Herstellung von Barrierearmut werden sich erst über Neu- oder Erweiterungsbauten realisieren lassen. Hierzu sind erste Gespräche bereits geführt worden, eine Realisierung wird aus finanzieller Sicht noch auf sich warten lassen müssen.

1.1.4 Wurzeln und Entwicklung

Am 15. Oktober 1973 nahm in Oerrel unter der Federführung der BfA Berlin das erste Fachkrankenhaus für alkoholranke und medikamentenabhängige Männer und Frauen in Norddeutschland den Betrieb auf. Das Besondere dabei: Es wurde zum ersten Mal die Drei-Monats-Therapie für Suchtkranke in Deutschland eingeführt, während noch bis in die neunziger Jahre die übliche Behandlungszeit für Alkoholranke sechs Monate betrug. Der ärztliche Leiter, Prof. Dr. Lothar Schmidt, hatte mit seinen Helfern vom Verein für Sozialmedizin das damals innovative 12-Wochen-Therapiekonzept entwickelt und in Berlin bereits erfolgreich umgesetzt.

Dr. Schmidt war einer der Pioniere auf dem Gebiet der deutschen Sucht- und Sozialmedizin, Gründungsmitglied und Vorsitzender des Fachverbandes Sucht, der maßgeblich dazu beitrug, dass Alkoholismus 1968 sozialrechtlich als Krankheit anerkannt wurde. Trotz der kürzeren Rehabilitationsdauer waren die Abstinenzserfolge überdurchschnittlich gut und nachhaltig. Zunächst wurden in Oerrel mit 50 und später 70 Behandlungsplätzen Patienten behandelt. Es folgten mehre Wohngruppen und vorübergehend eine zusätzliche 14-Betten-Klinik in Wolfsburg. Im Nachbarort wurde ab 1982 zusätzlich die Fachklinik Emmen mit 30 Behandlungsplätzen betrieben.

Von der Fachklinik Oerrel aus wurde aktiv die Gründung vieler Vereine für Sozialmedizin in der Region unterstützt und beziehungsorientiert ein Netzwerk mit Vor- und Weiterbehandlern inklusive der betrieblichen Suchtkrankenhilfe zur Förderung der Nahtlosigkeit der Behandlungskette und Nachhaltigkeit gepflegt. Die Fachklinik Oerrel ist die erste Fachklinik der Bundesrepublik, die seit 1982 Arbeitgeberseminare in der Form durchführte, dass die Arbeitgeber oder Betriebsräte der in der Klinik verweilenden Rehabilitanden zu einem Gespräch eingeladen wurden. Hier wurden die Verantwortlichen in die Thematik der Sucht eingeführt und es wurden konkrete Vereinbarungen für den weiteren beruflichen Werdegang besprochen.

Die Evaluation wies positive Ergebnisse auf das Therapieergebnis nach. Ein langjährig betrieblicher Suchtkrankenhelfer des Kupferkonzerns und Kooperationspartner Aurubis in Hamburg berichtete bei einem Arbeitgeberseminar im Februar 2017, dass 92 Prozent der in der Fachklinik Oerrel behandelten Aurubis-Mitarbeiter dauerhaft abstinent weiterbeschäftigt sind.

In Absprache mit der DRV wurde 2007 die Fachklinik in Emmen als Wohnheim für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitsranke (CMA) weiterbetrieben, während ab 1. April 2007 die DRV Braunschweig Hannover die Federführung der Fachklinik Oerrel mit 66 Behandlungsplätzen übernahm. Die Auslastung ist seit 2013 kontinuierlich dramatisch gesunken. Im Jahr 2016 entschieden die Gesellschafter der Haus Niedersachsen gGmbH die Klinik mit neuem Führungspersonal neu aufzustellen und zu investieren.

In den letzten Jahren hat sich die Fachklinik Oerrel beständig mit der aktuellen Entwicklung der wissenschaftlichen Sucht- und Rehaforschung, der evidenzbasierten Medizin und den Anforderungen der Kostenträger weiterentwickelt. Sie wurde erstmals 2010 nach DIN EN ISO 9001:2008 gemäß BAR-Anforderungen des § 20 SGB IX zertifiziert. Das Zertifikat konnte nach den erfolgten Audits immer wieder verlängert werden. In 2018 folgt die Umstellung auf die DIN EN ISO 9001:2015.

Die Fachklinik Oerrel bietet eine zeitgemäße, integriert psychotherapeutisch-suchtmedizinische und beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker, in Kontinuität des christlichen Wurzelgrundes dieser Klinik, aus dem heraus hier alles wächst und gedeiht.

1.1.5 Besonderheiten

Die kleine Patientenzahl der Fachklinik Oerrel ermöglicht den Rehabilitanden einen sowohl überschaubaren und stabilen, als auch einen beziehungsorientiert persönlichen und individuell gestaltbaren Rahmen für die Rehabilitation. Durch die Verbindung direkter Kommunikationswegen des kleinen multiprofessionellen Therapieteams und flachen Hierarchien resultiert eine optimale bedarfsgerechte Therapiesteuerung.

Die ländliche Lage reduziert zudem Ablenkungen, so dass sich die Rehabilitanden gut auf ihre Therapie konzentrieren und häufig neue, positiv besetzte Gemeinschaftserfahrungen machen. Auf diesem Weg erreichen wir eine gute Einbindung in Selbsthilfegruppen und Nachhaltigkeit.

Rehabilitanden mit Migrationshintergrund, insbesondere aus Polen und dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion finden Verständnis und Kompetenz.

Unter sensibler Achtung des jeweiligen Hintergrundes und der Vielfalt spiritueller Wege wird ein freiwilliges christliches Zusatzangebot geschaffen. Der Andachtsraum als Raum der Stille, seelsorgliche Einzel- und Gruppenangebote, sowie die ressourcenaktivierende Einbeziehung der spirituellen Dimension in das bio-psycho-soziale Störungs- und Therapiemodell werden recht häufig angenommen.

1.1.6 Träger der Fachklinik

Die Haus Niedersachsen gGmbH ist Träger der Fachklinik Oerrel. Gesellschafter sind die Freikirche der Siebenten-Tags-Adventisten in Niedersachsen und Bremen K.d.ö.R. und das Advent-Wohlfahrtswerk e.V. (AWW). Beide Gesellschafter bieten Zugriff auf weitere inhaltliche Ressourcen. So betreibt z.B. das Advent-Wohlfahrtswerk eine Suchtberatungsstelle in Chemnitz und beide Gesellschafter betreuen eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen. Beide Gesellschafter sind selbst gemeinnützig und mildtätig tätig. Das Advent-Wohlfahrtswerk arbeitet deutschlandweit. Es ist Gründungsmitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und ist über die Suchthilfe hinaus im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Sterbebegleitung und der Flüchtlingshilfe aktiv. Es betreibt u.a. Kindergärten, Altenheime und viele regionale Ortsgruppen in der Suchthilfe. Das AWW arbeitet auf regionaler und überregionaler Ebene eng mit den Trägern der Sozialarbeit zusammen.

Die Haus Niedersachsen gGmbH betreibt folgende weitere Einrichtungen:

Adaption in Hambühren:

Die Einrichtung bietet 7 Suchtkranken Adaptionenbehandlung auf den Grundlagen der Deutsche Rentenversicherung (DRV) gem. § 15 SGB VI (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) und § 26 SGB IX (Leistungen zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe), Leistungsvertrag nach § 21 SGB IX sowie Sozialhilfeträger gem. §§ 53/53 SGBXII Wiedereingliederung.

Betreutes Wohnen in Emmen (CMA):

Das Wohnheim Emmen ist eine anerkannte Einrichtung der Eingliederungshilfe gem. §§ 53/54 SGBXII für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA).

1.2 Zur Fachabteilung

1.2.1 Verträge

Federführer ist die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover:

Basisvertrag der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover zur Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 21 SGB IX nebst Anlage vom 22.9.2015.

Verträge mit anderen Kostenträgern:

Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit folgenden Krankenkassenverbänden: AOK, Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen, IKK-Landesverband Niedersachsen, Hannoverschen landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Bundesknappschaft, dem VdAK und dem AEV.

In Anlehnung an diese Verträge kann die Fachklinik von allen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen belegt werden. Der Abschluss von direkten Verträgen folgt nach Genehmigung des vorliegenden Konzeptes.

Die Haus Niedersachsen gGmbH ist Mitglied im Behandlungsverbund der Deutschen Rentenversicherungen Braunschweig-Hannover, Oldenburg-Bremen und Nord und führt auf Grundlage der Konzeption dieser Rentenversicherungsträger die Kombi-Nordbehandlung durch.

Gesetzlichen Grundlagen und Ziele der Leistungsträger:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben - § 15 ff SGB VI;
- Leistungen zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe - § 26 SGB IX;
- Voraussetzungen für die Leistungen (§ 9 ff SGB VI);
- gemäß Leistungsvertrag nach § 21 SGB IX;
- zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Versorgungsvertrag nach §111 SGB V sowie der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gem. § 40 SGB V.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger, die hier als bekannt vorausgesetzt und daher nicht eigens aufgeführt werden.

1.2.2 Zielgruppe

Die Fachklinik Oerrel besteht ausschließlich aus der Fachabteilung medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Sie bietet 66 Betten für die stationäre Entwöhnungsbehandlung volljähriger Männer und Frauen mit der Hauptindikation Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Mitbehandelt werden früherer und aktueller Beikonsum von psychotropen Substanzen, auch mehrerer Substanzen, sowie körperliche und psychische Begleit- und Folgeerkrankungen aller Altersgruppen.

Die bisherige Altersverteilung liegt zwischen 20 und 70 Jahren, im Durchschnitt bei 50 Jahren; 75 % der Rehabilitanden waren im letzten Jahr zwischen 40 bis 60 Jahre alt.

Ein spezifisches Angebot und Konzept soll sich künftig als Beitrag zur suchtspezifischen Geriatrischen Rehabilitation (GERA) an die Altersgruppe der „jungen Senioren“ ab 60 Jahren richten (siehe 3.3.2).

1.2.3 Barrierearmut

Gelände und Gebäude sind geeignet für Personen mit leichten Orientierungsstörungen und leichten Hirnleistungsdefiziten z.B. nach protrahiertem Delir oder mit Gehbehinderung bei Polyneuropathie. Fahrstuhl sowie technische Hilfsmittel zur Kompensation von Seh- oder Hörbehinderung sind bislang nicht vorhanden. Anmeldung, Medizinischer Bereich sowie zwei geeignete Rehabilitandenzimmer sind ebenerdig erreichbar. Ein ebener Zugang zum Speisesaal erfolgt über die Außenanlagen. Der Großteil der Therapieräume ist leider nicht ebenerdig.

Personen mit dauerhafter Nutzung von Rollstuhl, Rollator oder Unterarmgehstützen können leider nicht aufgenommen werden. Für Rehabilitanden mit leichten Bewegungseinschränkungen kann die Teilnahme an allen Maßnahmen und Therapieleistungen gewährleistet werden.

Adipöse Rehabilitanden können bis zu einer Gewichtsgrenze von 150 kg aufgenommen werden. Das für dieses Gewicht ausgelegte Mobiliar ist für jeweils einen Rehabilitanden vorhanden und kann bei weiterem Bedarf entsprechend angemietet werden.

1.2.4 Kooperationen

1.2.4.1 Betriebsinterne Zusammenarbeit

- Adaption in Hambühren
- Wohnheim für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige

1.2.4.2 Medizinische externe Kooperationen

zur regulären Durchführung der medizinischen Rehabilitation:

- LADR Zentrallabor Dr. Kramer & Kollegen in 21494 Geesthacht
- Antares Krankenhausapotheke Dr. Jann Ewald in 29313 Hambühren

zur Sicherstellung der ärztlichen Patientenversorgung bei unvorhergesehenem Personalengpass:

- Dr. Uwe Tippmar, Internist in 29392 Wesendorf, Honorararzt
- Dr. Robert Stracke, Psychiater, Chefarzt der Suchtrehaklinik Hansenbarg, 21271 Hanstedt
- Dr. Ulrike Buck, Psychiater, Chefärztin der Psychiatrischen Klinik Uelzen, 29525 Uelzen

zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie bei behandlungsbedürftigen Erkrankungen:

- Internistenpraxis Dr. Tippmar/ Kuba in 29392 Wesendorf
- MVZ Gifhorn für die Fachrichtungen Neurologie, Orthopädie, HNO, Radiologie/Nuklearmedizin
- MVZ Wittingen für die unfallchirurgisch-orthopädische Versorgung mit Dipl. med. Lenschow
- Sowie Einzelpraxen mit weiteren Fachrichtungen wie Dermatologie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Zahnmedizin
- Heidebad Hagen bei Sprakensehl (Bewegungsbad unter unserer Physiotherapeutischen Anleitung)

Weitere Kooperationen sind in Vorbereitung: Lungenfacharztpraxis mit Schlafapnoediagnostik in Gifhorn sowie Diabetologische Schwerpunktpraxis:

bei medizinischen und psychiatrischen Notfällen mit akut stationärer Behandlungspflicht:

- Helios Klinik in 29378 Wittingen (Innere Medizin, Kardiologie, Chirurgie)
- Heliosklinik in 29525 Uelzen
- Heliosklinik in 38518 Gifhorn
- Fachklinik Wahrendorff, Prof. Dr. Ziegenbein, Psychiatrische Klinik Celle (Dr. Wenzel)
- Psychiatrische Klinik in 29525 Uelzen (Dr. Buck)

Bei Verlegungen nach NPsychKG:

- Gesundheitsamt in 38518 Gifhorn, Niklas Lillie, Tel.: 05371-721, Fax: 05371 82-358
- Zuständiges Sektorkrankenhaus: AWO-Psychiatriezentrum in 38154 Königslutter, Tel.: 05353 90-1030 (8:00-18:00 Uhr)

1.2.4.3 Suchttherapeutische externe Kooperationen zur Weiterbehandlung bzw. Suchtnachsorge

- Beratungsstellen in Niedersachsen, im Besonderen in den Landkreisen Gifhorn, Wolfsburg, Braunschweig, Celle, Lüneburg, Dannenberg, Uelzen, Rothenburg-Wümme
- Therapieverbund Kombi Nord
- Diverse Arbeitskreise und Verbünde der Sozial-Psychiatrischen Dienste in Lüneburg, Uelzen, Celle, Gifhorn, Wolfsburg
- Mitbegründer der Regionalkonferenz Sucht im Bereich Süd - Ost Niedersachsen
- AK des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Niedersachsen
- Betreuungsverein Uelzen e.V. (Verein für gesetzliche Betreuer)
- Schuldnerberatung Lüneburger Heide e.V.

1.2.4.4 Berufsbezogene externe Kooperationen

- Landkreis und Jobcenter Gifhorn mit der Vereinbarung zum Passiv-Aktiv-Transfer zur Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen in den ersten Arbeitsmarkt
- Betriebliche Sozialdienste und Werksärztliche Dienste diverse Firmen der Region (u.a. Volkswagen, Aurubis, Daimler Benz AG Bremen, Uelzena, Butting); Anlassbezogene Kontakte zu den entsprechenden Betriebsärzten
- Jobcenter Gifhorn AS Wittingen, Gifhorn, Wolfsburg, Helmstedt, Landkreis Harburg, Lüneburg, Uelzen, Celle
- Maßarbeit - Jobcenter Landkreis Osnabrück
- Agentur für Arbeit Gifhorn - Verkürzung der Beantragungszeit von ALG I Leistungen bei extern zuständigen Arbeitsagenturen (Formular- und Arbeitspaket)
- Kontakt zu diversen Sozialdiensten renommierter Unternehmen der Region und überregional (Deutsche Post, Bundeswehr, Polizei)
- Unternehmerfrühstück mit der Samtgemeinde Hankensbüttel

1.2.4.5 Externe Kooperationen zur Prävention

- Die Fachklinik bietet Arbeitgeberseminare und Seminare zur betrieblichen Suchtprävention an
- VfL Wolfsburg (Suchtprävention im Nachwuchsleistungszentrum - Sportangebot des VfL Wolfsburg in der Klinik)
- Ausbildung von Führungskräften der Bundeswehr Standort Munster und Lüneburg
- Seminare zum betrieblichen Suchtkrankenhelfer
- Kooperationen im Aufbau JVA Uelzen, Jugendamt Gifhorn, BFW Berufsförderungswerk, BBW Berufsbildungszentren und Berufstrainingszentren

1.2.4.6 Fachgesellschaften

- Mitglied im Fachverband Sucht
- Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband Niedersachsen
- Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS)

2 Struktur der Fachabteilung

2.1 Räumliches Angebot

Die Fachklinik Oerrel besteht aus drei Gebäudeteilen. Die beiden mehrstöckigen Hauptgebäude (Haus A und Haus C) beinhalten die Rehabilitandenzimmer, die Funktions- und Freizeiträume, sowie Cafeteria und Speiseraum. Das dritte Gebäude umfasst die Werkstätten, sowie das beheizte Gewächshaus.

2.1.1 Medizinabteilung mit Physikalischer Therapie Physiotherapie

Anzahl	Beschreibung	Funktion	Größe in m ²	übergreifend
1	Medizinisches Dienstzimmer	Medizinische Kommunikationszentrale, med. Beratung und Untersuchungen, Medikamentenlogistik	19	
2	Arztzimmer	körperliche Basisuntersuchung und Notfallbehandlung, Arbeitsplatz der Ärzte	19	
1	Behandlungszimmer	Apparative Diagnostik (EKG, Lungenfunktion, Sonografie und Physikalische Therapie)	20	
1	Labor	Blutentnahme, Trockenchemie und Verbände	13	
1	Bereitschaftszimmer	Zimmer für den Bereitschaftsdienst (Übernachtung)	11	
2	Physiotherapieräume	Einzelbehandlung, Diagnostik und Arbeitsplatz der Physiotherapeuten	19/10	
1	Fitnessraum	Fitnessgeräte unter Anleitung und zur selbstständigen Nutzung in der Freizeit	44	
1	Sauna inkl. Dusche und Ruheraum	Physikalische Anwendungen, Entspannung und Reinigung	55	
1	Medizinisches Bad mit Badewanne	Anwendungen, Entspannung und Training Körperpflege	9	
1	Turnhalle Außenanlagen	Bewegungstherapie und sportliches Angebot Minigolf, Bogenschießen, Trimm-Dich-Pfad	200	X

2.1.2 Patientenzimmer

Anzahl	Beschreibung	Funktion	Größe in m ²	übergreifend
	Einzelzimmer	Bad mit WC, Dusche, Waschbecken und Ablagen; Schreibtisch, Bett, Schrank, Bilder, Regal	15	
	Doppelzimmer	Dito für zwei Personen	18 - 24	
1	Doppelzimmer für Bewegungseinschränkungen	Dito, zzgl. Dusche Barrierefrei, Handhalterungen am WC, ggf. medizinisches Bett	23,6	
1	Einzelzimmer für Bewegungseinschränkungen	Dito, zzgl. Dusche Barrierefrei, Handhalterungen am WC, ggf. medizinisches Bett	13,5	

2.1.3 Gruppenräume

Anzahl	Beschreibung	Funktion	Größe in m ²	übergreifend
4	Gruppenraum	Gruppentherapie, außerhalb der Therapiezeit auch Fernsehraum	35-50	X
1	Gruppenraum	Aufnahmegruppe	26	
1	Seminarraum	Vollversammlung, Seminare, Vorträge und Schulungen für Rehabilitanden und Mitarbeiter	101	
1	Lehrküche (Vergrößerung 4.Q 2017)	Praktische Ernährungsschulung, gemeinsames Kochen zur Gesundheitsförderung unter ökonomischen Gesichtspunkten	17	
2	Ergotherapie Räume	Handwerkliche und Gestalterische Therapie, nach der auch zu selbstständigen Nutzung	30	
1	Werkraum mit Tonofen	Handwerkliche und Gestalterische Therapie, nach der auch zu selbstständigen Nutzung	39	
1	EDV Raum	EDV gestützte Diagnostik, Schulungen, Kommunikations- und Informationsplattform, Erstellung von Schreiben und Bewerbungen	20	

2.1.4 Gemeinschaftsräume

Anzahl	Beschreibung	Funktion	Größe in m ²	übergreifend
1	Cafeteria	Verkauf von gewünschten Lebensmitteln und Getränken, derzeit durch Automaten, perspektivisch als Wirtschaftsraum für die Rehabilitanden mit Arbeitstherapeutischem Ansatz, Schaffung von Kommunikationsfläche auch mit Gästen und Angehörigen	65	
1	Kaminzimmer/ Bibliothek	Ruheraum und Freizeit	60	
1	Lounge (3.Q 2017)	Freizeit und Kommunikationsfläche	34	
1	Kino (1.Q 2018)	Freizeit und therapeutische Filmpräsentation	18	

1	Fernsehraum	Freizeit	31
1	Dartraum	Freizeit und Anreize für die Schaffung neuer Hobbys	14
1	Kickerraum	Freizeit und Anreize für die Schaffung neuer Hobbys	12
1	Andachtsraum	Persönlicher Rückzug, Einbindung einer spirituellen Dimension, Seelsorgerliche Einzel- und Gruppenangebote	13
1	Speisesaal	Bewirtung der Rehabilitanden	154

2.1.5 BORA bezogene Räumlichkeiten intern

Anzahl	Beschreibung	Funktion	Größe in m ²	über-greifend
1	Holzwerkstatt	Arbeitstherapie, Herstellung von Werksstücken für den Verkauf oder die hausinterne Verwendung (z.B. Dekoration)	65	
1	Metallwerkstatt	Arbeitstherapie, Herstellung von Werksstücken für den Verkauf oder die hausinterne Verwendung Derzeit geschlossen Reaktivierung für 3. Q. 2017 geplant	51	
1	Gewächshaus (beheizt)	Arbeitstherapie, Anzucht von Pflanzen für den Verkauf oder die hausinterne Verwendung	78	
	EFL-Test	Wird in den Räumen der Physiotherapie durchgeführt		
	Außenanlagen	Arbeitstherapie im Bereich des Gartens, Pflege und Ausbau der Parkanlage und des Minigolfplatzes		
1	Werkstatt Haustechnik	Arbeitstherapie, Vorbereitung von Reparaturen, vorbereitende Tätigkeiten für Arbeiten im Haus	30	
1	Küche und Lager	Arbeitstherapie im Bereich der Küche	175	

2.1.6 Weitere zur Therapie genutzte Räume

Anzahl	Beschreibung	Funktion	Größe in m ²	über-greifend
6	Therapeutenbüros mit Gesprächsecke	Durchführung von Einzel-, Paar- und Fachberatungen	13-18	
1	Konferenzzimmer	Durchführung von kleinen Gesprächsrunden (Arbeitgeber, Teambesprechungen)	18	X
1	Büro Sozialdienst	Durchführungen von Sozialberatungen	18	

2.2 Medizinisch technische Ausstattung

Diagnostik:

Alkoholmessgerät (Alkometer von Dräger), 12-Kanal-EKG, Lungenfunktionsgerät, Ultraschallgerät für abdominelle, Schilddrüsen- und Beinvenensonografie. Labor-Schnelltests für Notfallmedizin (Troponin, D-Dimere) sowie Alkohol- (ETG) und diverse Drogenschnelltests, Laboruntersuchungen durch externes Labor. Durch die externen Kooperationspartner ist bei Bedarf als Zusatzdiagnostik umfassende internistische, kardiologische sowie neurologische und orthopädische Diagnostik inklusive Bildgebung und Neurophysiologie und weiterer Disziplinen verfügbar.

Physikalische Therapie:

Inhalationsgerät Pariboy, Lichttherapiegerät, Ultraschall, TENS, Rotlicht

Physiotherapie und Bewegungstherapie:

Fahrrad-Ergometer, Crosstrainer, Computergestützter Gleichgewichtstrainer (Balenso-Senso)

Externes Bewegungsbad (Kooperationsvereinbarung mit dem Heidebad Hagen; Start geplant 3.Quartal 2017)

Notfallmedizin:

3 Notfalltaschen bzw. -Rucksäcke mit Ambubeutel, LTD Larynxtuben, Pulsoximeter;
1 Defibrillator (AED)

Suchttherapie:

Computergestützt mit dem Neurokognitiven Training (NKT) Antialkoholtraining (Start geplant 1. Quartal 2018)

2.3 Personelle Besetzung

Die Personalausstattung ist mit federführenden Leistungsträger abgestimmt. Die Nachweise über die berufliche Qualifikation und die berufliche Praxis liegen ihm vor. Der Personalstandsplan wird laufend aktualisiert und regelmäßig an den federführenden Leistungsträger übermittelt.

2.3.1 Konzeptorientierter Basis-Soll-Stellenplan

Aus den Strukturanforderungen der DRV, bezogen auf die Anzahl der Betten (=66) ergibt sich folgender Sollstellenplan:

Berufsgruppe	Anzahl
Leitender Arzt (Psychiatrie und Psychotherapie)	1
Arzt	1
Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten	2,6
Sozialarbeiter , -pädagogen klinische Suchttherapie	4
Exam. Schwester / Pfleger	4,75
Diätassistent / Ernährungsberater	0,3
Physiotherapeut	1,65
Ergotherapie	3
Verwaltung inkl. QM	6,1
Technischer Dienst	3
Hauswirtschaft inkl. Leitung	5,1
Küche	2,8

Die kumulierte Belegung betrug in den Jahren:

2009 - 2012 87 %,

2013 80 %,

2014 68 %,

2015 60 %,

2016 52 %,

im 1. Halbjahr 2017 57 %.

Die leitende Ärztin (Ilse Friedrich: 1,0 Stelle) ist Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärztin für (Innere und) Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Suchtmedizinische Grundversorgung, Geriatrie, Palliativmedizin sowie den Zusatzqualifikationen Verkehrsmedizin und Hygienebeauftragte Ärztin; Teilnahme an folgenden weiteren curriculären Weiterbildungen der BÄK: Notfallmedizin 2007, Diabetes mellitus 2005, Ärztliches Qualitätsmanagement 2012 u.a. Die Voraussetzungen für die Beantragung der Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie liegen vor.

Die leitende Therapeutin (Gabriele Horst: 0,5 Stelle) ist Dipl. Psychologin und Dipl. Pädagogin sowie Psychologische Psychotherapeutin. Ausgebildet in Gesprächspsychotherapie (Rogers) sowie in Verhaltenstherapie sowie Weiterbildungen in Psychoonkologie und EMDR.

Eine weiterer Ärztin (Ute Frick: 0,75 Stelle) ist Ärztin für Allgemeinmedizin und erwirbt demnächst die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin; der letzte Kursabschnitt ist im November 2017. Ferner ist sie in der Weiterbildung als Betriebsärztin.

Die Vertretung ist gewährleistet durch den Honorararzt und niedergelassenen Internisten Dr. Uwe Tippmar, u.a. mit der Zusatzbezeichnung Akupunktur und Ernährungsmedizin.

Der Medizinische Präsenzdienst wird von den 5 Pflegefachkräften rund um die Uhr und am Wochenende geleistet. Die ärztliche Präsenz ist von Montag bis Freitag in der Regel von 8:00 bis 18:00 Uhr gewährleistet, die beiden Ärzte decken zudem die fachärztliche Rufbereitschaft ab. Aufgrund der Lagebeziehung der Wohnungen in unmittelbarer Nachbarschaft können diese im Notfall binnen 5 Minuten in der Klinik sein. Die Ärzte und die Rufbereitschaft werden vertreten durch den Internisten Dr. Tippmar sowie durch leitende Psychiater aus der Fachklinik Hansenburg und der Psychiatrischen Klinik Uelzen.

Die Präsenz der Bezugs- und Fachtherapeuten wird durch leicht gestaffelte Arbeitszeiten von Montag bis Freitag von 8 bis 17.30 Uhr, für spezielle Angebote gelegentlich in den Abendstunden, gewährleistet. Angehörigenseminare sowie angeleitete Freizeitangebote finden am Samstag statt.

2.3.2 BORA bezogene personelle Ausstattung

Alle therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter sind in Anwendung und Begrifflichkeit der ICF geschult. Sowohl für den arbeitstherapeutischen als auch den sozialarbeiterischen bzw. sozialtherapeutischen und psychotherapeutischen Sektor wird im 4. Quartal 2017 das Fremdraterinstrument Mini ICF-APP geschult und implementiert.

Die Mitarbeiter der Ergo- und Arbeitstherapie verfügen über ICF- und Melba-Ausbildungen, sowie über weitere Berufsausbildungen aus unterschiedlichen Berufsfeldern. Sie haben dadurch, hinsichtlich der Berufsbilder, der beruflichen Alltagspraxis, der berufsbezogenen Probleme der Patienten, einen erweiterten Blick in Bezug auf Teilhabebeschränkungen am Arbeitsplatz. Die Mitarbeiter der Ergo- und Arbeitstherapie und der Sozialarbeit wurden und werden durch die Klinikleitung von Beginn an in die BORA spezifische Umstellung und Kooperationen u.a. mit Jobcenter und Betrieben aktiv einbezogen, sowie auf den einschlägigen Fortbildungs-

veranstaltungen der Deutschen Rentenversicherung und der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) weiterhin geschult.

Die Fachklinik wird demnächst von der zuständigen Landwirtschaftskammer in Braunschweig und Uelzen als Ausbildungsstätte für Hauswirtschaft anerkannt werden; der Start ist für 2018 geplant.

Bereich	Personalvollstellen	Räumliche Ausstattung (siehe Kapitel 2.1)
Sozialarbeit	1 (2 Personen)	Zwei Beratungsbüros
Basisdiagnostik	4 Ergotherapeuten	1 Aufnahmegruppenraum
durch Sucht-,	4 Bezugstherapeuten	1 EDV Raum zur Testung
Arbeits-,		6 Büros zur Auswertung der Fragebögen
Ergotherapeuten		
EFL Testung	1 Physiotherapeut	1 Physiotherapieraum mit EFL-Testmaterialien
Hirnleistungs-	2 Ergotherapeuten	1 EDV Raum
diagnostik	1 Psychiaterin	1 Arztzimmer
	(lt. Arzt)	
Arbeitstherapie	2 Ergo-/	1 Holzwerkstatt
	Arbeitstherapeuten	1 Metallwerkstatt
	1 Hausmeister	1 Gewächshaus
	1 Gärtner	1 Garten inkl. Anlagen
	1 Hauswirtschafts-	1 Küche
	meisterin	1 Werkstatt Haustechnik

2.3.3 Fortbildung

Alle fest angestellten Mitarbeiter werden jährlich zu folgenden Themen unterwiesen:

- Arbeitssicherheit
- Umgang mit Gefahrstoffen
- Brandschutz
- HACCP und Infektionsschutzgesetz für Küchenpersonal
- Hygiene für alle
- Datenschutz
- Erste Hilfe für die betrieblichen Ersthelfer
- Notfallschulungen mit Reanimationstraining (AED) für das Medizinteam sowie
- Notfallschulung für alle Mitarbeiter zum Training der Rettungskette finden jeweils 1x jährlich statt
- Regelmäßige fachbezogene interne Fortbildungen finden innerhalb der Fachteams, z.B. monatlich bei der Medizinteamsitzung statt
- QM-Schulungen und Qualitätszirkel

Externe Fortbildungen und mehrteilige Weiterbildungen der Mitarbeiter werden zur Personalentwicklung gezielt durch das Unternehmen gefördert. Sie werden zielgerichtet zur konzeptionellen Weiterentwicklung der Klinik eingesetzt. Für das Jahr 2017 wurde z.B. für die Ergotherapie eine mehrteilige externe Fortbildung in der Leistungsbeurteilung und Therapie kognitiver Störungen sowie für die Arbeitstherapie eine mehrteilige Fortbildung über psychische Komorbiditäten und deren Einfluss auf die das berufsbezogene Leistungsvermögen (Kompaktkurs Psychiatrie und Psychosomatik für Ergotherapeuten, 3 x 1 Woche) vereinbart.

2.3.4 Supervision

In unserem therapeutischen Selbstverständnis geht es in unserer Arbeit insbesondere um die Arbeit an und in der Beziehung mit dem Rehabilitanden. Dieses setzt voraus, dass die Mitarbeiter in der Lage sind, diese therapeutische Beziehung professionell zu gestalten. Hierfür soll sowohl die Intervention als auch die Supervision Unterstützung bieten.

Für Fall- und Teambesprechungen findet zum einen, wöchentlich eine Intervention (2 Stunden/Woche) mit der Therapeutischen Leitung, sowie 6 x im Jahr eine Supervision speziell für das therapeutische Team mit einer anerkannten externen Supervisorin statt.

Beide Termine sind für die therapeutisch arbeitenden Mitarbeiter verpflichtend; an der Intervention können alle Mitarbeiter, die Bedarf an Unterstützung haben, teilnehmen.

2.4 Therapiezeiten der Rehabilitanden

Reguläre Therapiezeit ist von Montag bis Donnerstag 8 bis 17 Uhr, wobei einzelne Angebote wie z.B. Kochgruppe, Bewegungsbad, Freizeitbezogene Module in den Abendstunden bis 20 Uhr liegen können, die Visite der Leitenden Ärztin während der Arbeitstherapie („AT-Visite“) findet am Donnerstag von 16-18 Uhr statt. Am Freitag endet die Therapiezeit um 15 Uhr. Am Samstag finden Angehörigen-Seminare, angeleitete Freizeitangebote sowie künftig bedarfsorientiert spezielle indikative Gruppen im Block statt, z.B. CBASP-Gruppe bei chronischer Depression mit und ohne Angehörige oder Expositionstraining bei Phobischen Ängsten oder Antiaggressionstraining.

2.5 Organisation der Verpflegung

Um die Empfehlungen aus den Ernährungsschulungen und konsequent umzusetzen, wird die gesamte Verpflegung in der eigenen Küche zubereitet mit vielfältiger Menüwahl am Abend. Angebot von diversen Sonderkostformen, z.B. Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Adipositas, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Leberzirrhose, Untergewicht, das gemäß des individuell bei der Ernährungsberatung erarbeiteten Ernährungsplanes mit dem Rehabilitanden zusammengestellt wird.

Kostenloses Angebot von Getränken: es stehen drei Wasserspender für kaltes und heißes Wasser bereit. Zu den Mahlzeiten kostenloses Angebot an Kaffee, Milch-, Frucht- und Gemüsesäften und Tee. Zusätzlich wird abends ein Kräutertee kostenlos bereitgestellt.

Darüber hinaus steht kostenpflichtig das Angebot der Cafeteria zur Verfügung, auch für den Besuch.

2.6 BORA-spezifische Ausstattung und Vernetzung

1. Interne Ausstattung / AT-Arbeitsplätze

Die Fachklinik Oerrel verfügt über 21 interne AT-Arbeitsplätze in unterschiedlichen Bereichen:

- 6 Kreativbereich / Kunsthandwerk
- 2 Haustechnik
- 2 Hauswirtschaft
- 6 Garten
- 5 Metallwerkstatt

2. Externe Arbeitsplatzzerprobung

Eine externe Belastungserprobung realisiert die Fachklinik mithilfe einer Vielzahl von Unternehmen und Betrieben aus unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen im Umfeld. Es handelt sich bspw. um Praktikumsplätze in den Bereichen Bauhandwerk, Autohaus und Kfz-Werkstatt, Seniorenbetreuung, Einzelhandel, Landwirtschaft, Verwaltung, Sport-Freizeit und Erholung.

3. Kooperationen und Kontakte zu Arbeitgebern

Wir pflegen nicht nur einen regelmäßigen Kontakt zu all unseren Partnern, sondern entwickeln diese auch weiter. Ein Beispiel ist die Einrichtung eines Unternehmer-Frühstücks. Das Ziel ist einerseits eine bessere Vernetzung der Fachklinik mit der lokalen Wirtschaft und andererseits eine stärkere Vernetzung der Wirtschaft innerhalb der Samtgemeinde Hankensbüttel.

4. Kooperationen und Kontakte zu Jobcenter

Hier verweisen wir auch Kapitel 1.2.4 „Kooperationen“.

5. Kooperationen und Kontakte zu beruflichen Bildungseinrichtungen

Kooperationen bestehen mit den Ludwig-Fresenius-Schulen und der Albrecht-Thaer-Schule Berufsbildende Schulen Celle. Weitere Kooperationen im Aufbau; insofern verweisen wir auf Kapitel 1.2.4 „Kooperationen“.

3 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

3.1 Theoretische Grundlagen zum wissenschaftlich begründeten Therapiekonzept

Unser Rehabilitationskonzept basiert auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen (Störungs-) Modells der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), WHO 2006), das auch als Bezugsmodell für die medizinische Rehabilitation herangezogen wird (vgl. DRV 2008). Dies ist das Modell einer bio-psycho-sozialen Bedingung und Auswirkung von Krankheiten und Störungen, welche unabdingbar auch eine multiaxiale Diagnostik und mehrdimensionale Therapieansätze erfordern, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Dabei können während der stationären Rehabilitationsphase häufig nur die Grundlagen für eine langfristige Behandlung gelegt werden. Unser Konzept orientiert sich leitliniengerecht an den S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaften Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) und an den aktuellen evidenz-basierten Studienergebnissen und den daraus resultierenden Praxisempfehlungen, wie sie beispielsweise in den Lehrbüchern von Lindenmeyer (Alkoholabhängigkeit, Fortschritte der Psychotherapie, 2016), Gutwinski, Lindenmeyer et al. (2007), Heinz, Batra et al. (Neurobiologie der Abhängigkeit 2012), Batra, Mann et al (Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen 2010) und in der Literatur der sozialmedizinischen und Rehaforschung (z.B. Linden, Baron et.a. 2014) repräsentiert sind.

Die Klinik arbeitet systematisch mit dem ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), z.B. zur Beschreibung des Istzustandes, der partizipativen Zielvereinbarung, zur individuellen Steuerung des Rehabilitationsprozesses sowie zum Abgleich der erreichten Rehabilitationsziele. Die Terminologie des ICF-Modells dient darüber hinaus zur gemeinsamen Sprache mit den Leistungsträgern der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, den weiteren Leistungserbringern der Nachsorge und Weiterbehandlung sowie

ggfs. mit den Berufstrainingszentren und Berufsbildungswerken und der Eingliederungshilfe zum Zweck der effektiven Teilhabeplanung.

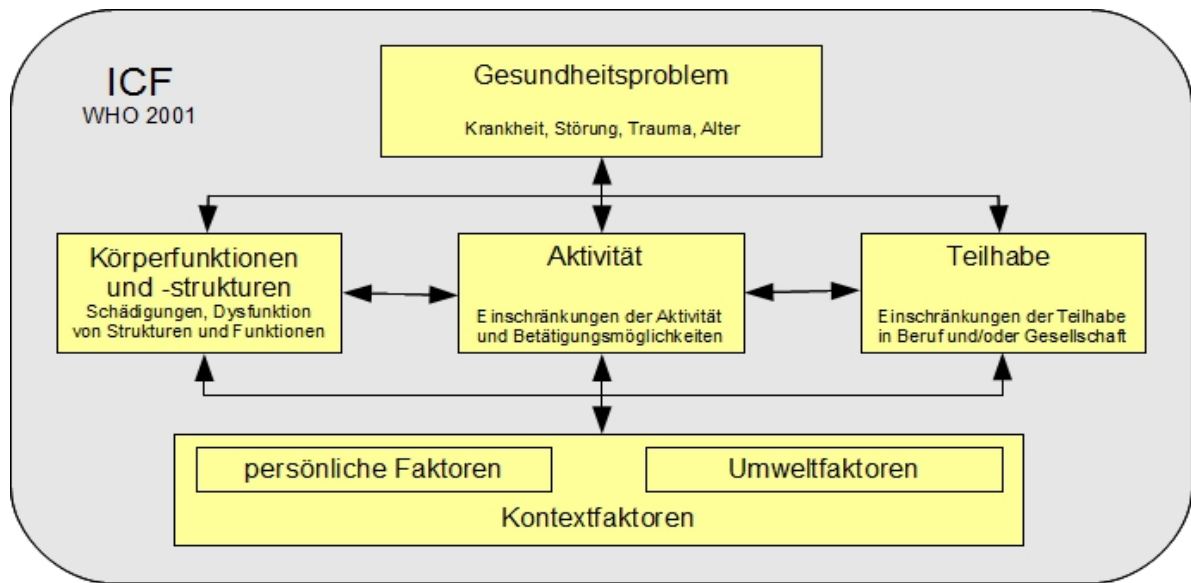


Abbildung 1 : Quelle: WHO (HRSG)(2001), deutsche Fassung 2004

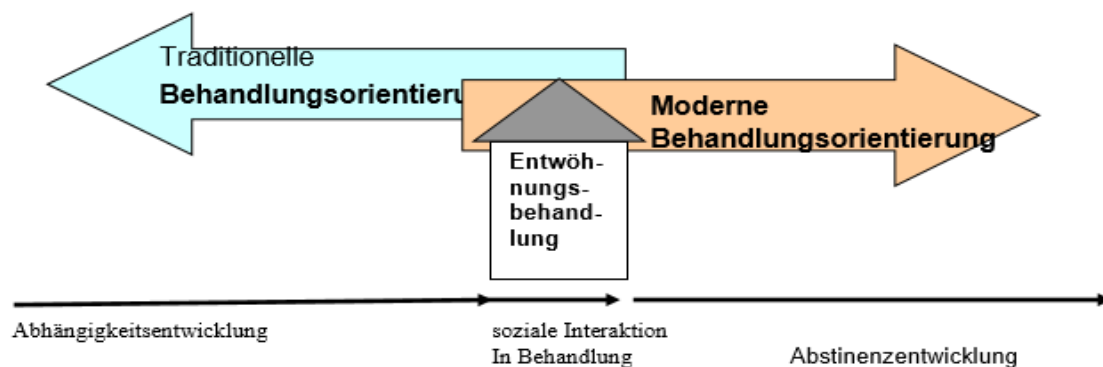
Hierbei wird die Entstehung einer Erkrankung als komplexes, sich wechselseitig beeinflussendes Geschehen verstanden.

Die theoretische Grundlage unserer stationären Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit.

Hierbei wird die Entwicklung einer Abhängigkeit vor allem anhand des SORKC-Modells von Kanfer/Saslow (1965) beschrieben. In diesem Modell findet – neben Gedanken-Gefühlen und Handlungen – auch die Umgebungsvariable (Situation) eine Bedeutung. Hierbei werden prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen unterschieden. (vgl. Reinecker u.a. 2014). Wobei die aufrechterhaltenden Bedingungen entscheidend für die Veränderungen sind. Zu diesen aufrechterhaltenden Bedingungen (Verstärkungen) zählen die sog. kurzfristigen Konsequenzen, als besonders verhaltensverstärkend (z.B. Reduktion unangenehmer Gefühle/Herstellen angenehmer Empfindungen durch Substanzkonsum). Die (meist unangenehmen und problematischen) langfristigen Konsequenzen (z.B. Rückzug aus dem sozialen Umfeld; Probleme in der Partnerschaft; Führerscheinverlust; Auffälligkeiten am Arbeitsplatz; körperliche Schädigungen, etc.) treten zugunsten der kurzfristigen Konsequenzen in den Hintergrund. Der Betroffene reagiert in der Folge häufig mit einer Steigerung des Konsums zur „Beseitigung“ der negativen Auswirkungen und somit kommt es zur Ausbildung eines Teufelskreises, aus dem der Betroffene häufig ohne professionelle Hilfe nicht heraus kommt.

Da wir grundsätzlich davon ausgehen, dass auch frühe Lernerfahrungen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung einer psychischen Erkrankung spielen, ist uns die Unterscheidung bzw. das Einbeziehen sowohl der Elemente der horizontalen oder situativen Verhaltensanalyse (das klassische SORKC Modell nach Kanfer) als auch der vertikalen oder kontextuellen Bedingungsanalyse sehr wichtig. Die kontextuelle Verhaltensanalyse ermöglicht ein Einbeziehen der Lerngeschichte, Pläne (Schemata) und Ziele der Rehabilitanden. Diese therapeutische Komponente sehen wir insbesondere bei Rehabilitanden mit zusätzlichen komorbiden Störungen (insbesondere PTBS, Angststörungen, Depression), als relevant an. Wir sehen daher keinen Widerspruch in dem von Lindenmeyer postulierten Therapiekonzept, welches sich insbesondere

auf die Abstinenzentwicklung konzentriert und die Ursachenbetrachtung in den Hintergrund stellt. Für Lindenmeyer gilt: „Realitäts- und Zukunftsorientierung: Die Therapieangebote dürfen sich nicht auf die Überwindung der Alkoholproblematik und möglicher komorbider psychischer Störungen beschränken. Vielmehr muss ein teilhabebezogener, ressourcenorientierter Abstinenzentwicklungsprozess angestoßen werden, der zeitlich weit über die eigentliche Suchtbehandlung hinausreicht. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb des Therapieprozesses zu erfolgen hat (vgl. Abbildung 4, Lindenmeyer 2005c)“.



Lindenmeyer, J. & Cina, R. Therapiekonzept der Salus Klinik Lindow, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Stand 2016)

Wie gesagt, für uns sind beide Richtungen der Behandlung relevant und werden in unserem Verständnis von „bestmöglicher Behandlung“ indikationsgeleitet angewandt. Besonders bei Rehabilitanden mit schwerwiegenden Lebensereignissen, die Alkohol funktional eingesetzt haben, um mit den Erlebnissen im subjektiven Erleben besser umgehen zu können, greift ein reines zukunftsgerichtetes Vorgehen zu kurz. Die in den Erlebnissen gespeicherten nicht verarbeiteten Gefühle und Szenen werden von den Betroffenen solange auf ihrer Lebensbühne inszeniert, bis sie die Möglichkeit haben, diese zu verstehen und zu integrieren und so in einen Wachstumsprozess einzusteigen – dafür ist ein „Zurückschauen“ unabdingbar. Hierbei helfen u.a. die Betrachtung von Schema-Modi oder auch die Arbeit mit dem sog. Inneren Kind.

Letztendlich – so hat Grawe es in seinem Werk „Psychotherapie im Wandel“ (Grawe, 1994) – beschrieben, ergeben sich – Therapieschulen übergreifend – 5 Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Motivationale Klärung, Problembewältigung), die einen Therapieerfolg begünstigen. Diese Wirkfaktoren greifen genau an der Schnittstelle vom vorwärts- und rückwärtsgewandten Arbeiten, von Abhängigkeitsentwicklung und Abstinenzentwicklung, und arbeiten mit beiden Dimensionen im Hier und Jetzt, in der aktuellen sozialen Interaktion und Therapeutischen Beziehung während der Entwöhnungsbehandlung.

Verhaltenstherapeutische Trainingsprogramme und insbesondere das in der S3-Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen computergestützte neurokognitive Training (Alkoholvermeidungstraining) als eine Anwendung der Cognitive Bias Modification der suchtspezifische Aufmerksamkeits- und Annäherungstendenz haben ihre Wirksamkeit mit hoher Evidenz (1b) in zwei RCTs nachweisen können. Daher werden wir dieses Trainingsangebot in Kürze auch in unserer Klinik einführen. Eigene Untersuchungen in der Fachklinik Hansenbarg

(von Thun 2017) in der Jahreskatamnese nach Einführung des NKT deutlich gesteigerte Abstinenzraten nach DGSS4; diese lagen jedoch insgesamt um 5 % höher als die Behandlungsergebnisse der beiden publizierten multizentrischen NKT Studien. Eine Erklärung dafür ist schwierig. Auf jeden Fall werten wir das Ergebnis als Hinweis darauf, dass der Therapieeffekt einer die Abstinenzentwicklung fördernde technischen Trainingsmethode durch anderweitige Wirkfaktoren noch weiter verbessert werden kann, und der Gesamt-Therapieerfolg zumindest nicht Schaden nimmt in einem Behandlungssetting, das sowohl die Abhängigkeitsentwicklung, als auch die Abstinenzentwicklung in den Blick nimmt.

3.2 Indikationen und Kontraindikationen

Das Rehabilitationsangebot der Fachklinik Oerrel richtet sich an stationär behandlungsbedürftige alkohol- bzw. medikamentenabhängige Erwachsene mit und ohne Folge- und Begleiterkrankungen, sofern Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit besteht sowie eine positive Rehabilitationsprognose zu erwarten ist.

3.2.1 Indikation

Die **Hauptindikation/Primärindikation** für eine Behandlung in unserem Hause sind die Diagnosen Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) sowie Medikamentenabhängigkeit (ICD-10 F13.2).

Nebendiagnosen/Sekundärindikationen: Früherer oder aktueller Substanzkonsum weiterer psychotroper Substanzen und illegaler Drogen wie z.B. Nikotin, (ärztlich verordnete) Opioide, Cannabis, Kokain, Amphetamin und „Party-Drogen“ können ebenso mitbehandelt werden wie die häufigen psychischen Komorbiditäten und körperliche Begleit- und Folgekrankheiten.

Kontraindiziert sind aktueller Heroinkonsum und gegenwärtige Substitutionsbehandlung mit Methadon (Polamidon) oder Buprenorphin (Subutex) und im Vordergrund stehende Drogenabhängigkeit.

Für die Zukunft ist jedoch als weitere Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit denkbar, bei sozial gut integrierten, bereits erwerbstätigen bzw. erwerbstätig gewesenen Erwachsenen, für die eine Behandlung in einer klassischen Drogenklinik ungeeignet erscheint.

Unter den unter 30-jährigen Alkoholabhängigen ist zunehmend ein Mischkonsum eher die Regel als die Ausnahme, weshalb dieser sorgfältig abgeklärt und spezifisch zu behandeln ist. Bei im Vordergrund stehender Alkoholabhängigkeit wird zudem selten im Vorfeld sicher zwischen Cannabis- Konsum und -Abhängigkeit differenziert, so dass Cannabisgebrauch als Begleitdiagnose sorgfältig abgeklärt und in der Therapie gesondert zu thematisieren ist. Mit einem Anwachsen von Cannabis als „Beikonsum“ ist aufgrund der hohen Verfügbarkeit und Wechselwirkungen beider Substanzen auszugehen: Eine prospektive Studie in den USA zeigte 2016, dass die Cannabis-Konsumenten ein rund fünffach erhöhtes Risiko hatten, ein Alkoholproblem zu entwickeln (Odds Ratio (OR)=5,43). Cannabis-Konsumenten, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits ein Alkoholproblem hatten, fiel es außerdem schwerer, sich von der Alkoholsucht zu lösen (OR=1,74). (Quelle: Drug and Alcohol Dependence (<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.014>), zitiert nach DÄB, 3/2016).

Da chronische Schmerzpatienten gelegentlich über ärztliche verordnete Opioidanalgetika primär opioidabhängig und dann sekundär alkoholabhängig werden, bietet die Fachklinik Oerrel für derartig alkohol- und opioidabhängige Rehabilitanden eine individuelle, multimodale Schmerztherapie mit Einzel-Physiotherapie und achtsamkeitsbasierten verhaltensmedizinischen Interventionen an. In Kooperation mit der Helios Klinik Wittingen können diese Rehabilitanden

zeitnah in Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung in der interdisziplinären Schmerzklinik (Chefarzt Prof. Werner Tolksdorf) weiterbehandelt werden, wenn persistierendes Schmerzerleben die zeitnahe Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit behindern.

Zu den **komorbiden psychischen Störungen**, die in der Fachklinik Oerrel adäquat mitbehandelt werden, gehört das gesamte Spektrum gängiger psychosomatischer Störungsbilder wie die Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen sowie ADHS. Nicht adäquat mitbehandelt werden kann zurzeit die Spielsucht: F63.0 Pathologisches Spielen. Impulskontrollstörungen wie die das Glückspielen sollten bereits behandelt oder nicht im Vordergrund der Therapie stehen. Pathologischer PC- bzw. Internetgebrauch (F68.8) ist als Komorbidität mitbehandelbar, sofern er nicht im Vordergrund steht.

Regelhaft bietet die Fachklinik Oerrel störungsspezifische Einzel-Interventionen und Gruppentherapie zur Bewältigung von akuten und chronischen und rezidivierenden Depressiven Störungen, von PTBS und anderen Traumafolgestörungen, von phobischen Angststörungen, selbstunsicheren und sozial ängstlichen Interaktionsstörungen und arbeitsplatzbezogenen Ängsten sowie emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen sowie ADHS.

Aufgrund der hohen berufsbezogenen Relevanz werden darüber hinaus (überwiegend substanzinduzierte) Hirnleistungsdefizite systematisch erfasst und gezielt mitbehandelt, außerdem problemlos Bipolar II Störungen (F31.8 bzw. F31.9).

Bei Probanden, die unter leichten organisch psychischen Störungen (ICD-10 F06 und F07), oder DD substanzinduzierten mnestischen und kognitiven Defiziten sowie entaktualisierten psychotischen Störungsbildern (ICD-10 F2x DD F1x.5 und F1x.7) oder akuten Bipolar I Störungen leiden, erfolgt in einem Vorgespräch die Prüfung der Rehafähigkeit, wenn diese nicht zeitnah psychiatrisch bestätigt ist.

Mitbehandelbar sind grundsätzlich alle körperliche Begleit- und Folgekrankheiten, die keiner akutmedizinischen stationären oder spezialfachärztlichen Behandlung (z.B. Bestrahlung oder ambulante Chemotherapie) bedürfen. Dialysepatienten sind in Kooperation mit einem Dialysezentrum in Gifhorn grundsätzlich behandelbar.

Nach Kostenzusage führt das Behandlungsteam interdisziplinär anhand der vorliegenden Unterlagen vor Aufnahme mithilfe der → **Aufnahme-Checkliste** eine Indikationsprüfung auf Behandelbarkeit im Setting der Fachklinik Oerrel durch. Bei Unklarheiten über die aktuelle Rehafähigkeit führt der leitende Arzt mit dem Betroffenen in der Fachklinik Oerrel ein Vorgespräch, ggfs. unter Einbezug des Partners und des Vorbehandlers, um die optimalen Behandlungsmöglichkeiten im Einzelfall zu klären, was im Fall der Ablehnung eine konkrete Empfehlung für Behandlungsalternativen beinhaltet.

ICD 10-Diagnosen

Hauptindikationen

- | | |
|-------|---|
| F10.2 | Alkoholabhängigkeit |
| F13.2 | Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika |
| | z.B. Benzodiazepine (z.B. Diazepam - Valium und Lorazepam - Tavor), |
| | Clomethiazol - Distraneurin, Barbiturate, Ketamin |

Begleitindikationen

Substanzkonsum bei gesicherter Alkoholabhängigkeit als Primärindikation

F17.1 und F17.2	Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Tabak
F11.1 und F11.2	Missbrauch und Abhängigkeit von ärztlich verordneten Opioid-Analgetika, z.B. Morphin, Tramadol, Tilidin - Valoron), Codein, Oycodon - Oxygesic - Targin, Durogesic - Fentanyl
F12.1 und F12.2	Schädlicher /abhängiger Gebrauch von Cannabinoiden Gerbrauch von Cannabinoiden als Komorbidität
F13.1 und F13.2	Schädlicher / abhängiger Gebrauch von Sedativa und Hypnotika
F14.1 und F14.1	Schädlicher/abhängiger Gebrauch von Kokain
F15.1 und F15.2	Schädlicher/abhängiger Gebrauch von Stimulanzien - „Partydrogen“ wie Amphetamine, MDMA - Ecstasy
F16.1	Schädlicher Gebrauch von Halluzinogenen
F18.1	Schädlicher Gebrauch von Flüchtigen Lösungsmitteln
F19.1 und F19.2	polyvalenter Substanzkonsum (multipler Substanzgebrauch) und Konsum anderer psychotroper Substanzen, z.B. Propofol
F55	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen, z.B. Analgetika, Laxantien, Kortikoide

Im Falle einer komorbiden Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist zu prüfen, sofern die Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose gesichert ist, ob der Proband eine Abstinenz aller Substanzen anstrebt.

Mitbehandelbare psychische Komorbiditäten

organische psychische Störungen

F06 und F07	z.B. leichte Kognitive Störung, Einzelfallentscheidung
-------------	--

substanzinduzierte psychische Störungen

F10.5 und F12.5	Psych. und Verhaltensstörung durch Alkohol / THC: Psychotische Störung
F10.6	Psych. und Verhaltensstörung durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	Psych. und Verhaltensstörung durch Alkohol: Restzustände
F10.8 und F10.9	andere
F20-29	Einzelfallentscheidung, wenn entaktualisiert

wenn Refahfähigkeit besteht und von vorbehandelnden Psychiater bestätigt

F31.3, F31.3, und	
F31.8, F31.9	Bipolare Störung, mit zu erwartender Refahfähigkeit
übrige F31.x	Einzelfallentscheidung
F32-39	Depressive Störungen, sofern nicht akut suizidal
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, sofern rehafähig
F50	Essstörungen, sofern kein akutmedizinischer Handlungsbedarf, z.B. bei Anorexia nervosa
F51	nicht organische Schlafstörungen
F60-62 und F68-69	Persönlichkeitsstörungen
F63	Impulskontrollstörungen, die nicht im Vordergrund stehen

F84.5	Asperger-Syndrom (Autismus) - Einzelfallentscheidung
F90.0	ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom)

3.2.2 Kontraindikation

Kontraindikationen sind alle Krankheitsbilder und Funktionsstörungen, die eine aktive Teilnahme am Rehabilitationsprogramm weitgehend ausschließen. Dazu gehören akute Suizidalität, mögliche Fremdgefährdung bei mehrfacher substanzunabhängiger Gewaltbereitschaft in der Vorgeschichte, Desorientierung oder erheblichen Merkfähigkeitsstörungen bei organischen psychischen Störungen wie Demenz oder Delir, akute oder instabile Psychosen aus den Diagnosegruppen Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, manische Phasen von Bipolaren Störungen, schwerergradige und /oder irreversible substanzinduzierte hirnorganische Störungen mit anhaltenden schweren Hirnleistungs- und Verhaltensstörungen, im Vordergrund stehender akutmedizinischer Behandlungsbedarf, erhebliche Pflegebedürftigkeit und erhebliche Behinderung der Gehfähigkeit, oder andere erhebliche funktionelle Einschränkungen, die Rehabilitation so einschränken, dass das Rehaziziel und der Erfolg der Entwöhnungsbehandlung insgesamt in Frage gestellt wird. Kontraindiziert ist in der Regel auch Medikamentenabhängigkeit (F13.2, F15.2) in Verbindung mit Drogenabhängigkeit (F11, F12, F14, F16, F18) oder Polytoxikomanie (F19.2), was im Einzelfall zu prüfen wäre; sowie Intelligenzminderung (F70-F79) wesentlichen Ausmaßes.

Nicht behandelt werden neben Drogenabhängigkeit als Hauptdiagnose, Personen mit aktuellem „Heroinbeikonsum“ und /oder gegenwärtige Substitutionsbehandlung mit Methadon (Polamidon) oder Buprenorphin (Subutex).

Pathologisches Spielen bedarf eines eigenen Behandlungssettings, das in der Fachklinik Oerrel zurzeit nicht etabliert ist. Spielsucht muss bereits erfolgreich behandelt sein oder darf derzeit nicht behandlungsbedürftig sein.

Weiterhin können zuweilen schwer narzisstisch oder dissozial persönlichkeitsgestörte Patienten sich nicht in ein Gruppensetting einfinden und eine individuelle ambulante Therapieform benötigen. Dies ist jedoch allein aus der Diagnose ICD-10 F60.8 und F60.2 im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung, z.B. durch Überlagerung einer alkoholinduzierten depressiven Symptomatik, oft nicht vorhersehbar.

Sofern interkurrente Erkrankungen während der stationären Entwöhnung auftreten, sind der Schweregrad und die Dauer entscheidend für die Entscheidung zur Fortsetzung der Rehabilitation. Auch bei Patienten mit schweren psychischen Störungen, bei denen die Anforderungen der Therapie zu einer Überforderung führen kann, werden möglichst vor Aufnahme alternative Behandlungsstrategien geprüft. Schwere depressive Symptome (Morgentief, Antriebslosigkeit) können z.B. dazu führen, dass die geplanten Maßnahmen zumindest vorübergehend reduziert bzw. eingestellt werden und bedürfen dann der Überprüfung.

Bei unklarer Indikation erfolgt vor Aufnahme eine Abklärung durch persönliche Vorstellung in der Klinik.

3.2.3 Typische Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe nach ICF

Typische Funktionseinschränkungen betreffen in unterschiedlichem Ausmaß:

- körperliche Folgeerkrankungen, die Auswirkungen auf die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit (z.B. bei Leberzirrhose und Alkoholische Myopathie => b740) oder auf Koordination und Beweglichkeit (b7202) z.B. im Rahmen einer Polyneuropathie mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten und Partizipation.
- somatische Komorbiditäten: Häufig steht das Suchtmittel im Dienst der Bewältigung chronischer Schmerzen (b280) zumeist des Stütz- und Bewegungsapparats, was den Lernprozess und die Fähigkeit, mit chronischen Schmerzen aktiv umzugehen reduziert; nicht selten steht ein Chronisches Schmerzsyndrom bei Suchtpatienten mit Traumafolgestörungen im Zusammenhang und dient der Vermeidung von interaktionellen Konflikten und /oder arbeitsplatzbezogenen Ängsten.

Typische Beispiele für Auswirkungen von Funktionsstörungen auf somatischer Ebene:

- Aktivitätseinschränkungen: die wiederholten Pankreatitis-Schübe / Krankenhausbehandlungen führten zu hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten bei der Ausbildung => Teilhabeeinschränkungen: Abbruch der Ausbildung, seitdem sozial isoliert und keinen akzeptablen Arbeitsplatz gefunden.
- Aktivitätseinschränkungen: aufgrund der zunehmenden Gangunsicherheit (im Rahmen der alkoholbedingten Polyneuropathie) ist er nicht mehr in der Lage, gefahrlos auf Leitern und Gerüste zu steigen => Teilhabeeinschränkungen: Die Tätigkeit als Schornsteinfeger/Gerüstbauer/Maler kann nicht mehr ausgeführt werden.

Vorrangig sind bei Substanzabhängigkeit jedoch, vor allem von Alkohol, mentale Funktionen betroffen – sowohl als Folge, als auch als Komorbidität oder beides gleichzeitig. Diese wiederum beeinträchtigen psychosoziale Funktionen, was zu erheblichen Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen führt:

Klassifikation der Körperfunktionen, Kapitel 1: Mentale Funktionen

- b122 Globale psychosoziale Funktionen
- b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
- b134 Funktionen des Schlafes
- b140 Funktionen der Aufmerksamkeit
- b144 Funktionen des Gedächtnisse
- b152 Emotionale Funktionen
- b160 Funktionen des Denkens
- b164 Höhere kognitive Funktionen

Beispiele für typische Schädigungen auf mentaler Ebene/psychischer Ebene mit Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe nach ICF:

- Aktivitätseinschränkungen: aufgrund der zunehmenden Reizoffenheit, Impulsivität und mangelnden Steuerungsfähigkeit in Trinkphasen zunehmende Konflikte mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten sowie mit Freunden => Teilhabeeinschränkungen: habe sich gemobbt und zunehmend sozial isoliert gefühlt, habe nicht mehr am Fußballspielen teilgenommen.
- Aktivitätseinschränkungen: aufgrund von Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen fiel es zunehmend schwerer, die Arbeit zu bewältigen, unter dem beruflichen Stress nach Einführung neuer Software häuften sich gravierende Fehler bei der Arbeit, was zu weiterer

depressiver Entwicklung führte. => Teilhabeeinschränkungen: unentschuldigtes Fehlen am Arbeitsplatz, fristlose Kündigung oder Abmahnung, Kündigung und Arbeitsplatzverlust.

- Aktivitätseinschränkungen: Vernachlässigung der Selbstversorgung und des Haushaltes. Als Alleinerziehende war sie mit den Erziehungsaufgaben der Kinder und dem ADHS-Kind überfordert => Teilhabeeinschränkungen: nach Entzug des Sorgerechtes für die Kinder leben diese in Pflegefamilien, was sie zusätzlich belastete.
- Aktivitätseinschränkungen mit Kontextfaktoren im Rahmen der Schreib-Leseschwäche und Selbstunsicherheit, unter dem Alkoholkonsum zunehmende Vermeidung und Vernachlässigung, sich um die eigenen Angelegenheiten zu kümmern, wie Behördenangelegenheiten, Umgang mit Sozialleistungsträgern, so dass die Arbeitslos-Meldung unterblieb, die finanziellen Mittel aufgebraucht sind und der Verlust der Wohnung bevorsteht, weil 3 Monatsmieten nicht mehr bezahlt wurden.
- Beeinträchtigt sei sie durch die Antriebs- und Interessenlosigkeit, da sie sich körperlich schlapp und nicht voll leistungsfähig fühle. Im Alltag bestünden wesentlichen Einschränkungen v.a. in Phasen starken Alkohol- und THC-konsums, da kaufe sie immer nur das Nötigste, könne ihre Korrespondenz nicht mehr erledigen und vernachlässige sowohl sich als auch den Haushalt. Es käme dann auch immer wieder zu eskalierenden Konflikten mit ihrem Ehemann. Dieser habe mit Trennung gedroht.

3.2.4 Aufnahmevoraussetzungen und Abgrenzung

Der chronische Verlauf einer Abhängigkeit führt häufig dazu, dass ein "Ende" des Konsums erst durch massive Einschränkungen im gesundheitlichen und sozialen Bereich intendiert wird. Die Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation sind eine Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit (§ 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI (Ziel der Wiedereingliederung in Erwerbs- und Arbeitsleben, gesetzliche Rentenversicherung), §40 SGB V (mit dem Ziel der umfassenden Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit, der Funktionsfähigkeit sowie der Fähigkeit zur Selbstbestimmung, gesetzliche Krankenversicherung). Zu prüfen sind hierbei die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit sowie die Rehabilitationsprognose. Sodann ist die Notwendigkeit einer stationären gegenüber ambulanter oder teilstationärer Reha zu überprüfen.

Kriterien für stationäre Behandlung sind:

- fehlende soziale Unterstützung, mangelhafte soziale und / oder berufliche Integration,
- fehlender fester Wohnsitz,
- „nasses“ Umfeld,
- wiederholte Rückfälle bei ambulanten und teilstationären Behandlungsversuchen,
- früherer Therapieabbruch,
- behandlungsbedürftige Folge- und Begleiterkrankungen, u.a. abklingende mnestiche und kognitive Defizite,
- eventuelle Notwendigkeit der Herausnahme aus einer sozialen Belastungs- und Überforderungssituation,
- berufliche Problemlagen wie mangelnde berufliche Integration.

Näheres ist dokumentiert in der Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 (Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und

Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker.

Vor Aufnahme müssen vorliegen: Arztbericht, Sozialbericht, Freiwilligkeitserklärung, Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen Kostenträger, möglichst ärztliches Attest, das ansteckende Krankheiten ausschließt.

Die körperliche Entgiftung muss vollständig abgeschlossen sein, möglichst unter Einhaltung einer suchtmittelfreien Abstinenzzeit vor Aufnahme. Die Aufnahme nicht abstinenzfähiger Rehabilitanden muss als nahtlose Verlegung aus der Akut- in die Rehaklinik organisiert werden.

Grundsätzlich sollte der Rehabilitand folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Intrinsische Therapiemotivation sollte erkennbar sein und ausbaufähig erscheinen
- Zumindest beginnende Krankheitseinsicht und -Akzeptanz
- Grundsätzliche Bereitschaft, Veränderungsprozesse zuzulassen
- Fähigkeit und Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der Behandlung
- Erklärte Abstinenzmotivation: Bereitschaft oder Entscheidung zu dauerhafter Abstinenz ist Behandlungsziel, nicht notwendige Voraussetzung, sie wird faktisch oft im Sinne der sozialen Erwünschtheit benannt, obwohl häufig ambivalent und noch nicht fundiert
- Erklärte Abstinenzmotivation für alle psychotropen Substanzen bei komorbider Drogenabhängigkeit (mit Ausnahme von Nikotin)
- Grundsätzlich anfanghafte Bereitschaft zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung
- Fähigkeit und Bereitschaft den Therapieplan und die Hausordnung einzuhalten
- Gruppentherapiefähigkeit, was nicht immer vorhersehbar ist
- Vorhandensein von notwendigen Seh- und Hörhilfen, was nicht immer vor Aufnahme realisierbar ist, weil bisher nicht aufgefallen

3.2.5 BORA-Zielgruppenspezifische Indikation

Rehabilitanden, die grundsätzlich oder künftig dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, werden gemäß folgender Kriterien differenziert, um maßgeschneidert berufsbezogene Reha Maßnahmen vornehmen zu können.

BORA Zielgruppe 1	Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
BORA Zielgruppe 2	Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen Problemlagen
BORA Zielgruppe 3	Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III
BORA Zielgruppe 4	Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II
BORA Zielgruppe 5	Nicht-Erwerbstätige

Die Verteilung der BORA-Zielgruppen zeigt den bisherigen Schwerpunkt der Einrichtung bei Rehabilitanden mit bestehendem, jedoch gefährdetem Arbeitsverhältnis oder anderer beruflicher Problemlagen, die etwa die Hälfte ausmachen. Die andere Hälfte der Rehabilitanden sind derzeit arbeitslos mit Bezug von ALG I oder II und/ oder langzeitarbeitsunfähig oder sind derzeit nicht erwerbstätig.

	2016	1.Qu.2017
BORA 1:	12,5 %	3,0 %
BORA 2	41,3 %	47,0 %
BORA 3	15,6 %	13,5 %

BORA 4	22,0 %	16,5 %
BORA 5	8,7 %	20,0 %

Qualitativ und quantitativ intensiviert wurde und wird seit 2015 ständig das berufsbezogene Angebot für Langzeitarbeitslose, wobei die Wiedereingliederungsrate von Arbeitslosen auch in der Vergangenheit überdurchschnittlich gut war.

Aufgenommen werden Rehabilitanden aller BORA-Zielgruppen, d.h. die Zuordnung zu einer bestimmten BORA-Zielgruppe ist nicht relevant für die Zuweisungs- bzw. Aufnahmesteuerung. Eine derartige Spezialisierung halten wir auch nicht für zielführend.

3.3 Rehabilitationsziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind die drohende oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gesellschaft zu beseitigen, abzuwenden, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Engelhardt & Härdel, 2006).

Den Mitarbeitern der Fachklinik Oerrel ist diese Zielsetzung bewusst, und sie möchten mit ihrer Arbeit, die Rehabilitanden – in Übereinstimmung mit den Inhalten und Möglichkeiten der Klärung des ICF - darin unterstützen, (wieder) eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmten Aktivitäten des täglichen Lebens (möglichst) in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als "normal" (also für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Die Umsetzung der Ziele findet über die ICF-Kategorien statt. Hierbei werden insbesondere folgende Ebenen der Zielsetzung mit (einer Auswahl) von Einzelzielen, berücksichtigt:

- Zielsetzung auf psycho-sozialer Ebene
- Zielsetzung auf somatischer Ebene
- Zielsetzung auf edukativer Ebene
- Zielsetzung auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation

Eine zentrale therapeutische Aufgabe im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung liegt darin, sich gemeinsam mit dem Rehabilitanden aus diesem Zielkatalog (siehe Anhang) auf persönlich relevante und realistische Therapieziele zu verständigen und zu diese zu „verhandeln“. Die so vereinbarten Therapieziele werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden schriftlich fixiert und regelmäßig überprüft (s. 4.5.). Zu den wesentlichen, allgemeinen Therapiezielen zählen:

- Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht und -verständnis
- Förderung der Abstinenzmotivation
- „Zufriedene Trockenheit“
- Erhaltung und Stabilisierung der dauerhaften Abstinenzfähigkeit
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Stärkung der Eigenverantwortung
- Selbstmanagement
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Verbesserung der körperlichen Verfassung
- Hinführung zu einer gesunden Lebensführung
- Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Klärung der sozialen und/oder partnerschaftlichen/familiären Situation
- Verbesserung der gesellschaftlichen Integration

Allgemeine berufsorientierte Therapieziele in der Rehabilitation:

- Auswirkungen einer Erkrankung oder Behinderung auf die Erwerbstätigkeit entgegen zu wirken bzw. diese zu überwinden
- Körperliche und seelische Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz vermindern helfen und so vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben möglichst zu verhindern
- Förderung der Auseinandersetzung mit der erwerbsbezogenen Problematik
- Stabilisierung berufsspezifischer Kompetenzen
- Erbringung von sozialmedizinischen Leistungen zur Verbesserung einer angemessenen Teilhabe am Erwerbsleben
- Einschätzung der aktuellen Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs
- berufliche Wiedereingliederung/Hilfen im sozialen Umfeld
- Erarbeitung von berufs- oder erwerbsbezogenen Perspektiven
- Nachhaltige Einbindung ins Arbeitsleben unterstützen

3.3.1 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Die Therapie in der Fachklinik Oerrel ist schwerpunktmäßig ausgerichtet auf eine beruflich orientierte medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit mit Folge- und Begleitkrankheiten und besonderen beruflichen Problemlagen. Suchtentwicklung, Strukturlosigkeit, Erwerbslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit sind sich gegenseitig aufschaukelnde und aufrechterhaltende Bedingungen, was empirisch seit jeher belegt ist. Daher war die erwerbsbezogene Integration suchtkranker Menschen „schon immer“ das Anliegen der Suchthilfe allgemein und unserer Klinik im Besonderen, um die soziale und berufliche Teilhabe der betroffenen Suchtkranken zu sichern und damit die Effektivität und Nachhaltigkeit der Therapiemaßnahmen sicherzustellen. Mit BORA ist neu die bedarfsadaptierte, zielgruppenspezifische Passgenauigkeit und die deutliche Erweiterung der „Produktpalette“ der spezifischen Maßnahmen und die frühzeitige Kooperation und Koordination mit berufs- bzw. erwerbsbezogenen Institutionen im Sinne von Nahtlosigkeit in hoch strukturierter Form.

BORA erfordert in der Rehaklinik Individualität, Modularität, Ressourcen-Orientierung, leitliniengerechte Medizin, Sozialarbeit, Kooperation und Netzwerkarbeit sowie die Integration von psycho-somatisch-psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und arbeitstherapeutischen sowie bewegungstherapeutischer Behandlungsansätze in einem interdisziplinären Team.

Ein weiterer, zahlenmäßig deutlich kleinerer, in Entwicklung begriffener Schwerpunkt ist die Rehabilitation suchtkranker „junger“ Senioren unter Einbezug von Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie als Beitrag zur suchtspezifischen Geriatrischen Rehabilitation, in Ergänzung zur bisher einseitig orthopädisch und neurologisch ausgerichteten Geriatrischen Rehabilitation.

3.3.2 GERA: Geriatrische psychosomatische Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Sucht kann bereits „junge“ und eigentlich rüstige Senioren vorzeitig zu Pflegefällen machen z.B. im Rahmen von Polyneuropathie, Sturzfolgen und schweren Verwahrlosungen infolge von sozialem Rückzug und Interessenverlust und Hirnleistungseinschränkungen. Diese typische Konstellation können wir im Sinne der klassischen Geriatrischen Syndrome, die typischerweise erst im höheren Lebensalter auftreten, als „SUV“, als ein „Suchtbedingtes Voralterungssyndrom“ charakterisieren. Aus volkswirtschaftlicher und ärztlicher Sicht ist geboten, konkrete Präventions-

und Reha-Konzepte für suchtgefährdete und abhängige jungen Senioren (etwa 55 bis 75. Lebensjahr) zu entwickeln und diese wissenschaftlich zu evaluieren. Die Intensivierung der Berufsorientierung der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sollte nicht den Blick der Suchtrehaklinik auf diese Herausforderung verstellen, sondern kreative Lösungen suchen.

In der Fachklinik Oerrel finden, finanziert durch die GKV, auch Entwöhnungsbehandlungen bei „jungen Älteren“ mit Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit statt, die oft gut sozialisiert waren, ein erfolgreiches Arbeitsleben hinter sich haben, und erst im Zuge von Berentung und anderen Verlusterfahrungen durch Sinnverlust und Einsamkeit in Depressionen und Abhängigkeitsentwicklung geraten sind. Diese bisher in der Geriatrie, Psychosomatik und Psychiatrie problematisch wahrgenommene und dort oft nicht angemessen behandelbare Patientengruppe kommt aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend auch in der Suchtrehabilitation an, mit dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbstversorgungsfähigkeit und Selbständigkeit. In der Geriatriischen Rehabilitation sind angesichts vielfältiger Funktions- und Teilhabeeinschränkungen Ressourcenaktivierung, Sozialtherapie und Sinngabe entscheidende Therapieansätze. Generationsverbindend regen wir dabei gezielt die Interaktionen von diesen älteren, „gestandenen“ Rehabilitanden mit jungen arbeitslosen Rehabilitanden ohne abgeschlossene Ausbildung und ohne tragfähige soziale Unterstützung an, um die sozial-therapeutische und arbeitsweltbezogene Selbsthilfe zu fördern. Denn diese jungen und alten Rehabilitanden haben oft komplementäre Bedürfnisse. Im praktischen Suchtreha-Betrieb konnte die gleichermaßen in Suchtmedizin, Geriatrie und Psychosomatik qualifizierte Leitende Ärztin häufig beobachten, wie sich hier für beide beteiligten Patientengruppen eine beachtliche Win-Win Situation auftut und beide voneinander profitieren, während in der Psychosomatischen und Psychiatrischen Klinik häufig Abgrenzung voneinander und sogar Ausgrenzung zu beobachten war.

Deshalb halten wir die Spezialisierung von Reha-Einrichtungen auf „Sucht im Alter“ nicht für zielführend für diese Zielgruppe der vorgealterten jungen Senioren. Die Thematisierung von „Sucht und Teilhabe“ verbindet beide o.g. Gruppen in wechselweiser Ergänzung, was ressourcenaktivierende Synergieeffekte befördern kann: Einzelne junge Senioren haben sich zu ihrer eigenen Freude auf dem Boden ihrer Berufs- und Lebenserfahrung zum berufsmotivierenden Begleiter (Coach) für oft orientierungslose junge (polyvalent) Abhängige entwickelt, über die gemeinsame Rehazeit hinaus, was diese darin unterstützt hat, berufliche Perspektiven, Ausdauer und den Einstieg in das Erwerbsleben zu finden. Das bedarf allerdings der gezielten Förderung und auch zuweilen der Intervention durch die Therapeuten.

Das GERA-Projekt als ein spezifisches psychosomatisches Präventions- und Behandlungsangebot des „Sucht bedingten Voralterungssyndrom“ bei abhängigen jungen Senioren mit der sozial-therapeutischen Verknüpfung von GERA mit dem BORA Schwerpunkt soll in der Fachklinik Oerrel konzeptionell weiterentwickelt werden (siehe Kap. 7.2 Projekte).

3.3.3 BORA spezifische Therapieausrichtung

Unsere integrierte BORA spezifische Konzeption orientiert sich an folgenden Quellen: „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 14. November 2014 erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), Veröffentlichungen der Deutschen Rentenversicherung unter <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de>, die NLS Expertise „Sucht und Teilhabe“ (Prof. Tielking) vom Oktober 2015 sowie Studien zur beruflichen Reintegration, die auf dem 8. Norddeutschen Reha- Symposium des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und

Schleswig-Holstein e.V. (vffr), und der DRV Nord am 14.12. 2015 und sowie auf der NLS-Fachtagung am 3. März 2016 zum Thema Berufliche Integration und Teilhabe suchtkranker Menschen, Trägerübergreifende Kooperation – Vernetzung – Fallmanagement vorgestellt wurden.

Grundsätzliches Ziel berufsbezogener Interventionen in der medizinischen Rehabilitation ist es, arbeits- und berufsbezogene Problemlagen frühzeitig und passgenau zu bearbeiten bzw. geeignete weiterführende erwerbsbezogene Maßnahmen sowie eventuell Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zeitnah einzuleiten. Dies erfolgt aus der sozialrechtlichen Basis medizinischer Rehabilitation nach § 9 SGB VI. Darin ist definiert, wie den Auswirkungen z.B. einer Suchterkrankung auf die Erwerbsfähigkeit überwunden werden können oder ihnen entgegen zu wirken ist.

Die berufsbezogenen Interventionen bei BBPL verfolgen folgende Ziele (siehe auch Kap 3.2):

- Förderung der Auseinandersetzung mit der erwerbsbezogenen Realität,
- Prüfung der (aktuellen) Leistungsfähigkeit (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Belastbarkeit) und des Förderbedarfs des Rehabilitanden,
- Stärkung berufsspezifischer und berufsunspezifischer Kompetenzen,
- Abbau von Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben sowie von psychischen und psychomentalen Teilhabebehindernissen,
- Verbesserung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes,
- Erarbeitung von Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration.

Beruflich orientierte medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei BBPL enthalten Bausteine aus folgendem Leistungsspektrum:

- Soziale Arbeit in der beruflich orientierten medizinischen Rehabilitation
- Berufsbezogene Gruppenangebote
- Arbeitstherapie und Arbeitsplatztraining
- Belastungserprobung (intern oder extern)
- Zusammenarbeit mit externen Institutionen mit berufsbezogene Aufgabenfeldern

Aus diesem Leistungsspektrum werden passgenau Bausteine ausgewählt und das geeignete Vehikel eines beruflich orientierten medizinischen Reha-Programms aufgebaut. Die einzelnen Bausteine werden im Kap. 4.5 näher beschrieben. Hierbei sind die aktuell neu definierten evidenzbasierten Therapiemodule (ETM von Dezember 2015) und die im KTL-Katalog definierten Leistungen von großer Bedeutung. Das BORA integrierte Konzept konkretisiert diese Leistungen auf der Ebene von Planung und Durchführung in der Fachklinik Oerrel.

Voraussetzung für die Auswahl der Bausteine ist eine an den Anforderungen des Arbeitsplatzes orientierte Diagnostik die hier im Ablauf unter Bezug auf die o.g. Quellen überblickartig dargestellt ist und im Kap. 4.2 Rehabilitationsdiagnostik näher beschrieben wird:



Abbildung 2: Quellen unter 3.3.3

3.3.4 BORA-Zielgruppenanalyse

Zur Erreichung der verstärkten zielgruppenbezogenen Fokussierung auf die Bereiche Arbeit, Beruf und Erwerbstätigkeit ist eine umfangreiche Rehabilitationsdiagnostik erforderlich. (s. Kap.4.2) Bereits vor Aufnahme werden relevante Informationen zur Erwerbssituation und Berufsanamnese erhoben, in der multiaxialen Eingangsdiagnostik ein Gesamtbild erstellt und die subjektiv erlebte berufliche Belastung jedes Rehabilitanden erhoben. Daraus folgt die Zuordnung und Bildung von Zielgruppen oder Ziel-Clustern. Dabei wird zunächst die Unterscheidung festgelegt: Arbeitsplatz vorhanden / arbeitslos / nicht erwerbstätig. Die Zuordnung zu einer BORA-Zielgruppe bzw. zu einem BORA Angebotscluster erfolgt unter der Gesamtgewichtung der im Aufnahmeprozess erhobenen Daten der funktionalen Gesundheit und gibt eine Orientierung über die zu erhaltenden Maßnahmen, was im Behandlungsverlauf nachjustiert werden muss.

Rehabilitanden in Arbeit

Hierzu zählen Auszubildende, Arbeiter, Angestellte, Beamte, Selbständige, Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen und in beruflicher Rehabilitation befindliche Rehabilitanden (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

BORA-Zielgruppe 1

Diese Gruppe umfasst Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen. Diese Patientengruppe kehrt nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme ohne gravierende

Leistungseinschränkungen wieder zu den bisherigen Bedingungen an den alten Arbeitsplatz zurück.

BORA-Zielgruppe 2

Diese Gruppe umfasst Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Dies können auch Patienten sein, die wieder an ihren erhaltenen Arbeitsplatz zurückkehren, wobei aus verschiedenen Gründen eine Änderung der Arbeitsbedingungen oder eine Umbesetzung innerhalb des Unternehmens angezeigt ist, oder Patienten, bei denen eine Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber aus medizinischen oder therapeutischen Gründen nicht realisierbar erscheint und die einen neuen, leistungs- und leistungsgerechten Arbeitsplatz benötigen.

Rehabilitanden ohne Arbeit

Bei vorliegender Arbeitslosigkeit zu Rehabilitationsbeginn ist es wegen der unterschiedlich ausgeprägten sozialen und seelischen Folgen wie z.B. Probleme, eine vorgegebene Tagesstruktur einhalten zu können (im ICF: „die täglichen Routinen durchführen“) gerade auch bei Abhängigkeits-erkrankungen sinnvoll, zwischen Kurzzeit- und Langzeitarbeitslosigkeit zu unterscheiden, weil die Rehabilitanden hinsichtlich ihrer erwerbsorientierten Restrukturierungserfordernisse unterschiedliche therapeutische Interventionen benötigen.

BORA-Zielgruppe 3

Diese Gruppe umfasst arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III, d.h. Patienten im Bezug von Arbeitslosengeld 1 (ALG I). Auch Erwerbstätige, die während Krankschreibung arbeitslos werden, zum Beispiel durch die Beendigung eines befristeten Arbeitsvertrages, Auflösungsvertrag, o.ä. werden in der Regel der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet. Hierbei handelt es sich um Patienten, die als grundsätzlich vermittelbar gelten, da sie z.T. erst kurz vor Beginn oder im Verlauf der stationären Behandlung arbeitslos geworden sind. Diese Patientengruppe verfügt i. d. Regel über aktuelle berufliche Qualifizierungen und es liegen keine gravierenden körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen vor.

Erwerbstätige, die arbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I oder ALG II. Diese Rehabilitanden werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

BORA-Zielgruppe 4

Diese Gruppe umfasst arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II, die sich somit formal im Bezug von Arbeitslosengeld 2 (ALG II) befinden und Nicht-Erwerbstätige. Diese Patientengruppe ist seit mehr als einem Jahr nicht mehr in das Erwerbsleben integriert, verfügt über mehrere Vermittlungshemmnisse wie mangelhafter oder fehlender formaler Qualifikation, gravierender sozialer Einschränkungen oder sozialmedizinisch relevanter körperlicher und/oder psychischer Einschränkungen und zeigt Bedarf an vermittlungsunterstützenden Hilfen.

BORA-Zielgruppe 5

Hierzu zählen zum Beispiel Schüler, Studenten, Hausfrauen, befristet berentete Patienten und sonstige nichterwerbstätige Rehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

BORA-Zielgruppen dienen der Orientierung und sind nicht Fallgruppen mit standardisierten Therapieplänen. Diese Orientierung beinhaltet daher beispielsweise nicht, dass Rehabilitanden ausschließlich in BORA-spezifische Behandlungsgruppen eingeteilt werden (z.B. in eine Psychotherapiegruppe nur für Langzeitarbeitslose, die von einem Sozialtherapeuten geleitet, der

schwerpunktmäßig mit arbeits-orientierten Interventionen in der Gruppe agiert). Diese Orientierung beinhaltet ebenfalls nicht, dass die BORA-Gruppe-4 zugeordneten Rehabilitanden ausschließlich für Tagesstrukturierende und das Durchhaltevermögen trainierende Arbeitstherapie eingesetzt werden.

Die ausschlaggebende Orientierung der Zuweisung von Patienten sind deren auf dem Boden von ICD 10 und ICF definierten Funktionsstörungen, die dazu führen, dass Gruppen und Projekte mit Rehabilitanden unterschiedlicher BORA Gruppen besetzt werden. Das Merkmal „Durchhaltevermögen“ kann sowohl für einen BORA 2 Rehabilitanden mit ADHS, als auch für einen BORA 4 Rehabilitanden mit Langzeitarbeitslosigkeit ein Zuweisungskriterium in ein und dasselbe indikative Gruppenprogramm oder eine AT-Projektgruppe sein.

3.3.5 Kontraindikationen für BORA spezifische Maßnahmen

Bei folgenden Patientengruppen ist die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen zur medizinisch beruflichen Integration zu prüfen:

- Patienten, die eine unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten und bei denen eine berufliche Tätigkeit aus wirtschaftlichen Erwägungen dauerhaft nicht mehr in Betracht komme. Einschränkung: Die Praxis zeigt aber auch bei dieser Gruppe, dass eine Teilnahme an arbeitstherapeutischen Maßnahmen das Selbstwerterleben fördert und zur Annahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit oder einer geringfügigen Beschäftigung führen kann.
- Altersruhegeldempfänger: Auch für diese Gruppe gilt die oben gemachte Beobachtung v.a. auch dann, wenn soziale Isolation einen negativen Kontextfaktor darstellt.
- Während der Rehabilitation vorübergehend akut somatisch oder seelisch (wieder)erkrankte Rehabilitanden, die wegen Minderbelastbarkeit/Überforderung aus Angeboten ferngehalten werden müssen.
- Patienten mit dauerhaften Beeinträchtigungen in einem Schweregrad, der eine komplette Teilnahme an BORA spezifischen Maßnahmen unmöglich macht (z.B. die nicht seltene Ruptur der Achillessehne beim Sport). Hier werden Gruppenangebote wie z.B. „Konflikte und Kommunikation am Arbeitsplatz“ angeboten.

3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

- Regelbehandlungszeit der Langzeittherapie: 13 Wochen
- Stationäres Modul bei Kombinationsbehandlungen: 8 Wochen

Der übliche Zeitrahmen, der für die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden geeignet ist, muss gelegentlich modifiziert werden - in beide Richtungen, um den Rehabilitanden individuell und passgenau behandeln zu können.

Erhöhter Behandlungsbedarf durch reharelevante Folge- und Begleitkrankheiten oder bei besonderen beruflichen Problemlagen kann somit zu einer erweiterten Behandlungsdauer (bis 16 Wochen Langzeittherapie bzw. 12 Wochen bei Kombi-Behandlung) führen. Kürzerer Behandlungsbedarf resultiert aus vielfältigen Gründen, auf jeden Fall immer dann, wenn die Voraussetzungen für eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation gegeben sind.

Die Entscheidung wird im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung zusammen mit dem Rehabilitanden getroffen. Den Vorschlag einer therapeutisch sinnvollen Therapiezeitänderung macht in der Regel der Bezugstherapeut, der seine Rehabilitanden täglich in der Gruppentherapie und mindestens einmal in der Einzeltherapie sieht; Anregungen kommen auch aus der

Arbeitstherapie, wenn es um spezielle externe Praktika geht, oder aus ärztlich-psychiatrischer Sicht. Die Sinnhaftigkeit wird im Behandlungsteam besprochen, die Notwendigkeit bzw. Unbedenklichkeit verantwortet der leitende Arzt/ Psychiater unter Berücksichtigung anderer nachstationärer Behandlungsoptionen z.B. der psychischen Komorbiditäten, z.B. Akutpsychiatrie, psychosomatische Klinik, Tagesklinik, ambulante Sozialpsychiatrie oder psychosoziale Rehabilitation zu Lasten der Eingliederungshilfe, oder Verkürzung mit ambulanter oder teilstationärer Weiterbehandlung.

Bei Kombinationsbehandlungen wird meist mit einem 8-wöchigen stationären Modul mit der Behandlung gestartet und danach – entsprechend den Rahmenbedingungen der "Kombi-Nord" (DRV 2009) – in enger Abstimmung mit der jeweiligen Beratungsstelle die Behandlung dort fortgesetzt.

Darüber hinaus sind je nach Bewilligung durch die Kostenträger oder ggfs. als Selbstzahler individuelle Wiederholungs- und Festigungsbehandlungen möglich. Die Behandlungszeiten werden hierbei – ebenso wie bei einer Krisen- oder Kurzbehandlung – nach den individuellen Bedürfnissen und therapeutischen Erfordernissen ausgerichtet und festgelegt.

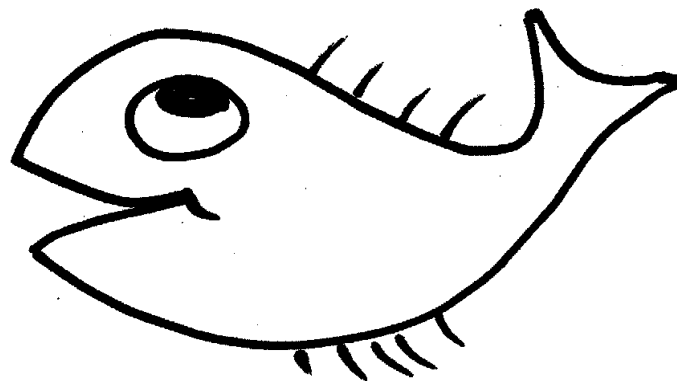
4 Rehabilitationsablauf und Rehaprozess-Steuerung

Der gesamte Rehaprozess ist BORA zielgruppengenaue und möglichst individuell zu gestalten. Bei der modularen Rehabilitationsplanung geht es darum, ein auf das Rehaziziel ausgerichtetes, und sinnvoll aufeinander abgestimmtes, organisches Ganzes zu bilden und alle Teile zu integrieren, damit am Ende ein lebendiger Fisch davonschwimmt. Das setzt gute Kommunikationsstrukturen und gute kooperative Fähigkeiten im interdisziplinären Team voraus, mit einer integrativ wirkenden und mit „Super Vision“ umsichtigen Leitung.

Rehaprozess Planen

Sehen: Rehabilitationsdiagnostik

Reden:
partizipative Zielfindung
Maßnahmenplan erstellen



Rehaprozess steuern

Rehaprozess gestalten, monitoren und anpassen

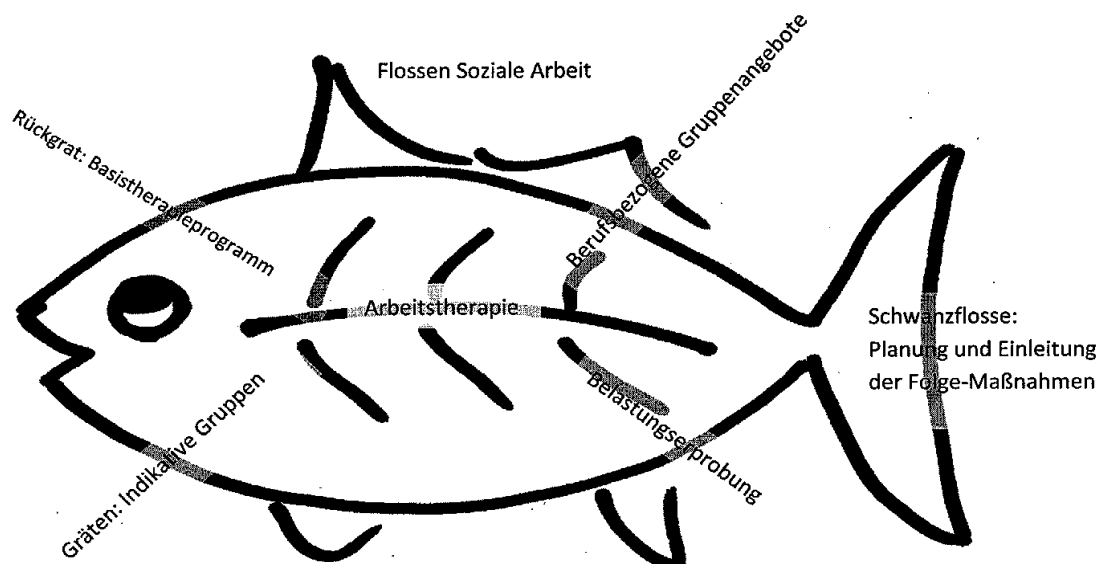


Abbildung 3: Haus Niedersachsen, Frau Ilse Friedrich (C) 2017

Das durchgehende Rückgrat bildet das sequentielle Basistherapieprogramm, mit den durchgehenden Grundthemen Abhängigkeit und Arbeit. Dazu gehören die Bezugsgruppen und bezugstherapeutische Führung durch den Gesamtprozess, die regelmäßige Bewegungstherapie, die ärztlichen Visiten und Beratungen, Ergotherapie und Entspannung, die psychoedukativen Seminare zur Gesundheitsbildung, die Informationsseminare zur Sozialen Arbeit und natürlich für nahezu alle Rehabilitanden die Arbeitstherapie und das Arbeitsplatztraining, das von 1-4 Wochen unterschiedlich lang planbar ist (siehe unten „AT-Phase“).

Die Gräten werden durch die verschiedenen individuellen Module, indikative psychotherapeutische und berufsbezogene Gruppentherapien und Einzelinterventionen gebildet. Die Flossen bildet die soziale Arbeit. Andere Gräten können bedarfsgerecht interne oder externe Belastungserprobungen oder Berufspraktika sein.

Die Schwanzflosse ist von besonderer Bedeutung, wohin der Fisch künftig rudert: Hier geht es um Fallmanagement, Rehafachberatung, die Kooperation mit arbeitsmarktbezogenen Institutionen,

die berufliche Wiedereingliederung, die Kooperation mit den Betriebsärzten, die Einleitung von Nachsorge oder Adaption.

An dieser Stelle, im Vorfeld der Entlassung, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Fachklinik Oerrel besonders eng. Und die Muskulatur? Die steht für den Antrieb, die Motivation, die es beständig zu fördern gilt. Und die inneren Organe stehen für gesunde Ernährung, Freizeitgestaltung und Erholung.

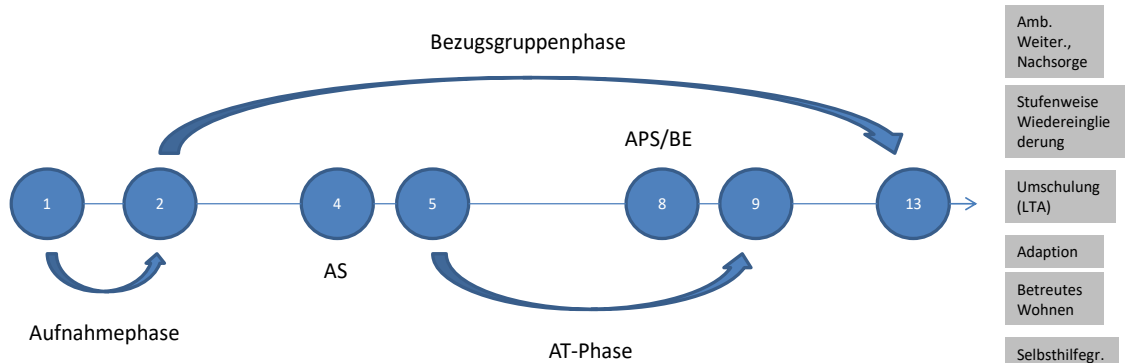
Der abhängigkeitsbezogene Therapieverlauf in der Fachklinik Oerrel ist in 4 Phasen gegliedert. Neben der Aufnahmephase (1 Woche), in der die neu aufgenommen Patienten gemeinsam eine Gruppe bilden, wechseln die Rehabilitanden in ihre halboffene Bezugsgruppe.

Der weitere Therapieverlauf lässt sich inhaltlich in drei Behandlungsphasen von je ca. 4 Wochen gliedern (Orientierung – Veränderung/Aktivierung – Integration/Neuorientierung). Da wir mit halboffenen Gruppen arbeiten, werden die Inhalte der Behandlung an den jeweiligen persönlichen "Therapiestand" jedes einzelnen Rehabilitanden angepasst.

Phase/Wochen	Ziele (Auswahl)	Umsetzung (Auswahl)
Orientierung (2.-5.)	Erweiterter Zugang zum Abhängigkeitsverständnis; Verbesserung der Krankheitsakzeptanz; Zugang zur Arbeitsplatzsituation/ Situation der Erwerbslosigkeit oder Berufsunfähigkeit; Funktion des Alkohols herausarbeiten; Stärkung des Wir-Gefühls (Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und des Interaktionsverhaltens); Stärkung der Kommunikationsfähigkeit; Ressourcenstärkung; Unterstützung beim Umgang mit Gefühlen	Darstellen des Suchtlebenslaufs mit Hilfe der Lebenslinie; Rückmeldungen innerhalb der Gruppe üben (wertschätzend, klar, etc.); Kooperationsübungen, Interaktionsspiele, Rollenspiele
Veränderung/ Aktionsphase (6.-8.)	Aufbau von Veränderungsmotivation; Stärkung der Abstinenzentscheidung; Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung; Stärkung der Sozialen Kompetenz, Umgang mit Rückfällen vorbereiten	Positive Selbstinstruktionen/ Vorstellungsbilder; Vier-Felder-Tafel; Kognitive Umstrukturierung; Abstinenzwaage, Ablehnungstraining (Rollenspiel „Stammkneipe“); Notfallplan
Stabilisierung/ Integration/ Neuorientierung (9.-13.)	Beibehaltung der Abstinenzentscheidung und Verhaltensänderung; Verbesserung der sozialen Situation; Integration der Behandlungsergebnisse in den Alltag fördern, Verbesserung Selbstmanagement; Sicherung der Abstinenzentscheidung; Rückfallprophylaxe	Therapiebilanz in der Gruppe vorstellen; Selbst-Fremdeinschätzung; Kontakte in das soziale Umfeld herstellen (Telefonate/Gespräche); Übung: Das erste Jahr nach der Entlassung“ (Lindemeyer); Problemlösetraining u.a. in der Gruppe, Psychodrama

Die Gesamtübersicht über den → **Therapieverlauf** (s. Anlage) erhalten die Rehabilitanden in der Aufnahmephase. Als weitere feste strukturelle Elemente sind das Angehörigenseminar (ab der 4 Woche), das Arbeitsplatzseminar (ab der 8 Woche), die Belastungserprobung (ebenfalls ab der 8 Woche) sowie die Arbeitstherapiephase (ab der 5 bis zur 9. Woche), zu benennen.

Therapieverlauf/Struktur in der Favchlinik Oerrel



AS = Angehörigenseminar
APS = Arbeitsplatzseminar
BE = Belastungserprobung
AT-Phase = Arbeitstherapie Phase
1.-13. = Therapiewochen

4.1 Aufnahmeverfahren

4.1.1 Vorbereitung

Vor Aufnahme erfolgt eine standardisierte interdisziplinäre Indikationsprüfung anhand der vorliegenden Unterlagen (Arztberichte und Sozialbericht) und der → **Aufnahme-Checkliste**, mit der neben der Indikation und Rehafähigkeit weitere behandlungsrelevante Items gecheckt werden und sich ggfs. weiterer Handlungsbedarf ergibt, z.B. Einladung zu einem Vorgespräch mit dem leitenden Arzt oder Veranlassung einer nahtlosen Entgiftung oder z.B. eines Abstriches wegen vermuteter MRSA-Kolonisation. Gegebenenfalls erfolgt eine Rücksprache mit den zuvor behandelnden Ärzten (Hausarzt, Klinikarzt), um offene Fragen und mögliche Risiken bzw. Kontraindikationen zu klären. Die Dokumentation erfolgt handschriftlich in der Aufnahmecheckliste, die am Aufnahmetag den relevanten Arbeitsbereichen kopiert vorliegt.

Der künftige Rehabilitand erhält daraufhin ein Einladungsschreiben mit dem Shuttlebus Angebot Wittingen-Oerrel und einen Aufnahmeantrag zur Rücksendung, der einen → **Basisfragebogen**, der u.a. einen modifiziertem SIMBO-C, weitere Fragen zur Erwerbsituation und zu psychischen Komorbiditäten enthält. Ziel ist die Erfassung relevanter Basisinformationen in übersichtlich strukturierter Form bereits im Vorfeld, auf die die Therapeuten und Ärzte im Aufnahmegespräch zurückgreifen können. Dies ermöglicht eine frühzeitige Therapiesteuerung, erleichtert die persönliche Kontaktnahme und gibt Raum für einen behutsamen Beziehungsaufbau mit dem Rehabilitanden. Die strukturierte Informationserfassung im Vorfeld der Aufnahme verkürzt so die Aufnahme- und Diagnostikphase.

4.1.2 Start am Aufnahmetag

In der Regel ist mittwochs Aufnahmetag, der vom Empfang, der ärztlichen Aufnahme und Haus- und Regel-Informationen geprägt ist. Vor der administrativen Aufnahme erfolgt der medizinisch-psychiatrische Aufnahmecheck auf Suchtmittelfreiheit, Entzückigkeit und generelle Rehafähigkeit durch den leitenden Arzt unter pflegerischer Assistenz. Eventuell muss eine erneute Entgiftung in der kooperierenden Helios-Klinik Wittingen vorgeschaltet werden oder – bei leichter Entzugssymptomatik ohne Restalkohol – Überwachungsmaßnahmen und Medikamente angeordnet werden.

Am Aufnahmetag finden die ärztliche Anamnese und Aufnahmeuntersuchung durch den Allgemeinarzt bzw. Internist samt den ersten medizinischen Verordnungen (z.B. Medikamente, Diagnostik, Vitalparameter-Kontrollen, Anforderung von Vorbefunden und -Berichten) und den technischen Untersuchungen statt. Am Folgetag folgen Blutentnahme und ggfs. erneute Urinkontrollen auf Suchtmittel und andere Fragestellungen. Ein ergänzender Aufnahmecheck folgt durch die Physiotherapeuten (siehe Kap. 4.2.1).

Innerhalb der ersten drei Tage (Mittwoch bis Freitag) findet die fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Aufnahme des leitenden Arztes statt. Weitere Psychiatrie-Termine und weiterführende spezielle Diagnostik ist im Verlauf bei einigen psychischen Komorbiditäten und besonderen beruflichen Problemlagen notwendig (siehe Kap. 4.2.1).

Reharelevante somatische Beschwerden und Funktionseinschränkungen zeigen sich häufig erst im weiteren Verlauf unter zunehmender körperlicher Belastung im Rahmen der Arbeitstherapie oder Bewegungstherapie und werden dann gezielt fachärztlich abgeklärt.

Der Aufnahmetherapeut führt am Aufnahmetag ein Aufnahmegespräch. Falls anwesend, werden bedeutsame Begleitpersonen (Angehörige, Berater, Betreuer) zu diesen Aufnahmegesprächen hinzugezogen; oder es findet ein getrenntes, eigenes Gespräch mit diesen Personen statt. Der neu aufgenommene Rehabilitand wird am Aufnahmetag mündlich und schriftlich mit den wichtigsten Klinikregeln und der Hausordnung vertraut gemacht. Am Abend des Aufnahmetages findet eine Klinikführung mit dem für den Zeitraum der Aufnahmegruppe zur Seite stehenden Paten des Rehabilitanden statt (Peer-to-Peer-Kontakte).

4.1.3 Therapiestart in der Aufnahmewoche

Für viele Patienten ist die Hürde, sich in eine stationäre Suchtbehandlung zu begeben, oft sehr groß. Hintergrund hierbei sind meist Gefühle von Schuld und Scham sowie Angst vor dem, was in der Therapie "gemacht wird" wie auch die Angst davor, ohne die Sucht-Substanz auskommen zu müssen.

Daher haben wir uns für einen schützenden Aufnahmeprozess entschieden, bei dem alle neu ankommenden Rehabilitanden für die ersten Tage in einer festen Aufnahmegruppe sind. Im geschützten Rahmen, angeleitet durch Therapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte und Pflegkräfte, lässt sich intensiver und individuell auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen. Dies erleichtert die Orientierung und ermöglicht ein schnelles Einleben. Die Rehabilitanden haben eine Woche Zeit, sich mit den Abläufen der Rehabilitation und Hausregeln vertraut zu machen. Hierbei werden sie sowohl von den Mitarbeitern als auch von Mitpatienten in Form einer Patenschaft unterstützt. Eine erste Annäherung an die zukünftige Bezugsgruppe findet in einer gemeinsamen Freizeitaktivität am Wochenende nach der Aufnahme statt, die von der zukünftigen Bezugsgruppe geplant und umgesetzt wird.

Die Ziele der Aufnahmewoche sind:

- Ankommen,
- Orientierung,
- eine transparente Einführung in den mehrdimensionalen Rehabprozess und in die ganzheitliche, multimodale Therapie,
- die Förderung einer realitätsgerechten Auseinandersetzung und Entwicklung der eigenen Rehabilitationsziele,
- die Förderung / Stabilisierung der Behandlungsmotivation.

Alle Einzelgespräche und Gruppentherapiesitzungen schaffen vom ersten Tag an einen Zugang zur Therapie, was künftig durch ein Reha-Einführungsseminar durch den leitenden Arzt ergänzt werden soll.

Während der Aufnahmewoche findet die Basis Eingangs-Diagnostik durch die Ärzte, Bezugstherapeuten, Ergo- und Arbeitstherapeuten statt. Die Ergebnisse werden anhand einer ICF basierten Dokumentation visualisiert dargestellt, die Grundlage für die 7 Tage nach Aufnahme stattfindende interdisziplinären Fallvorstellung im gesamten Behandlungsteam bildet:

Patient: Name, Vorname _____ Gruppe _____ BORA _____ RMK _____	Datum der Vorstellung _____ Zeichen _____
Patienten-Daten: Aufnahme-Dat.: _____ <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> AL _____ (seit: Monat/Jahr) <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> Erwerbstätig <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> AF <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> AU _____ (seit: Monat/Jahr) <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> Rentner/Hausfrau	Diagnosen aus Vorbefund HNO Diagnosen besondere gesundheitliche Problemlagen
Überblick über Barrieren in der ICF (Abbau dieser Barrieren, da sie die Teilhabe erschweren oder gar unmöglich machen)	Überblick über Förderfaktoren der ICF (Aufbau der Förderfaktoren, da sie die Teilhabe/Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit trotz teilweise erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen ermöglichen)
Gesundheitszustand Körperstrukturen Teilhabe Körperfunktionen Barrieren Aktivitäten Personengebundene Faktoren bePL / BBPL Umweltfaktoren 	Gesundheitszustand Körperstrukturen Teilhabe Körperfunktionen Förderfaktoren Aktivitäten Personengebundene Faktoren berufliche Ressourcen Umweltfaktoren

Abbildung 4: Quelle Haus Niedersachsen (c) 2017

4.1.4 Dokumentation

Als Ergebnis der Basis- und indikativen Eingangsdiagnostik (siehe Kap 4.2) wird das Gesamtbild der funktionalen Gesundheit gemäß ICF-Klassifikation mit Erfassung sowohl der Defizite als auch der Ressourcen in Bezug auf Fertigkeiten und Fähigkeiten, Aktivitäten und Teilhabe sowie Anforderungen und Ressourcen der Umgebung mit zwei selbst erstellten Vorlagen dokumentiert.

die von jedem PC-Arbeitsplatz über PATFAK einsehbar und bearbeitbar sind: Zur handlungsorientierten interdisziplinären Zusammenarbeit während und nach der medizinischen Rehabilitation nutzen wir die oben dargestellte ICF-basierte Visualisierung (siehe Dokument im Anhang: → **ICF Fallvorstellung**). Diese erleichtert den Überblick und die wirkfaktoren-gestützte Fallkonzeption als Grundlage für die multimodale Behandlungsplanung. Das ebenfalls selbst erstellte Dokument → **ICF Verlaufsdoc Core Set** (siehe Dokument im Anhang) verbindet den ICF Core Set Sucht mit den relevanten berufsorientierten ICF Items (ICF Core Set Berufliche Rehabilitation, Screening BAG der Berufstrainingszentren und die Miniversion der Berufsbildungswerke) und dient der ICF-Klassifikation im Gesamtverlauf.

Die Dokumentation von allen erhobenen Daten erfolgt zeitnah und kontinuierlich in der elektronischen Patientenakte (PATFAK) und abschnittsweise direkt in einem Word-Arbeitsdokument des Reha-Entlassungsberichtes. Zur Sicherung der medizinischen Handlungsfähigkeit im Falle eines EDV-Ausfalls werden relevante Informationen (z.B. der Medikationsplan) ausgedruckt und handschriftlich Aufzeichnungen zusammen mit Vorberichten, Krankenhausberichten und konsiliarärztlichen Berichten und Laborergebnissen zusätzlich in der medizinischen Handakte geführt. Ärztliche Aufzeichnungen und Verlaufskontrollen müssen aus juristischen Gründen teilweise handschriftlich mit Unterschrift geführt werden.

4.2 Rehabilitationsdiagnostik

4.2.1 Besonderheiten

Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation anderer Fachrichtungen inklusive der Psychosomatik (z.B. bei Apoplex oder bei somatoformen Störungen) besteht in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker oft ein hoher Nachholbedarf medizinischer und psychiatrischer Diagnostik und Behandlung, um die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Im Zuge der suchtbedingten Selbstvernachlässigung lassen unsere Rehabilitanden viele Beschwerden im Vorfeld nicht abklären oder bemerken erst unter Abstinenzbedingungen, dass sie überhaupt Beschwerden und funktionelle Einschränkungen haben. Selbst bei Personen, die wiederholt in stationärer Akut-psychiatrischer Behandlung waren, haben die Sucht assoziierten psychischen Probleme nicht selten die primären psychischen Komorbiditäten überdeckt. Deswegen beinhaltet Rehabilitationsdiagnostik für uns immer eine gründliche individuelle medizinische und neuropsychiatrische und psychosomatische Diagnostik. Manche arbeitsplatzbezogenen Probleme und Konflikte ließen sich z.B. durch die Verordnung und Besorgung der passenden Brille oder eines Hörgerätes beheben; hinter einer anderen Arbeitsstörung steckte eine unerkannte Inkontinenz bei Überlaufblase aufgrund einer unbehandelten Prostatahypertrophie; bei sozialer Phobie oder hinter einem depressiven Rückzug von der Arbeit verbarg sich eine auf Alkohol fehlattribuierte chronische Diarrhoe bei tatsächlichem M. Crohn. Solche „Entdeckungen“ machen wir nicht selten. Recht häufig sind vermeintliche „Sozio- und Arbeitsplatzphobien“ bei Schamgefühlen wegen eines sanierungsbedürftigen oder gar fehlenden Gebisses. Der Zahnarzt „heilt“ in diesen Fällen die „soziale Phobie“. Andere arbeitsplatzbezogenen Probleme wie etwa auffälliges, unangemessenes Verhalten, eine Fehlerhäufung, Umstellungsschwierigkeiten und Motivationsprobleme identifizieren wir oft als Frühsymptome einer beginnenden Demenz oder alkoholbedingten hirnorganischen Einschränkungen oder Schädigung. Die besten berufsbezogenen Interventionen werden in diesen Fällen kaum etwas bewirken, sondern unnötigerweise quälen.

Diese Zusammenhänge schnell und umfassend zu erkennen und zügige Interventionen einzuleiten, ist Aufgabe des ganzheitlich im Sinne des Bio-psycho-sozialen Störungsmodells

kooperierenden medizinischen Behandlungsteams: Diese primär ärztliche Aufgabe wird hoch individuell unter Einbeziehung der Beobachtungen von Funktions- und Fähigkeitsstörungen durch die Pflege, Fach- und Bezugstherapeuten geleistet und durch großzügige Indikationsstellung für konsiliarische Untersuchungen ergänzt.

4.2.2 Begriffe und Strategie

Zur Rehabilitationsdiagnostik gehören Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik: „Wie kommt er, wie läuft er, wie verlässt der Rehabilitand das Haus?“ Weiter unterscheiden wir die Basisdiagnostik von der individuellen, indikationsbezogenen Diagnostik. Mit der Basis-Eingangsdiagnostik und der indikativen Eingangsdiagnostik wird der Aufnahmestatus erhoben, auch wenn indikative Eingangsdiagnostik erst nach der Aufnahmewoche durchgeführt wird, z.B. EFL, konsiliarärztliche Untersuchungen oder ADHS-Diagnostik. Verlaufskontrollen beziehen sich auf zuvor erhobene Ausgangsbefunde, Selbsteinschätzungen und überprüft in regelmäßigen Intervallen den Grad der Zielerreichung, die Abschlussuntersuchung dient dem Abgleich mit dem Aufnahmestatus, wiederholt daher u.a. die RMK-Diagnostik und die Therapiezielerreichung. Sie dient weiterhin der Bestimmung der weiteren Bedarfsplanung.

Die systematische multiaxiale Basis-Eingangsdiagnostik wird von Ärzten, Aufnahme- und Bezugstherapeuten, Ergo- und Arbeitstherapeuten und Physiotherapeuten innerhalb von 7 Tagen durchgeführt.

Sie ist die Voraussetzung für eine individuelle Therapie- und Rehabilitationsplanung. Die Ergebnisse werden zu einem Gesamtbild gesunder und gestörter Persönlichkeitsanteile, einschließlich der Körperstrukturen und -funktionen zusammengestellt und für alle visualisiert und transparent dargestellt und in der gemeinsamen Fallkonferenz vorgestellt. Die Wechselwirkung zum jeweiligen sozialen Kontext wird analysiert, so dass sich ein bio-psycho-soziales Gesamtbild ergibt. Teilhabe- und erwerbsbezogene Problemlagen werden analysiert, um die Rehabilitation an den Anforderungen an Partizipation, insbesondere an den Ansprüchen der Arbeitswelt und des Arbeitsmarktes, auszurichten. Die teilhabeorientierte Diagnostik wird möglichst konkret an der aktuellen Partizipation der Rehabilitanden oder deren angestrebten Teilhabemöglichkeiten ausgerichtet. Der besondere Fokus liegt diesbezüglich auf den aktuellen beziehungsweise angestrebten Arbeitsplätzen der Patientinnen und Patienten.

Diese Basis-Eingangsdiagnostik wird prozessual durch eine individuelle indikative Diagnostik sowie Verlaufsdiagnostik ergänzt und unter den Behandlern kommuniziert, damit eine individuelle bedarfsgerechte Anpassung von Therapiemaßnahmen und nachfolgender Therapie- und Teilhabeplanung sowie eine umfassende Leistungsbeurteilung erfolgen kann.

Neben dem Einbezug von medizinischen Vorberichten und Gutachten sowie der schon vorliegenden → **Aufnahme-Checkliste** und dem → **Basisfragebogen** (siehe Kap. 4.1.1) nutzen wir folgende Diagnostik - Elemente:

4.2.3 Elemente der Eingangsdiagnostik

Ärztliche Basis Eingangsdiagnostik - (durch Ärzte, Physiotherapeuten und Pflege):

- Allgemeine Anamnese und strukturierte ICF-basierte Anamnese
- allgemeinärztliche und neurologische körperliche Untersuchung
- physiotherapeutische Ergänzungsuntersuchung (z.B. genaue Erfassung von Bewegungseinschränkungen und Schmerzskalierung unter Berücksichtigung des konkreten

Arbeitsplatzes oder Berufswunsches)

- Psychiatrisch-psychosomatische Anamnese und Untersuchung (standardisierten Erfassung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes mit dem AMDP-System)
- medizintechnische Untersuchungen: Labor, EKG, Spirometrie, Alkometer (Atemalkohol)

Indikationsbezogene ärztliche Diagnostik:

- EFL Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (Physiotherapeuten)
- Sonografie (Oberbauch, Schilddrüse, Beinvenen)
- externe fachärztliche Konsiliaruntersuchungen mit z.B. folgender technischer Diagnostik
- Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG, Echo
- Bildgebung: Sonografie, konventionelles Röntgen, CT, MRT, Duplexsonografie
- EEG, EMG/NLG u.a.
- Endoskopie (ÖGD, Coloskopie)
- Schlafapnoescreening (z.B. Somnocheck)

Psychische und soziale Basis Eingangs-Diagnostik (Aufnahme- und Bezugstherapeuten):

- Allgemeine Anamnese, Suchtanamnese, biografische und soziale Anamnese
- RMK Screening
- Cogpac Screening
- SKID II - Fragebogen (Selbstbeurteilungsinstrument)

Zur Anamnese gehört eine ausführliche Suchtanamnese, einschließlich der positiven und negativen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums, eine Familien- und Sozialanamnese, unter Berücksichtigung prädisponierender Faktoren, interne und externe auslösende Bedingungen des Konsums, Hypothesenbildung über die Funktionalität des Konsums / Bedingungsmodell.

Im Rahmen der sozialen Diagnostik werden soziale Problemlagen (Schulden, forensische Probleme etc.), aber auch mögliche Ressourcen (soziales Netzwerk, soziale Unterstützung) erfasst.

Zur Basis-Eingangsdiagnostik setzt die Fachklinik Oerrel seit 6/2016 ein computergestütztes Screeningverfahren nach den Rehabilitandenmanagementkategorien (Möllmann & Spyra, 2009) ein. Dieses RMK-Verfahren beinhaltet Voll- und Teilversionen, u.a. von folgenden Testverfahren:

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen (AASE)
- Beck Depressions-Inventar (BDI)
- Symptomcheckliste (SCL-90 R)
- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)
- Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F.SozU)

Die RMK-Ergebnisse werden im Einzelnen übersichtlich grafisch dargestellt und weisen den Rehabilitanden eine von vier Bedarfsgruppen für die Alkoholentwöhnung mit unterschiedlichen Beeinträchtigungsprofilen zu. Die Zuteilung des Rehabilitanden zu einer Bedarfsgruppe gibt dem Einzeltherapeuten zusätzlich zur klinischen Einschätzung, dem ergänzenden Cogpac und SKID II Fragebogen konkrete Hinweise auf zu verfolgende Rehabilitationsziele und unterstützt damit die Behandlungsplanung. Insbesondere bezüglich der komorbiden psychischen Störungen erhält der

Bezugstherapeut Hinweise auf deren Behandlungsnotwendigkeit und ggfs. der weiteren psychiatrisch-psychotherapeutischen Indikationsdiagnostik.

Ein neuropsychologisches Therapieprogramm ist das klinisch erprobte Cogpac-Training der Firma "Marker-Software". Cogpac enthält Test- und Übungsprogramme zum Training und zur Rehabilitation von Hirnfunktionen mit Aufgabenvarianten zur Verbesserung der Visumotorik, Auffassung, Reaktion, Vigilanz, Merkfähigkeit, sprachlichen, intellektuellen, berufsnahen Fähigkeiten, Sachwissen.

Es kommt in der Diagnostik zum Einsatz, um hirnorganischen Problemen wie Aufmerksamkeitsstörungen und Konzentrationsproblemen als Folgen von Suchterkrankungen oder anderen psychischen Störungen auf die Spur zu kommen.

Indikative psychische Eingangs-Diagnostik:

Diese wird je nach Fragestellung in der Aufnahmewoche und im Verlauf vom Psychiater und Psychologen erhoben. Bei Verdacht auf relevante komorbide psychische Störungen und bei speziellen klinischen Fragestellungen werden weitere etablierte strukturierte Interviews und Testverfahren eingesetzt

- SKID I und DIPS bzw. Mini-DIPS (Strukturiertes klinisches Interview und Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen)
- SKID II - strukturiertes klinisches Interview zur Sicherung einer Persönlichkeitsstörung
- Kognitive Leistungsdiagnostik
- ADHS-Diagnostik nach HASE
- Traumaspezifische Diagnostik
- und weitere

ADHS-Diagnostik standardisiert nach HASE mit Screeninginstrumenten wie WHO (ASRS-V1.1), WURS-K, ADHS Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) sowie strukturiertem Wender-Reimherr-Interview (WRI / HASE) unter Einbeziehung der Grundschulzeugnisse.

Traumaspezifische Diagnostik z.B. Impact of Event Scale (IES-P), Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS), Fragebogen zu Dissoziationserfahrungen (DES II).

Kognitive Leistungsdiagnostik: sowohl Screeninginstrumente wie Demtect, Uhrentest nach Shulmann als auch Testdiagnostik wie z.B. MWT-B (Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest), d2-Test (Aufmerksamkeits-Belastungs-Test), Zahlenverbindungstest (ZVT, TMT), Benton-Test.

Die komorbiden Störungen (z.B. ADHS, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen und diverse Hirnleistungsdefizite,) sind von außerordentlicher Bedeutung für die Teilhabe am Arbeitsleben und haben oft im Vorfeld zu Ausbildungsabbrüchen und Arbeitsplatzproblemen und -Verlusten geführt. Deshalb werden die genannten Diagnostikinstrumente häufig und gezielt eingesetzt, um diese Störungen adäquat integriert mit zu behandeln und um passgenaue berufliche Beratung und Berufsförderung zu ermöglichen.

4.2.4 Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik

Diese Diagnostik wird vor allem durch die Ergo- und Arbeitstherapeuten, Physiotherapeuten, Ärzte angewandt:

- SIMBO C im Basisfragebogen / vor Aufnahme
- ausführliche Arbeits- und Berufsanamnese
- AVEM (siehe RMK)
- Cogpac
- Würzburger Screening
- MELBA
- Arbeitsplatzanalysen, ggfs. in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt
- Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils
- Mini ICF APP (wird neu eingeführt)
- Im Rahmen der Einführung von MINI ICF APP ist geplant, MELBA zur berufsbezogenen indikativen Eingangs-Diagnostik einzusetzen

Die erwerbsbezogene Diagnostik berücksichtigt die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA). In der ersten Rehabilitationswoche erfolgt eine ausführliche Arbeits- und Berufsanamnese (inklusive der Erfassung der sozialen Integration am Arbeitsplatz und der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden hinsichtlich seines beruflichen Leistungsvermögens).

Die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden aus der klinischen Anamnese wird abgeglichen mit den Ergebnissen der Basis- Eingangsdiagnostik. Im weiteren Verlauf wird die arbeitsbezogene Diagnostik prozessual vervollständigt durch eine Erhebung des Fähigkeits- und Leistungsspektrums. Dazu dienen standardisierte Verfahren (z. B. MELBA) zur Erstellung von Fähigkeitsprofilen und diagnostische Verfahren zur Erhebung und Beurteilung von arbeitsrelevanten Schlüsselqualifikationen.

Im Vorfeld der Aufnahme wird jeder Patient gebeten, einen Fragebogen zurückzusenden, der strukturiert erste Hinweise zum spezifischen Therapiebedarf und zur Therapiesteuerung ergibt. Er enthält das Screening Instrument SIMBO C, das erste Hinweise auf den Bedarf an Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation und eine erste Zuordnung zu den BORA Zielgruppen ermöglicht. Die SIMBO-C Auswertung und BORA-Zielgruppenzuordnung und andere therapiesteuerungsrelevante Patienten-Kenndaten aus der DRV-Akte und Fragebogen werden den Ärzten und Therapeuten vor Aufnahme als strukturierte Kurzinfo zugänglich gemacht.

In der Aufnahmewoche erfolgt die Erfassung der Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese. Diese wird durch Ergo- und Arbeitstherapeuten im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews erhoben und in PATFAK dokumentiert. Sie beinhaltet u.a.

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

- an MELBA orientierte Selbsteinschätzung der kognitiv - psychischen Leistungsfähigkeit.

Würzburger Screening ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und bietet zu Beginn der Rehabilitation eine Hilfestellung für eine bedarfsgerechte Behandlungsplanung im Hinblick auf berufsbezogene Maßnahmen während der medizinischen Rehabilitation.

AVEM wird im Rahmen des RMK-Verfahrens erhoben. Es ist ein Instrument zur Erfassung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster, das die gezielte Identifikation relevanter arbeitsbezogener Risikofaktoren erlaubt. Es wird zu Beginn des Aufenthaltes eingesetzt. Der AVEM-Bogen ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen erlaubt. Es werden dabei vier Muster mit unterschiedlichen Interventionsempfehlungen unterschieden, die die persönliche Leistungsbereitschaft modulieren sollen.

MELBA ist ein Instrument zur standardisierten Dokumentation von psychischen Grundarbeitsfähigkeiten, die als arbeitsbezogene Schlüsselqualifikationen verstanden werden. Anhand von 29 Merkmalen werden Fähigkeiten des Patienten und Anforderungen des Arbeitsplatzes mit identischen Merkmalen beschrieben.

Das Verfahren „MELBA“ gliedert sich in drei Teile:

1. Fähigkeitsprofil
2. Anforderungsprofil
3. Profilvergleich

Grundlage beim Melba-Verfahren sind 29 definierte Merkmale, die fünf Merkmalsbereichen zugeordnet sind:

- Soziale Merkmale (z. B. Teamarbeit, Kontaktfähigkeit)
- Kognitive Merkmale (z. B. Problemlösen, Konzentration)
- Merkmale zur Art der Arbeitsausführung (z. B. Ausdauer, Sorgfalt)
- Psychomotorische Merkmale (z. B. Antrieb, Reaktionsgeschwindigkeit)
- Kulturtechniken/Kommunikation (z. B. lesen können)

Mini-ICF-APP ist ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die ICF: es lassen sich 13 Fähigkeits-Dimensionen beschreiben, die bei psychischen Störungen beeinträchtigt sein können, wie sie häufig bei Suchtpatienten anzutreffen sind:

- Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
- Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Kompetenz- und Wissensanwendung
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- Proaktivität und Spontanaktivitäten
- Widerstands- und Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptungsfähigkeit
- Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten
- Gruppenfähigkeit
- Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen

- Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung
- Mobilität und Verkehrsfähigkeit

Arbeitsplatzanalysen, ggfs. in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt und Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils

Auf der Basis der erhobenen Daten ermitteln die Ärzte, Bezugs- und Ergo-/Arbeitstherapeuten und Physiotherapeuten, in den Aufnahme-, Zielfindungs- und Verlaufsgesprächen zusammen mit dem Patienten ein realistisches Bild der aktuellen Leistungs- und Belastungsfähigkeit. Aus dieser Ersteinschätzung der Aktivität des Patienten erschließt sich der Hilfebedarf, die Kompensationsmöglichkeiten, sowie die stabilisierenden und belastenden Kontextbedingungen im motorischen, kognitiven, psychischen, sozialen und beruflichen Bereich und den daraus resultierenden therapeutischen Maßnahmen. Die Einschätzung der beruflichen Anforderung am realen, oder zukünftigen Arbeitsplatz (Tätigkeitsfeld) und den daraus resultierenden notwendigen Fähigkeiten des Arbeitnehmers (Fähigkeitsprofil des Patienten), ist die Grundlage einer effektiven und nachhaltig wirkenden beruflichen Wiedereingliederung und einer möglichst befriedenden Teilhabe am Arbeitsleben. Für die klinikinternen Arbeitsplätze kann ein Abgleich der Anforderungsprofile mit den Fähigkeitsprofilen vorgenommen werden. Dies ist bei den externen Arbeitsplätzen jedoch nicht valide möglich.

Hier ist einschränkend festzustellen, dass die meisten Angaben aus den Selbstauskünften und Selbsteinschätzungen des Rehabilitanden bestehen, wie dies auch bei den sozialmedizinischen Beurteilungen der Rentenversicherungsträger der Regelfall ist. Da viele erwerbstätigen Patienten aus kleinen bis mittleren Betrieben stammen, die mit externen Betriebsärzten zusammenarbeiten, ist eine Arbeitsplatzfremdanamnese aus zeitlich organisatorischen Gründen eingeschränkt. Bei dem Großteil unserer Rehabilitanden sind sicherlich durch klinische Beobachtung dennoch aussagekräftige Bewertungen möglich, die insbesondere auch durch den Einbezug der direkten Vorgesetzten in den Arbeitgebergesprächen erreicht wird.

Berufsbezogene indikative Diagnostik und Verlaufsdagnostik

- EFL
- MELBA (→ **Melba Beobachtungsbogen**)

4.2.5 Elemente der Verlaufs- und Abschlussdiagnostik

- RMK wie bei Eingangsdiagnostik
- Zielerreichungs- und Selbsteinschätzung
- Medizinische, psychiatrische Verlaufs- und Abschlussbefundung (mit ICF-Doku)
- Mini ICF APP soll zur Abschlussbewertung eingeführt werden
- Fakultativ/ indikationsbezogen weitere vorher auffällige Diagnostik, wie Cogpack; Melba

Diese mehrdimensionale, ggfs. indikative Diagnostik fließt in die in Planung und Umsetzung der Rehabilitation ein. (Siehe Kap. 4.3, 4.4.1, 4.4.3)

4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

Im Fokus unserer Bemühungen steht das Wohl (i.S. von „bestmöglicher Behandlung“) unserer Rehabilitanden. Ein wesentliches Kriterium hierfür ist in unserem Verständnis ein bestmöglich informiertes Team – und hierbei sind mit Team wirklich alle Mitarbeiter im Hause gemeint (Medizin, Therapie, Verwaltung und Hauswirtschaft). Es ist uns ein großes Anliegen, dass alle

Mitarbeiter über die aktuellen Geschehnisse im Haus informiert sind. Mitarbeiter, die informiert sind, können anders auf die Anliegen der Rehabilitanden eingehen und reagieren. Gleichzeitig entlastet ein Austausch im Team auch die Mitarbeiter; ein Mitarbeiter der weiß, dass er seine Eindrücke in Teamsitzungen mitteilen kann, muss keine belastenden Informationen oder ähnliches „mit nach Hause nehmen“.

Das Großteam (mit allen Abteilungen) trifft sich jeden Morgen um 8.00 Uhr und zur Mittagszeit (12.35 Uhr) unter wechselnder Moderation. Die Morgenrunde ist i.d.R. kürzer (max. 20 Minuten). Hier erfolgt eine kurze Übergabe vom Nachtbereitschaftsdienst, eine kurze Reflexion der auffälligen Rehabilitanden, der aufgetretenen Probleme, der Tag wird geplant und Supervisionsbedarf (für die ausführlichere Mittagsrunde) kann angemeldet werden.

In dem ausführlicheren Mittagsteam (12.35 Uhr - 13.20 Uhr) wird intensiver auf die einzelnen Patienten geschaut, ihre therapeutische Entwicklung bzw. aufgetretene problematische Situationen reflektiert. Hier werden Veränderungen des Behandlungsschwerpunktes oder -settings, der Rehabilitationsdauer (Verlängerung oder vorzeitige Entlassung), Verlegung, etc. besprochen und entschieden. Ebenso werden Diagnosen sowie arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen unter Einbeziehung eines „multiprofessionellen Blickes“ besprochen. Daneben werden organisatorische Dinge besprochen.

Aktuell werden die Informationen in einem sog. Team-Protokoll-Buch festgehalten; für die nähere Zukunft ist ein digitales Dienstbuch in Planung. Das Team-Protokoll-Buch wird in der Verwaltung hinterlegt und ist so für alle Mitarbeiter – auch die, die an den Sitzungen verhindert waren – zugänglich.

Donnerstags findet im Rahmen des Mittagsteams die sog. Fallvorstellung mit allen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Physiotherapeuten, Psychologen, Bezugstherapeuten, Arbeits- und Ergotherapeuten und der Hauswirtschaftsleitung) statt. Die Informationen im Rahmen der Fallvorstellungen werden auf unseren sog. ICF-basierten Anamnesebögen erfasst (s. Anhang → **ICF Fallcorstellung** – sieh auch Kap. 4.1.3).

Etwa einmal wöchentlich oder nach Bedarf besprechen der Geschäftsführer und die leitende Ärztin die übergeordneten leitungsrelevanten Themen. Hier werden Personal- und Sachfragen geklärt.

Ebenfalls wöchentlich findet eine Besprechung im obigen Kreis mit Ergänzung des therapeutischen Leiters. Hier werden die Umsetzung von Konzepten sowie die Anwendung der Hausordnung geklärt. Für teamübergreifende inhaltliche und organisatorische Fragestellungen trifft sich dieser Kreis monatlich mit allen Fachbereichsleitungen.

Alle weiteren Besprechungstermine im Hause sind in einer sog. → **Kommunikationsmatrix** zusammengefasst (s. Anhang).

4.4 Ärztliche und therapeutische Aufgaben

4.4.1 Aufgaben der Ärzte und des Leitenden Arztes

Der leitende Arzt ist verantwortlich die rehabilitativ konzeptionelle Gesamtausrichtung der Klinik, für den gesamten Rehaprozess und führt das multiprofessionelle Behandlungsteam in enger Abstimmung mit dem Therapeutischen Leiter: Er ist verantwortlich und zuständig für die Konzeptentwicklung, die ärztlich-therapeutische Gesamtleitung und Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, fachärztliche Supervision des medizinischen Teams, therapeutische Supervision und Therapiecontrolling, für die medizinische Dokumentation und Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes, die Patienteninformation und -aufklärung sowie für das Risiko- und Notfallmanagement, für die Förderung einer Fehlervermeidungskultur, für das Beschwerdemanagement, Hygienemanagement und das gesamte bezogene Qualitätsmanagement. Weiterhin ist er zusammen mit dem Geschäftsführer und dem

Therapeutischen Leiter verantwortlich für Personalführung, Personalentwicklung und Fort- und Weiterbildung.

In Bezug auf den einzelnen Rehabilitanden ist er vor und während der Rehabilitation verantwortlich für die Überprüfung von Reha-Indikation, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose unter Berücksichtigung von Folge- und Begleiterkrankungen, sowie Letztentscheider für die Antragstellung etwaiger Verlängerungen oder Verkürzungen der Rehabilitationsbehandlung. Bei Rückfällen und unvorhergesehenen kritischen Ereignissen ist er letztverantwortlich für die Entscheidung vorzeitiger Entlassungen unter Einbeziehung des Rehabilitanden und klärt mit ihm weitere Behandlungsoptionen ab.

Zusammen mit den somatisch tätigen Fachärzten, dem Pflegepersonal und den Physiotherapeuten stellt er die medizinische Versorgung und Notfallbehandlung sicher. Er nimmt an der fachärztlichen Rufbereitschaft teil und ist darüber hinaus im psychiatrischen Krisenfall ständig erreichbar. Die psychiatrische Vertretung ist durch externe Kooperationen geregelt.

Er führt mit jedem einzelnen Rehabilitanden am Aufnahmetag ein Aufnahmegespräch zur Sichtung der Refähigkeit und des akuten Handlungsbedarfes und an den folgenden beiden Tagen die psychiatrisch-psychotherapeutische Aufnahme durch, sowie im Verlauf fallbezogen weitere spezielle psychische Diagnostik und Differenzialdiagnostik, akutpsychiatrische Krisenintervention, psychotherapeutische Interventionen sowie die Indikativgruppen komorbider psychischer Störungen und verordnet und überwacht die psychiatrische Medikation. Er führt regelmäßige Visiten und „Kurvenvisiten“ mit dem somatisch tätigen Arzt durch und nimmt an den mittäglichen Teambesprechungen zur ständigen internen Supervision und zur fallbezogenen Steuerung des gesamten Rehaprozesses teil. Er führt unter Einbezug des interdisziplinären Behandlungsteams die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Supervision der BORA-spezifischen Maßnahmen bei Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen durch. Dazu sieht er alle Rehabilitanden während ihrer Arbeitstherapiephase (1-4 Wochen, in den BORA-Zielgruppen 2-5) wöchentlich einzeln in der sogenannten AT-Visite und im Bedarfsfall im Rahmen der psychiatrischen Verlaufs- und Psychotherapie-Termine.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin (bzw. im Vertretungsfall der Internist) nimmt an der fachärztlichen Rufbereitschaft teil und stellt zusammen mit dem leitenden Arzt und dem Pflegepersonal die medizinische Notfallbehandlung rund um die Uhr sicher. Für den einzelnen Rehabilitanden ist er der Bezugsarzt, ein Medizin-Coach, der in enger Abstimmung mit dem Bezugstherapeuten für die somatische ärztliche Versorgung und Behandlung der somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen zuständig ist. Er führt die ärztliche Aufnahmeuntersuchung am Aufnahmetag sowie die medizinische Abschlussuntersuchung durch, hält eine offene tägliche Bedarfssprechstunde (montags bis freitags 8:15 bis 8:50 Uhr) ab sowie die wöchentlichen Visiten. Er ist verantwortlich für die individuelle Therapieplanung, den Behandlungsverlauf sowie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung auf somatischer Ebene. In Kooperation mit den Physiotherapeuten legt er in partizipativer Entscheidungsfindung mit den Rehabilitanden die Rehaziele auf somatischer-, gesundheits- und teilhabebezogenen edukativen Ebene fest und überprüft die Zielerreichung. Bei Bedarf vereinbaren alle Ärzte Einzeltermine für individuelle Rehazielerreichung relevante spezifische Beratungen (z.B. Ernährung, Sozialmedizin und Arbeitswelt bezogene, sowie gesundheitsbezogene Beratungen und motivierende Interventionen, in Bezug Gesundheitsverhalten, auf Ernährung, Bewegung, Schmerzbewältigung, Raucherentwöhnung, Entspannungskompetenz).

Da Alkoholabhängige im Vorfeld nicht selten ihre Gesundheit vernachlässigt haben, und in unterschiedlichem Ausmaß vielfältige Beschwerden und Folge- und Begleiterkrankungen weder angemessen abgeklärt, noch angemessen behandelt sind, werden die Betroffenen gezielt zu weiterer Diagnostik und Einleitung medizinischer Behandlungsmaßnahmen den externen Kooperationspartnern, sowohl den niedergelassenen Kollegen als auch in den entsprechenden Fachabteilungen der Krankenhäuser vorgestellt (Kooperationen siehe Kap. 1.2.4).

Umfassende, ganzheitliche, medizinisch-psycho-therapeutische Behandlung der Rehabilitanden ist notwendig, um eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen. Die medizinische Versorgung unserer Patienten ist dabei geprägt von einer salutogenetischen Herangehensweise, orientiert am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und motivationaler Hinführung zur einem gesundheitsbewussten Lebensstil. Das psychosomatische Selbstmanagement-Therapiekonzept scheitert bei Suchtkranken allerdings häufig an der geringen Selbstwirksamkeitserwartung und überhöhten Wirkungserwartung an ein äußeres Heilmittel sowie an der Fehlattribuierung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen: eindeutige und sogar schwere somatische Substanzkonsumfolgeerkrankungen werden häufig nicht dem Konsumverhalten attribuiert und sind daher selten Anlass von Lebensstiländerungen. Somatische Beschwerden will der Suchtkranke möglichst sofort durch passive medizinische Maßnahmen beseitigt bekommen, ohne sich mit dem eigenen Gesundheitsverhalten und längerfristigen Konsequenzen auseinanderzusetzen. Die Suchtpatienten haben wenig Angst um die körperlichen Folgeschäden. Ihre Ängste bestehen eher vor kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen. Die übliche Psychoedukation in Gruppen zum Thema Gesundheitsbildung greift deswegen zu kurz.¹ Die Ärzte in unserem Haus beteiligen sich daher weniger an der Psychoedukation in Form von Gruppenseminaren, sondern bauen stärker darauf, in der individuellen Einzelpsychoedukation mit den Mitteln der motivationalen Gesprächsführung sowie der Verhaltensmedizin die Rehabilitanden zu einem eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umgang mit ihrer Gesundheit anzuregen.

In enger Kooperation mit den Physiotherapeuten werden Bewegungstherapie, Einzelphysiotherapie und körperpsychotherapeutischen Strategien (z.B. MET) und deren Wirkungen auf Beschwerden, Fitness und Befindlichkeit und Gesundheitsverhalten selbst transparent gemacht, so dass der Rehabilitand zunehmend Fertigkeiten, Selbstwirksamkeitserwartung und Ausdauer entwickelt, sich dessen bewusst wird und dies entsprechend der Ergebnisse der Motivationsforschung gezielt selbständig einzusetzen lernt.

Die Aufgaben des Arztes als Bezugsarzt umfasst:

- akutmedizinische und notfallmedizinische Intervention mit notärztlicher Verlegung in ein Akutkrankenhaus;
- klassische hausärztliche Versorgung mit Medikamenten und Heilmitteln;
- Veranlassung fachärztlicher Diagnostik und Behandlung (z.B. Abklärung eines Schlafapnoesyndroms);
- ICF-basierte Erfassung der Fähigkeits- und Funktionsstörungen sowie Beeinträchtigung der Teilhabe aufgrund der somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen;
- Motivation zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil unter Einbezug der arbeitsweltbezogenen Problemlagen.

Bei diesen nimmt er unter Einbezug des Rehabilitanden Kontakt mit dem Betriebsarzt, ggfs. unter Einbezug des Bezugstherapeuten mit anderen Instanzen des Arbeitgebers auf, um gemeinsame Lösungswege für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu finden. Weitere Aufgaben der Ärzte:

- Dokumentation,
- Beratung und Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung,

¹ Julieta Nejtšewa, Körperliche Folgeschäden bei alkoholabhängigen Patienten: die Bedeutung des störungsspezifischen Wissens 2008, Dissertation, Med. Fakultät, Ruhr-Universität Bochum

- sozialmedizinische und berufsbezogene Beratungen,
- Begutachtung sowie der Erstellung der Leistungsbeurteilung,
- Verfassen und Überprüfen des Reha-Entlassungsberichtes,
- Die Anregung und Einleitung sonstiger weiterführender Maßnahmen,
- Mitarbeit am Qualitäts-management,
- Mitwirken an der internen Mitarbeiterschulung,
- verantwortliche Einbindung in Notfallmanagement.

Der Arzt steht verantwortlich an der Schnittstelle der unterschiedlichen medizinischen sowie bezugs- und fachtherapeutischen Behandler. Er ist integraler Akteur des therapeutischen Gesamtprozesses, was durch direkte Kommunikation bei räumlicher Nähe und sowie flachen Hierarchien erleichtert wird.

4.4.2 Aufgaben der Bezugstherapeuten und des Therapeutischen Leiters

Leitung:

Konzeptentwicklung, Intervision (Supervision), Diagnostik, Therapieorganisation, Einzel-Psychotherapie bei komorbiden Störungen, Prüfung ETM- und KTL-Erfüllung, Fort- und Weiterbildung des Therapeutischen Teams (in Abstimmung mit Klinikleitung, Ärztlicher Leitung, Geschäftsführung), Mitwirken im Qualitätsmanagement.

Bezugstherapeut:

Therapeutische Bezugsperson, Prozessteuerung der gesamten Rehabilitation, Dokumentation.

4.4.3 Individuelle Rehabilitationsplanung und Therapieprozesssteuerung

Mit dem gemeinsamen Ausarbeiten der therapeutischen Behandlungsziele in der 1. Behandlungswoche startet das erste intensivere (therapeutische) Arbeiten. Hier findet ein erstes "Gesehen und Verstanden werden" auf Seiten des Rehabilitanden statt, welches durch Klarheit, Kompetenz, Strukturvorgabe (über die versch. Zielebenen) und Empathie von Seiten des Therapeuten gelenkt wird. Besonders zu Beginn der Behandlung sind die Therapieziele oft wenig differenziert, dieses verändert sich jedoch erfahrungsgemäß im Verlauf der Rehabilitation. Um dieses erste gemeinsame Arbeiten in (therapeutischer) Beziehung nicht zu gefährden, gehen die Bezugstherapeuten zu Beginn sehr behutsam mit der Erarbeitung der Ziele um, wohlwissend, dass sich diese im weiteren Verlauf noch verändern können. Diese Veränderungen werden in den mehrfach stattfindenden therapeutischen Einzelgesprächen zur Überprüfung der erreichten Therapieziele, festgehalten. Der Rehabilitand erhält während der Aufnahmephase einen Fragebogen zu den Therapiezielen (s. Anhang) mit 8 Unterkategorien, die sich unter die obigen Zielsetzungen (psycho-soziale Ebene, somatische Ebene, edukative Ebene und Ebene der Aktivitäten und Partizipation) subsumieren lassen. Die von dem Rehabilitanden auserwählten Ziele werden gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten besprochen. Das Ergebnis dieses Gesprächs wird auf einem Bogen → **Therapieziele** erfasst (s. Anhang) und regelmäßig (alle 3-4 Wochen) im gemeinsamen Austausch mit dem Bezugstherapeuten und dem Rehabilitanden überprüft. Neben dem individuellen Arbeiten an den Therapiezielen, welches Inhalt in den Einzel- und Gruppensitzungen sein kann, findet eine inhaltliche Vorgabe (und damit auch Möglichkeit zur Lenkung im therapeutischen Prozess) von Seiten des Therapeuten auch durch die Einteilung der sog. Indikativen Gruppen statt (siehe Kap. 4.5.1).

4.4.4 Rückfallmanagement

Rückfälle gehören zu einer Abhängigkeitserkrankung wie Unterzuckerungen zu einem gut behandelten Diabetes mellitus. Die Frage ist immer: Welche Folgen hat das Ereignis für den Betroffenen? Wie kam es dazu? Wie geht er damit um? Und was lernt er daraus?

Rückfälle im Verlauf einer Abhängigkeitsbehandlung stellen jedoch zunächst eine besonders schwere Entmutigung, sowohl für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen, als auch für die Therapeuten dar. Andererseits zeigen Forschungsergebnisse übereinstimmend, dass Rückfälle in der Regel kein prinzipielles Scheitern vorangegangener Behandlungsversuche bedeuten, sondern vielmehr normale Vorgänge auf dem Weg zu dauerhafter Abstinenz darstellen und Ausdruck kurzfristiger Überforderung der Betroffenen sind.

Unter dem Oberbegriff Rückfall wird der Konsum von Suchtmitteln nach einer Phase der Abstinenz verstanden. In der therapeutischen Bearbeitung unterscheiden wir (nach Körkel & Lauer 1995 und Marlatt 1985) einen „Ausrutscher“ bei kurzfristigem und geringfügigem Alkoholkonsum, „Fehltritt“ bei unwissentlichem Alkoholkonsum in Form von alkoholhaltigen Lebensmitteln, Getränken oder Kosmetika, von einem „schleichenden“ oder „schweren Rückfall“, welcher einen allmählichen oder sofortigen Rückfall in alte Konsum- und Verhaltensmuster meint. Daneben spielt in der Suchtrehaklinik auch der „trockene Rückfall“ eine Rolle. Er manifestiert sich durch ein sich Zurückfallenlassen in alte Denk- und Verhaltensweisen, als ob ein schleichender, nasser Rückfall vorläge (Altmannsberger, Rückfallprävention), der gelegentlich dem Alkoholrückfall vorangeht und daher aufmerksam erfasst wird.

Diese Unterscheidung ist bedeutsam, da mittels regelmäßiger Ethylglucuronid (ETG)-Bestimmungen der Alkoholkonsum bereits geringster Mengen Alkohol und weitaus lückenloser als mit den alleinigen stichprobenmäßigen Atemalkoholtestungen erfasst werden kann und einen differenzierten Umgang mit dem „Phänomen Rückfall“ erfordert: Nicht der Rückfall ist das Problem in einer Suchtklinik, sondern der nicht aufgedeckte Suchtmittelkonsum, aus dem nichts gelernt werden kann.

4.4.4.1 Maßnahmen der Rückfallvorbeugung

Die Fachklinik Oerrel ist eine „suchtmittelfreie Zone“, für die alle Angestellten und Rehabilitanden gleichermaßen Verantwortung tragen. Eine suchtmittelfreie Zone ist die wirksamste Vorbeugemaßnahme: Der Besitz, Konsum oder das Anbieten von Alkohol, Drogen und nicht der eigenen Person verordneten Medikamente, ist strikt verboten. Tabak-Rauchen ist nicht im Haus, sondern ausschließlich an einem definierten Ort außerhalb des Klinikgebäudes gestattet. Dieser Grundsatz ist Bestandteil des Therapievertrages. Die Rehabilitanden werden darüber eindrücklich aufgeklärt, ebenso über die zu erwartenden Konsequenzen:

Zuwiderhandeln kann die sofortige Entlassung nach sich ziehen, insbesondere wenn nachweislich Alkohol in jedweder Form, psychotrope Substanzen oder illegale Drogen in die Klinik gebracht und/ oder hier konsumiert und/oder anderen angeboten wurden. Regelmäßige und häufige Atemalkohol- und Urinscreening-kontrollen haben neben einer Rückfall erkennenden, vor allem eine vorbeugende Funktion, indem sie ständig daran erinnern, dass Rückfälle hier aufgedeckt werden. Das Vorgehen ist in Kapitel 4.4.4.3. dargestellt. Sofortige Entlassung riskiert auch, wer Mitrehabilitanden zum Glücksspiel außerhalb des Hauses oder Spielen um Geld in und außerhalb der Klinik einlädt oder veranlasst oder nachweislich wiederholt zwischen 1 und 5 Uhr nachts elektronische Medien konsumiert.

Jeder Rehabilitand nimmt zudem an der Gruppentherapie Rückfallprävention teil.

4.4.4.2 Maßnahmen zur Rückfallerkennung

Grundsätzlich stehen der Fachklinik Oerrel mit dem Partner-Labor LADR Geesthacht alle derzeit üblichen Alkoholkonsummarker zur Verfügung: z.B. Atemalkoholmessung, qualitativer ETG-Schnelltest im Urin, quantitative ETG-Bestimmung im Labor, üblicherweise im Urin, aber auch im Kapillarblut oder Serum, jeweils mit den üblichen immunologischen Verfahren bestimmt. Nur im Ausnahmefall, unter einer forensischen oder wissenschaftlichen Fragestellung, werden im Labor positive ETG-Werte mit einem aufwendigen gaschromatografischen/massenspektrometrischen Verfahren gegenkontrolliert, oder andere Alkoholkonsummarker wie Blutalkoholbestimmung, der Langzeitwert CDT oder ETG-Haartest durch die leitende Ärztin angefordert.

Bei Aufnahme werden alle Rehabilitanden auf Alkohol mittels Alkometer und ein mittels Drogenscreening im Urin, auf Drogen und Medikamente (Benzodiazepine, THC, Cocain, Morphin und Amphetamin) getestet. Bei besonderen Fragestellungen können auch Drogenschnelltests auf andere Substanzen, z.B. Oxycodon, Tramadol, Methadon getestet werden. Bei positivem Urin-Schnelltest auf ETG (Alkohol), Medikamente oder Drogen, werden quantitative Messungen im Labor - je nach Fragestellung - sofort aus derselben Probe, die zum diesem Zweck vorsorglich eingefroren wird - oder als Verlaufskontrolle durchgeführt. Das gilt insbesondere bei ETG, Benzodiazepinen und THC.

Kontrollen werden zum einen routinemäßig täglich durchgeführt, zum anderen intensiviert bzw. gezielt bei Verdacht.

Bei allen labordiagnostischen Maßnahmen sind gute methodische Kenntnisse, erforderlich, um eine korrekte Bewertung und Schlussfolgerung vornehmen zu können. Denn grundsätzlich sind bei allen Messverfahren Fehler möglich, die für Klinik und Rehabilitanden fatale Konsequenzen haben können. Grundsätzlich gilt bei ETG-Kontrollen, dass er nicht zum Nachweis einer strikten Abstinenz geeignet ist, sondern nur zum Ausschluss dieser, dabei ist aber ein positiver ETG-Wert (über 0,1 ng/ml) nicht zwangsläufig auf einen Alkoholtrunk zurückzuführen. In der Praxis kommen dabei eher falsch negative ETG-Befunde vor als falsch positive.

4.4.4.3 Umgang mit Rückfall und Krisen

Suchtmittelkonsum sowie die Weitergabe und das Lagern von Suchtmitteln in der Klinik oder dem Klinikgelände zieht die zeitnahe Entlassung nach sich, wie unter 4.4.4.1 näher beschrieben. Ansonsten wird niemand ausschließlich auf der Basis eines „nackten“ Laborwertes entlassen, selbst wenn der den Alkohol-/Suchtmittelkonsum zweifelsfrei beweist und der Betroffene diesen im ersten Augenblick leugnet. Wie es nach einem nachgewiesenen Suchtmittelkonsum weitergeht, hängt letztlich von der Zielsetzung des Rehabilitanden ab, davon, ob der Betroffene das letztendlich zugeben kann und bereit ist, das Rückfallgeschehen zu bearbeiten oder nicht. Für die Einschätzung, ob das Rehabilitationsziel noch erreicht werden kann, spielt auch der bisherige Therapieverlauf, das Gesamtverhalten des Betroffenen und die noch verfügbare Zeit eine große Rolle.

Bei stattgefundenem Rückfall geht es also zunächst um die Klärung, ob sich ein konstruktiver Ansatz für eine Weiterbehandlung ergibt. Wir unterscheiden dabei zwischen "krankheitsbedingten Rückfällen" und "vorsätzlichen Rückfällen". Weiter geht es darum, den Betroffenen darin zu unterstützen, sich kurzfristig zu stabilisieren, den Rückfall zu verstehen und zu akzeptieren, sowie daraus geeignete Konsequenzen für die Fortführung ihrer Behandlung abzuleiten. Bei positivem Befund findet eine Zimmerkontrolle statt und der Rehabilitand wird – nach erfolgter Klärung – in unser sog. Rückfallprogramm aufgenommen. Formal bedeutet dies, dass der Rehabilitand keinen Ausgang für eine bestimmte Zeit (meist zu Beginn 1 Woche) erhält; inhaltlich wird in dieser Zeit der Rückfall anhand von Verhaltensanalysen bearbeitet. Rückfallgeschehen wird hier zum zentralen Thema: Rückfallmodellvermittlung, das Erkennen

kritischer Risikosituationen, die Erarbeitung von Handlungsalternativen und vor allem das Trainieren und Anwenden des Handwerkzeuges.

4.4.4.4 Krisen bei grenzwertigen Labor-Befunden zumuten

Der Anwender erwartet von einem Laborwert eine klare Aussage, wie er es vom Atemalkoholwert gewohnt ist. Aber ein einzelner ETG-Wert im Grauzonenbereich von 0,1-0,3 ng/mg Kreatinin gibt keine eindeutige Antwort. Die empfindliche Methode lässt das Abbauprodukt des Alkohol im Urin nachweisen, was grundsätzlich einen Alkoholrückfall nur vermuten, aber nicht im juristischen Sinn beweisen lässt. Häufig liegt der ETG-Wert bei exakt 0,1 ng/mg Kreatinin, Werte darunter gelten per Definition als Abstinenz beweisend, Werte knapp darüber bedeuten aber nicht zwangsläufig, dass bewusst Alkohol getrunken wurde: dahinter kann auch ein unbewusster Alkoholkonsum in Lebensmitteln stecken oder der nichtsahnende Konsum von alkoholfreiem Bier sowie die Verwendung Alkoholische Desinfektionsmittel. Werte von 0,1 ng/mg Kreatinin und mehr können aber sehr wohl einen relevanten und größeren Alkoholtrunk anzeigen, wenn er z.B. länger als 2 bis 3 Tage her ist. Das ist in der Praxis meistens der Fall, wie oft erst viel später eingeräumt wird, deswegen sollten solche Grauzonen-Werte nicht ignoriert werden. Da aber ein einziger falsch positiver Befund die Vertrauensgrundlage für die weitere Therapie entzieht, ist es eine therapeutische Herausforderung, solche Werte an den Rehabilitanden zurückzumelden.

Obwohl die Konfrontation mit solchen Laborergebnissen den Rehabilitanden in die Krise stürzen kann, so macht es suchtherapeutisch großen Sinn, diesen Auseinandersetzungsprozess bewusst einzugehen. Zum einen ist es ein völlig transparentes Vorgehen, weitere Verlaufs-kontrollen werden bei der Deutung dieser Befunde helfen. Zum anderen macht eine solche Auseinandersetzung deutlich, dass es nicht die Aufgabe des Therapeuten ist, dem Rehabilitanden einen Rückfall im juristischen Sinn nachzuweisen, sondern umgekehrt die Aufgabe des Rehabilitanden, seine Abstinenz zu sichern und möglicherweise unbewussten Konsum zu entdecken. Rehabilitanden, die ohne regelhafte ETG-Bestimmungen mit einem gelegentlichen Alkoholkonsum geringer Mengen oder am Wochenende während der Therapie nicht aufgefallen wären und sich fälschlicherweise darüber freuen, dass man ihnen nichts nachweisen konnte, können so ihren Selbstbetrug selbst hinterfragen lernen. Ebenso können diejenigen, die den Konsum von „alkoholfreiem“ Bier und oder von Alkohol in Lebensmitteln bisher für vernachlässigbar hielten, sich weitaus ernsthafter mit diesen Themen auseinandersetzen.

Die Interpretation eines grenzwertigen ETG-Laborwertes wird daher in der Fachklinik Oerrel immer im Kontext des individuellen Therapieverlaufs und der bisherigen konstruktiven oder kontraproduktiven Mitarbeit vorgenommen: gab es bereits Hinweise auf einen „trockenen Rückfall“? Lässt sich der Betroffene auf die aktuelle Situation konstruktiv ein?

4.5 Behandlungselemente

4.5.1 Therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten:

4.5.1.1 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und indikative Gruppenangebote

Zentral für die therapeutische Arbeit ist die Beziehungsgestaltung. Nach Grawe (1999) ist die Beziehungsperspektive auf der gleichen Ebene anzusiedeln wie die Störungsperspektive. In dem Empfinden des Rehabilitanden, wahrgenommen und verstanden zu werden, liegt ein wesentlicher Beitrag zum Gelingen des therapeutischen Prozesses und damit ein Erfolgskriterium für die Behandlung (Müller, 2001). Hauptbestandteil der Behandlung stellt die Gruppentherapie dar. Da jedoch - besonders zu Beginn der Behandlung - ein offener Umgang mit persönlichen Themen in der Gruppe häufig schwer fällt, finden regelmäßig Einzelgespräche statt. Die vertraulichere Situation im Einzelgespräch kann ermöglichen, Belastungen eher anzusprechen und mit deren

Bearbeitung zu beginnen. (→ **Wochenplan** siehe Anhang)

Unsere indikativen Gruppenangebote sind als ergänzende und / oder vertiefende Angebote neben den Einzel- und Gruppentherapie zu verstehen. Ein Gruppenzyklus dauert i.d.R. 4-6 Wochen. Danach kann – unter Berücksichtigung medizinisch-therapeutischer Indikation – ein anderes Angebot ausgewählt werden, sodass die Gruppenangebote, je nach Bedarf der Rehabilitanden, nach einem Zyklus wechseln können. Pro Woche werden 6-8 verschiedene Gruppen angeboten werden. Dabei gibt es einzelne Gruppen, die regelmäßig jede Woche angeboten werden (Entspannung, Umgang mit Gefühlen, Nordic Walking, Sensomotorische Übungen, Hirnleistungstraining). Daneben gibt es einzelne Gruppen, die von den Rehabilitanden i.d.R. durchgängig, über die gesamte Zeit, besucht werden (Depressions-/Angstbewältigung; Stabilisierungsgruppe). Eine Gruppe – Rückfallprävention – ist für alle Rehabilitanden verpflichtend und wird von diesen i.d.R. ab der 6. Behandlungswoche besucht.

Unsere ziel- und symptomorientierten indikativen Gruppen stärken psychosoziale Kompetenzen und Bewältigungsstrategien. Sie bedienen sich vorzugsweise verhaltensmedizinisch-therapeutisch begründeten Methoden. Es kommen Konditionierungsmethoden, Methoden des Modelllernens und Methoden der kognitiven Umstrukturierung zur Anwendung (s. Schwarzer et al 2001; Lyons 2002; Lindenmeyer 2016).

Unsere Indikativen Gruppen lassen sich unter folgende therapeutische Bereiche subsumieren:

1. Störungsspezifische Gruppentherapie (Depression, Angst, Stabilisierungsgruppe), Tabakentwöhnung, Aufmerksamkeitstraining, Rückfallprävention, Achtsamkeit*
2. Soziale Kompetenzen (Selbstsicherheit*, Stressbewältigung*, Umgang mit Konflikten*, Umgang mit Gefühlen, Vollversammlung, Soziales Kompetenztraining*, Kommunikationstraining*)
3. Freizeitverhalten, Bewegungstherapie, Freizeitgestaltung, Besuch der Selbsthilfegruppe
4. Aktivitäten des täglichen Lebens (Survival at home, Kochen bzw. Lehrküche)
5. Förderung beruflicher Kompetenzen (neben den oben mit * gekennzeichneten Gruppen: Bewerbungstraining, EDV-Kurs)

Stressmanagement

Belastungen, Anspannung und Stress können Rückfälle begünstigen. Wenn die Belastungen/der Stress länger andauert, kann dies zu körperlichen Symptomen, erhöhter Reizbarkeit sowie verminderter Belastungsfähigkeit beitragen. Dieses wiederum kann die Rückfallgefahr erhöhen. Daher ist es in unserem Verständnis sinnvoll, im Rahmen von Stressmanagement, Rückfällen mit einem angemessenen Umgang mit Stressoren, vorzubeugen. Inhalt: Psychoedukation zu Stress und Stressentstehung; Unterscheidung „Eu-Stress – Dys-Stress“; Vermittlung eines Stressmodells; Erkennen persönlicher Warnsignale für Stress / Situationsanalysen; Vermittlung von Stressreduktionstechniken (kurzfristig/langfristig) und die Handhabung alternativer Verhaltensmöglichkeiten; Kognitive Umstrukturierung; Einsatz von Hausaufgaben/Arbeit mit Fragebögen (Verhaltenstherapeutisches Konzept zum Umgang mit Stress nach Kaluza 2004).

Kommunikationstraining

Ziel des Kommunikationstrainings ist es, individuelle Schwierigkeiten in der Kommunikationsstruktur zu erkennen und Veränderungsprozesse anzuregen. Hierzu soll ein Verständnis über die verschiedenen Ebenen und Facetten der Kommunikation geschaffen werden. Dies beinhaltet vor allem Aspekte der verbalen und nonverbalen Kommunikation, sowie auch unterschiedliche Wahrnehmungskanäle einer Nachricht. Gemeinsam mit den Rehabilitanden werden Möglichkeiten erarbeitet, wie die Kommunikation (im Hinblick auf die o.g. Ebenen/Facetten) effektiver und erfolgreicher zu gestalten ist. Wichtig ist es uns hierbei, besonders auf einen konstruktiven Gesprächsverlauf hinzuarbeiten, d.h., dass keiner als Verlierer

vom Platz geht und alle Beteiligten sich verstanden und akzeptiert fühlen. Hier wird z.B. mit dem Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun, das Aktiven Zuhören sowie Ich- und Du-Botschaften gearbeitet. Neben dem normalen Gruppensetting wird hier vermehrt mit Rollenspielen gearbeitet. Wir beschränken uns zunächst auf die Vermittlung weniger Grundbausteine der Kommunikationstheorien, die auf Wunsch / bei Bedarf vertieft werden können (Schulz v. Thun 1972; Watzlawick 1981; Satir 2002; 2007).

Konfliktbewältigung

Nicht wenige Rehabilitanden werden durch die Abstinenz auch um wesentliche Mechanismen der Konfliktbewältigung gebracht, die ihnen – oft über Jahrzehnte – subjektiv erfolgreich und zuverlässig zur Verfügung standen. Hier – wie in vieler anderer Hinsicht auch – bedeutet die Freiheit vom Suchtmittel einen Verlust an Orientierung und Sicherheit im Umgang mit Konflikten. Allein das Zulassen eines Konfliktes, ohne schnelle sofortige „Lösung“, erfordert Stärke und Kraft im Aushalten, von unangenehmen Empfindungen (die mit Konflikten einhergehen). Neben konstruktiven Konfliktbewältigungsstrategien geht es in einem ersten Schritt um das Erkennen und Zulassen des oben beschriebenen neuen Erlebens im Umgang mit Konflikten.

Entspannung

Entspannungsverfahren haben einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung und das Selbstwertgefühl (Stetter, 1998) und sind daher – ebenso wie Achtsamkeitsübungen – ein wichtiger Baustein im Rahmen der Rückfallprävention, da bekanntermaßen eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung einen positiven Einfluss auf Abstinenz bedeuten kann. In der Fachklinik Oerrel setzen wir hierfür Methoden der Progressiven Muskel Relaxation (PMR) (Jacobson, 1990) und des Autogenen Trainings (Schultz, 2003; Müller 1993) ein.

- Gruppe: offene Gruppe / bei Bedarf auch im Einzelnen einsetzbar
- Teilnehmer: max. 12 Rehabilitanden
- Ausführende Berufsgruppe: Arzt, Physiotherapeut, Suchttherapeut
- Termine: wöchentlich/bei Bedarf über die gesamte Reha

Achtsamkeit

Achtsamkeit ermöglicht u.a. einen bewussteren Umgang mit Gefühlen und Stress, verbessert die Wahrnehmung von Gefühlen, hat einen hohen Anteil an Selbstwirksamkeitstraining und ist daher ein wichtiger Baustein für die Rückfallprävention. Neben der Vermittlung des kognitiven Modells der Zusammenhänge zwischen „Gedanken-Gefühlen-Handlungen“ geht es um die Vermittlung der Grundlagen der Achtsamkeit (das „Hier und Jetzt“-Prinzip; Wahrnehmen; nicht wertend; Akzeptanz). Neben psychoedukativen Einheiten geht es hierbei insbesondere um Achtsamkeitsübungen (Sitzmeditation, Atemmeditation, Gehmeditation; Umgang mit Gefühlen; Freiheit des Denkens, etc.).

Aufmerksamkeitstraining (Förderung kognitiver und mnestischer Fähigkeiten)

Am Aufmerksamkeitstraining nehmen Patienten teil, bei denen auf Grund der Cogpac-Eingangsdagnostik und/oder Beobachtung eine kognitive Beeinträchtigung festgestellt oder vermutet wird. Das Training findet sowohl am PC mit dem Programm „Cogpac“, als auch in schriftlicher Form mit unterschiedlichen Aufgaben, je nach Niveau der teilnehmenden Patienten, statt.

Um die gewünschten Erfolge zu erzielen ist es ratsam, dass die Patienten für eine Dauer von über einem Monat einmal wöchentlich am Training teilnehmen. Je nach Erforderlichkeit können auch „Hausaufgaben“ zur Bearbeitung in der Freizeit sinnvoll sein um ein besseres Ergebnis zu erzielen. Erfolge können vor dem Therapieende im Cogpac-Abschlusstest festgestellt werden.

„Survival at Home“

Bei der Indikativen Gruppe „Survival at Home“ handelt es sich um eine Gruppe zum Thema Haushaltsführung, in der die individuell relevanten Haushaltsthemen der aktuellen Teilnehmer besprochen und geübt werden. Hierrunter können unter Anderem das Einkaufstraining, die Wohnungsreinigung, die Wäschepflege, sowie das Kochen und Backen fallen. Die Dauer der Teilnahme an dieser Gruppe ist individuell unterschiedlich, je nach Bedarf des Patienten kann eine Teilnahme für wenige Wochen oder auch länger sinnvoll sein.

„Umgang mit Gefühlen“

- Gruppe mit folgenden Schwerpunkten:

Depressions-/Angstbewältigungsgruppe

In dieser Gruppe soll zunächst ein grundlegendes Verständnis für die Hintergründe der Depression/Angst erarbeitet und vermittelt werden. Anhand ausführlicher Analysen von individuellen typischen Situationen sollen die entscheidenden Zusammenhänge (Denken, Fühlen, Handeln) erkannt und entsprechend alternative, individuelle Lösungsversuche erarbeitet werden. Hierbei wird ein besonderes Augenmerk auf das Erkennen dysfunktionaler Verhaltens- und Denkmuster und der Entwicklung alternativer funktionaler, selbstwertfördernder Denkmuster gelegt.

Umgang mit Verlusten

Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass bei vielen Rehabilitanden ein Verlusterlebnis bzw. -erlebnisse oft den "letzten Rest" gegeben hat, um sich ganz in die Sucht zu begeben. Ein Abschied nehmen, trauern, etc. konnte daher oft nicht stattfinden. In dieser Gruppe möchten wir Menschen mit Verlusterlebnissen die Möglichkeit geben, sich diesem Prozess des Trauerns zu stellen, zu verstehen und neue Wege im Umgang mit dem Verlust zu ermöglichen.

Themen hierbei sind u.a.:

Behinderungen beim Trauern; Verpflichtung zum Trauern; Trauerrituale (aufgezwungen); Suizid (Schuldgefühle); Neuer Weg: Mitgefühl - Liebe - Sehnsucht - Trauer als Erinnerungsarbeit

Erarbeiten eines (individuellen) Trauerprozesses (Phasen von : Nicht-Wahrhaben wollen; Gefühle, die damit einhergehen verstehen, wie Wut, Freude, Zorn, Angst, Ruhelosigkeit - Schlafstörungen - Schuldgefühle - Aggressionen); Neue Beziehung zum Verlorenen (inneren Begleiter), Aufarbeiten von Problemen, Pseudoleben mit dem Verlorenen, sich finden - sich trennen; Akzeptanz)

Umgang mit Gefühlen (offene Gruppe)

Aus der Forschung wissen wir, dass die meisten Rückfälle mit sog. unangenehmen Gefühlen einhergehen; die klinische Praxis bestätigt uns dies immer wieder. Daher halten wir es für unabdingbar, alle Patienten im Umgang mit Gefühlen zu unterstützen. Daher bieten wir neben unseren indikationsgeleiteten Gruppen (Depressions-/Angstbewältigung und Stabilisierungsgruppe) auch eine sog. offene Gruppe an. Themen hierbei sind: Kennenlernen unterschiedlicher Gefühle; Was machen unangenehme Gefühle; Zusammenhang zwischen Gefühlen-Gedanken-Handlungen erarbeiten; versuchen herauszufinden welche Gefühle in der Vergangenheit zu schaffen machten; Zusammenhang zwischen Gefühlen und Abhängigkeit erarbeiten.

Tabakentwöhnung

Zur Tabakentwöhnung werden in der Fachklinik Oerrel die Rehabilitanden einzeln durch die Ärzte und Therapeuten motiviert. Das Seminar zur Raucherentwöhnung führt ein Physiotherapeut unter Einsatz der MET/ Klopftechnik durch, einer bislang nicht Evidence Based Therapieform, sondern eine „alternative“ Methode, die sich jedoch dem naturwissenschaftlich ausgebildeten Arzt erstaunlich wirksam präsentiert, zumindest für die Dauer der Rehabilitation. Die Methode verknüpft autosuggestive Aktivierung von Akupunkturpunkten mit Methoden der kognitiven

Umstrukturierung im Sinne der kognitiven Verhaltenstherapie, aus therapeutischer Sicht ein hoch interessanter Therapieansatz. Der Rehabilitand wird dazu angeleitet, diese Methode selbst systematisch anzuwenden und fortzusetzen. Eine Auswertung der Behandlungsergebnisse (Verlaufsbeobachtung über derzeit 4 Jahre) ist geplant.

Freizeitgestaltung

In dieser indikativen Gruppe soll eine Auseinandersetzung mit der, bei vielen durch den langjährigen Substanzkonsum eingestellten Freizeitgestaltung gefördert werden. Neben der Ideenfindung möglicher Aktivitäten geht es insbesondere um einen Austausch der Rehabilitanden, wie sie ihre Freizeit verbringen möchten und wie sie sich bei mangelnder Motivation, hierzu motivieren können. Weiterhin werden Möglichkeiten zur Informationsbeschaffung möglicher Freizeitaktivitäten aufgezeigt. Dies beinhaltet auch einen Besuch beim örtlichen Touristeninformationszentrum. Ein weiterer Schwerpunkt wird auf die konkrete Umsetzung (möglichst hier vor Ort) gelegt und ein gemeinsames Ausprobieren.

EDV-Kurs

Dieses Angebot ist für Rehabilitanden, die wenig Erfahrung mit Computertechnik besitzen. Hierbei geht es insbesondere darum, Hemmungen im Umgang mit dem PC abzubauen und Grundlagen zu vermitteln. Neben theoretischen Einheiten geht es um das Einüben praktischer Fähigkeiten im Umgang mit Eingabegeräten, Ausgabegeräten, Speichermedien, gängige Betriebssysteme und Computerprogramme (Word, Excel) und Internetnutzung.

Bewerbungstraining

Mit diesem Angebot unterstützen wir Arbeitssuchende, um ihre Bewerbungskompetenz zu stärken. Die Teilnahme am Bewerbungstraining ist für alle arbeitssuchenden Rehabilitanden verpflichtend. Therapieziele sind: Motivation und Begleitung bei der Bewerbung um einen Arbeitsplatz, Hilfestellung bei der Berufsfindung; Hilfestellung bei dem Erstellen von Standard-Bewerbungsunterlagen; Förderung der Selbstsicherheit und Kompetenz durch Rollenspiele.

Rückfallprävention

In den letzten Behandlungswochen geht jeder Rehabilitand verbindlich in die Gruppe Rückfallprävention. Hier werden Techniken der individuellen Bewältigungskompetenzen in Risikosituationen vermittelt und wir ermutigen dazu, sich gezielt mit individuellen Risikosituationen auseinander zu setzen und eine abstinente Bewältigung zu üben. Es wird ein individueller Notfallplan erstellt, der besonders in dem ersten kritischen Jahr nach Ende der Behandlung sehr wichtig werden kann.

Rehabilitanden, die über eine klare Abstinenzhaltung verfügen, können auf freiwilliger Basis an einem Expositionstraining teilnehmen. Hierbei werden die persönlichen Risikosituationen des jeweiligen Rehabilitanden erarbeitet und die Rehabilitanden werden dann schrittweise mit ihrem alkoholischen Getränk konfrontiert. Der dabei möglicherweise entstehende Suchtdruck soll bewusst wahrgenommen werden, die entstehenden Körpersignale, Gefühle und Gedanken sollen in einem Verlaufsprofil aufgezeichnet werden.

Die Konfrontation muss solange aufrechterhalten werden, bis eine Gewöhnung eintritt und eine Abnahme des Suchtdrucks wahrgenommen wird.

„Schließlich hat sich ein Höchstmaß an Realismus der Expositionsübungssituationen als erforderlich erwiesen, um eine Entkoppelung der rückfallbegünstigenden physiologischen und kognitiven Automatismen von Suchtmittelabhängigen zu bewirken.“ (Lindenmeyer)

Stabilisierungsgruppe

Etwa 2/3 aller suchtmittelabhängigen Frauen und auch Männer haben verschiedene Formen von Gewalt erlebt und befinden sich z. T. noch in Gewaltspiralen. Die Frage ist, was Suchtpatientinnen

brauchen, die unter zusätzlichen Einschränkungen in der Folge von Traumatisierungen leiden.

Die Abhängigkeitserkrankung bzw. der Konsum von Substanzen kann als Versuch verstanden werden, Entlastungen und Bewältigungsstrategien zu erlangen oder auch als Versuch der Selbstmedikation.

Ziel ist es, Patienten mit zunehmender Abstinenz Werkzeuge an die Hand geben, um mit den dann aufkommenden – früher durch Substanzen betäubten – Empfindungen/Gefühlen, Gedanken oder auch aufkommenden destruktiven Verhaltensweisen anders umzugehen, sich selbst beruhigen zu können und Möglichkeiten im Umgang mit häufigen Belastungssymptomen zu entwickeln und dadurch u.a. die Rückfallgefahr zu verringern sowie mehr Orientierung und Selbstsicherheit sowie Stabilität im Alltag zu erreichen.

Inhalt: Informationen über Trauma und Traumafolgestörungen. Hauptsächlich Stabilisierung (Imaginationsübungen), um zunehmende Kontrolle über die innere Welt zu erhalten.

Distanzierung von belastenden inneren Bildern; Atemübungen; angemessener Umgang mit Emotionen; Erarbeitung von Bewältigungsstrategien (Skills-Training); Entspannungsübungen, imaginative Verfahren (Tresorübung, sicherer Ort) sind ebenfalls Bestandteil der indikativen Gruppe

Nach der Stabilisierungsphase ist eine behutsame Traumakonfrontation möglich (EMDR oder Bildschirmtechnik) sowie im Anschluss eine Integrationsphase, die zur weiteren Stabilisierung mit Ressourcenarbeit, Aufbau von Zukunftsperspektiven, soziotherapeutischen Maßnahmen und Rückfallprophylaxe ausgestattet sein sollte.

4.5.1.2 Sonstige regelmäßige verpflichtende Gruppenangebote

Vollversammlung

Einmal wöchentlich findet eine Vollversammlung statt, die bewusst die Tradition der „therapeutischen Gemeinschaft“ aufgreift und das therapeutische Arbeitsleben reflektiert. Aktive Teilnahme aller Beteiligten (Rehabilitanden und Mitarbeiter) fördert die kommunikativen Fähigkeiten und hilft die soziale Kompetenz zu stärken. Neben strukturierten regelmäßigen Tagesordnungspunkten (Begrüßung und Vorstellung der neuen Rehabilitanden; Verabschiedungen der Rehabilitanden, die die Klinik verlassen) bietet die Vollversammlung die Möglichkeit Anregungen, Kritik, Verbesserungsvorschläge, Wünsche, etc. einzubringen und ist somit auch ein wichtiger Teil unseres Beschwerdemanagements.

Selbsthilfegruppe

Nach Beendigung der stationären Rehabilitation sichert die regelmäßige Teilnahme an Nachsorgeangeboten oft den langfristigen Therapieerfolg. Eine Möglichkeit der Nachsorge stellt die Selbsthilfegruppe dar. Wir arbeiten eng mit der Selbsthilfe zusammen und bieten den Rehabilitanden während der Therapie die Möglichkeit, verschiedene Selbsthilfegruppen kennen zu lernen. Hierbei werden die Selbsthilfegruppenbesuche in der Gruppentherapie jeweils vor- und nachbesprochen.

Ergotherapie

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. Ziel hierbei ist es, die Rehabilitanden bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, den Rehabilitanden Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. (DVE 08/2007). Ergotherapie ist daher in der Fachklinik Oerrel ein wichtiger Bestandteil der Langzeittherapie und ein verpflichtendes wöchentliches Angebot. Darüber hinaus stehen die Ergoräume auch während der Freizeit für die Rehabilitanden zur Verfügung.

In der Ergotherapie bieten wir anhand verschiedener Techniken (Holz, Malerei auf Keilrahmen, Ton, Speckstein, Filz, Papier/Pappe, Lederbearbeitung, Serviettentechnik, Seidenmalerei) den Rehabilitanden neue Möglichkeiten für eine alternative Freizeitgestaltung. Bei der Gestaltung der eigenen Ideen geht es auch darum, kreative Potentiale (wieder) zu entdecken. Auch bei der Verbesserung der Arbeitsfähigkeiten (Abbau Frustrationstoleranz, Verbesserung selbständiger Arbeitsweisen, Steigerung des Antriebs, Verbesserung Teamfähigkeit) leistet die Ergotherapie einen wesentlichen Baustein, diese auf gestalterischer (oft non-verbaler) Weise zu trainieren und zu verbessern. Methodisch orientieren wir uns in der Ergotherapie an kompetenzzentrierten (Training von Fertigkeiten, Erwerb verloren gegangener und nicht vorhandener Fähigkeiten, Übungen aus dem Freizeitbereich) und nach interaktionellen (Gruppendynamischer Prozess, Miteinander in der Gruppe, Auseinandersetzung in der Gruppe, Einnahme von verschiedenen Positionen) Elementen. Auch die Förderung von kognitiven Fähigkeiten ist ein weiteres Ziel im Rahmen der Ergotherapie. Mit Hilfe von Cogpac werden die Fertigkeiten überprüft und bei diagnostizierten Einschränkungen trainiert. Hierzu zählen Gedächtnisleistungen, Konzentration, zeitlich und räumliche Orientierung sowie Aufmerksamkeit.

4.5.2 BORA-spezifische Therapiemodule und medizinisch-berufliche Angebote

Die Fachklinik Oerrel bietet bereits seit 1982 Arbeitsplatzseminare an. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, den Prozess der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu fördern, eine Reintegration in den Arbeitsmarkt zu erleichtern, zu fördern und bestehenden Konfliktsituationen an vorhandenen Arbeitsplätzen lösungsorientiert zu bearbeiten. Hierzu gehören klärende Gespräche mit Arbeitgebervertreter, stufenweise Wiedereingliederung und unterstützende Hilfsangebote.

Mit folgenden Angeboten wollen wir die Umsetzung der obengenannten Ziele erreichen:

- Arbeitsplatzseminar
- Arbeitsplatzgespräche
- Besuche und Austausch am Arbeitsplatz vor Ort während der BE
- Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz (z.B. stufenweise Wiedereingliederung)
- Indikative Gruppen
- Stressbewältigung, Konflikte am Arbeitsplatz, Kommunikation am Arbeitsplatz
- Bewerbungstraining und EDV-Kurs
- Aufmerksamkeitstraining (Hirnleistungstraining)
- Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL)
- Arbeitstherapie, Arbeitsplatztraining
- ggfs. Außenpraktika

Arbeitsplatzseminar und Gespräche mit Arbeitgebern

Die Arbeitsplatzseminare finden 1 x pro Monat i.d.R. an einem Werktag statt. Jeder erwerbstätige Rehabilitand hat die Möglichkeit zu diesem Termin Vertreter seines Arbeitgebers, in der Regel seine Vorgesetzten oder Betriebsräte einzuladen. Neben Allgemeinen Informationen zum Suchtverständnis und zum Umgang mit Alkoholkranken am Vormittag im Kreise der Arbeitgebervertreter wird hier auch ein Austausch der Arbeitgeber untereinander gefördert. Der zweite Teil des Seminars besteht aus einem Gespräch zwischen Rehabilitanden, Arbeitgeber und dem Bezugstherapeuten.

Ziele des Arbeitsplatzseminars:

Im Allgemeinen wird der Krankheitsbegriff des Alkoholismus aufgrund fehlender Information in Frage gestellt bzw. wenig verstanden. Daher ist es besonders wichtig über die Erkrankung aufzuklären, ein Verständnis zu schaffen, um die erforderlichen Hilfestellungen zu ermöglichen. Beim Alkoholismus handelt es sich um ein Krankheitsbild, welches durch verschiedener

Symptome gut darstellbar ist. Aufgrund des komplexen Krankheitsbildes ist es unumgänglich auch eigenes Verhalten im Umgang mit Abhängigen konkret zu reflektieren um erforderliche und notwendige Hilfestellungen gut zu etablieren. Dies erfordert einen Austausch mit den Betroffenen, um sicherzustellen, dass die Hilfe, die wir anbieten, für den Betroffenen selbst als nützlich erachtet wird.

Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie ist eine gesetzlich benannte Maßnahme im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX).

Die Fachklinik Oerrel bietet hierfür aktuell 4 Arbeitsbereiche an (Holzwerkstatt, Garten, Hauswirtschaft und Haustechnik). Die Reaktivierung des Arbeitsbereichs Metallwerkstatt ist in Planung. Bei der Zuordnung zu den einzelnen Bereichen werden die Wünsche des Rehabilitanden berücksichtigt, es sei denn, es stehen therapeutische/medizinische Aspekte dem Wunsch entgegen, die eine Teilnahme an einem Arbeitsbereich für (nicht) sinnvoll erscheinen lassen. Dies wird mit dem Rehabilitanden entsprechend kommuniziert. Die Dauer der Arbeitstherapie hängt vom Erwerbsstatus vor Antritt der Reha Maßnahme ab (siehe Anhang zu BORA); die Zeiten hierbei können aus der therapeutischen Zielsetzung, nach Rücksprache mit dem therapeutischen Team, verlängert oder verkürzt werden.

In der Fachklinik Oerrel wird für die Patienten die Teilnahme an der Arbeitstherapie angeboten, um neben dem Ziel der Suchtbewältigung auch das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung, Integration, Stabilisierung oder Neuorientierung bzw. den Verbleib der Rehabilitanden in dem Beruf zu verfolgen. Dabei werden arbeits- und berufsbezogene Problemlagen berücksichtigt, die eine Integration in das Erwerbsleben beeinflussen.

BORA - Zielgruppenspezifische Therapiemodule

Die Durchführung erwerbsbezogener therapeutischer Leistungen orientiert sich an der Bora Stufe sowie an den individuellen Problemlagen der Rehabilitanden. Daraus ergibt sich ein strukturiertes und gleichzeitig individuelles therapeutisches Angebot unter der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen).

Am Ende der Arbeitstherapie wird eine abschließende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vorgenommen, bei der vorbereitend in einem Gespräch mit dem Rehabilitanden die Ressourcen und Defizite besprochen werden. Des Weiteren wird bei Rehabilitanden, die sich in Arbeit befinden, besprochen, ob direkt im Anschluss an die medizinische Rehabilitation wieder im bisherigen Zeitumfang und Setting gearbeitet werden kann oder ob z.B. eine stufenweise Wiedereingliederung angestrebt wird. Bei arbeitslosen Rehabilitanden wird die Nachsorge im Kontext einer beruflichen Wieder-Eingliederung in den Arbeitsmarkt besprochen. In diesem Kontext wird auch eine mögliche Adaptionssbehandlung besprochen. Schon während der medizinischen Rehabilitation soll sich der Rehabilitand Gedanken über seine beruflichen Vorstellungen machen und möglichst schon dementsprechende Kontakte geknüpft haben.

Für alle BORA Gruppen gilt, dass individuell neben den Clusterspezifischen Besonderheiten die grundlegend bei der Therapieplanung sind, zusätzliche Gruppen- und Einzelangebote durch den Bezugstherapeuten verordnet (gebucht) werden können.

BORA 1

Hier werden eher präventive Interventionen durchgeführt, u.a. in Abhängigkeit von der konkreten beruflichen Situation des einzelnen Rehabilitanden:

- Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber,
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, nach § 84 SGB IX), Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX),
- Ggfs. Kommunikation- und Konflikttraining für den Arbeitsplatz,

- Stressmanagement,
- Klärung, wie der Rehabilitand mit seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann.

Es werden für alle BORA 1 Rehabilitanden die arbeitsbezogenen Leistungen gemäß nach den ETM 5b sowie sozialarbeiterische Intervention als Vorbereitung nachgehender Leistungen nach ETM 13 sowie Leistungen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation nach ETM 12 durchgeführt.

BORA 2

Zu den basalen und zusätzlichen Interventionen in dieser Gruppe gehören Leistungen nach ETM 01, 02, 03, 05a, 05b und 11 und 12. Hier rücken insbesondere die psychotherapeutischen Indikativgruppenangebote wie Kommunikation und Konflikte, Stressmanagement und Selbstsicherheitstraining in den Fokus, neben allen Basismaßnahmen wie bei BORA 1.

BORA 3

Für diese Zielgruppe sind Maßnahmen aus den ETM 03, 5a und 11 und 12 vorgesehen. Schwerpunktmäßig geht es um folgende Bereiche:

- Bewerbungstraining,
- Umgang mit Ängsten und Konflikten,
- PC-Schulungskurse,
- Arbeitstherapie,
- Ergotherapie,
- Sozialberatung,
- Assessment- und Fallmanagementverfahren, ggfs. Gespräche mit dem Reha-Fachberater.

BORA 4

Für Rehabilitanden aus dieser Zielgruppe gelten während der stationären Reha-Phase in die Angebote aus dem ETM 03, 05 b, 11 und 12.

Vorbereitung auf eine berufliche Integration: Zusätzlich zu indizierten Einzel-Maßnahmen aus BORA 2 (spezifische psychotherapeutische indikative Gruppen) und 3 (Ergo- und Arbeitstherapie) wird der Rehabilitand bei Vorliegen einer Erwerbsfähigkeit und bei entsprechenden Merkmalen sozialer Desintegration (z.B. Wohnungslosigkeit) in die Adaption vermittelt, um von dort mittels externer Betriebspraktika die Chance auf eine berufliche Wiedereingliederung zu erhöhen.

BORA 5

Diese Gruppe setzt sich nach Definition der „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs“ vom 14. 11. 2014 aus Schülern, Studenten, Hausfrauen, befristet berentete Patienten u.a. zusammen. Bei diesen Nicht-Erwerbs-Rehabilitanden richten sich die Maßnahmen nach dem individuellen Unterstützungsbedarf. Maßnahmen aus den allen vorhergehenden Bora-Zielgruppen können sinnvoll eingesetzt werden. In der Anlage findet sich eine Aufstellung des BORA-Zielgruppen bezogenen Leistungsspektrums in der Fachklinik Oerrel mit Zuordnung der ETM und KTL (→ **BORA-Leistungsspektrum ETM/KTL**).

4.5.3 Gesundheitstraining, Patientenschulung und Ernährungstraining

Die interaktiven Schulungsprogramme zu gesundheitsbezogenen Themen zielen darauf ab, die Compliance der Rehabilitanden zu verbessern und ihre Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) zu stärken. Die Rehabilitanden sollen durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informiert Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung zu treffen. Die Module sind methodisch

aufbereitet und folgen manualisierten Curricula, die derzeit überarbeitet werden. Sie werden durchgeführt durch die Ärzte, Pflegepersonal und Physiotherapeuten und werden durch Arzt-Beratungsgespräche bedarfsorientiert individuell verstärkt.

Psychoedukative Gruppen-Module

Finden kontinuierlich wöchentlich für 60 min. Dauer statt mit folgenden Themen:

- Alkoholfolgestörungen an Körper und Seele
- Nikotinfolestörungen und suchtmedizinische Motivation zum Nichtrauchertraining
- Cannabis Wirkungen und Folgen
- Gesunder Umgang mit Medikamenten
- Gesunder Umgang mit Stress
- Schutzfaktoren: Gesundheitsquizz
- Schutzfaktoren: Bewegung und Sport
- Gesunder Schlaf
- Umgang mit medizinischen Notfallsituationen in Klinik und Alltag
- Neurobiologie der Sucht I und II

Lehrküche „Kochgruppe“

- Methodik und Inhalt: Praktisches Training, von der wirtschaftlich sinnvollen Planung, dem Einkauf, der Zubereitung, dem gemeinsamen Essen bis hin zum Aufräumen inklusive Hygienemaßnahmen
- Zielgruppe: selbstversorgungsdefizitäre und/oder fehlernährte Rehabilitanden, depressive Rehabilitanden mit mangelnder Tagesstruktur, alle Rehabilitanden, die in eine Adaption wechseln werden, Altersrentner
- Ziel: Aufbau bzw. Erhalt der Selbstversorgungsfähigkeit in Bezug auf gesunde Ernährung
- Manualisiertes Konzept: Mappe mit Rezepten und Berechnungsrundlagen werden jedem Teilnehmer ausgehändigt
- Gruppe: geschlossen, 4 Teilnehmer
- Termine: 4 Termine à 3 Stunden (Donnerstag und Freitag von 10-13 Uhr über 2 Wochen)
- Max. Kapazität in 13 Wochen: derzeit 26 Rehabilitanden
- Ausführende Berufsgruppen: Ergotherapeut, Hauswirtschaftsmeister, AT-Anleiter Hauswirtschaft, Küchenleiter, Hauswirtschafter

Gesunde Ernährung

- Methodik und Inhalt: Interaktives Lernen in der Kleingruppe mit unterschiedlichen Medien
- Zielgruppe: alle Rehabilitanden in der Aufnahmewoche
- Ziel: Die Wissensvermittlung und Motivation zu einer gesunden Ernährung nach den 10 Regeln der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung)
- Manualisiertes Konzept nach dem didaktischen Material der DGE
- Gruppe: offen, 2-6 Teilnehmer
- Termine: ein Termin à 60 bis 80 Minuten für alle R. in der Aufnahmewoche

4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen

Das soziale Umfeld hat einen erheblichen Einfluss sowohl auf die Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit als auch auf die Behandlung. Nicht selten geht die Initiative, sich in Behandlung zu begeben, vom sozialen Umfeld aus. Vorausgegangen sind meist jahrelange vergebliche Bemühungen der Angehörigen, irgendwie mit der Erkrankung umzugehen. Hierbei entwickeln viele Angehörige ungewollt ein sogenanntes co-abhängiges Verhalten, welches die Entwicklung der Erkrankung begünstigt. Neben diesen co-abhängigen Verhaltensweisen, gehören Psychoedukation und die sich oft im Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung entwickelnden dysfunktionalen Beziehungsdynamiken ebenso zu den Themen im Rahmen unserer Angehörigenarbeit. Oft ermöglichen Angehörige den Bezugstherapeuten darüber hinaus Zugang zu wichtigen fremdanamnestische Informationen.

Das Einbeziehen der Angehörigen in die Behandlung beginnt bereits am Aufnahmetag, sofern die Rehabilitanden von ihren Angehörigen begleitet werden.

Am Aufnahmetag findet ein erstes Gespräch mit den Angehörigen und dem zuständigen Aufnahmetherapeuten statt. Neben einem ersten "Gesehen und Gehört" werden von Seiten der Angehörigen werden hierbei auch die Informationen über das Angehörigenseminar vermittelt sowie über die Möglichkeiten der Angehörigengespräche informiert. Die Angehörigen erhalten eine Terminkarte mit dem für sie nächstmöglichen Termin für ein Angehörigenseminar.

In der Fachklinik Oerrel findet 1 x pro Monat ein Angehörigenseminar, jeweils samstags statt. Der Vormittag wird mit den teilnehmenden Angehörigen gestaltet. Hierbei geht es insbesondere um das Verständnis der Abhängigkeit und Informationen zum Krankheitsbild, sowie Fragen der teilnehmenden Angehörigen. Der Nachmittag steht für einen gemeinsamen Austausch der Rehabilitanden mit den Angehörigen zur Verfügung.

4.5.5 Sozialdienst

Dem Sozialdienst kommt im Rahmen der Rehabilitation eine Schlüsselrolle zu. Viele Patienten kommen mit einer Fülle ungeklärter Sachverhalte in die Einrichtung. Oft sind im Kontext der Suchterkrankung soziale Schieflagen juristischer oder finanzieller Art entstanden, die einer erfolgreichen Wiedereingliederung im Wege stehen.

Unser Anliegen ist es auch hier, den Rehabilitanden angemessene Hilfestellung bei der Bewältigung der verschiedenen sozialen Problemstellungen zu ermöglichen. Wobei auch hier der Grundsatz gilt: so viel wie nötig – so wenig wie möglich, so dass der Rehabilitand vor allem Hilfe zur Selbsthilfe bekommt, um eigene Fertigkeiten wieder zu entdecken bzw. zu erweitern. Dabei ist vorrangiges Ziel nicht, dem Patienten Belastungen abzunehmen, sondern ihn zu befähigen, seine Angelegenheiten während der Behandlung (mit Unterstützung) und danach (selbständig) zu regeln. Daher wird bereits in der Aufnahmewoche eine ausführliche sozialdienstliche Erhebung mit dem Patienten durchgeführt. Ungeregelte Schulden, offene Verfahren, unklare Anspruchslage bzgl. Umschulungen am Ende einer Therapie sind prognostisch für den Rehaerfolg ungünstig. Eine möglichst zielführende und Entlastung bringende Regelung sowie eine hohe Transparenz der Gesamtlage werden bei jedem Patienten angestrebt.

Durch gezielte Informationen, Beratung und Unterstützung bei Kontakten mit Behörden, wie z.B. Jobcenter/Agentur für Arbeit, Sozialhilfeträger, Versicherungsträgern, Gerichten oder durch Hilfe bei der Klärung von Mietangelegenheiten, Beantragung von Übergangsgeld, etc., lassen sich die Voraussetzungen für eine störungsarme Teilnahme und Durchführung der Rehabilitationsleistung vielfach verbessern. Bei Bedarf werden hierzu weitere Personen des sozialen Umfelds bzw. gesetzlich bestellte Betreuer oder die Bewährungshilfe mit einbezogen. Die klinische Sozialarbeit wird bei uns einzeln oder in der Gruppe angeboten und bedient sich beratender, pädagogischer, psychoedukativer und übender Elemente. Nachfolgend geben wir eine Auswahl über die Leistungen im Rahmen der klinischen Sozialarbeit: Beratung in finanziellen

Angelegenheiten zur Sicherung des Lebensunterhaltes; Beantragung von Übergangsgeld; Vermittlung in juristische Beratung/ Schuldnerberatung; Kleidergeld, Beantragung Grad der Behinderung (GdB), etc.

In Zusammenarbeit mit einer regionalen **Schuldnerberatungsstelle** werden monatliche Beratungstermine in der Fachklinik Oerrel angeboten.

Arbeitssuchende Rehabilitanden sollen im Verlauf der Entwöhnungsbehandlung – je nach beruflichem Erfahrungshintergrund und individuellem Leistungsvermögen – über die verschiedenen **Möglichkeiten der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben** informiert werden. Hierzu gehören Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), Integrationsbezogenes Fallmanagement (IFM) der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Adaptionsmaßnahmen zur beruflichen Reintegration und Wiedereingliederungsangebote der Agentur für Arbeit/Jobcenter. Dabei werden auch Möglichkeiten des zweiten Arbeitsmarktes berücksichtigt.

Hierfür finden in der Fachklinik Oerrel regelmäßig (alle 4-6 Wochen) sowohl eine Veranstaltung der Rentenversicherung Braunschweig Hannover durch Reha-Fachberater als auch eine Informations-veranstaltung über die Möglichkeiten der ambulanten/stationären Weiterbehandlung statt. Durch die Mitarbeiter der Reha-Fachberatung können die Rehabilitanden auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe (LTA) und weitere Maßnahmen zur beruflichen Integration frühzeitig und systematisch eingeleitet werden.

4.5.6 Sport- und Bewegungstherapie und Physiotherapie

Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannung und Freizeitpädagogik ist neben dem medizinisch-psychotherapeutischen und dem berufsbezogenen Bereich integraler Bestandteil unserer Therapie. Die Fachklinik Oerrel ist hier – trotz räumlicher Begrenzungen in besonderer Weise differenziert und mit qualifiziertem Personal ausgestattet, u.a. durch Kooperation mit dem VfL Wolfsburg realisiert. Die Vielfalt ist gewünscht, gleichzeitig wird in der Arbeit mit Rehabilitanden großen Wert auf Eignung im Sinne der der Behandlungsplanung, Zielsetzung und Verbindlichkeit gelegt. Die verfolgten Behandlungsziele sind je nach Veranstaltung und Person unterschiedlich gewichtet:

Körpererfahrung und Körperbewusstsein

Patienten bauen durch die Teilnahme einen veränderten Bezug zu ihrem Körper auf, lernen sensomotorische Amnesien zu verbessern und erfahren Möglichkeiten der Beeinflussung von Gemütszuständen und Körpergefühlen. Bewegungstherapie und Sportpädagogik wird unter Berücksichtigung gesundheitspädagogischer Ziele durchgeführt und dient der körperlichen und psychischen Aktivierung und Regeneration.

Selbsterfahrung, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen

Rehabilitanden lernen ihre Fähigkeiten und Grenzen wahrzunehmen und zu akzeptieren. Ressourcen sollen aufgebaut und gefördert werden. Dabei kann eine über das Körperbewusstsein hinausgehende Selbsterfahrung (z.B. Leistungs-, Erlebnis- und Kommunikationsfähigkeit, aber auch der Umgang mit Niederlagen, zur Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeitserwartung beitragen.

Soziale Erfahrung

Gruppenprozesse wie z.B. gemeinsames Erledigen einer Aufgabe und Auseinandersetzung innerhalb einer Gruppe werden gefördert werden. Kommunikations- und Gruppenstrukturen werden transparent gemacht und soziale Lernprozesse werden initiiert.

Freizeitwert von Sport und Freizeit

Ein wichtiges Ziel des sport- und bewegungstherapeutischen Angebots liegt im Transfer für die Zeit nach der Therapie, um Handlungsalternativen zum Substanzkonsumverhalten als Freizeitbeschäftigung zu entwickeln. Deshalb werden (zunehmend) auch Sport- und Freizeitangebote vermittelt, die einen hohen Freizeitwert besitzen. Durch sportspezifische Kompetenz in Freizeitsportarten erhöhen sich die Integrationschancen für gesellschaftliche Angebote außerhalb des bisherigen „nassen“ Umfeldes.

Erweiterung des Erfahrungs- und Handlungsfeldes

Durch die Unmittelbarkeit, Intensität und Tiefe des Erlebens, vor allem im Rahmen von selbst zu erlernenden Klopftechniken (MET) und erlebnispädagogischer Angebote wie Bogenschießen, in denen das Erleben und Bewältigen neuer, unvertrauter und teilweise auch angstauslösender Situationen im Mittelpunkt steht, wird das bisherige Erfahrungsfeld Patienten erweitert. Es können individuelle Kräfte und Fähigkeiten entdeckt, Aktivierung evoziert, Hemmungen und Ängste überwunden werden.

Förderung von Gleichgewicht, Koordination, Kraft, Dosierung und Ausdauer

Physische Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit, die in Folge alkoholspezifischer Einwirkungen auf das zentrale und periphere Nervensystem eingeschränkt sind, werden wiederhergestellt, physische Ressourcen und Funktionen gestärkt und nicht zuletzt auch psychische und soziale Ressourcen durch positive Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz gestärkt.

Die Sport- und Bewegungstherapie findet vorwiegend in Gruppen statt, Indikationsgeleitet sind Einzeltherapien möglich.

Das Angebot wird individuell ergänzt durch **Einzelphysiotherapeutische** und **Physikalische Maßnahmen** sowie **Bewegungsbad** und **Rückenschule** zur Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkungen, anderweitigen chronischen Schmerzstörungen, Polyneuropathie und Kleinhirntaxie, Verletzungsfolgen u.a.

4.5.7 Gesundheits- und Krankenpflege und Physikalische Therapie

Im Bereich Medizin sind fünf examinierte Pflegefachkräfte mit folgenden Aufgaben eingesetzt:

- 24/7 Präsenzdienst für medizinische Notfälle aller Art in Zusammenarbeit mit den Ärzten
- Service-Anlaufstelle für Rehabilitanden z.B. bei Gesundheitsproblemen, Verletzungen, Krisen (falls BT nicht erreichbar), organisatorischen Fragen, besonderen Ereignissen unterstützt durch Empfangs-Service-Kraft im Eingangsbereich
- Koordination des Klinikablaufes wird durchgeführt und überprüft, gegebenenfalls angepasst (z.B. Organisation externer Arzttermine, anderweitiger unregelmäßiger Termine in und außer Haus. Informationen laufen hier zusammen, werden koordiniert und entsprechend weitergeleitet.)
- Mitarbeit im Qualitätsmanagement
- Durchführung ärztlicher Anordnungen:
 - Medikamente, Vitalparameter-Kontrollen, Blutentnahmen, Labor, Verbände, inkl. technischer Untersuchungen wie EKG, Spirometrie sowie Physikalische Anwendungen wie Inhalation, Rotlicht, Lichttherapie, Ultraschall
 - Kontrolle der Suchtmittelfreiheit, Informationsweitergabe und Dokumentation (Atemalkohol und ETG und Drogenscreening im Urin oder Kapillarblut)
 - Dokumentation und Organisation der Medizinischen Akten (Papier und EDV)

- Im Bedarfsfall pflegerische Unterstützung von aktuell beeinträchtigten Rehabilitanden
- Mitwirkung in der Gruppe für Neuaufnahmen in Kooperation mit den Ärzten und Aufnahmetherapeuten
- Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlassmanagement, hierbei werden pflegebezogene Bedarfe und Möglichkeiten erfasst, die Rehabilitanden über die Therapie informiert, die häuslichen Gegebenheiten gezeigt, die Hausregeln vermittelt, und in die Hygienestandards eingeführt
- Praktische Anleitung zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil (Einzelpsychoedukation)
- Praktische Anleitung und Überwachung von BZ-/ INR- Selbstmessungen, RR-Selbstmessungen, Insulinspritzen u.ä.
- Mitgestaltung von Gesundheitstraining, Psychoedukation, angewandtes Skillstraining
- Informationen zu Erkrankung und Folgeerkrankungen im Einzelkontakt
- bei Bedarf Anleitung zu Körperhygiene
- Milieugestaltung durch aktives Verfolgen des Zusammenlebens der Gruppe
- Hausführung von Reha-Interessenten

4.5.8 Freizeitangebote

Langjähriger Substanzkonsum führt zu einem eingeschränkten Freizeitverhalten. Ausschließlich Aktivitäten, die mit Konsum einhergehen (Partys, Kneipenbesuche, etc.) werden oft noch aufrechterhalten. Diese Einschränkungen haben u.a. Auswirkungen auf Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz und letztendlich Lebensqualität. Ziel unserer Freizeitangebote ist es daher, genau diese Komponenten zu stärken. Weitere Ziele siehe Kapitel 4.5.8. Neben dem indikativen Gruppenangebot „Freizeitgestaltung“ halten wir hierfür folgende Angebote bereit:

Auf dem Klinikgelände:

Ergofreizeitraum, Cafeteria, Fitnessraum, Sauna, Kinoraum (in Planung), Freizeitraum (mit div. Gesellschaftsspiele; Musikanlage), Schach, Dartspiele, Mōlkky, Boccia, Grillplatz, Fahrradverleih, Minigolfanlage, Wassertretbecken, Boule-Bahn, Bogenschießanlage, Hartplatz, Volleyballfeld, Tischtennis, Federball, Trimm Dich Geräte, Park mit Ruhebereichen (u.a. Garten der Besinnung) und Teichanlage.

Freizeitmöglichkeiten in der Umgebung:

Freibad (mit reduziertem Eintrittsgeld), Bewegungsbad, Tretbootfahren, Kanufahren, Wanderungen und Spaziergänge, Museumsbesuche, Kegelbahn, Kartfahren, Wildfreigehege, Otterzentrum; Sport- und Kulturveranstaltungen.

4.6 Entlassungsmanagement

Unterstützt durch die Struktur der therapeutischen Arbeit (3 Phasen: Orientierung – Veränderung/Aktion – Integration/Neuorientierung), in der eine Beschäftigung im Rahmen der Gruppen- oder auch der Einzeltherapie mit den Themen: „Nachbehandlung, Kontakt zum sozialen Umfeld aufnehmen, Transfer des Erreichten in den imaginierten Arbeitsalltag im Rollenspiel üben, etc.“, wird der Rehabilitand ca. ab der 9. Woche langsam auf die Entlassung vorbereitet.

Als strukturelle Maßnahmen dienen hierbei div. Abschlussuntersuchungen bzw. -testungen (Cogpack 11. Woche; RMK 11. Woche; Therapieauswertung 11.-12. Woche) sowie die rechtzeitige Einleitung der Nachsorgemaßnahmen (i.d.R. in der 8. -9. Therapiewoche). Auch die Belastungserprobung (ab der 8. Behandlungswoche möglich) ist letztendlich schon ein Kontaktaufnehmen in das alte soziale Umfeld – häufig mit Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber bzw. der

Arbeitsagentur/dem Jobcenter, dem Besuch der Suchtberatungsstelle und einer Selbsthilfegruppe und der Klärung familiärer Angelegenheiten und leitet für einige Rehabilitanden die ersten Schritte zurück in ihren Alltag ein.

Mit Unterstützung des Bezugstherapeuten werden die Rehabilitanden darüber hinaus motiviert, frühzeitig Kontakte zu der Beratungsstelle und den Selbsthilfegruppen herzustellen. Bei Bedarf werden sowohl Kontakte zur ambulanten Psychotherapie oder - bei Rehabilitanden mit schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen - Kontakte zum weiterbehandelnden Psychiater sichergestellt. Ebenfalls eingeleitet wird – sofern indiziert – eine ambulante Weiterbehandlung bzw. Nachsorge. Berufsfördernde Maßnahmen – ebenfalls sofern indiziert – werden vorbereitet. Bei Bedarf wird in eine Adaptionseinrichtung oder soziotherapeutische Weiterbetreuung vermittelt. Der Sozialdienst stellt sicher, dass alle notwendigen Abläufe mit Behörden (bspw. Jobcenter, Fallmanager, Staatsanwaltschaft, Gläubigern) aktuell bearbeitet wird.

Alle Weitervermittlungen erfolgen in enger Zusammenarbeit mit dem Leistungsträger, der zuweisenden Stelle und den Weiterbehandlern bzw. -betreuern.

Die ärztliche Entlassvorbereitung beginnt mit der Aufnahme, und der Verlauf wird kontinuierlich in Zusammenarbeit mit der Arbeitstherapie, Physiotherapie und mit den Bezugstherapeuten abgeglichen. Spätestens bei den AT-Visiten werden die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eingeschätzt (→ **vorläufige Leistungseinschätzung**) was sowohl von Seiten der Ärzte als auch der Bezugstherapeuten mit dem Rehabilitanden besprochen wird, so dass im Rahmen der Belastungserprobung Arbeitslose im zuständigen Jobcenter vorsprechen oder ggf. konkrete Bewerbungen abgeben können, ggfs. werden Rehafachberatung und Fallmanagement angebahnt bzw. nach den Arbeitsplatzseminaren das Eingliederungsmanagement.

Die Medizinische Abschlussuntersuchung findet in der letzten Behandlungswoche statt. Hier wird der Entlassbericht mit dem Rehabilitanden besprochen und die ärztliche Anbindung sichergestellt (medikamentöse Weiterbehandlung). Es wird jedem Rehabilitanden ein vorläufiger Entlassbericht mitgegeben. Der Reha-Entlassbericht wird zügig fertig gestellt und versendet.

Beendigungskriterien für reguläre und für vorzeitige Entlassung

Im Falle einer nicht regulären Beendigung sind die Abläufe und weiteren Schritte in der Regel nicht so gut planbar. Umso wichtiger sind hier ein Krisenmanagement und eine Einschätzung der wichtigsten Parameter:

- Besteht Gefahr für Leib und Leben? (Entlassfähigkeit prüfen)
- Was sind die Pläne des Patienten?
- Welche Unterstützung besteht bzw. lässt sich vor Verlassen der Klinik organisieren?
- Welche Formalia sind dringend zu regeln: Herausgabe von Papieren, Geld, persönlichen Medikamenten (sofern dies verantwortbar ist)?
- Wer muss benachrichtigt werden (Betreuer, Staatsanwaltschaft, Beratungsstelle, Hausarzt)?
- In jedem Falle wird der Patient über die Risiken erneuten Substanzkonsums informiert (Gefahr einer Überdosis bei früherem Opioidkonsum).
- Für den Entlassbericht ist zu klären, ob evtl. zuständige Mitarbeiter länger abwesend und somit in der Fertigstellung zu vertreten sind.

Eine Indikation für eine nicht reguläre Beendigung liegt vor,

- wenn der Patient entgegen der vereinbarten Planung die Behandlung beendet, ohne dass ein medizinisch/therapeutisch zwingender Grund vorliegt, der einer Weiterbehandlung im Wege steht (Abbruch);

- wenn der Patient seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt, nicht am Therapieprogramm teilnimmt, Absprachen nicht einhält (vorzeitige Beendigung auf ärztliche Veranlassung);
- wenn erhebliche und nachhaltige Zweifel bestehen, ob die wichtigsten Behandlungsziele mit der Maßnahme erreicht werden können, der Patient trotz geschützten Rahmens nicht abstinenzfähig ist, Rehafähigkeit durch den gesundheitlichen Zustand (mittelfristig) nicht gegeben ist (vorzeitige Beendigung auf ärztliche Veranlassung);
- wenn der Patient verdeckt konsumiert und trotz eindeutiger Labornachweise (im Verlauf) dies nicht einräumt oder andere „nasse“ Verhaltensweisen zeigt bei nicht beweisenden grenzwertigen Laborergebnissen;
- wiederholte Verstöße gegen die Hausordnung vorliegen;
- wenn zwingende Gründe im Sinne einer Schadensabwägung einer Weiterbehandlung im Wege stehen, auch wenn diese weiterhin indiziert wäre (etwa schwere Erkrankung des Ehepartners) (vorzeitige Beendigung mit ärztlichem Einverständnis).

Eine reguläre Beendigung liegt vor,

- wenn eine reguläre Entlassplanung erfolgt ist;
- die vereinbarten Behandlungsziele überwiegend erreicht sind bzw. auch ambulant erreicht werden können;
- das bei Beendigung der Maßnahme keine signifikante Gefährdung des Erreichten gegeben ist;
- die Kostenzusage endet und nicht verlängert werden kann.

4.7 Notfallmanagement

4.7.1 Risiko-und Fehlermanagement und Patientensicherheit

Im Kontext des hier vorgelegten Rehabilitations-Konzeptes geht es um die Notfallversorgung in Bezug auf lebensbedrohliche Gesundheitsprobleme der Rehabilitanden. Grundsätzlich beinhaltet Notfallmanagement oder Risikomanagement jedoch weit mehr. Notfälle sind Ereignisse, die in der Regel plötzlich und unvorhersehbar auftreten und ein hohes Schadenspotential beinhalten. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen betrieblichen Maßnahmen zum Beispiel Brandschutz, Katastrophenschutz und Erste Hilfe, die vorrangig dem Personenschutz der Belegschaft des Betriebes dienen, unterstützt ein strukturiertes Risikomanagement sämtliche Aktivitäten, die geeignet sind, negative Konsequenzen für den Betrieb zu minimieren, wie u.a. Betriebssicherheitsmanagement und Krisenmanagement, z.B. bei unvorhergesehenen Personalengpässen oder die Organisation der Mitarbeiteralarmierung bei externer und interner Groß-Schadenslage auch außerhalb der üblichen Arbeitszeiten. Risikomanagement ist als Teil des Qualitätsmanagements ein fortlaufender Prozess, um Schwachstellen zu identifizieren, die zu physischen, psychischen, sozialen und finanziellen Schäden und ggf. zu damit verbundenen Haftungsansprüchen führen können bzw. schon geführt haben. Ziel ist es, Risiken vorzubeugen bzw. zu vermeiden. Dazu gehört auch das Festlegen einer Strategie zum Erkennen, Bewerten und Nutzen von Risiken, Fehlern und sicherheitsrelevanten Ereignissen, z.B. die Dokumentation und Bewertung von Kritischen Ereignissen und Beinahe-Ereignissen (CIRS) und von tatsächlich eingetretenen medizinischen Notfällen. Alle med. Notfallereignisse und Verlegungen werden in der Medizin chronologisch erfasst und der Ausgang dokumentiert.

Da Patientensicherheit ein zentrales Anliegen unserer Klinik ist, kommt dem Risiko- und Fehlermanagement ein hoher Stellenwert zu. Dies ist im Qualitätsmanagement der Klinik beschrieben.

Die zunehmende Gewaltbereitschaft in Gesellschaft und Gesundheitssystem, insbesondere in Einrichtungen, die mit zum Teil Persönlichkeitsgestörten und potentiell Intoxikierten (mit psychischen Ausnahmezuständen) arbeiten, stellt eine zunehmende Herausforderung für die Sicherheit von Patienten und Klinikpersonal dar, womit sich die leitende Ärztin bereits andernorts wiederholt auseinandersetzen musste. Hier sind künftig sowohl Deeskalations-Training der Mitarbeiter und Rehabilitanden, als auch ein gestuftes Gewaltdeeskalationskonzept erforderlich. Dies zu entwickeln steht für die Fachklinik Oerrel noch aus (siehe Projekt „Gewaltprävention und Umgang mit Fremdgefährdung“.)

Hier soll ausschließlich das medizinische Notfallmanagement unserer Rehabilitanden dargestellt werden, also der Umgang mit folgenden medizinischen Notfallsituationen:

1. akute lebensbedrohliche Krankheitsbilder (wie akuten Herz-Kreislaufstillstand, akuter Herzinfarkt, Bewusstlosigkeit, schwere Atemnot, Schlaganfall etc.)
2. Intoxikationen (z.B. bei Konsum einer Überdosis von Opioiden und Einnahme von Medikamenten in Suizidaler Absicht)
3. schwere Unfälle mit und ohne Schock; z.B. im Rahmen der Bewegungstherapie oder Arbeitstherapie
4. akute psychische Krisen

Der interdisziplinäre Umgang in unserer Klinik mit akuten psychischen bzw. psychiatrischen Krisen mit und ohne Eigen- und Fremdgefährdung ist in der QM-Verfahrensweisung dokumentiert (siehe Dokument im Anhang → **Psychiatrische Akutsituationen und Zwangseinweisung**).

Für die Notfallsituation 1-3 gilt folgendes Vorgehen:

4.7.2 Notrufsystem und Alarmpläne

In jedem den Patienten zugänglichen Raum einschließlich Sanitär ist ein Notrufsystem installiert.

In den Zimmern der Rehabilitanden und den Behandlungsräumen der Fachklinik Oerrel befindet sich ein Ablaufdiagramm für den medizinischen Notfall („Notruf bei medizinischen Notfällen“), das zur besseren Übersicht abgesetzt ist vom „Alarmplan“ für technische Notfälle wie z.B. Brand und Evakuierung in Großschadenssituationen sowie bei Bedrohung durch massive Gewalt (bei Gewalteskalation unter Rehabilitanden oder unter Beteiligung hausfremder Personen, mit tätlichen Übergriffen, Amok, Bombendrohung). Die darauf festgelegte Vorgehensweise ist für alle Personen, die sich in der Klinik aufhalten, bindend.

Die Fachklinik Oerrel hat ein sich überwachendes Notrufsystem der Firma Gets medical Safty Systems und einen Alarmserver der Firma novaalert. Dieses System wird durch die Firma Therman AG betreut und ist z.B. in der Stadtverwaltung Wolfsburg aktiv.

Das Haus ist in allen von Rehabilitanden genutzten Räumen mit farblich abgehobenen Notfallmeldern (Knopf oder Kordel) ausgestattet. Die auf Funktechnik basierenden Melder werden durch das Alarmsystem ständig überwacht. Ausfälle oder niedrige Batteriestände werden vom System gemeldet.

Die Notfallmeldung erfolgt in einem Eskalationsstufen-System. Als erstes wird die diensthabende Schwester via Pager akustisch und visuell alarmiert. Reagiert diese nicht, geht der Notruf automatisch an den Notruf 112. Der Pager übermittelt den Auslöseort und beinhaltet eine Notfunktion (Zug am Pager), die es ermöglicht einen Selbstnotruf an die 112 abzusenden. Darüber hinaus werden automatisch die Diensthabenden Ärzte via SMS informiert.

(dieses System steht uns ab August 2017 zur Verfügung.)

4.7.3 Notfall-Ausrüstung

- 3 Notfalltaschen - je eine in den beiden Arztzimmern und eine im medizinischen Dienstzimmer
- 1 Notfall-Rucksack im medizinischen Dienstzimmer

Die Notfalltaschen sind ausgestattet mit Ambubeutel, LTD- Larynxtuben, Pulsoximeter; Blutdruckmessgerät, Diagnostik- und Taschenlampe, Einmal-Handschuhe, Schreibuntensilien, Notrufnummern, sowie oral/ peroral verabreichbare Medikamente wie Diazepam-Rectiole und Tavor expidet.

Der automatische externe Defibrillator (AED) befindet sich griffbereit im Medizin-Dienstzimmer. Der (ärztlichen) Notfallrucksack befindet sich im Arztzimmer und enthält im wesentlichen Sauerstoff, alle Materialien für Infusionen, injizierbaren Notfallmedikamente sowie Verbandsmaterial, z.B. für Druckverbände. Ein weiterer AED wird demnächst frei zugänglich vor der Sporthalle deponiert, so dass er in diesem notfallsensiblen Bereich bei Bedarf von Rehabilitanden oder Besuchern geholt und eingesetzt werden kann. Geplant ist die Anschaffung einer Absaugpumpe und eines mobilen Notfall-EKG (Monitoringsystem) für den Notfallrucksack.

Das Arztzimmer mit Behandlungsbereich oder alternativ das Behandlungszimmer mit dem dort fest installierten EKG steht für Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Notarztes zur Verfügung. Falls aktuell keine Notfallverlegung in eine Akutklinik ärztlicherseits für notwendig erachtet wird, kann eine engmaschige Überwachung im Notfall- Patientenzimmer 18 erfolgen, sofern die betroffenen Rehabilitanden nicht schon in der Nähe der Medizin im Erdgeschoss untergebracht sind. Medizinische Geräte und Notfalltaschen bzw. Notfallrucksack werden im Rahmen der vorgeschriebenen Fristen regelmäßig geprüft und gewartet und nach jedem Einsatz von der Pflege gemäß Checkliste geprüft und vervollständigt.

4.7.4 Training des Personals und Aufklärung der Rehabilitanden

Regelmäßig finden auf verschiedenen Ebenen Notfalltrainingseinheiten intern und extern statt nach dem Prinzip: „Tell me and I forget, show me and I remember, involve me and I learn.“ (B. Franklin):

- Einmal jährlich wird das gesamte Personal mit den konkreten Abläufen der Rettungskette und den diversen Notfall-Aufgaben geschult.
- Das medizinische Personal wird jährlich in lebenserhaltenden Sofortmaßnahmen (Reanimationstraining mit Larynxtuben und AED) durch externe Trainer des DRK geschult. Darüber hinaus sind sie aktiv bei den monatlichen Teambesprechungen kontinuierlich an den Fortbildungen zur Erkennung von Notfallsituationen (Schulungsreihe Leitsymptome und Erstmaßnahmen) beteiligt.
- Die Ärzte bringen einschlägige Erfahrungen in Notfall- und Intensivmedizin mit und frischen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten durch externe Seminare der Weiterbildungsakademie der Ärztekammer auf.
- Die betrieblichen Ersthelfer werden alle zwei Jahre in Erste-Hilfe-Kursen extern beim DRK Gifhorn geschult. Sie können in der Fachklinik Oerrel bei Bedarf die Medizinabteilung bei Reanimationen und anderen Notfall-Situationen unterstützen.
- Alle Rehabilitanden werden in der Aufnahmewoche über das Verhalten im Notfall in der Klinik aufgeklärt; im Rahmen der Gesundheitsbildung folgt ein einstündiges Seminar über das angemessene Verhalten bei akuten körperlichen Beschwerden in Klinik und Alltag. Rehabilitanden mit einem hohen medizinischen Risiko (z.B. hohes KHK- hohes Blutungsrisiko von Ösophagusvarizen bei Lebercirrhose) werden bei Aufnahme als solche in PATFAK

gekennzeichnet, damit diese Tatsache dem medizinischen und therapeutischen Personal bekannt ist. Sie werden ärztlich einzeln aufgeklärt und darin unterwiesen, wie sie sich während der Rehabilitation im Notfall zu verhalten haben. Die Aufklärung wird schriftlich dokumentiert, gegengezeichnet und den Rehabilitanden ausgehändigt, ein Exemplar bleibt in der Medizinischen Handakte. Eventuell erhalten sie ein Notrufmobiltelefon geliehen, also ein Mobiltelefon mit Notruftaste, um jederzeit – auch im Außengelände – Hilfe holen zu können.

Die relative Seltenheit von lebensbedrohlichen Situationen gegenüber einer Akutklinik, in der ein gut eingespieltes „Reanimations-Team“ stets für die gesamte Klinik einsatzbereit ist, stellt aus Sicht der leitenden Ärztin eine große Herausforderung dar. Zum einen besteht wenig praktische Übung, zum anderen der trügerische Eindruck, es passiere ja doch nichts. Zum Gelingen des medizinischen Notfallmanagements bedarf es der ständigen Aufrechterhaltung der Wachsamkeit, des regelmäßigen Trainings und einer proaktiven Fehlerkultur, gerade weil medizinische kritische Ereignisse so selten, aber bei Eintreten so gravierend sind.

Neben den Aushängen des Notruf – und Alarmplanes sind alle notfallrelevanten Dokumente und Informationen im Roten Notfallordner im Med. Dienstzimmer griffbereit.

4.7.5 Organisation des medizinischen Notfallmanagements

Aufgrund der zentralen Lage der Medizinabteilung im Empfangsbereich der Klinik, kommen die Rehabilitanden bei akuten Beschwerden normalerweise direkt hierher. In welchen Fällen dies aus medizinischen Gründen nicht ratsam ist, wird bei der allgemeinen Einführung und ggf. im Rahmen der individuellen Aufklärung bei Aufnahme erläutert.

Wir verfolgen ein konsequent vorausschauend-präventives medizinisches Notfallmanagement, indem wir Risikopatienten möglichst schon bei der Indikationsprüfung identifizieren, ggf. ein Vorgespräch vor Ort führen und ggf. geeignete Maßnahmen einleiten, z.B. eine bestimmte Abklärung vor Aufnahme. Bei Aufnahme werden die Namen von Risikopatienten in der zentralen Startmaske des Klinikdokumentationssystem PATFAK gekennzeichnet, auf das alle mit den Rehabilitanden beschäftigten Personen zugreifen.

Die unterschiedlichen medizinischen Risiken sind in bestimmten Risiko-Kategorien zugeordnet, so dass sich das Risikoprofil der Rehabilitanden durch farbliche Reiter schnell erfassen lässt: z.B. Hypoglykämie-Risiko bei insulinpflichtigen Diabetikern, kardiovaskuläre Risiken, Krampfanfälle, Allergien etc. Ebenso werden Drogenbegleitkonsum, psychische Auffälligkeiten, Sturzrisiken, Suizidrisiko und Infektionsrisiken (z.B. Hepatitis C) gekennzeichnet. So behalten wir den Überblick, sind darauf eingestellt und können konkrete Notfallsituation schneller und sicherer erfassen.

Der 24/7-Päsenzdienst, also der Bereitschaftsdienst rund um die Uhr, insbesondere in den Nächten und an Wochenenden und Feiertagen, wird in der Fachklinik Oerrel von den Pflegefachkräften aufrechterhalten. Die ständige fachärztliche Rufbereitschaft führen die beiden Ärzte aus, für die es für unvorhergesehene Ausfälle eine Vertretungsregelung gibt. Da beide Ärzte in unmittelbarer Nähe der Klinik wohnen, ist in der Regel im Notfall eine zügige Arztpräsenz binnen weniger Minuten möglich. Personelle Unterstützung kommt von den betrieblichen Ersthelfern und Physiotherapeuten.

Die diensthabende Pflegekraft hat rund um die Uhr das mobile Notfalltelefon (Rufnummer 14) bei sich. Die Ärzte führen alternierend an Werktagen, in der Regel zwischen 8 und 20 Uhr das ärztliche mobile Notfalltelefon mit der internen Rufnummer 40 bei sich (DECT-Telefon), für den Fall, dass sie gerade nicht in ihrem Büro anzutreffen sind. Anruf auf dem Notruftelefon signalisiert dem Arzt zudem die Notfallsituation.

4.7.6 Rettungskette / Überlebenskette am Tage

Bei einer auch für Laien eindeutig lebensbedrohlichen Notfallsituation (Herz- und Atemstillstand) ist als erstes umgehend über die 112 der Notarzt (NAW) zu rufen. Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen sind unverzüglich von allen primär mit dem Notfallpatienten im Kontakt stehenden (sei es Pflegekraft, Therapeut oder Ersthelfer) sofort vor Ort einzuleiten bis zum Eintreffen des Arztes. Dieser leitet die Notfallbehandlungsmaßnahmen bis zur Übergabe an den Notarzt. Bei allen lebensbedrohlichen Situationen, die keinen hausinternen Transport in die Medizin zulassen (z.B. bei Verdacht auf Herzinfarkt), ist auf eine Abschirmung des Betroffenen vor Schaulustigen zu achten. Deswegen ist auch das nichtmedizinische Personal gehalten, am Notfallort für weitere Anweisungen des Arztes zur Verfügung zu stehen.

Bei kritischen gesundheitlichen Problemen meldet der betroffene Rehabilitand oder ein Zeuge der Notfall-Situation (z.B. Therapeut, Mitpatient, Besucher) entweder über die Notrufanlage oder per Telefon. Für den telefonischen Notruf stehen in den Häusern Wandtelefone bereit; Risikopatienten erhalten ein mobiles Notruftelefon mit Notrufknopf, ansonsten ist dem Rehabilitanden ein Notrufkontakt auch über das eigene Mobiltelefon möglich. Je dringlicher der Notfall, desto besser, wenn beide Kanäle benutzt werden, sofern möglich. Die Meldung per Telefon statt per Notruf-Taster ermöglicht die sofortige kurze Schilderung der Situation über die Standard- W-Fragen (wo, was, wer?) und gezielte Rückfragen, was Hilfe deutlich effizienter organisieren lässt. Bei Notruf über das Notrufsystem eilt die Diensthabende Pflegekraft umgehend mit der Basis-Notausstattung (Notfalltasche) zum Ort des Geschehens und erkundet die Situation.

Bei Eingang eines Notrufes über die Anlage und/oder über das Notfall-Telefon ruft die Pflegekraft sofort den diensthabenden Arzt hinzu, der den AED und den Notfallrucksack mit Sauerstoff mitbringt oder dessen Transport veranlasst. Weitere am Ort befindliche Personen (Mitarbeiter) werden in die Erstversorgung eines medizinischen Notfalles einbezogen, z.B. die Anforderung einer Notarztes und/oder RTW, welche möglichst nicht in Gegenwart des Notfallpatienten erfolgen sollte, und die Einweisung desselben an den Ort des Geschehens. (Lotsendienst) oder in die Mitnahme u.U. schaulustiger Mitrehabilitanden.

4.7.6.1 Rettungskette (Überlebenskette) am Wochenende und nachts

- Ist die diensthabende Pflegekraft in den Nächten und an Wochenenden allein im Haus, sollte sie sich bei medizinischen Notfällen immer wirksam Hilfe anfordern.
- Im Falle eines Notrufs über die Notrufanlage ist neben der Notfalltasche auch der Defibrillator zum Einsatzort mitzubringen.
- Nach Ersteinschätzung der medizinischen Notfallsituation ist die sinnvolle Reihenfolge der Alarmierung von Notarzt und diensthabenden Arzt zu wählen:
 - Bei einer eindeutig lebensbedrohlichen Notfallsituation (Herz- und Atemstillstand, Bewusstlosigkeit, Schlaganfall) wird als erstes umgehend über die 112 der Notarzt (NAW) gerufen.
 - Bei anderen, akutmedizinischen Krankheitsbildern (z.B. Luftnot, Hypertensive Krise, Herzinfarktverdacht, Hypoglykämie), ist ebenfalls als erstes der Notarzt zu rufen, wenn bekannt ist, dass der diensthabende Arzt nicht innerhalb von 5 Minuten eintreffen kann.
- Im Zweifelsfall wird immer und umgehend den Notarzt angefordert werden, dann der diensthabende Arzt ins Haus rufen.
- Bei allen anderen gesundheitlichen Problemen, die Anlass für einen Notruf sind, wird umgehend der diensthabende Arzt verständigt und das weitere Vorgehen abgestimmt.

- Bis zum Eintreffen eines Arztes sind lebenserhaltende Sofortmaßnahmen allein durchzuführen. Dabei gelten die ERC-Richtlinien von 2015.
- Der Rehabilitand darf nicht allein gelassen, sondern muss ständig überwacht bzw. reanimiert werden.
- Bei Notrufmeldung bei der Leitstelle wird auf eine korrekte Einweisung / Ortbezeichnung des Einsatzortes geachtet, eventuell ist eine Nachmeldung sinnvoll, wenn der Nachtdienst keine Hilfsperson zum Einweisen des Notarztes hat.
- Nach Möglichkeit sollen die Rettungssanitäter und der Notarzt am Klinikeingang empfangen werden und zum Ort des Geschehens gelotst werden.
- Die Mobilfunknummern der in Rufbereitschaft diensthabenden Ärzte werden per Kurzwahl von den Diensttelefonen aus erreicht werden können.

4.7.7 Technischer Notfall

Ein technischer Notfall ist z.B. bei Brand oder einer Explosion gegeben. In diesen Fällen gilt immer Personenrettung vor Brandbekämpfung. Der Evakuierungsplan der Fachklinik Oerrel ist zu beachten. Um einen genauen Überblick der im Haus anwesenden Personen zu erhalten, ist es wichtig, dass bei der Evakuierung die aktuelle Anwesenheitsliste und die Ausgangsliste von der diensthabenden Schwester zum Sammelpunkt mitgenommen und dort gecheckt werden. Die Anwesenheitsliste wird täglich von den diensthabenden Schwestern neu erstellt und vorgehalten.

4.8 Hygienemanagement

Als Rehaklinik mit vorwiegend psychosozialer Ausrichtung gelten Hygienepräventionsmaßnahmen der Stufe 1. Gemäß NMedHygVO (Niedersächsische Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen) und in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt im Landkreis Gifhorn besteht daher die **Hygienekommission** der Fachklinik aus folgenden fünf Personen:

- hygienebeauftragte Hauswirtschaftsleiterin (Frau Bohne),
- leitende Ärztin, in Personalunion hygienebeauftragte Ärztin (Frau Friedrich),
- Leiterin der Gesundheits-und Krankenpflege (Frau Janeke),
- der Geschäftsführer (Herr Hierzer),
- Leiter der Haustechnik (Herr Reihl).

Eine Hygienefachkraft oder ein Krankenhaushygieniker sind bei Zuordnung der Klinik zu der Stufe 1 zurzeit nicht erforderlich, können jedoch bei Bedarf extern hinzugezogen werden.

Laut Krankenhaushygieneverordnung (NMedHygVO) obliegt der ärztlichen Leitung der Einrichtung der Vorsitz der Hygienekommission, die regulär 2 x jährlich tagt und ihre Aufgaben gemäß der gesetzlichen Anforderungen in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt wahrnimmt und ausführt. Einmal jährlich führt sie die interne Klinikbegehung durch.

Hygienehandbuch und Hygienepläne liegen für die Klinikbereiche vor; das Risikoprofil und Präventionsmaßnahmen werden stetig den aktuellen Entwicklungen z.B. von Problemkeimen, überprüft und angepasst. Mitarbeiterschulungen zum Thema Hygiene und Infektionsschutz werden 2 x jährlich für alle Mitarbeiter aus den Bereichen Hauswirtschaft und Medizin, sowie alle 2 Jahre für alle übrigen Mitarbeiter als Pflichtschulung durchgeführt. Das Gesundheitsamt des Landkreises Gifhorn führt einmal jährlich die Begehung durch.

5 Dokumentation

Die Dokumentation von Verlauf und Ergebnissen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker und insbesondere der Leistungen im Bereich Arbeits- und Berufsorientierung findet statt:

- in den genannten Checklisten und Arbeitsdokumenten (wie Aufnahme-Checkliste, Bora-Checkliste, ICF Fallvorstellung, Melba, Mini ICF APP, ICF Verlaufsdok Core Set)
- in der medizinischen, bezugs- und arbeitstherapeutischen Patientenakten
- in der computerbasierten Eingangs- und Abschlussdiagnostik
- in der einrichtungsinternen Leistungserfassung (KTL) über PATFAK
- im Reha-Entlassungsbericht (Word-Arbeitsdokument)
- in der Basisdokumentation über PATFAK
- die EDV-gestützte Verlaufsdokumentation erfolgt mit dem System PATFAK (zur Zeit teilweise doppelte Dokumentation Papier/EDV)

Die Leistungserfassung erfolgt auf der Grundlage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Wichtige KTL-Ziffern im Zusammenhang mit arbeits- und berufsbezogenen Leistungen sind im Anhang (→ **KTL nach BORA-Bezugsgruppen**) zusammengefasst.

Die Ergebnisse aller Visiten, Übergabegespräche, Team- und Fallbesprechungen werden ebenso wie Verordnungen dokumentiert.

6 Angaben zum Datenschutz

Datenschutzbeauftragter: Geschäftsführer

Zugang zu Patientendaten

Die EDV vergibt und verwaltet die Zugänge zum EDV System nach Vorgabe des Geschäftsführers. Die Verwaltungsmitarbeiterin Frau Wiebusch erteilt die Zugänge in das PATFAK und legt die Höhe der Freigabestufe fest. Papiergebundene Akten werden zentral in der Verwaltung in einem Stahlschrank aufbewahrt. Die Therapeuten haben Zugriff darauf, mit der Maßgabe, die Akten nach Verwendung, spätestens jedoch vor Verlassen des Arbeitsplatzes, zurück zu stellen. Die Medizin-Akten werden im Dienstzimmer der Medizin unter Verschluss gehalten. Die Archivierung ist ebenfalls im QM geregelt.

Mitarbeiterereinweisung

Alle Mitarbeiter der Klinik unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 35 des Sozialgesetzbuches (SGB) I und §§ 67 ff. des Sozialgesetzbuches (SGB) X sowie den gültigen Datenschutzbestimmungen. Jährlich wird eine Datenschutzbildung durchgeführt. Bei Neueinstellung ist im Einarbeitungsplan eine Einweisung in den Datenschutz verankert. Die Mitarbeiter unterschreiben eine Schweigepflicht-Vereinbarung bei Einstellung.

Das alltägliche Verhalten bei der Arbeit schließt einen sensiblen Umgang mit Patienten- und Mitarbeiterdaten ein. Dies betrifft Gesprächsführung in Anwesenheit Dritter, Telefonate mit Angehörigen oder Behörden, Zugang zu Akten, Dokumenten und Computern sowie die Aufbewahrung und fristgerechte Vernichtung von Daten. Auskünfte über Patienten an Dritte (Beratungsstellen, Hausärzte, Angehörige) werden ausschließlich dann erteilt, wenn eine spezifische Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten vorliegt.

Sensibilisierung der Rehabilitanden und Fotoverbot

Ein relativ neues Thema durch soziale Netzwerke im Internet ist die Datensicherheit nach außen durch Patientenaktivitäten. Hier werden Fotos in sozialen Medien gepostet. Es besteht oft wenig Kenntnis über und wenig Einsicht in das Thema Datenschutz. Der sensible Umgang mit solchen

Daten ist daher regelmäßig Thema bei Aufnahme und - anlassbezogen - in der Vollversammlung.

7 Qualitätssicherung

7.1 Angaben zum Qualitätsmanagement

Die Fachklinik nimmt am externen Qualitätssicherungsprogramm der DRV teil.

Das interne Qualitätsmanagement der Fachklinik Oerrel der Haus Niedersachsen gGmbH ist seit 2010 fortlaufend nach DIN EN ISO 9001:2008, DEGEMED/FVS zertifiziert. Die Fachklinik Oerrel erfüllt damit die Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), nach § 20 SGB IX.

Eine Stabstelle Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB Rainer Winkelhoch) 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 der Fachklinik Oerrel 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. Jährliche Qualitätsziele und - Projekte dienen ebenfalls der Weiterentwicklung.

Rehabilitanden- und Mitarbeiterbefragungen betreffen die Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten und der Ausstattung der Einrichtung. Ein internes Beschwerdemanagement und Ideenmanagement wurden eingerichtet.

Statistische Daten (Kerndatensatz) werden kontinuierlich als Basisdokumentation über das Erfassungsprogramm PATAFAK erhoben und zur bundesweiten Auswertung zur Verfügung gestellt. Die Daten aus der Basisdokumentation 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).

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-Entlassberichts 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 Verlaufsdokumentation schreiben. Die fristgerechte Fertigstellung und Übersendung haben hohe Priorität und werden über ein internes Controllinginstrument nachgehalten.

Der Entlassbericht wird zur Entlassung fertiggestellt. Die Übermittlung nach §301 SGB V ist angedacht.

7.2 Aktuelle Projekte

- KTL-Hauskatalog und PATAFAK- Therapie-Steuerung (31.07.2017)
- Anpassung der Hausordnung und des Therapievertrages (18.08.2017)
- Optimierung der Medizinische Dokumentation (30.08.2017)
- Einführung Therapieangebot Bewegungsbad (im 3. Quartal 2018)

- Projekt Optimierung des Reha-Entlassbericht: Versandfertig am Entlasstag (31.12.2017)
- Implementierung von Mini ICF APP und ICF-Dokumentation mittels Cores Set (bis 31.12.2017)
- Umstellung auf das Elektronische Dienstbuch in PATFAK (bis 31.12.2017)
- Projekt Interdisziplinäre Verlaufsvsiste (IVV) (bis 31.03.2018)
- Optimierung des Entlassungsmanagement (bis 31.03.2018)
- Einführung des Neurokognitiven Training (NKT)/ Antialkoholtraining (bis 31.03.2018)
- Paartherapie: Konzeption einer Paartherapie (bis 30.06.2018)
- BORA: Kooperationen wiederbeleben und ausbauen, zur Durchführung externer Praktika
- Planung eines Kinoraumes

7.3 Künftige Projekte

- Umstellung auf Datenübermittlung nach §301 SGB V
- Projekt Gewaltprävention und Umgang mit Fremdgefährdung
- GERA-Projekt: Konzeption einer Geriatrischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit überwiegend psychischen Folge und Begleiterkrankungen
- BORA-GERA-Verknüpfungsprojekt: Konzept einer Generationen verbindenden Förderung von sozialtherapeutisch wirksamer Selbsthilfe

8 Forschungsaktivitäten (optional)

Geplant ist die Auswertung der Rauchentwöhnungsergebnisse mittels MET / Klopftchnik über einen Zeitraum von 5 Jahren.

9 Literaturverzeichnis (folgt)

10 Abkürzungsverzeichnis (folgt)

11 Änderungsverzeichnis (folgt)

12 Mustertherapiepläne - siehe Anhang

Teil II Besondere Konzepte - derzeit keine weiteren Konzepte

13 Mustertherapiepläne

- 1 Therapieverlauf
- 2 Raumplan
- 3 Stundenplan Aufnahmegruppe
- 4 Stundenplan Bezugsgruppe
- 5 Stundenplan Arbeitstherapie

14 Patienteninformation und Fragebogen vor Aufnahme

- 6 Aufnahmebrief
- 7 Aufnahmebrief - Hinweise für die Anreise
- 8 Aufnahmefragebogen (inkl. Simbo C)
- 9 Patienteninfo Tetanus
- 10 Patientendatenschutzerklärung
- 11 Therapiegrundsätze und Leitlinien
- 12 Hausordnung

15 Instrumente und Arbeitsbögen

- 13 Therapievereinbarung
- 14 Zielkatalog
- 15 Vereinbarung Therapieziele
- 16 Therapieziele
- 17 ICF Fallvorstellung
- 18 Planung Indikative Gruppen
- 19 Kommunikationsmatrix
- 20 Aufnahmecheckliste bei Indikationsprüfung
- 21 Melba Beobachtungsbogen
- 22 BORA Leistungsspektrum nach BORA-Bezugsgruppen
- 23 Vorläufige Leistungseinschätzung
- 24 Aushang Hinweise zum Verhalten im Notfall

16 Dokumente aus dem Qualitätsmanagement (Prozessbeschreibungen)

- 25 Medizinische Aufnahmecheckliste
- 26 Interkurrente Behandlung
- 27 Notfallmanagement (Flowchart)
- 28 Psychiatrische Notfälle (nach PsychKG)