



1.1 Rehabilitationskonzept

für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

MEDIAN Psychotherapeutische Klinik

Bad Liebenwerda

Institutionskennzeichen (IK): 511 201 141
QS-Nr.: 8000061

Verfasser: Dr. med. Peter Flüchter, Dipl.-Psych. Katja Gonsior-Haas
Datum der Erstellung: 01.09.2023 / Version 1

1.2 Kontaktdaten

Rechtsform der Einrichtung: GmbH und Co. KG

Träger der Einrichtung: MEDIAN Psychotherapeutische Klinik GmbH & Co. KG
Franklinstraße 28 – 29, 10623 Berlin

Anschrift: Dresdener Straße 19, 04924 Bad Liebenwerda

Telefon: 035341 90-2138

Fax: 035341 90-2144

E-Mail-Adresse: kontakt.ptk@median-kliniken.de

Internet-Adresse: <https://www.median-kliniken.de/de/median-psychotherapeutische-klinik-bad-liebenwerda/>

Geschäftsführer: Prof. Dr. Marc Baenkler
Geschäftsführer (CEO Deutschland)
Philipp Schulte-Noelle (COO, CFO)

Kaufmännischer Leiter: Volker Schnittger

Chefarzt: Dr. med. Peter Flüchter

Oberarzt: N. N.

Therapeutische Leitung: Dipl.-Psych. Katja Gonsior-Haas

Pflegedienstleitung: Janine Liehr

1	KONTAKTDATEN	2
1.1	INHALTSVERZEICHNIS	3
2	ALLGEMEINE ANGABEN	4
2.1	ZUR EINRICHTUNG	4
	ZUR FACHABTEILUNG	5
3	STRUKTUR DER FACHABTEILUNG	9
	RÄUMLICHES ANGEBOT	9
3.2	MEDIZINISCH-TECHNISCHE AUSSTATTUNG	9
3.3	PERSONELLE BESETZUNG	9
3.4	ÖFFNUNGSZEITEN DER EINRICHTUNG U. THERAPIEZEITEN DER REHABILITANDEN	11
3.5	VERPFLEGUNG	11
4	MEDIZINISCH-KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN	12
4.1	INDIKATIONEN / KONTRAINDIKATIONEN	12
	4.1.1 Indikation	12
	4.1.2 Begleiterkrankungen.....	12
	4.1.3 Besondere Zugangswege.....	13
	4.1.4 Kontraindikationen	13
4.2	REHABILITATIONSZIELE	13
4.3	FACHABTEILUNGSSPEZIFISCHE THERAPIEAUSRICHTUNG	14
	REHABILITATIONSDAUER UND KRITERIEN DER VERKÜRZUNG / VERLÄNGERUNG	19
5	REHABILITATIONSABLAUF UND -INHALTE	19
5.1	AUFNAHMEVERFAHREN	19
5.2	REHABILITATIONSDIAGNOSTIK.....	21
	DAS INTERDISZIPLINÄRE REHA-TEAM	21
5.4	ÄRZTLICHE AUFGABEN	23
5.5	BEHANDLUNGSELEMENTE	24
	Berufsgruppen/therap. Bereiche mit ihren Aufgaben und	24
	5.5.1 Angeboten	24
	5.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	27
	5.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung	30
	5.5.4 Einbeziehung von Angehörigen.....	36
5.6	ENTLASSUNGSMANAGEMENT.....	37
5.7	NOTFALLMANAGEMENT	38
5.8	HYGIENE	42
6	DOKUMENTATION	43
7	ANGABEN ZUM DATENSCHUTZ	44
8	QUALITÄTSSICHERUNG	44
9	MUSTERTHERAPIEPLÄNE	44
	AUFNAHMEGRUPPE	45
	GRUPPENPLAN GRUPPE 1.....	45
	GRUPPENPLAN GRUPPE 2.....	46
	GRUPPENPLAN GRUPPE 3.....	46
	GRUPPENPLAN GRUPPE 4.....	47
	GRUPPENPLAN GRUPPE 5.....	47
	GRUPPENPLAN GRUPPE 6.....	48
	GRUPPENPLAN GRUPPE 7.....	48
	GRUPPENPLAN GRUPPE 8.....	49
	GRUPPENPLAN GRUPPE 9.....	49
10	FORSCHUNGSAKTIVITÄTEN	50
11	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	50
12	LITERATURVERZEICHNIS	50

2 Allgemeine Angaben

2.1 Zur Einrichtung

In der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda (PTK) werden seit 1993 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Ein Teil des Gebäudekomplexes wird seit über 100 Jahren für therapeutische Zwecke genutzt.

- 1905:** Das auf Initiative von Bürgern der Stadt gebaute „Eisenmoorbad“ wird eröffnet und zunächst werden in dem Gebäude Moorbäder ambulant verabreicht.
- 1951:** Durch den Anbau eines Wohnflügels können nun bis zu 53 Kurgäste im „Eisenmoorbad“ untergebracht werden.
- 1991:** Die RHM Altenheim- und Klinikgruppe mit Sitz in Deidesheim übernahm das „Eisenmoorbad“ und setzte die traditionsreiche Anwendung von Moorbädern in Bad Liebenwerda fort.
- 1993:** Nach der Eröffnung des Neubaus der „Rheumaklinik“ am 01. Juli erhält das historische Gebäude des ehemaligen „Eisenmoorbades“ eine neue Aufgabe. Am 01. August 1993 wird nach umfangreicher Modernisierung die Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda, eine Fachklinik für abhängigkeitskranke Menschen, eröffnet.
- 1996:** Mit der Eröffnung des neu erbauten Bettenhauses stehen in der Psychotherapeutischen Klinik 122 Therapieplätze für abhängigkeitskranke Frauen und Männer zur Verfügung. Zu den ebenfalls neu gestalteten Außenanlagen gehören ein Volleyballfeld, eine Liegewiese und der Spielplatz für Kinder, die im Rahmen des besonderen Therapieangebotes für abhängigkeitskranke Mütter oder Väter ihre Eltern begleiten.
- 2011:** Waterland Private Equity übernimmt die RHM Klinikgruppe und wird Träger der Psychotherapeutischen Klinik.
- 2016:** Nach Übernahme der MEDIAN Kliniken im Dezember 2014 führt Waterland die RHM- und die MEDIAN Kliniken zusammen. Die Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda wird damit Teil von MEDIAN; „einem der größten Verbünde von Rehabilitationskliniken in Deutschland.“

Das Gebäude der PTK fügt sich harmonisch in das Gesamtbild von historischem Lubwartturm, alten Landratsvillen und dem modernen Bauwerk der Fontana-Klinik ein. Beim Ausbau der Klinik ist es gelungen, das historische Gebäude des mehr als 100 Jahre alten „Eisenmoorbades“ zu erhalten und zu restaurieren. Dort befinden sich jetzt die Verwaltungs- und Einzeltherapieräume.

Die PTK verfügt im 1996 errichteten Neubau über 60 Doppelzimmer, zusätzlich können im Familienbereich im Altbau 2 Rehabilitanden wohnen. Damit stehen 122 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Die PTK liegt in direkter Nähe des Zentrums von Bad Liebenwerda. Die Kurstadt Bad Liebenwerda hat 10.000 Einwohner und befindet sich im Süden des Landes Brandenburg, im Naturpark „Niederlausitzer Heidelandschaft“.

Mit dem Auto ist die Stadt aus Richtung Berlin oder Dresden über die BAB13 (Abfahrt Ruhland) und die B169 zu erreichen. Aus Richtung Leipzig gelangt man über die B87 (bis Torgau) und die B183 nach Bad Liebenwerda.

Vom Bahnhof der Stadt bestehen Verbindungen in Richtung Leipzig und Cottbus (direkt) sowie nach Dresden und Berlin (1x Umsteigen). Der 5-minütige Fußweg vom Bahnhof zur PTK verläuft durch den Kurpark und ist ausgeschildert.

Bei einer direkten Verlegung aus dem Krankenhaus werden die Rehabilitanden vom Fahrdienst der Klinik abgeholt.

Da die überwiegende Anzahl der Rehabilitanden der PTK im erwerbsfähigen Alter ist, sind die Rentenversicherer auch die Hauptleistungsträger für die medizinische Rehabilitation.

Der 1905 errichtete Altbau ist aus Denkmalschutzgründen nicht völlig barrierefrei. Damit ist die Klinik insgesamt als bedingt barrierefrei einzuschätzen. Daher ist eine Aufnahme für Rollstuhlfahrer und Menschen mit Sehbehinderung nicht möglich. Psychotherapeutische Arbeit ist mit Menschen ohne Gehör nicht möglich, außer mit Therapeuten, die Gebärdensprache beherrschen. Dies können wir jedoch nicht vorhalten.

Es besteht die Möglichkeit, adipöse Rehabilitand*innen (von 130-150 kg) aufzunehmen. Zimmer- und Nasszellen sind entsprechend ausgestattet und Schwerlaststühle sind vorhanden für Mahlzeiten und Therapien.

2.2 Zur Fachabteilung

Die federführende Rentenversicherung für die MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die die Einhaltung der Standards der Leistungsträger (räumliche Ausstattung, Anzahl und Qualifikation des Personals, Therapieinhalte und -schwerpunkte) auf der Grundlage der Strukturanforderungen der DRV¹ laufend überprüft und die Klinik bei der Umsetzung berät. Die Fachabteilung hat 122 Behandlungsplätze und bis zu 10 Plätze für Begleitkinder im Alter von 1-12 Jahren.

Die Klinik nimmt nicht am AHB-Verfahren teil.

Die MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda hat folgende Verträge und Vereinbarungen mit verschiedenen Sozialleistungsträgern:

- Versorgungsvertrag §111 SGB V vom 07.11.1994
- Basisvertrag nach § 38 SGB IX mit der DRV Knappschaft-Bahn-See vom 28.06.2019
- Basisvertrag mit der DRV Berlin-Brandenburg zur Ausführung von Leistungen zur Rehabilitation vom 04.04.2012
- Belegungsvertrag mit der DRV Bund vom 13.07.2013
- Vertrag zur Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit der DRV Mitteldeutschland vom 04.08.2014
- Integrierte stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker (ISBA) in Kooperation mit der DRV Knappschaft-Bahn-See und der Knappschafts-Krankenkasse

Als Fachklinik für abhängigkeitskranke Menschen versteht sich die MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda als Teil einer Behandlungskette von Einrichtungen des Suchthilfesystems, die den Betroffenen auf seinem Weg ins abstinente Leben begleiten und unterstützen. Ein wichtiger Bestandteil unseres Behandlungskonzeptes ist daher die Vernetzung der stationären Entwöhnungsbehandlung mit der vor- und nachstationären Betreuung.

¹ Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen vom 23.04.2018

Mit verschiedenen Institutionen der Behandlungskette (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Krankenkassen, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Adaptionshäuser, Langzeittherapieeinrichtungen, Einrichtungen des betreuten Wohnens, Tagesstätten, Übergangwohnheime) findet über unsere tägliche Arbeit eine kontinuierliche Kooperation und ein fachlicher Austausch statt.

Eine regionale Vernetzung im Verbund der Suchtkrankenhilfe besteht durch die aktive Mitarbeit der Vertreter unserer Klinik in der „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“ des Landkreises, in der „Vereinigung Deutscher Sozialdienst im Krankenhaus e.V.“ sowie der Kooperation mit der „Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.“. Die Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda ist Mitglied im Fachverband Sucht e.V. (FVS e.V.).

Mit dem Elbe-Elster-Klinikum hat sich bereits seit Jahren eine enge Zusammenarbeit bewährt. In der Psychiatrischen Klinik Finsterwalde kann daher jederzeit eine stationäre Aufnahme zur Entzugsbehandlung oder bei akuten psychiatrischen Erkrankungen erfolgen.

Mitarbeiter unseres Hauses nehmen regelmäßig an der Gesprächsgruppe der Rehabilitanden der Entgiftungsstation teil und informieren über Inhalt und Ablauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Diese „Motivationsgruppen“ gestalten wir auch in anderen Krankenhäusern.

Die Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen nimmt einen besonderen Stellenwert ein. Am Beginn der Rehabilitation ist der Sozialbericht eine wichtige Grundlage der therapeutischen Arbeit. Innerhalb des Behandlungszeitraumes nehmen die Bezugstherapeuten mindestens zweimal telefonischen Kontakt zur betreuenden Beratungsstelle auf. Dies erfolgt bei der Übernahme des Rehabilitanden in die Bezugsgruppe, um sich mit dem Suchtberater über die Vorbehandlung und den Behandlungsbeginn auszutauschen. Eine Schweigepflichtsentbindung vorausgesetzt, wird die Beratungsstelle bzw. die Nachsorgeeinrichtung zum Ende der Rehabilitation über die bevorstehende Entlassung, den Therapieverlauf und das Behandlungsergebnis informiert.

Wir arbeiten mit allen Nachsorgeeinrichtungen in der Region und in ganz Deutschland zusammen, um die optimale Nachsorge für die Rehabilitanden vorzubereiten. Die Weitervermittlung der Rehabilitanden in Nachsorgeeinrichtungen erfolgt durch den Sozialdienst der Klinik.

Für Konsile kooperieren wir mit folgenden externen Ärzten:

Kooperation	Verantwortung	Inhalt	Modus
MEDIAN Fontana-Klinik	CA Hr. Dr. Lehmann-Leo	Innere Medizin	Bei Bedarf
MEDIAN Fontana Klinik	CA Hr. Dipl.-Med. Fleißner	Orthopädie	Bei Bedarf
	Hr. Dipl.-Med. Burkhard Schlausa	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	Bei Bedarf
	Fr. Simone Behnke	Fachärztin für Allgemein Chirurgie	Bei Bedarf
	Fr. Dr. med. Heike Passin	Fachärztin für Innere Medizin in Elsterwerda	Bei Bedarf
	Hr. Dr. med. Knut Klinkmüller	Facharzt für Urologie in Elsterwerda	Bei Bedarf
	Praxis Herr und Frau Dr. med. Hold	Fachärzte für Allgemeinmedizin	Bei Bedarf
	Fr. Dr. med. Anett Münch	Fachärztin f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Bei Bedarf
	Fr. Dr. med. Ulrike Oboril	Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Bei Bedarf
	Herr Dr. med. Peter Otto	Facharzt für Augenheilkunde	Bei Bedarf
	Hr. Dr. med. dent. Olaf Meusel	Zahnarzt	Bei Bedarf
	Hr. Dr. med. dent. Frank Stiehr	Zahnarzt	Bei Bedarf
	Fr. Dr. med. dent. Patricia Rudolph	Zahnärztin	Bei Bedarf
Elbe-Elster Klinikum Finsterwalde	Hr. Sören Pest MPH	Entgiftungsbehandlung	Bei Bedarf

Fortbildung

Die interne Fortbildung wird durch den Chefarzt und die therapeutische Leitung organisiert. Regelmäßig findet eine interne Fallvorstellung statt, in der diagnostische und therapeutische Fragestellungen diskutiert werden. Dies dient der Erweiterung des therapeutischen Repertoires und es können bspw. Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse oder Spaltungsmechanismen aufgedeckt werden. Weitere Termine der internen Fortbildung werden durch Vorträge externer Referenten oder von Mitarbeitern (bspw. nach Teilnahme an Kongressen) gestaltet.

Die externe Weiterbildung von Mitarbeitern wird unterstützt durch Freistellung und/oder Beteiligung der Klinik an den Kosten.

Supervision

Im Rahmen der internen Supervision dienen die rehabilitanden- und fallzentrierten Besprechungen der Information und dem Erfahrungsaustausch der Therapeuten, der Abstimmung von Therapieplanung sowie der angewandten Therapiemethoden, der Integration verschiedenster Elemente des Rehabilitandenverhaltens und nicht zuletzt der Lösung intertherapeutischer Probleme. Unter Leitung des Chefarztes oder der Therapeutischen Leitung findet täglich eine Gesamtteamsitzung statt, die sich mit den medizinischen und therapeutischen Kernpunkten der jeweiligen Therapiegruppe befasst. Die Therapieziele und die Art und Weise des Vorgehens werden festgelegt, abgestimmt und koordiniert.

Für die interne Einzelsupervision stehen der Chefarzt und die Therapeutische Leitung zur Verfügung.

Die monatlich stattfindende externe Supervision wird durch einen ambulant tätigen Psychotherapeuten gewährleistet. Die Supervision findet als Einzel- und Fallsupervision statt, und ist für die psychotherapeutisch tätigen Mitarbeiter verpflichtend.

Freizeitangebote

In der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik werden an jedem Wochentag abends sowie an den Wochenenden tagsüber freizeittherapeutische Aktivitäten angeboten.

Unter der Leitung der Freizeittherapeutin werden mit den Rehabilitanden sinnvolle und kreative Freizeitaktivitäten organisiert. Dabei werden Aktivitäten ausgewählt, die von der häufig zu beobachtenden Passivität und Konsumhaltung wegführen und Gefühle von Langeweile und innerer Leere gar nicht erst aufkommen lassen. Rehabilitanden werden angehalten, ihren häufig suchtmittelbezogenen Lebensstil in Richtung einer aktiven Lebens- und Freizeitgestaltung zu verändern und hierüber Befriedigung und inneren Ausgleich zu finden.

Zu den vielfältigen Zielen der Freizeittherapie gehören auch das Erlernen von Planung und Organisation eines sinnvollen Freizeitprogramms, die Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl, die Förderung von Eigeninitiative und das Wecken neuer Interessen. Die Freizeittherapeutin bietet dazu Anregung, Motivation und Unterstützung bei der Durchführung von hausinternen und externen Aktivitäten.

3 Struktur der Fachabteilung

3.1 Räumliches Angebot

Die Büros der Bezugstherapeuten und der Verwaltung sind im Altbau eingerichtet. Außerdem bietet sich eine Vielzahl räumlicher Möglichkeiten für die Behandlung und zur Freizeitgestaltung. Dazu gehören freundliche Gruppenräume, Arzt- und Therapiezimmer, eine eigene physiotherapeutische Abteilung sowie viele einladend eingerichtete Aufenthalts-, Sitz- und Gesprächsmöglichkeiten im gesamten Haus. Die interne Arbeits- und Werktherapie verfügt über sehr gut ausgestattete Werkräume sowie über zehn Computerarbeitsplätze und Internet-Anschluss. Zum Raumangebot gehören ebenso Sport- und Gymnastikräume, die den Rehabilitanden auch in der Freizeit zur Verfügung stehen.

Der Neubau ist völlig barrierefrei und mit einem Fahrstuhl ausgerüstet. Der 1905 errichtete Altbau ist aus Denkmalschutzgründen nicht völlig barrierefrei. Damit ist die Klinik insgesamt als bedingt barrierefrei einzuschätzen.

Das Gebäude, das den historischen und den modernen Komplex verbindet, bietet Platz für das Restaurant sowie zahlreiche Räume für die Gruppen- und Gestaltungstherapie.

Im Neubau befinden sich 60 Doppelzimmer mit Dusche/WC, zusätzlich können im Familienbereich im Altbau 2 Rehabilitanden wohnen.

3.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Die apparative Ausstattung (z.B. Atemalkoholmessgerät, EKG, Notfallkoffer, automatischer Defibrillator) entspricht modernen Standards. In Kooperation mit der direkt benachbarten Fontana-Klinik, einer Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Rheumatologie, können weitere diagnostische Möglichkeiten (Röntgen, Lungenfunktion, Sonographie) genutzt werden.

3.3 Personelle Besetzung

Das Personal zur Durchführung der konzeptionell festgelegten Rehabilitationsleistungen wird in Quantität und Qualität vorgegeben und erfüllt. Grundlage hierfür sind die allgemeinen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur personellen Ausstattung für die stationäre Entwöhnung, zudem und insbesondere die mit dem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, abgestimmte Personalausstattung. Für die Mitarbeiterschaft im medizinisch-therapeutischen Bereich erfolgt regelmäßig ein Abgleich zwischen Personalstands-Soll und -Ist mit der Deutschen Rentenversicherung. Zusätzlich zu den beruflichen Qualifikationen, der Berufspraxis, dem Beginn der Beschäftigung, dem Stellenmerkmal und -umfang, welche dem Federführer bei Einstellung eines Mitarbeiters mitgeteilt und/oder nachgewiesen wird, wird der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See jede Änderung, sonderlich weitere berufliche Qualifikationen, mitgeteilt. Durch eine vorausschauende Personalpolitik sichert die Klinik die Stellenbesetzungen.

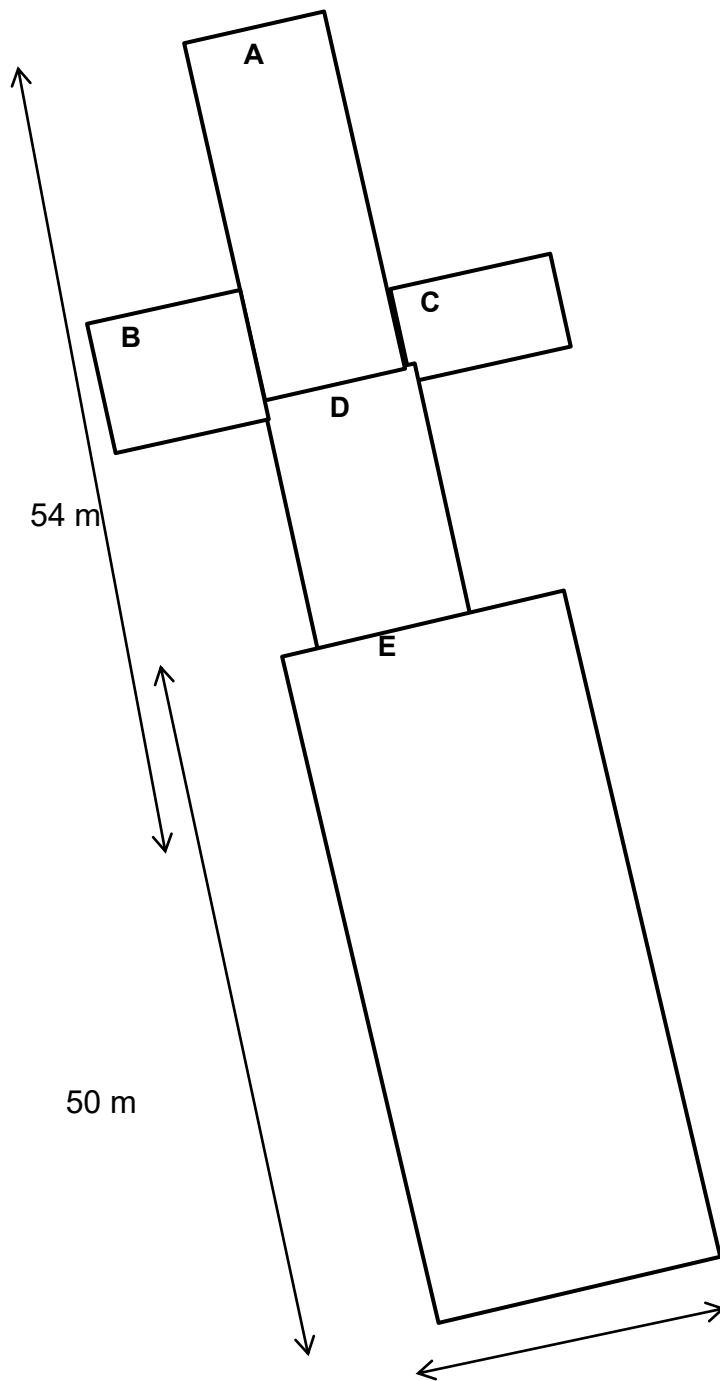
Chefarzt Dr. Peter Flüchter ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung Suchtmedizin, der Kurs Sozialmedizin wurde besucht. Es liegt eine Weiterbildungsbefugnis für die Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie für 12 Monate vor. Die Chefarztvertretung erfolgt durch einen Arzt mit anforderungsgerechter Facharztqualifikation (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

Die sonstigen Ärzte haben keine zusätzlichen Qualifikationen. Bei den anderen therapeutischen Berufsgruppen inkl. indikationsrelevanter Zusatz-Qualifikationen liegen die Qualifikationen psychologische Psychotherapie, Diabetesberatung,

und Handtherapie vor. Angaben zur zeitlichen Präsenz der therapeutischen Berufsgruppen: Kernarbeitszeit ist Montag bis Freitag 08:00-17:00h.

Vertretungsregelungen: die Mitarbeiter vertreten sich innerhalb ihrer Berufsgruppen gegenseitig. Ärztlicher Präsenzdienst während der Therapie- und Anwesenheitszeiten der Rehabilitanden wird durch die beiden Stationsärzte abgedeckt, ebenso wird durch diese eine Rufbereitschaft rund um die Uhr angeboten. Ein 24h-Präsenzdienst wird durch die MEDIAN Fontana-Klinik im Nebengebäude angeboten, ebenso der fachärztliche Hintergrunddienst.

Grundriss der Klinik



- A - Altbau
- Empfang
- Verwaltung
- Chefarzt
- Einzeltherapie
- Familiensuite

- B - Cafeteria

- C - Physiotherapie

- D - Zwischenbau
- Speiseraum
- Gestaltungstherapie
- Freizeittherapie
- Sozialdienst
- Gruppenräume

- E - Neubau
- Rehabilitandenzimmer
- Stationszimmer
- Arztzimmer
- Gruppenräume
- Arbeitstherapie
- Sporträume
- Kindergarten

3.4 Öffnungszeiten der Einrichtung u. Therapiezeiten der Rehabilitanden

Öffnungszeiten der Reha-Einrichtung: die Klinik ist rund um die Uhr pflegerisch besetzt, auch ist rund um die Uhr die ärztliche Versorgung gesichert durch Arzt vom Dienst, Rufbereitschaft und Hintergrunddienst. Die reguläre Arbeitszeit der verschiedenen Therapeuten bewegt sich regulär montags bis freitags zwischen 07:00 Uhr und 17:00 Uhr.

Wochentage der Therapie: Montag bis Freitag. In Eigenregie nehmen Patienten freizeittherapeutische Angebote am Wochenende wahr, auch Kirchbesuche etc.

Angaben zu Anwesenheits- und Therapiezeiten pro Tag:

Diese entnehmen Sie bitte den Mustertherapieplänen in Kapitel 9.

Angestrebte Therapiedichte je Rehabilitand:

Diese entsprechen den DRV Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit.

3.5 Verpflegung

Die Versorgung erfolgt über die die Küche der MEDIAN Catering V GmbH der Nachbarklinik „Fontana-Klinik“.

Die Klinik bietet verschiedene Formen der Verköstigung an. Sonderkostformen sind möglich: frei von Laktose, frei von Gluten und je nach ärztlicher/ernährungs-therapeutischer Rücksprache: „sonstiges“. Des Weiteren nach Ernährungsberatung: cholesterinarm, purinarm, angepasste Vollkost, Pankreasschonkost, Reduktionskost, Diabetes mellitus und „sonstiges“ nach Rücksprache.

Hier ist eine Übersicht der verschiedenen Standards und Angebote der Verpflegung und Ernährungsberatung:

- Ernährungsberatung: Beratung zu Ernährungsfragen
- Verschiedene Kostformen für spezielle Ernährungsbedürfnisse
- Sonderkosten: Zusätzliche Kosten für bestimmte Mahlzeiten oder Diäten.
- Spezielle Diäten, die nur am Wochenende angeboten werden.
- Plan zur Einteilung der Kohlenhydrateinheiten für Diabetiker
- Gesundheitsbewusstes Kochen: Kurs
- Empfehlungen zur Ernährung bei Übergewicht
- Standard-Tagesplan mit 1500 kcal
- Standard-Tagesplan mit 1200 kcal
- Standard Spurenelement Jod: Empfehlungen zur Jodzufuhr
- Empfehlungen zur Ernährung bei Pankreatitis
- Ernährungsempfehlung leichte Vollkost (LVK)
- Tabelle zum Austausch von Kohlenhydraten
- Empfehlungen zur Ernährung bei Hyperurikämie und Gicht
- Empfehlungen zur Ernährung bei Nierenerkrankungen
- Empfehlungen zur Ernährung bei Morbus Crohn
- Ernährungsempfehlung bei Diabetes mellitus Typ-2: Empfohlen wird eine kohlenhydratreduzierte Essweise (Low-Carb), die metabolische Verbesserungen bei Insulinresistenz, metabolischem Syndrom und Typ-2 bewirken kann.
- Ernährungsempfehlung bei Diabetes mellitus Typ-1: Eine individuell angepasste, ausgewogene vollwertige Mischkost wird empfohlen.
- Ernährungsempfehlung bei Fettstoffwechselstörungen: Eine fettmodifizierte Ernährung kann dazu beitragen die Blutfettwerte zu verbessern.
- Standard Zehn Regeln für eine gesunde Ernährung: Die Dt. Gesellschaft für Ernährung hat 10 Regeln formuliert, die eine vollwertige Ernährung fördern.
- Ernährungsumstellung: ärztliche Verordnung zur Einzelberatung

Ein Angebot von kostenlosen Getränken wie Wasser, Kaffee und Tee steht zur Verfügung. Das Wissen über gesunde Ernährung wird durch Beratung am Selbstbedienungs-Buffer in die Praxis umgesetzt.

4 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

4.1 Indikationen / Kontraindikationen

In der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda werden Menschen mit Abhängigkeit von Alkohol- und/oder Medikamenten aufgenommen, die künftig abstinent, d.h. enthaltsam in Bezug auf Suchtmittel leben wollen.

Der Nachweis von (vollständigem) Krankheitsverständnis und (ausgeprägter) Motivation wird vor Beginn der Reha nicht gefordert. Es sollte allerdings Behandlungsbereitschaft vorhanden sein. Auf dieser Basis können während der Rehabilitation Krankheitsverständnis und Motivation zu langfristiger Abstinenz entwickelt werden.

4.1.1 Indikation

Aufgenommen werden Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr mit Abhängigkeitserkrankung(en)

- Alkoholabhängigkeit (F10.2 nach ICD-10²)
- Medikamentenabhängigkeit (F13.2)
- Abhängigkeit von Alkohol **und** Medikamenten
- Abhängigkeit von mehreren Substanzen (Polytoxikomanie, F19.2) nur dann, wenn Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten eindeutig im Vordergrund steht

Kinder suchtkranker Eltern werden bis zum Alter von 1-12 Jahren als „Begleitpersonen“ mit aufgenommen und während der Therapiezeit im klinikeigenen Kindergarten betreut bzw. besuchen die Schule in Bad Liebenwerda.

4.1.2 Begleiterkrankungen

Es werden alle körperlichen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen mitbehandelt, z.B.

- Depression
- Persönlichkeitsstörung
- Polyneuropathie
- Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes mellitus)
- Krankheiten des Bewegungsapparates (hierzu können diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der direkt benachbarten Fontana-Klinik genutzt werden)

Da die Behandlung der o.g. Erkrankungen in den gesamten Rehabilitationsprozess integriert wird, sind „Spezial“-Konzepte oder Gruppen zur Behandlung sog. „Doppel“-Diagnosen nicht erforderlich.

Eine Kostenübernahmeerklärung des jeweiligen Leistungsträgers (Deutsche Rentenversicherung, Krankenkasse, Sozialamt, u.a.) muss vor Aufnahme vorliegen. Zu den notwendigen Unterlagen für die Antragsstellung gibt das Aufnahmebüro Auskunft (Tel.: 035341 902136). Hier kann auch bereits bei Antragsstellung ein (unverbindlicher) Aufnahmetermin vereinbart werden der nach Vorliegen der Kostenzusage durch den Rehabilitand und die Klinik bestätigt wird. Eine Entzugsbehandlung vor der Rehabilitation in der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda ist nur dann erforderlich, wenn der Rehabilitand bei Anreise unter erheblichem Suchtmittel einfluss steht, oder unter ausgeprägten Entzugssymptomen leidet. Nur in diesen Fällen wird eine stationäre Entzugsbehandlung („Entgiftung“) in einem nahegelegenen Krankenhaus veranlasst. Wenn die Rehabilitation direkt nach einer Entzugsbehandlung beginnen soll, erfolgt die Abholung des Rehabilitanden aus dem Krankenhaus durch den Fahrdienst der PTK.

² ICD-10-GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2015

4.1.3 Besondere Zugangswege

Ein besonderes Anliegen der Klinik ist die Minderung der Schnittstellenproblematik, denn der Übergang von der ambulanten oder akutmedizinischen Behandlung in die Rehabilitation ist häufig noch für die Rehabilitanden schwierig. Aus diesem Grund wurden mit mehreren Leistungsträgern besondere Vereinbarungen getroffen, um das Antragsverfahren zu vereinfachen und eine kurzfristige Aufnahme zu ermöglichen:

- ISBA – Integrierte stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker
Für Rehabilitanden, die bei der Knappschaft-Bahn-See kranken- und rentenversichert sind, ist eine sofortige Aufnahme nach telefonischer Anmeldung durch Arzt, Beratungsstelle oder Betrieb möglich.
- Schnelleinweisung – direkt vom psychiatrischen Krankenhaus in die MEDIAN Psychotherapeutische Klinik mit verkürztem Antragsverfahren. Diese Option steht für Rehabilitanden der DRV Mitteldeutschland zur Verfügung.
- Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation – direkte Verlegung aus der 3-wöchigen qualifizierten Entzugsbehandlung in die PTK zur stationären Rehabilitation mit Abholung durch den Fahrdienst der PTK
- Direktverlegung – von somatischen Abteilungen des Krankenhauses Riesa. Nach Beratung durch Mitarbeiter der PTK können Rehabilitanden der DRV Bund, KBS und Mitteldeutschland direkt nach Abschluss der Akutbehandlung in die PTK verlegt werden.

4.1.4 Kontraindikationen

Kontraindikationen sind schwere körperliche oder seelische Erkrankungen, die einer sofortigen stationären Behandlung bedürfen z.B.

- ansteckende Krankheiten wie Tbc
- akute Psychosen mit Selbst- oder Fremdgefährdung
- hirnorganische Störungen, die zu erheblicher Störung der Orientierung führen (z.B. ausgeprägtes Korsakow-Syndrom)
- körperliche Funktionseinschränkungen mit Pflegebedürftigkeit
- Drogenabhängigkeit als Haupt-Suchtdiagnose

4.2 Rehabilitationsziele

Die S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"⁸ formuliert als Voraussetzung für das Erreichen von Rehabilitationszielen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungsbehandlung) gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren.

Das zentrale Ziel der Behandlung besteht im Wiedererlangen der Fähigkeit zu eigenständiger Lebensgestaltung und in der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit.

Im Verlaufe einer Abhängigkeitsentwicklung hat der Rehabilitand die Fähigkeit zu einem kontrollierten Umgang mit dem Suchtmittel verloren. Aus diesem Grunde ist Abstinenz nach unserem Konzept unabdingbares Ziel der Rehabilitation. Damit dies verständlich wird, wird am Anfang der Behandlung großer Wert auf die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit und ihren Folgen gelegt. Der Rehabilitand lernt Funktion und Wirkung der jeweiligen Suchtmittel und die damit verbundenen Verhaltensweisen kennen. Wenn er seine eigene Abhängigkeit erkannt, das heißt zu einer Krankheitseinsicht gelangt ist, so kann er sich im nächsten Schritt für den Abschied vom Suchtmittel entscheiden. Es folgt nun die Erkenntnis, dass es mit dem Unterlassen des Konsums nicht getan ist, sondern

weitreichende Änderungen des Lebensstils notwendig sind. Dabei ist die eigenverantwortliche Mitarbeit des Rehabilitanden unbedingt erforderlich. Am Ende einer gelungenen Rehabilitationsbehandlung soll der Rehabilitand Spezialist seiner eigenen Erkrankung und der notwendigen Bewältigungsmaßnahmen sein. Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Bedingungsmodells werden je nach individueller Indikation alle drei Aspekte dieses Krankheitsmodells bearbeitet. Neben der intensiven Psychotherapie werden sämtliche körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen fachgerecht diagnostiziert und behandelt.

4.3 Fachabteilungsspezifische Therapieausrichtung

Für die Behandlung von Alkoholabhängigkeitskranken wurde eine S3-Leitlinie durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt. Dabei wird die Behandlung in Akut- und Postakutbehandlung unterschieden. Die stationäre Rehabilitation gehört zur Postakutbehandlung. Dazu heißt es in der AWMF-Leitlinie auf Seite 295: „Postakutbehandlungen erfolgen meist als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Alkohol mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Abhängigkeitskranken und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke werden überwiegend im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung unter dieser Zielsetzung durchgeführt. Die Rehabilitationsziele sind aber nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungsbehandlung) gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren.“

Während der stationären Rehabilitation von abhängigkeitskranken Menschen in der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik ist es wichtig, alle körperlichen und psychischen Einschränkungen zu erfassen, ihre Auswirkungen auf die Teilhabe einzuschätzen und in die individuelle Therapieplanung einzubeziehen. Im Mittelpunkt steht dabei jedoch immer die Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankung. Als besonders erfolgreich haben sich in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker dabei sowohl die Methoden der Tiefenpsychologie als auch der Verhaltenstherapie herausgestellt. In der PTK werden daher tiefenpsychologische verhaltenstherapeutische Ansätze zu einer „suchtspezifischen Psychotherapie“ integriert. Die Methoden der Tiefenpsychologie werden dabei vorrangig in der Bearbeitung der Lebensgeschichte, bei der Erhebung der biografischen Anamnese eingesetzt. Die Rehabilitanden lernen, ihre eigene Abhängigkeitsentwicklung aus der individuellen Psychodynamik heraus zu verstehen. Die Methoden der Verhaltenstherapie werden eingesetzt, um mit dem Rehabilitanden alternative Bewältigungsstrategien zum Suchtmittelkonsum zu erarbeiten und neue Verhaltensweisen einzuüben.

Das in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beschriebene bio-psycho-soziale Modell dient in der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda als Bezugssystem für die Erfassung von Teilhabestörungen und für die Therapieplanung. Die ICF erweitert den Blickwinkel der Behandlung von Krankheiten um den psychosozialen Aspekt. Nach dem Konzept der „funktionalen Gesundheit“ gilt ein Mensch erst dann als (funktional) gesund, wenn nicht nur die Körperfunktionen und -strukturen intakt sind, sondern wenn er alle Aktivitäten eines Gesunden ausführen und so uneingeschränkt an allen Lebensbereichen teilhaben kann.

Die meisten abhängigkeitskranken Rehabilitanden berichten als Erklärungsversuch für die Suchtentwicklung von Einschränkungen in beruflichen und sozialen Lebensbereichen. Ordnet man diese Schilderungen der Rehabilitanden den Kategorien der ICF zu, so ergibt sich eine subjektive Beschreibung der „funktionalen Gesundheit“ durch den Rehabilitanden selbst. Während der Rehabilitation ist es möglich (und erforderlich) Ursachen und Folgen der Abhängigkeitserkrankung zu differenzieren, um Rückfallgefahren zu erkennen und zu minimieren.

Die stationäre Rehabilitation in der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda hat das Ziel, dem abhängigkeitskranken Menschen ein Leben ohne „sein“ Suchtmittel zu ermöglichen. Nach unserem Verständnis ist dies nur durch Abstinenz zu erreichen. Daher ist dieses Therapieziel unverrückbar feststehend. Alle anderen, sich aus den ermittelten Teilhabestörungen ergebenden Therapieziele werden mit den Rehabilitanden abgestimmt und vereinbart.

Ein wichtiger Bestandteil für den therapeutischen Rahmen ist die interdisziplinär abgestimmte **Therapie- und Hausordnung**:

*Liebe Patientinnen und Patienten,
wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Klinik und wünschen Ihnen einen erfolgreichen und angenehmen Aufenthalt! Wir möchten Sie umfassend beim Erreichen Ihrer Therapieziele unterstützen. Hierfür ist Ihre aktive Teilnahme am gesamten Therapieprozess entscheidend. Unsere Therapie- und Hausordnung soll Ihnen helfen, sich mit den Abläufen in unserer Klinik vertraut zu machen und Ihnen die Eingewöhnung in die neue Situation und Umgebung erleichtern. Sie gibt einen Rahmen für die Rehabilitation vor und soll Sie unterstützen, ihre Therapieziele zu erreichen. Um ein konstruktives Miteinander zu gewährleisten, bitten wir Sie, die Regeln unseres Hauses einzuhalten. Für Fragen oder Anregungen stehen wir gerne zur Verfügung. Alles Gute! Ihr Team der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda.*

GEWÄHRLEISTUNG EINES SICHEREN & SUCHTMITTELFREIEN BEHANDLUNGSRAHMENS

- Konsum, Beschaffung & Besitz von Alkohol, Drogen sowie nicht ärztlich verordneten bzw. abgesprochenen Medikamenten sind während der gesamten Behandlungsdauer – auch während der Heimfahrten - untersagt.
- Das Geschehen in den einzelnen Therapieeinheiten ist **IMMER** vertraulich zu behandeln! Bitte sprechen Sie außerhalb Ihrer Therapiegruppe nicht mit Anderen über die Gruppeninhalte.
- Besuch von Spielhallen sowie das Spielen um Geld oder sonstige Gewinne sind während der Rehabilitationsbehandlung nicht gestattet. Glücksspiele auf Notebook, Tablet, Handy, etc. sind ausdrücklich nicht erwünscht.
- Geben Sie bitte alle Medikamente im Pflegedienstzimmer ab - auch, wenn Sie diese durch Konsiliarärzte verordnet bekommen oder rezeptfrei erworben haben (z.B. Vitamin-, Mineral- und Knoblauchpräparate, Heilpflanzenöl, medizinische Tees, medizinische Salben und Cremes etc.). Zu Ihrer Sicherheit muss in jedem Fall überprüft werden, ob die Einnahme im Rahmen unserer Behandlung adäquat ist. Während einer Heimfahrt normalerweise notwendige Medikamente melden Sie bitte nach Rückkehr ihrem behandelnden Arzt. Nicht eingenommene Medikamente geben Sie bitte wieder im Pflegebüro ab.
- Bei einem Rückfall in Suchtmittelkonsum erfolgt eine Rückfallaufarbeitung, in der gemeinsam Maßnahmen abgeleitet werden. Bitte achten Sie aufeinander! Das Verschweigen eines Ihnen bekannt gewordenen Rückfalls oder Regelverstößen im Umgang mit Suchtmitteln dient am wenigsten den Betroffenen selbst. Bitte wenden Sie sich in einem solchen Fall an unser Behandlungsteam. Alkohol in die Klinik zu bringen ist streng untersagt.

- Ihr Gepäck muss bei Ihrer Anreise „suchtmittelfrei“ sein. Kleidung muss frei von Suchtmittelbezug sein. Der Besitz von Waffen und waffenähnlichen Gegenständen ist nicht gestattet. Haben Sie Verständnis dafür, dass wir dies bei Aufnahme prüfen. Ebenso können Zimmerdurchgänge durchgeführt werden. Unregelmäßig werden Atemalkohol-, Urin- und Blutkontrollen vorgenommen.
- Die Klinik bietet allen Schutz vor Rassismus, Antisemitismus, Gewalt und Diskriminierung in jeder Form. In diesem Zusammenhang wird in unserer Klinik die verdeckte oder offene Zurschaustellung aller Symbole extremistischer Gesinnung nicht toleriert. Dazu zählen insbesondere die in den extremistischen Szenen verwendeten Bekleidungsmarken und Dresscodes (z.B. Thor Steinar, Conspable, Yakuza, Troublemaker, Antifaschistische Aktion, A.C.A.B., etc.), Logos, Ton- und Bildträger.
- Die Patienten müssen die Therapie- und Hausordnung einhalten. Bei Zuwiderhandlungen werden je nach Schweregrad Sanktionen verhängt, die von einer mündlichen Verwarnung bis zum Therapieabbruch reichen können. Bei schweren Verstößen (Gewalt, Einbringen von Alkohol, Drogen oder Waffen in die Klinik) erfolgt eine sofortige disziplinarische Entlassung. Die Patienten haben das Recht, sich bei Beschwerden oder Konflikten an die Bezugstherapeuten oder den Chefarzt zu wenden.
- Bitte tragen Sie dazu bei, die Einrichtung des Hauses in gutem Zustand zu erhalten. Bei unsachgemäßer Handhabung, einer mutwilligen Beschädigung oder Verlust (z.B. Rauchen im Zimmer, Schlüsselverlust) haftet der Verursacher für die entstandenen Schäden.

THERAPIE- UND HAUSORDNUNG VON A – Z

AUSGANG UND NACHTRUHE Zweier-Ausgang: ab dem 1. Tag, Einzelausgang: ab der zweiten Woche oder nach Rücksprache mit Ihrem Bezugstherapeuten. Vor Verlassen des Klinikgeländes und bei Ihrer Rückkehr tragen Sie sich bitte in das Ausgangsbuch (vor dem Stationszimmer) ein. Auf diese Weise wissen wir im Notfall, ob Sie außerhalb der Klinik unterwegs sind. Bitte beachten Sie die Ausgangszeiten: täglich ab 5:00 Uhr, außerhalb der Therapiezeiten. Bitte finden Sie sich bis 22:00 Uhr wieder in der Klinik ein. Da der Behandlungserfolg nicht unwesentlich von einer ruhigen und entspannten Atmosphäre abhängt, bitten wir Sie, uns auch hierbei aktiv zu unterstützen, indem Sie sich den anderen Patienten gegenüber so verhalten, wie Sie es von diesen auch sich selbst gegenüber erwarten, nämlich rücksichtsvoll und hilfsbereit. Daher sind folgende Ruhezeiten zu beachten: Die Nacht- bzw. Zimmerruhe besteht sonntags bis donnerstags von 22:30 – 6:00 Uhr, freitags, samstags und vor Feiertagen von 24:00 – 6:00 Uhr, währenddessen ist keine Fernsehzeit.

AUTO Kraftfahrzeuge dürfen während der Rehabilitationsmaßnahme nicht mitgebracht oder selbständig geführt werden (Ausnahme: E-Roller mit ärztlichem Einverständnis). Dies gilt ebenso für Wochenenden, Heimfahrten etc. Dementsprechend ist auch das Abstellen ihres Kraftfahrzeugs auf dem Klinikgelände nicht gestattet.

AUFBEWAHRUNG/ MITNAHME VON LEBENSMITTELN AUS DEM SPEISESAAL Lebensmittel dürfen aus Sicherheitsgründen nicht auf den Fensterbänken gelagert werden. Bitte bewahren Sie auch nicht verderbliche Lebensmittel aus hygienischen Gründen nur in kleinen Mengen auf Ihrem Zimmer auf (Richtwert: die Menge, die Sie an einem Tag verzehren können). Aus dem Speisesaal können Sie sich gerne Obst mitnehmen. Weitere Lebensmittel, Geschirr oder Besteck sind nicht zum Mitnehmen vorgesehen.

BESUCHSREGELUNG Sie können außerhalb der Therapiezeiten Besuch zu folgenden Zeiten im Haus empfangen: montags - freitags: 16:30 - 21:00 Uhr, Wochenende und Feiertage: 09:00 - 21:00 Uhr. Bitte besprechen Sie Ihren Besuch mit Ihrer Therapeutin/ ihrem Therapeuten und melden diesen am Tag des Besuchs bei dem diensthabenden Pflegepersonal an. Auch für Besucher gilt: Es sind weder Suchtmittelwerbung, -konsum (bei Verdacht erfolgen Atemalkoholkontrollen), noch extremistische Symbole auf Kleidung gestattet.

BEZIEHUNGEN Beziehung zu nahestehenden Personen sowie der Umgang mit der eigenen Sexualität kann ein wichtiges Thema während der Behandlung sein. Sexuelle bzw. intime Beziehungen innerhalb der Patientenschaft können jedoch die Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik erschweren bzw. verhindern und sind dementsprechend ausdrücklich nicht erwünscht. Sollten Sie sich verliebt haben, raten wir Ihnen, sich Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten anzuvertrauen und gemeinsam zu überlegen, wie Sie damit umgehen können, sodass es Ihren Therapieprozess nicht beeinträchtigt.

ELEKTRISCHE GERÄTE zur Körperpflege (Rasierapparate, Zahnreinigungsgeräte, etc.) sowie Handy, Tablet oder Laptop dürfen Sie gerne in Ihrem Zimmer verwenden. Sie müssen darauf achten, andere damit nicht zu stören oder zu belästigen. Die Aufbewahrung/ Nutzung von eigenen Fernsehgeräten, Kaffeemaschinen, Wasserkochern, Tauchsiedern, Bügeleisen, Kochplatten, Heizkissen, Heizdecken, Toastern, Haartrockner (oder anderen wärmeerzeugenden Geräten), offenem Licht (wie z.B. Kerzen etc.) ist aus Sicherheitsgründen untersagt. Um die Therapie nicht zu stören, müssen Handys während der Therapie ausgeschaltet sein.

FOTO- FILM- UND TONAUFNAHMEN von Mitpatientinnen und -patienten oder Personal sind untersagt.

GELD UND WERTGEGENSTÄNDE lassen Sie bitte aus versicherungstechnischen Gründen nicht unverschlossen im Zimmer liegen. Beides deponieren Sie bitte über die Rezeption im Safe, ansonsten besteht keine Haftung. Geld kann auf ein Verwahrkonto an der Rezeption eingezahlt werden. Es ist nicht gestattet, Geld an Mitpatienten zu verleihen/Geschäfte zu tätigen.

GETRÄNKE Außerhalb des Speisesaals transportieren Sie sämtliche Getränke bitte in fest verschließbaren Behältern (Flaschen, Thermobechern etc.) und kümmern sich eigenständig um die angemessene Reinigung der Behälter. Um Schlafstörungen zu vermeiden, sollten Sie übermäßigen Konsum von koffeinhaltigen Getränken (z.B. „Energydrinks“) vermeiden. Bitte eine Wasserflasche zur Medikamentenausgabe mitbringen.

HEIMFAHRTEN, TAGESAUSGÄNGE & EXTERNE ÜBERNACHTUNG Heimfahrten dienen auch der Erprobung der Abstinenzfähigkeit (Belastungserprobung) und sind ausdrücklich erwünscht. Sie finden frühestens nach der 4. Woche im Abstand von mindestens 10 Tagen statt. Ausnahmen besprechen Sie mit Ihrem Therapeuten. Bitte planen Sie Ihre Heimfahrt(en) mit Ihrem Bezugstherapeuten. Heimfahrten finden Samstag auf Sonntag statt. Ab 14 Tage vor Entlassung ist keine Heimfahrt mehr möglich, da sonst keine Rückfallaufarbeitung mehr erfolgen kann. Rehabilitanden können beantragen, am Wochenende gemeinsam mit ihrem Besuch in einer Pension in der Stadt zu übernachten („Außenübernachtung“). In Kombination mit Heimfahrten kann ein Wochentag für Behördengänge, Besuche bei der Arbeitsstelle, Selbsthilfegruppen oder Suchtberatungsstellen genutzt werden („Behördentag“). Bei dringenden Angelegenheiten ist ein Behördentag auch unabhängig von Belastungserprobungen möglich. Zimmerschlüssel ist beim Pflegedienst abzugeben, Medikamente werden mitgegeben.

Tagesausgänge (Wochenende) beantragen Sie beim Therapeuten. Bei externen Arztbesuchen oder anderen von uns veranlassten Terminen, melden Sie sich bitte, jeweils vor Verlassen des Hauses und nach Rückkehr, beim Pflegedienst.

KRANKHEIT Im Krankheitsfall melden Sie sich beim Pflegedienst. Beim anschließenden Arzttermin wird Ihre Therapiebefreiung besprochen. Die Abmeldung bei den Therapien erfolgt über Sie (außer bei ansteckenden Erkrankungen). Die Überweisung zu Ärzten außerhalb der Klinik erfolgt durch die Stationsärzte. Die Terminabstimmung übernimmt der Pflegedienst. Für Arztbesuche sind vorrangig die therapiefreien Zeiten zu nutzen.

MAHLZEITEN Gemeinsame Mahlzeiten fördern einen geregelten Tagesablauf und Kontakte untereinander. Daher ist die Teilnahme an den Mahlzeiten in unserem Haus erwünscht und in den ersten vier Wochen verpflichtender Therapiebestandteil. Falls Sie sich abmelden wollen, tun Sie dies bitte, indem Sie vorausschauend Ihre wöchentliche Menübestellung planen. Wenn Sie z.B. planen, am WE gemeinsam mit Ihrem Besuch außerhalb der Klinik zu essen, dann bestellen Sie vorausschauend für diese Mahlzeiten kein Essen. Speisen, Besteck, Geschirr und Gläser verbleiben grundsätzlich im Speiseraum.

PATIENTENZIMMER Für die Sauberkeit Ihres Zimmers sind Sie selbst verantwortlich. Mobiliar darf nicht von Ihnen verändert/ergänzt werden. Fotos, Bilder etc. können Sie an der Pinnwand Ihres Zimmers anbringen. Gefährliche Flüssigkeiten wie Laugen, Säuren, (Feuerzeug-) Benzin oder Gas sind nicht erlaubt. Handwerkliche Arbeiten, die Beschädigungen, Schmutz, Lärm oder Feuergefahr verursachen könnten, dürfen nicht in Ihrem Zimmer durchgeführt werden. Für handwerkliche Arbeiten stehen Ihnen die dafür vorgesehenen Räume der Ergotherapie zur Verfügung. Vor Abreise erfolgt eine Zimmerabnahme. Ihr Zimmer soll ein Rückzugsort sein, gegenseitige Besuche auf den Zimmern sind daher nicht erwünscht. Halten von Tieren ist nicht erlaubt.

RAUCHEN Im Rahmen unseres Nichtrauchertrainings unterstützen wir Sie gerne bei Ihrem Wunsch, das Rauchen aufzugeben. Das Rauchen (auch in Form von E-Zigaretten) ist innerhalb des Klinikgebäudes nicht gestattet. Auf dem Klinikgelände dürfen nur die ausgewiesenen Bereiche zum Rauchen genutzt werden. Für Kinder ist dort kein Zutritt erlaubt. Der Balkon im bei Raum 328 darf Fr-So bis zur Nachtruhe zum Rauchen genutzt werden.

TAGESABLAUF Für die Dauer Ihres Aufenthalts erhalten Sie regelmäßig einen individuellen Therapieplan. Die verschriebenen Anwendungen bringen nur bei regelmäßiger Teilnahme den gewünschten Erfolg. Die pünktliche Teilnahme an den unterschiedlichen Therapieeinheiten ist daher verpflichtend. Abwesenheiten (z.B. bei Krankheit) sind rechtzeitig mitzuteilen.

ZUM SCHLUSS: Diese Informationen sollen Ihnen helfen, einen Rückfall zu vermeiden. Alkoholhaltige Lebensmittel oder Suchtmittel wie Cannabis oder andere Drogen dürfen während der gesamten Behandlungszeit, auch während Heimfahrten, nicht konsumiert werden. Einnahme, Verwendung oder Aufbewahrung der genannten Substanzen während der Behandlungszeit in unserer Klinik können als Rückfall gewertet werden. Hierzu können zählen: Alkoholhaltige (Misch)Getränke, sowie selbst hergestellte alkoholische Getränke, Getränke, die auch in geringen Mengen Alkohol enthalten (z.B. „alkoholfreies“ Bier), Lebensmittel, die mit Alkohol zubereitet wurden, alkoholhaltige Hygienemittel, Pflegemittel, Alkoholhaltige Medikamente (Medikamente in flüssiger Form enthalten häufig Alkohol), Produkte, die Cannabinoide enthalten, z.B. CBD-Öl. Wir raten Ihnen, alkoholhaltige Lebens- oder Suchtmittel auch nach Behandlungsende zu vermeiden, da ihr Konsum einen Rückfall darstellt oder Rückfälle provozieren kann. Bei Unsicherheiten fragen Sie bitte.

4.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Verkürzung / Verlängerung

Das Behandlungskonzept der PTK sieht im Regelfall eine 13-wöchige stationäre Rehabilitationsbehandlung vor. Festigungsbehandlungen (zur Sicherung der Abstinenz) dauern 6 Wochen und Auffangbehandlungen (Intensivtherapie nach Rückfall) 8 Wochen.

Die Gesamttherapiedauer orientiert sich an der Kostenzusage des Leistungsträgers. Auf individuelle Wünsche des Rehabilitanden kann eingegangen werden, soweit es der Erreichung der Therapieziele dient. Eine Verkürzung der Therapiezeit ist mit erhöhtem Rückfallrisiko verbunden und wird daher nicht empfohlen. Für die Modalitäten einer Verlängerung existieren je nach Leistungsträger verschiedene Festlegungen (schriftlicher Antrag oder Kontingentregel), so dass eine Verlängerung, auch wenn sie von Rehabilitand und Therapeut für dringlich gehalten wird, nicht immer möglich ist. Während der 13-wöchigen Regeltherapie werden in der 6. oder 7. Therapiewoche im Rahmen einer Zwischenbilanz der Therapiestand (erreichte Therapieziele) und die Planung für die verbleibende Therapiezeit mit dem Rehabilitanden besprochen. Die von den Leistungsträgern (DRV und GKV) entwickelten Kombinationsmöglichkeiten von stationären und ambulanten bzw. ganztägig ambulanten Behandlungsformen³ können umgesetzt werden. Hierbei sind die Festlegungen der Leistungsträger zu besonderen Kooperationsvereinbarungen und Fristen zu beachten.

5 Rehabilitationsablauf und -inhalte

5.1 Aufnahmeverfahren

Am Anreisetag sind zahlreiche Formalitäten zu absolvieren. Um dies den Rehabilitanden zu erleichtern, werden bereits mit der Einladung zahlreiche wichtige Informationen und Hinweise versandt.

Vor der Aufnahme werden durch den Pflegedienst Alkoholisierung (Atemalkoholtest) oder Entzugssyndrom (Screening auf vegetative Entzugssyndrome) ausgeschlossen. Falls notwendig, wird ein Arzt hinzugezogen, der über weitere Maßnahmen entscheidet. Danach beginnt das Aufnahmeverfahren (Pflege, Verwaltung, Arzt), welches immer am ersten Behandlungstag durchgeführt wird. Eine erste fachärztliche Untersuchung erfolgt in der ersten Behandlungswoche.

Alle neu aufgenommenen Rehabilitanden sind in der ersten Therapiewoche in einer so genannten Aufnahmegruppe integriert. Hier gewöhnen sie sich in die therapeutische Gemeinschaft ein und erhalten wichtige Informationen über interne Abläufe und den Klinikalltag. In den täglichen, hier psychoedukativ geprägten, Gruppentherapiesitzungen lernt der Rehabilitand seine Krankheit kennen und verstehen.

Individuelle Rehabilitationsplanung

Es ist möglich, vor der Aufnahme einen Termin zum gegenseitigen Kennenlernen zu vereinbaren. Die Fahrtkosten und andere hierfür notwendige Auslagen können von der Klinik nicht erstattet werden.

Zentrales Therapieziel ist die Abstinenz, um eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen. Dieses wesentliche Ziel der Rehabilitation bildet den unverrückbaren Rahmen für die Vereinbarung

³ https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Konzepte-und-Positionspapiere/konzepte_positionspapiere.html

weiterer individueller Therapieziele, die der Rehabilitand mit dem Bezugstherapeuten am Beginn der zweiten Woche vereinbart. Die Planung berücksichtigt alle drei Dimensionen (Teilhabe, Aktivitäten und Körperfunktionen) der ICF.

Die Art, Anzahl und Frequenz wesentlicher therapeutischer Elemente der Rehabilitation sind durch die Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit der DRV definiert. Ziel der individuellen Therapieplanung ist es, die Therapiestandards der DRV umzusetzen und den Wünschen und Zielen des Rehabilitanden gerecht zu werden. Für Rehabilitanden der DRV ist dabei das Ziel der beruflichen Reintegration besonders wichtig (s. Kapitel 4.7.5).

Mit dem Behandlungsfortschritt ändern sich die therapeutischen Schwerpunkte und die zu bewältigenden Aufgaben. Dem wird durch das Rehabilitationsprogramm mit seinem dreistufigen Behandlungsverlauf mit spezifischen Angeboten und Inhalten Rechnung getragen:

Rehabilitationsprogramm

In der ersten Stufe (Aufnahmephase) absolvieren die Rehabilitanden zunächst eine einwöchige Aufnahmephase, deren Schwerpunkte die Integration in die Klinikabläufe und psychoedukative Inhalte der Gruppentherapie bilden. Hier gewöhnen sie sich in die therapeutische Gemeinschaft ein und erhalten wichtige Informationen über den Klinikalltag. In den täglichen, hier psychoedukativ geprägten, Gruppentherapiesitzungen lernen die Rehabilitanden die Krankheit kennen und verstehen. Damit sollen die Krankheitseinsicht verbessert und Veränderungsmotivation aufgebaut werden.

Die zweite Stufe (Intensivierungsphase) beginnt in der zweiten Behandlungswoche mit der Integration in die Bezugsgruppe. Deren Therapeut bleibt bis Therapieende für die Einzel- und Gruppengespräche zuständig und ist darüber hinaus für alle organisatorischen Fragen des Rehabilitanden ansprechbar. Die Psychotherapie steht im Mittelpunkt der Rehabilitation (s. Kapitel 4.7.4). Ärztliche und pflegerische Maßnahmen erfolgen je nach individuellem Bedarf bzw. vorhandenen Begleiterkrankungen. Die Gestalterische Ergotherapie bildet hier den dritten Behandlungsschwerpunkt. Dazu kommen Sport- und Bewegungstherapie, Freizeittherapie, Schulungen und Anleitung zur Gestaltung von Selbsthilfegruppen. In indikativen Gruppen (s. Kapitel 4.7.4.1 ff.) wird auf speziellen Behandlungsbedarf eingegangen.

Die dritte Stufe (Reintegrationsphase) beginnt in der zweiten Therapiehälfte. Für die Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen löst jetzt die interne und externe Arbeitstherapie die Gestalterische Ergotherapie ab. Damit werden wesentliche Therapieelemente zur beruflichen Reintegration in das Rehabilitationsprogramm eingeführt (s. Kapitel 4.7.5).

Während des gesamten Behandlungszeitraums werden im Rahmen der Milieuthherapie (Anlagen- und Küchendienst) soziale Kompetenzen gestärkt und die Rehabilitanden zur zunehmenden selbständigen Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens angeregt. Zum Therapieprogramm gehören auch die wöchentliche Visite durch den Chefarzt, die medizinische Betreuung durch die Stationsärzte, Krankengymnastik und physikalische Therapie sowie die Ernährungs- und Diätberatung.

Die Kontrolle des Rehabilitationsprozesses erfolgt kontinuierlich durch den Chefarzt und der Therapeutischen Leitung.

5.2 Rehabilitationsdiagnostik

Auf der Grundlage der umfassenden medizinischen, psychologischen und sozialmedizinischen Befunderhebung wird die Indikation für gezielte Behandlungsmaßnahmen (s. Kapitel 4.5) gestellt. Ebenso wird die Notwendigkeit sozialpädagogischer Unterstützung bei der Bewältigung der Suchtkrankheit und ihrer sozialen Folgen überprüft.

Zur Routinediagnostik bei Aufnahme gehören:

- Ärztliche Untersuchung (körperlich und neurologisch)
- Labor
- Erheben des Psychischen Befundes auf Basis des AMDP⁴-Systems
- Psychologische Testdiagnostik: RMK-Assessment⁵,

Das Ergebnis des RMK-Assessments erlaubt die Bewertung des Ausmaßes der individuellen substanzbezogenen, psychischen und sozialen Beeinträchtigung. Auf dieser Grundlage kann der individuelle Therapiebedarf eines Rehabilitanden besser ermittelt werden und eine gezieltere Therapieplanung erfolgen.

Als Zwischendiagnostik erfolgt die Kontrolle auffälliger Laborwerte. Bei Bedarf werden weitere testdiagnostische Verfahren eingesetzt. Dazu gehören gegebenenfalls eine Persönlichkeitsdiagnostik (Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI, Frankfurter Selbstkonzeptskalen FSKN, Fragebogen Irrationaler Einstellungen FIE), eine Intelligenzdiagnostik (HAWIE – r), eine Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit (d2-Test, Mehrfach-Wort-Test MWT, Minimal Mental Status Test MMST) oder weitere (Persönlichkeits-)störungsspezifische Tests.

Bei Entlassung werden vergleichend zu den Aufnahmebefunden durchgeführt:

- Ärztliche Untersuchung (körperlich und neurologisch)
- Labor
- RMK-Assessment

Für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen werden die von der Arbeitsgruppe *Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)* erarbeiteten Empfehlungen⁶ umgesetzt. Die dabei angewendeten diagnostischen Verfahren sind im Kapitel 5.5.2 erläutert.

5.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

Konzeptuelle Fragen und die Zusammenarbeit zwischen Therapiebereichen werden in der wöchentlichen Leitungssitzung besprochen, die als Qualitätsmoderatorenzirkel organisiert ist. Daran nehmen unter der Leitung des Chefarztes die Therapeutische Leitung, ein Sozialarbeiter, die Pflegedienstleiterin, der Leiter des Bereiches Arbeitsbezogene Interventionen und die Leiterin der Hauswirtschaft teil. Bei Bedarf wird dieser Kreis durch andere Mitarbeiter erweitert.

Die Kontrolle des Rehabilitationsprozesses erfolgt kontinuierlich durch den Chefarzt und die Therapeutische Leitung. Täglich findet unter Leitung des Chefarztes eine morgendliche Teambesprechung mit allen Therapeuten, Schwestern, Ärzten, Sozialarbeitern und Diätassistenten statt, in welcher neu aufgenommene Rehabilitanden vorgestellt werden. Dieser Termin wird auch zum täglichen Austausch über Besonderheiten im Therapieprozess einzelner Rehabilitanden genutzt.

4 AMDP: Arbeitsgemeinschaft für Dokumentation und Methodik in der Psychiatrie e.V. www.amdp.de

5 Rehabilitanden-Management-Kategorien in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

6 Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014

Die Verzahnung des interdisziplinären Reha-Teams ist in der Verfahrensweisung „Interne Kommunikation“ dargestellt.

Hiermit bringen wir zum Ausdruck, dass die enge Zusammenarbeit im Team einen guten Informationsfluss befördert und die Rehabilitanden eine Rehabilitation wie aus einer Hand erhalten.

Die Kommunikationsmatrix der Klinik umfasst verschiedene Besprechungen und Teamrunden, die zu unterschiedlichen Zeiten stattfinden.

Die interne Kommunikation gewährleistet den Aufbau und die Pflege von relevanten Beziehungen zu den internen Anspruchsgruppen und verbessert damit die Zusammenarbeit, den Wissensaustausch sowie die Koordination innerhalb der Organisation.

Die Aufgaben der internen Kommunikation leiten sich direkt von dem Leitbild der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik ab.

Hier ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Besprechungen:

- **Frühteam**
- **Leitungsbesprechung**
- **Leitungssitzung/Dienstberatung**
- **Multiprofessionelle Teamrunde**
- **Abteilungsleitersitzung/Qualitätsmoderatorenzirkel**
- **Teamsitzungen/Qualitätszirkel**
- **Schnittstellen-Besprechung GT-Psychotherapeut (alle 14 Tage)**
- **Besprechung Arzt-Psychotherapeut (alle 3 Wochen)**
- **Besprechung Pflege-Psychotherapeut (alle 14 Tage)**
- **Besprechung Kita-Psychotherapeut (alle 14 Tage)**
- **Bilanzgespräche (Wechsel GT-AT) mit Zwischenstand der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung**

Ablageort: Die Protokolle der jeweiligen Qualitätszirkel werden nach Unterschrift des Chefarztes gescannt und unter R:\8012PTK\QM\1 gültig\Protokolle\QZ hinterlegt. Die Originale verbleiben im CA-Sekretariat.

Die Protokolle des jeweiligen QMZ werden nach Unterschrift des Chefarztes gescannt und unter R:\8012PTK\QM\1 gültig\Protokolle\QMZ hinterlegt. Die Originale verbleiben im CA-Sekretariat. Protokolle der Dienstberatung werden per Mail an die betreffenden Mitarbeiter laut Verteilerliste versandt. Protokolle der Multiprofessionellen Teamrunde werden per Mail an alle Mitarbeiter versandt.

Zur bestmöglichen Gewährleistung des Erreichens der Therapieziele unter Beachtung der gegebenen Therapieregeln und der Individualität des Patienten findet eine Überprüfung des Reha-Prozesses durch das multiprofessionelle Team statt.

Die Arbeitsschritte in chronologischer Reihenfolge sind wie folgt:

1. Aufnahme des/r Patienten/in durch den Pflegedienst. Überprüfung des Abstinenzgebotes, Kontrolle auf alkoholhaltige Getränke, Genussmittel sowie verbotene Gegenstände gemäß Hausordnung.
2. Wechsel des/r Patienten/in von der Aufnahmegruppe in die Bezugsgruppe: Vorstellung des/r Patienten/in durch den/die Therapeuten im Frühteam der PTK.
3. Kritische Reflexion der Entwicklung des/r Patienten*in innerhalb der Psychotherapie durch den Bezugstherapeuten/in.
4. Tägliche Rückmeldungen aus allen Abteilungen an den Bezugstherapeuten/in über Auffälligkeiten des/r Patienten*in.
5. Durchführung von Zimmerkontrollen zur Überprüfung des Abstinenzgebotes, Kontrolle auf alkoholhaltige Getränke, Genussmittel sowie verbotene Gegenstände gemäß Hausordnung.

6. Durchführung von Atemalkoholtests (AAT) sowie Urintests (ETG) und Urindrogenscreening zur Überprüfung des Abstinenzgebotes des/r Patienten*in.
7. Wechslergespräch von der Gestaltungstherapie in die (mögliche) Arbeitstherapie: dient der kritischen Reflexion der bisherigen therapeutischen Entwicklung durch a) den/r Patienten/in selbst, b) den Bezugstherapeuten an den/die Patienten/in, c) die Gestaltungstherapeutin an den/die Patienten/in, d) den/die Arzt/Ärztin an den/die Patienten/in zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

Außerdem werden Besonderheiten einzelner Patienten für die ärztliche Wochenendbereitschaft im Frühteam angegeben. Bei Bedarf erfolgt die Aufarbeitung rückfallgefährdenden Verhaltens bzw. die Rückfallaufarbeitung. Es wird auch die Anwesenheitspflicht zu den Gesundheitsvorträgen und Selbsthilfegruppen der Bezugsgruppe sowie die Einhaltung der Ausgangsregeln kontrolliert. Weitere Schritte umfassen den Antrag auf Verlängerung der stationären AEB bzw. Adaptionsbehandlung, die vorzeitige Entlassung des/der Patienten/in, den Abbruch der AEB durch den/die Patienten/in und die Durchführung des Abschlussgesprächs zwischen Bezugstherapeut/in und Patient/in.

Es findet eine wöchentliche Reflexion der therapeutischen Entwicklung des Patienten in der interdisziplinären Betrachtung zwischen Pflegedienst bzw. Gestaltungstherapie bzw. dem/der behandelndem/n Arzt/Ärztin und dem jeweiligen Bezugstherapeuten/in statt, sowie eine Reflexion der therapeutischen Arbeit in der Supervision. Die Dokumentation des Therapieverlaufs fließt in den Abschlussbericht.

Bitte beachten Sie, dass dies eine Zusammenfassung der Arbeitsschritte ist und individuelle Abweichungen möglich sind.

5.4 Ärztliche Aufgaben

Die medizinische Betreuung beginnt am Anreisetag mit der Aufnahmeuntersuchung zur Erfassung der somatischen Beschwerden und Diagnostizierung von Folgekrankheiten. Auf der Grundlage dieser Untersuchung und der Ziele des Rehabilitanden erfolgt die Planung der medizinischen Rehabilitation, inklusive der Veranlassung weiterführender Diagnostik (z.B. internistisches Konsil) und der medizinischen Rehabilitation. Sämtliche begleitenden somatischen Erkrankungen (z.B. Stoffwechselerkrankungen) sowie begleitende psychiatrische Erkrankungen (z.B. Depression) werden während der Entwöhnungsbehandlung fachkompetent mitbehandelt. In besonderen Fällen können Begleit- und Folgeerkrankungen von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern der Umgebung mitbehandelt werden. Sport- und Bewegungstherapie sind in den Therapieplan integriert.

Jeder Rehabilitand wird auf seine gesundheitlichen Risikofaktoren hin untersucht und erhält persönliche medizinische Aufklärung und Unterstützung bei den empfohlenen Maßnahmen einer gesunden Lebensführung. Umfangreiche Aufklärung über Ursachen und Verlauf der körperlichen Erkrankungen ermöglichen es den Rehabilitanden, selbstverantwortlich und aktiv den Heilungsprozess zu unterstützen.

Die medikamentöse Behandlung der Vorbehandler (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus) wird zunächst übernommen. Falls sich der Gesundheitszustand der Rehabilitanden grundlegend ändert, bzw. für die bisherige Medikation kein ausreichender Erfolg nachgewiesen werden kann, muss gelegentlich auch eine Therapieumstellung erfolgen. Die medikamentöse Therapie wird nach dem Prinzip „so viel wie nötig und so wenig wie möglich“ optimiert. Grundlegende Änderungen von medikamentösen Behandlungsstrategien werden ggf. mit den Vor- bzw. Nachbehandlern telefonisch abgesprochen.

In wöchentlichen Visiten sowie bei täglichen ärztlichen Sprechstunden wird der medizinische Behandlungsverlauf begleitet und kontrolliert. Es werden täglich ärztliche Sprechstunden angeboten und es besteht ein ständiger ärztlicher Bereitschaftsdienst.

Zum Ende der Rehabilitation wird dem Rehabilitanden, in der ärztlichen Abschlussuntersuchung, das Ergebnis der Rehabilitation erläutert und besonders auf die Einschätzung des Leistungsvermögens im Beruf eingegangen.

Prozess ärztliche Aufnahme in chronologischer Reihenfolge:

1. Die ärztliche Aufnahme der Patienten erfolgt im Anschluss an die Aufnahme durch den Pflegedienst. Durchführung Anamneseerhebung, körperliche, neurologische und psychiatrische Befunderhebung und Dokumentation (Anamnese Pflege-Medizin).

2. Besprechung der erhobenen Befunde mit dem Patienten und Planung Labordiagnostik, Kreislaufkontrollen und ggf. Überwachung nach RIBA Protokoll, ggf. weiterer notwendiger Diagnostik oder Konsiliaruntersuchungen oder Anforderung weiterer Vorbefunde sowie Medikation.

ggf. Verordnung Ernährungsumstellung

ggf. Verordnung Physiotherapie

ggf. Anmeldung zu Testpsychologie oder Empfehlung zur Teilnahme an indikativen Gruppen

3. Festlegung Leistungsgruppe Sport (L oder S) und Besprechung möglicher Einschränkungen mit dem Patienten.

4. Aufklärung der Patienten über Meldepflicht für ansteckende Erkrankungen und Einschätzung Tauglichkeit für den Küchendienst.

5. Dokumentation der ärztlichen Anordnungen für den Pflegedienst.

6. Diktat der Anamnese und Weiterleitung an den Schreibdienst.

7. Am Folgetag ärztliche Vorstellung neuer Patienten in der Teambesprechung. Weitergabe wichtiger Informationen für andere Therapiebereiche und zur Planung weiterer Therapie.

Auf der Grundlage der Diagnostik wird die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens aus Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil über die Dauer der Rehabilitation – prozesshaft – von den verschiedenen Berufsgruppen beigesteuert und es findet insbesondere in der Mitte der Rehabilitation zum sogenannten „Wechselgespräch“, in dem eine Zwischenbilanz gezogen wird, ein Austausch dazu statt, als auch im Rahmen der Entlassdiagnostik, den Abschlussuntersuchungen.

5.5 Behandlungselemente

5.5.1 Berufsgruppen/therap. Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten

Nach der ersten Behandlungswoche wechselt der Rehabilitand in eine der Bezugstherapiegruppen. Jede Gruppe wird von einem Bezugstherapeuten angeleitet, der die Gruppen- wie auch die Einzeltherapie durchführt. Dabei kommen verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Verfahren zur Anwendung.

Gruppengespräche

In der Gruppenpsychotherapie setzen sich jeweils 10 - 12 Rehabilitanden mit Entwicklung und Verlauf ihrer Suchterkrankung auseinander. Ziel ist es, unter therapeutischer Anleitung zunächst eine realistische Krankheitseinsicht zu gewinnen und die Krankheitsakzeptanz zu festigen. Der Bezugstherapeut fördert einen Gruppenprozess, in dem sich Rehabilitanden gegenseitig Rückmeldung über ihr Verhalten, über erlebte Stärken und Defizite geben. In dem besonderen Schutzraum der Bezugsgruppe können die Kontaktfähigkeit geschult und neue

Verhaltensweisen erprobt werden. Neu hinzugekommene Rehabilitanden profitieren in der halboffenen Gruppe von den Therapiefortschritten der erfahreneren Rehabilitanden. Häufige Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder Verdrängung werden im vertrauensvollen Gruppenklima durch die Mitrehabilitanden schnell erkannt und angesprochen. Der Einzelne entdeckt so, dass seine Erfahrungen von den Mitrehabilitanden geteilt werden und ein Verstecken und Verleugnen immer weniger notwendig werden. Die offene Aussprache in der Gruppe ermöglicht das Bearbeiten der eigenen Lebensvergangenheit und Suchtentwicklung ohne die übliche Schuld- und Schamproblematik. Auch aktuelle Konflikte, die sich aus dem Zusammenleben in der Klinik ergeben, können im Schutz der Gruppe offen ausgetragen werden. Rehabilitanden lernen, Konflikte und Auseinandersetzungen, begleitende Gefühle und Frustrationen ohne die erleichternde Wirkung eines Suchtmittels zu bewältigen.

Einzelgespräche

Am Beginn der **Einzelpsychotherapie** ist der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung wichtig. Die Einzeltherapie orientiert sich daher am Behandlungsauftrag des Rehabilitanden. Die Ziele der Therapie werden besprochen, konkretisiert und es wird ein gemeinsames Vorgehen zum Erreichen der Ziele festgelegt.

Die Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung wird vor dem biografischen Hintergrund des Rehabilitanden nachvollzogen, um ein individuelles Krankheitsmodell zu erstellen. Der Konsum wird im Zusammenhang mit einem individuellen Bedingungsmodell verstehbar; die bisherige Funktion des Suchtmittels wird deutlich. Auf der Basis dieser Erkenntnisse kann der Rehabilitand zu einer tieferen und vollständigeren Krankheitseinsicht gelangen und den entsprechenden Veränderungsbedarf ableiten. Im Vordergrund werden dabei die Einsicht in die Notwendigkeit künftiger Abstinenz und die Motivation zu weitergehenden Veränderungen im Lebensstil stehen. Häufige Schwerpunkte dabei sind Aufbau neuer sozialer Kompetenzen, Verbesserung der Kommunikations- und Durchsetzungsfähigkeit, Steigerung der Affekt- und Frustrationstoleranz sowie die Verbesserung der Wahrnehmung und die sozial adäquate Realisierung eigener Bedürfnisse. Der Rehabilitand wird angehalten, die gemeinsam erarbeiteten Inhalte im Kontakt mit dem Therapeuten und in der therapeutischen Gemeinschaft der Mitrehabilitanden zu erproben und in der Einzeltherapie auszuwerten.

Die von der Rentenversicherung vorgesehenen „Familienheimfahrten“ (i.d.R. ab der 5. Woche) ermöglichen es dem Rehabilitanden, seine Fortschritte unter realistischen Bedingungen zu erproben und noch vorhandene Defizite zu erkennen. In der Einzeltherapie werden in den letzten Therapiewochen konkrete Strategien zur Verhinderung von Rückfällen erarbeitet. Der Rehabilitand wird auf der Grundlage seines individuellen Bedingungsmodells in die Lage versetzt, Frühzeichen eines sich abzeichnenden Rückfalls zu identifizieren. Er lernt, rückfallbezogene Gedanken zu stoppen, in festgelegte Verhaltensalternativen auszuweichen, sich an Ansprechpartner zu wenden usw. letzten Endes soll der Rehabilitand dadurch zum Experten seiner Erkrankung werden und Möglichkeiten zu Eigenverantwortung und Eigensteuerung erkennen.

Sozialdienst

Die Arbeit des Sozialdienstes umfasst die Beratung und ggf. die Begleitung der Rehabilitanden bei allen sozialen und sozialrechtlich relevanten Fragen. Daher ist der Sozialdienst der Klinik mit allen Abteilungen vernetzt. Zusätzlich ist die Soziale Arbeit ein wichtiger Teil der arbeitsbezogenen Interventionen (s. Kapitel 4.7.5).

Mit jedem Rehabilitanden wird, auf der Grundlage des Sozialberichtes, innerhalb der ersten Therapiewoche seine soziale Situation in einem persönlichen Gespräch eruiert. Erforderlichenfalls wird dann gemeinsam ein Hilfeplan erstellt, der mit dem therapeutischen und medizinischen Rehabilitationsplan koordiniert wird. Hierbei kann es um Hilfe bei der Klärung finanzieller, rechtlicher und verwaltungstechnischer Angelegenheiten gehen. Auch hinsichtlich der Wohnsituation, im Umgang mit Behörden und der beruflichen Rehabilitation bieten wir fachliche Unterstützung an. Die Hilfe zur Selbsthilfe und die Steigerung der sozialen Kompetenz bleiben dabei der wichtigste Grundsatz.

Die Sozialarbeiter sind auch in die Planung und Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, der Nachsorge oder weiterer suchtttherapeutischer Maßnahmen (Adaption, Soziotherapie) eingebunden.

Gesundheits- und Krankenpflege

Die Mitglieder des Pflegedienstes stellen für die Rehabilitanden während der Rehabilitation sehr wichtige Ansprechpartner und Bezugspersonen dar. Durch die ununterbrochene Anwesenheit (und Ansprechbarkeit) wirkt das Pflegeteam ganz wesentlich an der Gestaltung des therapeutischen Milieus mit. Neben einem empathischen Auftreten einerseits ist andererseits auch die konsequente Durchsetzung der Therapie- und Hausordnung notwendig.

Dazu kommen „klassische“ pflegerische Aufgaben, wie die Mitwirkung bei Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen, die Umsetzung ärztlicher Anordnungen, die Vorbereitung und Begleitung der Visite.

Zu den Routineaufgaben gehören auch die Durchführung von Atem-Alkoholtests und Drogenscreenings und die Koordination von Zimmerkontrollen.

Im Rahmen des Notfallmanagements sind die Pflegekräfte zuerst bei einem Rehabilitanden und veranlassen weitere Maßnahmen.

Rückfallmanagement

Grundsätzlich bedeutet ein Rückfall einen Verstoß gegen das Abstinenzgebot als Arbeitsgrundlage. Der Rehabilitand ist in alte Verhaltensweisen zurück gefallen oder hat bisher besprochene Vorgehensweisen zur Rückfallprävention außer Acht gelassen. Gleichzeitig gilt, dass der Rückfall ein Symptom der zu behandelnden Abhängigkeitserkrankung bzw. eine Komplikation darstellt.

Wir bieten daher jedem rückfälligen Rehabilitanden bei erhaltener Abstinenzmotivation die therapeutische Aufarbeitung des Rückfallgeschehens an. Entspricht dies dem Wunsch des Rehabilitanden, so wird in den folgenden zwei Wochen der Rückfall intensiv psychotherapeutisch aufgearbeitet. Der Rehabilitand verbleibt im schützenden Umfeld der Klinik und konzentriert sich auf die Analyse des Geschehens und das Erarbeiten von Verhaltensalternativen. Den Abschluss der Rückfallaufarbeitung bildet ein therapeutisches Gespräch, bei dem der Rehabilitand, sein Bezugstherap. u. weitere Mitarbeiter der Klinik anwesend sind. Der Rehabilitand stellt das Rückfallgeschehen und seine Bearbeitung dar. In der Auseinandersetzung mit kritischen Nachfragen demonstriert er, dass er sich mit der Problematik intensiv beschäftigt hat. Damit ist der Prozess der Rückfallaufarbeitung abgeschlossen, der Rehabilitand hat nun wieder die Möglichkeit, seine neuen Erkenntnisse in der Praxis innerhalb u. außerhalb der Klinik umzusetzen. Bei einem wiederholten Rückfall müssen wir annehmen, dass unser therapeutisches Angebot den Rehabilitanden nicht erreicht und damit das Ziel der Rehabilitation nicht zu erreichen ist. In solchen Fällen erfolgt die vorzeitige Entlassung mit der Maßgabe, sich schnellstmöglich um ambulante oder stationäre Weiterbehandlung zu bemühen. Eine Verlegung zur stationären Entzugsbehandlung wird dem Rehabilitanden ggf. vorgeschlagen.

5.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

Für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen werden die von der Arbeitsgruppe *Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)* erarbeiteten Empfehlungen umgesetzt.

Viele Rehabilitanden haben Erfahrungen mit längeren Zeiten von Arbeitslosigkeit gemacht. Arbeitslosigkeit, oft gekoppelt mit Verlust von sozialem Status, stellt einen bedeutenden psychosozialen Belastungsfaktor, nicht nur in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung dar. Aber auch bei vorhandenem Arbeitsplatz kann der Übergang von der geschützten Atmosphäre der therap. Einrichtung in das frühere soziale und berufliche Umfeld ein Risiko darstellen, etwa bei dauernder Überforderung. Daher liegen bei der Mehrzahl der Rehabilitanden der PTK besondere erwerbsbezogene Problemlagen (beP) vor. Aus diesem Grund wurde bereits 1996 das „Bad Liebenwerdaer Modell“ entwickelt, bei dem in allen drei Therapiephasen der stationären Behandlung die Therapie an den Zielen der arbeitsbezogenen Rehabilitation ausgerichtet wird und im letzten Therapieabschnitt ein berufsbezogenes Praktikum als externe Belastungserprobung in einem Betrieb der Stadt absolviert wird.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen werden die *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*, die von der Arbeitsgruppe *Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)* umgesetzt.

Beruflich orientierte Eingangsdiagnostik

Die vom BORA-Konzept geforderte beruflich orientierte Eingangsdiagnostik (Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10-GM, sozialmedizinische Diagnostik, Bildungs-Berufs- und Arbeitsanamnese, Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz und Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens) wird während der Aufnahme des Rehabilitanden erhoben.

Erwerbsbezogene Analyse

Mit Screening- und Assessmentverfahren, Instrumente zur Erfassung arbeitsbezogenen Erlebens und Verhaltens u. zusätzlichen Modulen werden nicht nur erwerbsbezogene Probleme und Behandlungsbedarfe sondern auch die Ressourcen des Rehabilitanden erhoben. Das *Würzburger Screening*⁷ wird als Screeningverfahren genutzt, um Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen zu erfassen. Das Assessmentinstrument *Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA)*⁸ erlaubt die Beschreibung von Arbeitsanforderungen und Fähigkeiten von Rehabilitanden durch den Einsatz definierter Merkmale. Als Instrument zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten wird das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)⁹ eingesetzt. Dieser Selbsteinschätzungsfragebogen ist Teil der RMK-Diagnostik (s. Kapitel 4.7.2) und erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen.

Das von der PTK im Rahmen der Reha-Diagnostik eingesetzte Diagnostikset der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) wird vom BORA-Konzept als „zusätzliches Modul“ im Rahmen der erwerbsbezogenen Analyse aufgeführt.

7 Würzburger Screening: http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/WuerzburgerScreening_Manual.pdf

8 Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA)

9 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) (Schaarschmidt und Fischer, 2006)

Zielgruppen

Die Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogene Problemlagen (beP) lassen sich auf Basis von Eingangsdiagnostik und erwerbsbezogener Analyse nach dem BORA-Konzept verschiedenen Zielgruppen zuordnen.

BORA-Zielgruppe 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne beP

BORA-Zielgruppe 2: Rehabilitanden in Arbeit mit beP

BORA-Zielgruppe 3: arbeitslose Rehabilitanden mit Bezug von ALG I (kürzer arbeitslos) und Erwerbstätige, die während Krankenschreibung arbeitslos werden

BORA-Zielgruppe 4: arbeitslose Rehabilitanden mit Bezug von ALG II (länger arbeitslos)

BORA-Zielgruppe 5: Nicht-Erwerbstätige Rehabilitanden (z.B. Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner), die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben

Die Zuordnung von Rehabilitanden zu diesen Zielgruppen erlaubt die Ausrichtung der therapeutischen Leistungen auf den besonderen Bedarf und die Berücksichtigung individueller Besonderheiten (Störungen und Ressourcen) bei der Therapieplanung für die arbeitsbezogene Rehabilitation. Da die meisten Rehabilitanden arbeitslos sind, stellen die BORA-Zielgruppen 3 und 4 die zahlenmäßig größten Gruppen in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker dar.

Therapeutische Angebote der arbeitsbezogenen Rehabilitation

Die erwerbsbezogenen Therapien (Gestalterische Ergotherapie, interne Arbeitstherapie und externe Arbeitstherapie/Belastungserprobung), bilden neben der ärztlichen und der psychotherapeutischen Behandlung die dritte Säule der Rehabilitation von abhängigkeitskranken Menschen in der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik.

In der Aufnahme- und Intensivierungsphase (erste und zweite Stufe der Rehabilitation) werden die Rehabilitanden aller BORA-Zielgruppen in die Gestalterische Ergotherapie integriert (s. Kapitel 4.6). Die Arbeitstherapie beginnt in der Reintegrationsphase (3. Stufe) und ist für Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 3 und 4 verbindlich.

Gestalterische Ergotherapie

In der Ergotherapie werden Kräfte und Fähigkeiten gefördert, die das Denken, das Fühlen und das Handeln anregen. Damit soll die Fixierung auf das Suchtmittel gelöst werden und dem Rehabilitanden andere Quellen von Bestätigung und innerer Zufriedenheit zugänglich gemacht werden. Hierzu ist die nonverbale Herangehensweise der Gestaltungstherapie besonders geeignet. Während der Gestalterischen Ergotherapie ist es möglich, Kompetenzen und -defizite bei Grundarbeitsfähigkeiten, sozialen Fähigkeiten und bezogen auf das Selbstbild zu erfassen und gezielt zu verbessern.

Im freien und kreativen Gestalten liegt der Schwerpunkt auf der künstlerisch-handwerklichen Tätigkeit mit verschiedenen Materialien und Techniken wie z.B. Korbflechten, Ton, Speckstein, Malerei, Collage u.v.m. Hierbei werden folgende Bereiche angesprochen: Ausdauer, Motorik, Kreativität, Spontaneität, Emotionalität, Handlungsplanung, Selbsteinschätzung.

Bei den Gruppenarbeiten und gruppenspezifischen Kreativitätsübungen werden vor allem Sozial- und Gruppenverhalten (Kooperationsbereitschaft, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit) trainiert und stabilisiert. In der gemeinsamen Arbeit an einem selbst gewählten Thema setzen sich Rehabilitanden mit eigenen und anderen Gedanken und Ideen auseinander.

Interne Arbeitstherapie

Die systematische Verbesserung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens ist Ziel der internen Arbeitstherapie, die innerhalb der klinikeigenen Bereiche angeboten wird.

Verschiedene Arbeitsbereiche stehen innerhalb der Klinik zur Verfügung:

- Holzwerkstatt
- Fahrradwerkstatt
- Grünanlagenpflege
- Hauswirtschaft
- Wäschekammer
- Cafeteria
- Computerlehrgänge

Diese Praktikumsphase in der Klinik ist die Vorbereitung auf die externe Belastungserprobung und läuft ab unter Beibehaltung der Gruppen- und Einzeltherapie. Die Arbeitstherapie ersetzt die Termine der Gestaltungstherapie und tlw. die der Sporttherapie.

Die tägliche Dauer des Arbeitstrainings ist abhängig von der Belastbarkeit des Rehabilitanden. Ein stundenweises Training kann im Sinne eines Belastbarkeitstrainings gesteigert werden. Hierüber gewöhnen sich Rehabilitanden wieder an einen strukturierten Arbeitsalltag, an das Einhalten von Verabredungen und Zielvorgaben und Erleben die persönliche Befriedigung eines sinnvoll verbrachten Arbeitstages. In der Zusammenarbeit mit den Mitrehabilitanden werden die für Teamarbeit notwendigen kommunikativen und persönlichen Kompetenzen gefördert.

Während des Arbeitstrainings erfolgt eine fortlaufende Betreuung durch Arbeitstherapeuten, der sich mit dem Bezugstherapeuten und dem Stationsarzt des Rehabilitanden abstimmt (s. Kapitel 4.6).

Externe Arbeitstherapie - Belastungserprobung

Die externe Arbeitstherapie bietet als Besonderheit, im Rahmen des Bad Liebenwerdaer Modells, die Möglichkeit, in unmittelbarer Nähe der Klinik bei einer Vielzahl von ausgewählten Betrieben die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter realen Bedingungen zu erproben. Mittlerweile stehen bis zu 40 verschiedene Praktikumsplätze in 26 Betrieben zur Verfügung, die von der Klinik aus zu Fuß oder mit dem Fahrrad erreichbar sind. Die Auswahl der Betriebe erfolgt nach strengen Richtlinien und Anforderungen:

- Die Betreuung unserer Rehabilitanden durch eine oder mehrere Person/en des Betriebes muss gesichert sein.
- Lern- und Übungsinhalte müssen definiert sein.
- An der Praktikumsstelle darf kein Alkohol getrunken werden.
- Vor Arbeitsbeginn ist der Abschluss einer speziellen Vereinbarung mit den Betrieben notwendig, in der z.B. auch die Vorschriften der Unfallversicherung Beachtung finden.

Im Vorfeld des externen Praktikums wird für den Patienten ein Vorgespräch in dem Betrieb vereinbart. Dadurch werden die Aktivität und Eigenverantwortung des Rehabilitanden unterstützt. Die Betreuung am externen Arbeitsplatz erfolgt durch telefonischen und/oder persönlichen Kontakt des Arbeitstherapeuten. Hierdurch ist eine engmaschige Rückmeldung des Verhaltens des Rehabilitanden am Arbeitsplatz möglich. Im Einzelfall führen der betreuende Arzt und/oder der Bezugstherapeut eine Arbeitsplatzvisite durch.

Die kurzen Arbeitswege ermöglichen auch in dieser Therapiephase eine Teilnahme des Rehabilitanden am gesamten übrigen Therapieprogramm (s. Therapiepläne im Anhang).

Bewerbungstraining und Bewerbungsgespräch

Für Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 3, 4 und 5 ist das Bewerbungstraining verbindlicher Therapiebestandteil. Es erfolgt eine gemeinsame Planung gezielter Maßnahmen zur arbeitsbezogenen Rehabilitation.

Während des Bewerbungstrainings in der 2. bis 5. Behandlungswoche erstellen die Rehabilitanden anhand eines Manuals unter Anleitung von Sozialarbeitern eine persönliche Bewerbungsmappe. Das Computerkabinett der Klinik wird dabei für die Stellensuche im Internet und zum selbständigen Ausdruck der Unterlagen durch die Rehabilitanden genutzt.

In der 6. oder 7. Behandlungswoche wird ein Bewerbungsgespräch simuliert und die Rehabilitanden „bewerben“ sich beim Leiter der Arbeitstherapie für die beginnende Praktikumsphase. Bei diesem „Bewerbungsgespräch“ sind auch der Bezugstherapeut, Gestaltungstherapeut, Stationsarzt sowie der Chefarzt anwesend. Hierzu wird die Bewerbungsmappe vorgelegt und der weitere Ablauf gemeinsam mit dem Rehabilitanden festgelegt.

Werden Defizite bei der Erstellung der Bewerbungsmappe oder bei dem „Bewerbungsgespräch“ festgestellt, wird ein weiteres Bewerbungstraining angeboten mit dem Ziel, diese Defizite in dieser halboffenen Gruppe abzubauen, die Mappe zu ergänzen und Sicherheit in Bewerbungssituationen (z. B. durch Rollenspiele oder Kompetenztraining) zu gewinnen.

Die Therapiebausteine der arbeitsbezogenen Rehabilitation sind so aufeinander abgestimmt, dass Rehabilitanden, die nicht direkt nach der Rehabilitation eine Arbeit aufnehmen, die Klinik mit einer aktuellen Bewerbungsmappe verlassen und sich den Anforderungen eines Vorstellungsgesprächs gewachsen fühlen. Darüber hinaus sollten die Rehabilitanden, als Ergebnis der externen Belastungserprobung, ihre individuelle Leistungsfähigkeit bzw. etwaige Einschränkungen in Bezug auf die mögliche künftige Tätigkeit nachvollziehen können.

5.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung

Das Therapieprogramm wird ergänzt durch indikative Gruppen, die als Bausteine einer individualisierten Therapieplanung zu sehen sind. Durch die bedarfsgerechte und gezielte Bearbeitung von Problemfeldern, die typischerweise eng mit dem Suchtmittelkonsum in Zusammenhang stehen, wird dem Rehabilitanden eine umfassende Behandlung all seiner Schwierigkeiten angeboten. Der Rehabilitand wird in seiner Fähigkeit gestärkt, sein Leben selbstbestimmt und unter Beachtung seiner Interessen und Bedürfnisse zu gestalten, bzw. mögliche Hindernisse werden im Rahmen indikativer Gruppen gezielt bearbeitet.

Indikative Gruppe: Eltern mit Kind (ern)

Die Teilnahme an dieser speziellen indikativen Gruppe ist für unsere Patientinnen und Patienten, die mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern die Entwöhnungsbehandlung in unserem Haus absolvieren, durchgängig indiziert.

Inhaltlich geht es in dieser Gruppe darum, sich mit der Abhängigkeitserkrankung und deren Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung, mit der Rolle als Mutter bzw. Vater sowie daraus resultierenden Konflikten und Spannungsfeldern auseinanderzusetzen. Es ist hier ausdrücklich erwünscht, dass die Patientinnen und Patienten eigene Themen einbringen und anhand aktueller Beispiele Lösungsmöglichkeiten erarbeiten.

Bedeutsam wird es zudem sein, die Gestaltung eines zufriedenen, abstinenter Alltags vor dem Spannungsfeld der Kindererziehung, eigener Rollenerwartungen und erlebter Scham- und Schuldgefühle in den Fokus zu setzen.

Wir nehmen bei uns Patientinnen und Patienten mit Kindern von 1 bis 12 Jahren auf. Die Kinder werden bis zum Schulalter in unserem hauseigenen Kindergarten von staatlich anerkannten Erziehern bzw. Heilerziehungspflegerinnen betreut. Die Schulkinder besuchen das Grundschulzentrum in Bad Liebenwerda, welches in 8 min zu Fuß erreichbar ist. Nachmittags werden auch die Schulkinder bei uns im Haus betreut. Die Betreuungszeiten sind von 8.45 Uhr bis 12.00 Uhr und von 12.30 Uhr bis 16.30 Uhr. Damit ist sichergestellt, dass die Eltern ihre Therapien in Ruhe wahrnehmen können und die Kinder in liebevoll gestalteter Umgebung spielen, lernen und sich bewegen können. Auch der Mittagsschlaf für die Kleinen ist von unseren Erziehern abgedeckt.

Familien mit Kindern können in unserer Familiensuite (Kinderzimmer, Schlafzimmer, Bad) wohnen und in einem großzügigen Spielzimmer die Zeit verbringen. Mütter oder Väter mit einem Kind sind in einem Doppelzimmer mit Dusche/WC untergebracht, so dass auch hier ein geschützter Bereich gegeben ist, selbstverständlich können auch sie den großen Spielbereich, der an die Familiensuite angeschlossen ist, nutzen.

Ergänzend zu unserer indikativen Gruppe Eltern mit Kind(ern) bieten wir einmal wöchentlich Eltern-Kind-Sport an. Voraussetzung ist hier, dass die Kinder mindestens 3 Jahre alt sind. Ziel ist, die aktive gemeinsame Freizeitgestaltung der Eltern mit ihren Kindern zu fördern.

Freitags findet der Eltern – Kind – Nachmittag statt, an dem die Eltern gemeinsame Aktivitäten mit ihren Kindern durchführen. Die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und die konkreten Pläne werden in der Elternrunde gemeinsam mit den Erziehern und Eltern besprochen. Wichtig ist hier, die Beschäftigung der Eltern mit ihren Kindern zu fördern und den Kindern wieder die Möglichkeit zu geben, zu spielen, Kind sein zu dürfen und die Eltern als verlässliche Bezugspersonen zu erleben. In der Elternrunde besteht zudem die Möglichkeit, Rückmeldungen über das Verhalten und den Entwicklungsstand der Kinder durch unsere Erzieherinnen zu erhalten.

Wir bieten weiterhin an 2 Abenden in der Woche die Möglichkeit an, einen Babysitter in Anspruch zu nehmen, um am Freizeitangebot der Klinik (Vorträge, Volleyballspiel etc.) auch ohne Kind teilnehmen zu können.

Indikative Gruppe: Seniorengruppe

Die Teilnahme an der indikativen Seniorengruppe ist fester Bestandteil unseres 4- bis 6-wöchigen Seniorenprogramms. Die Indikation zur Teilnahme an dieser Gruppe ist formal festgelegt: Die Rehabilitanden sind älter als 55 Jahre und sie sind dauerhaft berentet, d.h. eine Rückkehr ins Arbeitsleben ist wegen Alter oder Erwerbsunfähigkeit nicht mehr zu erwarten.

Inhaltlich geht es in der Seniorengruppe vorrangig darum, in der Auseinandersetzung mit den Besonderheiten dieser Lebensphase zu einem zufriedenstellenden Lebenskonzept zu finden und hierüber die Abstinenzfähigkeit zu sichern. Dies bedingt die Auseinandersetzung mit altersbedingten Begrenzungen, die häufig mit dem Erleben von Schmerz, Einsamkeit und Resignation einhergehen. Schwierigkeiten und Konflikte dieser Lebensphase werden bearbeitet, wobei die Ressourcenorientierung zur Aufrechterhaltung einer aktiven Lebensgestaltung im Vordergrund steht, um Rückzugsverhalten und Isolierung vorzubeugen.

Themen im Bewältigungsprozess des Alterns sind u.a. Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess, Beziehungsprobleme, Gebrechen und Krankheit, Todesfälle (Ehepartner, Freunde), Einsamkeit, Schwierigkeit soziale Bindungen aufrechtzuerhalten. Diesbezüglich gilt es, Lösungen zu finden, die mit dem eigenen Selbstgefühl verträglich sind und das Interesse am Gegenwartsprozess zu bewahren.

Indikative Gruppe: Soziales Kompetenztraining

Defizite in den sozialen Kompetenzen führen bei vielen Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankung zu wiederholten Frustrationserlebnissen, Fehlschlägen, unbefriedigenden Sozialbeziehungen und ungelösten Konflikten. Hieraus resultieren Emotionen und Lebensprobleme, die häufig das Hintergrundgeschehen zum Suchtmittelgebrauch bilden. Vorrangige Indikation für die Teilnahme am sozialen Kompetenztraining sind daher: Schwierigkeiten, sich gegenüber anderen Menschen abzugrenzen, sich in Konflikten durchzusetzen, Defizite in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. Das kann sich sowohl auf familiäre Beziehungen wie auch auf den Umgang mit Arbeitskollegen, Behörden, Ärzten und anderen Helfern beziehen. Zusätzlich sehen wir eine Gruppe von Rehabilitanden, die ihre Impulse schwer steuern können und deren Verhalten bei Konflikten leicht eskaliert.

Häufig stehen eine Idealbildung, das Fehlen von bewusstem Erleben und Leiden unter dem eigenen problematischen Verhalten einer Veränderung im Wege. Eine Chance bietet hier die Gruppe, die unter therapeutischer Anleitung dem Rehabilitanden eine konstruktive Verhaltensrückmeldung gibt. Arbeitsform ist im Wesentlichen das Gruppengespräch mit einer längeren Interaktionssequenz zwischen einem Rehabilitanden und dem Therapeuten. Im Anschluss an die beispielhafte Sequenz wird die Gruppe einbezogen mit ihren Wahrnehmungen, begleitenden Affekten, Ideen zur Konfliktlösung etc. Diese Vorgehensweise zeichnet sich dadurch aus, dass ein klarer Fokus gesetzt werden kann und regressive Tendenzen begrenzt werden.

Die indikative Gruppe „Soziales Kompetenztraining“ wird als halboffene Gruppe geführt mit einer üblichen Gruppengröße zwischen sechs und zwölf Rehabilitanden. Jeder Rehabilitand nimmt an fünf bis sechs Gruppensitzungen teil.

Indikative Gruppe: Rückfallprävention

Viele Menschen mit Abhängigkeitserkrankung haben - häufig mehrfach - die Erfahrung eines Rückfalls nach längerer Abstinenzzeit gemacht. Eine derartige Erfahrung in der Vorgeschichte bildet die Grundlage für die Indikation zur Teilnahme an der indikativen Gruppe „Rückfallprävention“. Rehabilitanden, die zur Festigungs- oder Auffangbehandlung zu uns kommen, nehmen auf jeden Fall an dieser Gruppe teil.

In der therapeutischen Arbeit steht zunächst der Austausch der Rehabilitanden untereinander im Vordergrund. Rehabilitanden erleben, dass andere Menschen ähnliche Erfahrungen gemacht haben und überwinden so die häufig resultierenden Gefühle von Hilflosigkeit und Resignation. Es folgen der Neuaufbau und die Stabilisierung einer zukunftsbezogenen Abstinenzmotivation. In der weiteren Auseinandersetzung lernt der Rehabilitand das Rückfallgeschehen in seinen Zusammenhängen verstehen und leitet daraus Konsequenzen für die künftige Alltags- und Lebensgestaltung ab. Dabei werden sowohl äußere, auslösende Faktoren betrachtet, wie auch innere Dispositionen, Grundannahmen und Grundüberzeugungen. Auf dieser Grundlage kann der Rehabilitand seine Suchterkrankung besser verstehen und mögliche Rückfallgefahren realistischer einschätzen. Hieraus werden schließlich individuelle Strategien zur Rückfallvermeidung abgeleitet. Inhaltlich folgt die Rückfallpräventionsgruppe ausgewählten Einheiten aus dem Trainingsmanual „Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit“ von Altmannsberger¹⁰. Die Gruppe ist als geschlossene Gruppe konzipiert, an der die Rehabilitanden sechs Mal teilnehmen.

10 Altmannsberger W; Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe (2004)

Indikative Gruppe: Raucherentwöhnung

Die meisten Rehabilitanden (ca. 90%) haben nicht nur in Bezug auf das Suchtmittel Alkohol ein abhängiges Verhalten entwickelt, sondern auch in Bezug auf den Nikotinkonsum. Die unerwünschten Begleiterscheinungen des Rauchens, die sich z.B. beim Sport bemerkbar machen, aber auch die andauernde intensive Beschäftigung mit dem eigenen Suchtverhalten lassen einen erheblichen Teil der Rehabilitanden daran denken, das Rauchen zu reduzieren o. nikotinfrei zu leben. Dieser Vorsatz wird in der Regel überaus ambivalent erlebt. Fast jeder Raucher schätzt die erwarteten Entzugserscheinungen als besonders unangenehm ein. Viele Rehabilitanden fühlen sich aufgrund erfolgloser Versuche demotiviert u. möchten sich nicht dem Risiko eines weiteren Rückfalls aussetzen. In dieser Situation werden Rehabilitanden von Ärzten u. Therapeuten auf die Notwendigkeit u. auch die realistische Möglichkeit der Nikotinabstinenz hingewiesen. Rehabilitanden werden zur Teilnahme an unserer wöchentlich stattfindenden Raucherentwöhnung angeregt. Dort wird in einer Gruppe von 4-10 Teilnehmern zunächst die Motivation, sowie Vor- u. Nachteile der Nikotinabstinenz besprochen. Das eigene Rauchverhalten wird im Zusammenhang mit äußeren Situationen und eigenen Bedürfnissen analysiert. Unter therap. Anleitung wird der Rehabilitand auf erste Gelegenheiten stoßen, bei denen ihm der Verzicht auf eine Zigarette gelingt. In der Exploration dieser Situationen können Strategien entwickelt werden, diesen Teilerfolg auf weitere Situationen zu übertragen. Die Erarbeitung von Alternativen nimmt einen zentralen Teil der Raucherentwöhnung ein. Hierüber nähert sich der Rehabilitand dem „Tag X“, dem ersten vollständig nikotinfreien Tag. Entscheidend ist jetzt eine gezielte Verstärkung dieses Erfolges und aller Handlungsalternativen, die den Erfolg dauerhaft sichern helfen. Die Raucherentwöhnung wird von den Ärzten durch Infogespräche und weitere Maßnahmen unterstützt (z.B. Verordnung von Nikotinplastern). In der abschließenden Stabilisierungsphase bekommen die Rehabilitanden Anleitung zur Rückfallprophylaxe. Hierbei erweisen sich das Aufstellen eines Notfallplans und das Erlernen von Entspannungsverfahren als hilfreich.

Indikative Gruppe: Genussstraining

Das Genussstraining ist ein Angebot für Rehabilitanden, denen die Fähigkeit zum Genuss verloren gegangen ist oder die diese Fähigkeit aufgrund genussfeindlicher Bedingungen in der Lebensgeschichte nicht gut entwickeln konnten. Dazu gehören häufig Suchtkranke u. Rehabilitanden mit depressiver Symptomatik, aber auch Rehabilitanden mit anderen psychosomatischen Störungen. Das bei uns angebotene Genussstraining orientiert sich an dem verhaltenstherap. Behandlungsansatz zur Förderung des positiven Erlebens und Handelns nach Koppenhöfer¹¹. Das Programm umfasst sechs Therapieeinheiten. In der ersten Sitzung erfolgen eine Einführung sowie die gemeinsame Erarbeitung der Genussregeln. Die darauf folgenden fünf Sitzungen sind jeweils einer Sinnesmodalität (Tasten, Hören, Sehen, Riechen, Schmecken) gewidmet. Ziel ist es, die Fähigkeit zum genussvollen Empfinden zu fördern u. Verhaltensweisen aufzubauen, welche unabhängig von der zielgerichteten Beseitigung unangenehmer Zustände von Bedeutung sind. Rehabilitanden sollen lernen, angenehme, entspannende u. genussvolle Aktivitäten regelmäßig in ihren Alltag zu integrieren. Die in diesem Zusammenhang erlebten positiven Gefühle stellen eine Art „Puffer“ dar, der in belastenden Situationen kompensatorisch wirken kann. Das euthyme Erleben und Verhalten dient damit dem Selbstschutz – gerade auch bei möglicher Rückfallgefährdung.

11 Koppenhöfer E; Kleine Schule des Genießens. Berlin: Pabst (2004)

Indikative Gruppe: Gehirnjogging

Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit werden im Rahmen der Eingangsdagnostik erkannt und diagnostiziert. Derartige Leistungseinbußen führen beim Rehabilitanden häufig zu erheblichem Leidensdruck und damit zum Veränderungswunsch. Wir bieten daher ein kognitives Leistungstraining zur gezielten Verbesserung von Gedächtnis und Informationsverarbeitung an. Unter fachlicher Anleitung wird das aktuelle Leistungsniveau des Rehabilitanden ermittelt. Festgestellte Schwächen werden mit Hilfe des computergesteuerten Lernprogramms Cogpack®¹² gezielt trainiert. Die direkte Rückmeldung über den erreichten Leistungsstand motiviert auch hier den Rehabilitanden zur Fortführung des Trainings und spornt den Ehrgeiz an. Die sich einstellenden Erfolge führen in der Regel zu einer deutlichen Steigerung der Motivation für die Entwöhnungsbehandlung insgesamt.

Ernährungsschulung

Die Diätassistenten der Klinik schulen alle Rehabilitanden im Rahmen der Aufnahmegruppe zum Thema „Gesunde Ernährung“. Notwendige diätetische Maßnahmen (z. B. Kost bei chronischer Pankreatitis, Stoffwechselerkrankungen oder Reduktionskost) werden dem Rehabilitanden in Einzel- oder Gruppenernährungsberatungen vermittelt und ernährungstherapeutisch begleitet. Für Rehabilitanden mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. -allergie werden spezielle Kostpläne erstellt und von einem Diätassistenten betreut. In der Lehrküche können die Rehabilitanden unter Anleitung vegetarische Gerichte selbst zubereiten und verkosten. Für Rehabilitanden mit chronischen Lebererkrankungen und für besonders häufig vorkommende Begleit- und Folgeerkrankungen (Lumbalgie, Hypercholesterinämie, Adipositas, Pankreatitis) werden die von der Deutschen Rentenversicherung entwickelten indikationsbezogenen Curricula für das Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation genutzt.

Da die Förderung der Motivation der Rehabilitanden zur Verhaltensänderung (Abstinenz) ein wesentliches Ziel des gesamten Rehabilitationsprozesses ist, sind einzelne Therapiemaßnahmen nicht immer eindeutig vom Gesundheitstraining zu trennen. Das Gesundheitstraining ist also ein integraler Bestandteil der Behandlung, um die gesundheitsbezogene Eigenverantwortung der Rehabilitanden zu stärken.

Entsprechend des suchttherapeutischen Schwerpunktes der Therapie in der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda nehmen alle Rehabilitanden an Seminaren teil, bei denen die Information über die Abhängigkeitserkrankung und ihre Behandlung im Mittelpunkt steht. Diese Informationen können im Anschluss auch in der Einzel- und Gruppentherapie sowie in der Visite vertieft und diskutiert werden.

Sport- und Bewegungstherapie

In der MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik wurde ein Konzept für die leistungsorientierte Sport- und Bewegungstherapie entwickelt, um die Gesundheit und gesundheitsbewusste Verhaltensweisen der Rehabilitanden zu unterstützen. Dabei soll einerseits der Gesundheitssport, im Sinne der Prävention, gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorbeugen und andererseits leistet die Sport- und Bewegungstherapie im Zuge der Rehabilitation ihren Beitrag zur Wiederherstellung körperlicher Funktionsfähigkeit. Die Sporttherapeuten bilden zusammen mit den Mitarbeitern der Physiotherapie eine Abteilung der Klinik: die Bewegungstherapie.

¹² Cogpack® ist ein Produkt der Firma marker-software

Leistungsgruppen

Die Sporttherapie wird vom Therapeuten gemeinsam mit dem Arzt geplant, dosiert und kontrolliert und mit dem Rehabilitanden einzeln oder in der Gruppe durchgeführt. Aufgrund verschiedener Schweregrade vorhandener Vor- und Begleiterkrankungen wird eine Einstufung in Leistungsgruppen vorgenommen, um Überlastungen des Rehabilitanden vorzubeugen.

Die Leistungsgruppen sind deshalb in „L“ (für leichte Belastung) und „S“ (schwere Belastung) untergliedert. In der Leistungsgruppe „L“ geht es dabei vorwiegend um die Rehabilitation, zur Wiederherstellung und Verbesserung des Gesundheitszustandes. In der Leistungsgruppe „S“ geht es vorrangig um die Prävention, da hier nicht nur die Verbesserung sondern auch die Vermeidung bzw. die Vorbeugung von Erkrankungen des Bewegungsapparates das Ziel ist.

Ausdauer

Im Rahmen des Ausdauertrainings wird zu Beginn der Therapie getestet, welche Wegstrecke ein Rehabilitand zu Fuß (mit oder ohne Gehilfen) in einer bestimmten Zeit zurücklegen kann. Im Therapieverlauf wird dann darauf hin gearbeitet, dass der Rehabilitand diese Strecke möglichst erweitert. Am Ende der Therapie erfolgt eine erneute Überprüfung der Gehstrecke.

Koordination

Während des gesamten Therapiezeitraumes erfolgen eine Schulung koordinativer Bewegungsabläufe sowie eine Stabilisierung des Gleichgewichts der Rehabilitanden. Die Inhalte des Koordinationstrainings umfassen vor allem Gleichgewichtsübungen und das Terraintraining, wobei auf die heimischen verschiedenen Bodenbeschaffenheiten im Gelände und in der Umgebung zurückgegriffen wird. Bei Rehabilitanden mit Polyneuropathie ist hier die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie besonders wichtig, um ein optimales Ergebnis erreichen zu können.

Krafttraining

Durch ein gezieltes Krafttraining in der Sporttherapie entsprechend der Leistungsgruppen soll die Muskulatur kräftiger und ausdauernder werden. Dies erfolgt in Form von Kräftigungsübungen mit und ohne Trainingsgeräte. Gesundheitlich ist dieses Training von großer Bedeutung, da kräftige Muskeln die Gelenke entlasten, muskuläre Dysbalancen behoben und vorgebeugt werden können. Die Rehabilitanden erleben ihre Leistungsgrenzen aber auch ihre Ressourcen. Sie können ihre Bewegungsfreude wiederfinden, steigern und somit ihre Leistungsfähigkeit verbessern.

Am Beginn und Ende der Therapie erfolgt eine Überprüfung der Kraftausdauerleistung der Rehabilitanden mithilfe des Kraftausdauertests nach Spring¹³. Der Test prüft die Kraftausdauer der Haltemuskulatur und umfasst insgesamt neun Übungen, bei denen mittels normierter, dynamischer Bewegungsabläufe die Wiederholungszahlen ermittelt und dadurch die Kraftausdauer beurteilt werden kann.

13 Spring H et al.: Theorie und Praxis der Trainingstherapie. Stuttgart: Thieme (1997)

Medizinische Trainingstherapie und Wassergymnastik

Zusätzlich zur Sporttherapie haben die Rehabilitanden die Möglichkeit, an der Medizinischen Trainingstherapie und an der Wassergymnastik teilzunehmen.

In der Medizinischen Trainingstherapie, erfolgt eine Einteilung in das fachlich betreute und freie Gerätetraining. Rehabilitanden, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht selbständig an den Geräten trainieren dürfen, haben die Möglichkeit unter Anleitung zu üben, d.h. am fachlich betreuten Gerätetraining teilzunehmen. Das freie Gerätetraining nutzen Rehabilitanden ohne größere körperliche Einschränkungen, d.h. Leistungsgruppe S, nach einer Einweisung, die durch einen Sporttherapeuten erfolgt. Zusammen mit dem Arzt wird dazu ein individueller Trainingsplan erstellt.

Zusätzlich besteht für die Rehabilitanden die Möglichkeit, an der Wassergymnastik teilzunehmen. In diesem anderen Element können sie ihre Körperwahrnehmung schulen und stabilisieren. Dies ist besonders für Rehabilitanden mit körperlichen Funktionsstörungen, d.h. für die Leistungsgruppe L geeignet. Die Wassergymnastikkurse werden durch die Sport- und Physiotherapeuten geleitet.

Indikative Gruppe: Entspannungsverfahren

In der Entspannungstherapie lernen Rehabilitanden, auch in anstrengenden Alltagssituationen zur Ruhe zu kommen, sich auf sich selber und die eigenen Bedürfnisse zu konzentrieren und dabei auch ihre Körpersignale zu beachten. In insgesamt drei Gruppen bieten wir die progressive Muskelrelaxation PMR nach Jacobson als leicht zu erlernende Entspannungsmethode an. In der Regel wird die PMR im Liegen durchgeführt. Für Rehabilitanden, die physisch (z.B. durch Erkrankungen des Bewegungsapparates) oder psychisch (z.B. durch Ängste, die Kontrolle zu verlieren) hierzu nicht in der Lage sind, wird eine der drei Gruppen im Sitzen angeboten.

Das gezielte Erlernen von Entspannung ist im Rahmen einer Abhängigkeitsbehandlung von besonderer Bedeutung, da Rehabilitanden den Alkohol häufig wegen seiner entspannenden Wirkung eingesetzt haben und alternative Möglichkeiten nicht mehr zur Verfügung stehen.

5.5.4 Einbeziehung von Angehörigen

Rehabilitanden bereiten sich in ihrem Therapieprozess auf die abstinente Lebensführung vor und damit auch auf notwendige Veränderungen, um den Abstinenzwunsch erfolgreich umzusetzen. Diese Veränderungen betreffen i.d.R. dann auch die Alltagsgestaltung zu Hause und damit auch die Angehörigen, die möglichst frühzeitig mit einbezogen werden sollen. Außerdem bestätigt sich immer wieder, dass Familie bzw. häusliches Umfeld entscheidende Faktoren für die psychosoziale Stabilität des Rehabilitanden darstellen.

Gespräche mit Angehörigen bzw. Bezugspersonen stellen daher einen wichtigen Bestandteil des Therapieangebotes dar. In der Klinik werden regelmäßig alle 4 Wochen Angehörigenseminare durchgeführt. Den Angehörigen werden Informationen über die Suchterkrankung und deren Folgen vermittelt sowie Anregungen zur eigenen Weiterentwicklung gegeben. Sie lernen die Klinik kennen, es werden Gesprächsgruppen für Angehörige und Gespräche mit dem Bezugstherapeuten (nur im Beisein des Rehabilitanden) angeboten. Ziel ist das Erkennen abhängigkeitsfördernder Interaktionsmuster und die Neugestaltung der innerfamiliären Kommunikation. Dadurch wird die individuelle Problembearbeitung ergänzt und häufig die Offenheit und Veränderungsbereitschaft des Rehabilitanden und seiner Angehörigen gefördert.

5.6 Entlassungsmanagement

Während der Vorbereitung der Entlassung aus der stationären Rehabilitationsbehandlung legen wir besonderen Wert auf den nahtlosen Übergang in verschiedene ambulante Formen der Suchthilfe. Bei gegebener Indikation wird eine ambulante Nachsorge eingeleitet. Alle Rehabilitanden sollten während der stationären Entwöhnungsbehandlung den Kontakt zu ihrer Suchtberatungsstelle und ihrer Selbsthilfegruppe halten bzw. neu herstellen. Hierfür können Heimfahrten und Behördentage genutzt werden.

Bei vorliegendem Einverständnis des Rehabilitanden informiert der Bezugstherapeut telefonisch die Suchtberatungsstelle über die bevorstehende Entlassung und den Therapieverlauf. Nach der Entlassung bekommen Suchtberatungsstelle bzw. Nachsorgeeinrichtung und der weiterbehandelnde Arzt mit Einverständnis des Rehabilitanden einen ausführlichen Therapiebericht, so dass dort nahtlos an den therapeutischen Prozess angeknüpft werden kann.

Bei der Entlassungsuntersuchung werden die ärztlichen und therapeutischen Befunde und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen erläutert und mit der Einschätzung des Rehabilitanden verglichen. Dabei eventuell auftretende Diskrepanzen werden dokumentiert. Der Bericht über die Rehabilitation wird innerhalb von 10 Kalendertagen nach den Vorgaben der Rentenversicherung erstellt. Unser Leitgedanke bei der Nachsorgeplanung ist, die stationäre Rehabilitation als Teil der Behandlungskette zu verstehen. Aufbauend auf die vor der stationären Behandlung geleistete Arbeit in den Beratungsstellen besprechen wir mit dem Rehabilitanden die verschiedenen Angebote des Suchthilfesystems. Zum individuellen Rehabilitationsplan gehört die Vorbereitung der optimalen Nachsorge, so dass dem Rehabilitanden im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung die bestmögliche Teilhabe am Alltag und am Erwerbsleben ermöglicht wird. Bereits zu Beginn der Therapie werden die Rehabilitanden mit allen Möglichkeiten der ambulanten und stationären Nachsorge vertraut gemacht. Mit jedem Rehabilitanden werden Gespräche bezüglich seiner Zukunftspläne und Perspektiven für die Zeit nach der stationären Behandlung geführt. Dabei stehen Auswahl und Festlegung einer geeigneten Nachsorgebehandlung im Vordergrund. Ebenfalls zu Beginn der Therapie stimmt sich der Bezugstherapeut mit der vorbehandelnden Suchtberatungsstelle telefonisch über die weitere ambulante oder stationäre Nachbehandlung ab.

Wenn eine Rückkehr in das ursprüngliche Umfeld nicht anzuraten ist oder die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung deutlich wird, motivieren wir den Rehabilitanden zu einer entsprechenden Adaptionsbehandlung oder Langzeittherapie. Dabei arbeiten die Bezugstherapeuten eng mit den Sozialarbeitern zusammen, die bei der Vermittlung in geeignete Einrichtungen umfassende Unterstützung gewähren.

Informationsfahrten in stationäre und teilstationäre Nachsorgeeinrichtungen helfen den Rehabilitanden bei einer zielgerichteten Auswahl.

Für Rehabilitanden mit Einschränkungen des Leistungsvermögens werden Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erörtert. Hierbei arbeitet die Klinik eng mit Fachberatern der DRV zusammen, die Rehabilitanden während der Rehabilitation in der Klinik beraten.

Es finden Abschlussuntersuchungen und -gespräche statt, sowohl ärztlich, als auch therapeutisch und testdiagnostisch.

Sozialdienst und Therapeuten planen regelhaft die Nachsorge mit jedem Rehabilitanden, insbesondere durch Anbindung an Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Für die zeitgerechte Erstellung des Entlassberichtes steuert jede Berufsgruppe ihren Teil möglichst schon im Vorfeld der Entlassung bei, so dass dieser fristgemäß versendet werden kann.

5.7 Notfallmanagement

Die MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda arbeitet in Notfällen nach einem strukturierten Notfallmanagement, welches in einem Prozess beschrieben ist und durch eine gültige Dienstanweisung zum Verhalten im Notfall konkretisiert wird. Alle Patientenzimmer, die Nasszellen und alle öffentliche Bereiche sowie Therapiebereiche sind mit Notrufanlagen ausgestattet. Insbesondere betrifft dies Bereiche, in denen sich die Patienten alleine aufhalten (z.B. Sanitärbereiche).

In diesen Schulungen werden folgende Themenschwerpunkte angesprochen:

- Verhalten beim Auffinden eines Patienten
- Alarmierung
- Basisreanimation

Ärzte und Pflegepersonal werden speziell durch externe Fachkräfte im Umgang mit Notfällen geschult. Diese Schulung beinhaltet sowohl theoretische Inhalte als auch praktische Übungen.

Hierzu gehören u.a.

- Reanimationsübungen
- Maßnahmen der Wiederbelebung
- Einweisung in die Notfallausrüstung
- Intubation am Puppenmodell

Ziel dieser Schulung ist die Verbesserung und Optimierung der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften im Rahmen einer plötzlich auftretenden Notfallsituation. Die Mitarbeiter werden durch externe Fachkräfte jährlich in einer Pflichtveranstaltung geschult. Die Teilnahme ist verpflichtend und wird durch Teilnehmerlisten mit Unterschrift dokumentiert. Durch die kontinuierliche Qualifikation des Personals ist die Notfallversorgung sichergestellt.

Aus allen Bereichen des Hauses sind Mitarbeiter in erster Hilfe ausgebildet, eine Auffrischung der Kenntnisse erfolgt jährlich. Innerhalb der Klinik ist eine Notfallversorgung rund um die Uhr über den Pflegedienst/ Nachtdienst und die Anwesenheit eines diensthabenden Arztes der MEDIAN Fontana-Klinik abgedeckt. Außerhalb der Kernzeiten erfolgt die ärztliche Versorgung über den Bereitschaftsdienst. Der diensthabende Arzt ist jederzeit per Notfalltelefon erreichbar und wird entsprechend des Prozesses zum Notfallmanagement und der Dienstanweisung aktiv. Zusätzlich steht ein Oberarzt oder ein Chefarzt der MEDIAN Fontana-Klinik als Hintergrunddienst in Rufbereitschaft, um im Bedarfsfall zur Klärung weiterer Entscheidungen kontaktiert zu werden.

Im Notfall steht eine optimale Patientenversorgung im Vordergrund. Beobachtet ein Mitarbeiter einen Notfall oder wird von Dritten über einen Notfall informiert, entscheidet er über die Situation und setzt unverzüglich die Alarmierungskette in Gang. Der Pflegedienst wird alarmiert und über die Situation vor Ort informiert. Vom Pflegedienst wird ggf. der diensthabende Arzt und bei Bedarf auch der Notarzt alarmiert und die Notfallausrüstung geholt. Der Mitarbeiter übernimmt bis zum Eintreffen des Notfallteams die Basismaßnahmen zur Versorgung des Patienten. Ziel der Notfallbehandlung ist eine schnelle Krisenintervention, die Stabilisierung des Patienten und eine zügige Entscheidung über eine notwendige Verlegung in eine Akuteinrichtung. Eine Verlegung erfolgt über den Rettungsdienst. Um eine schnelle Notfallversorgung zu gewährleisten, sind die Notfallversorgungsgeräte (ein Notfallkoffer mit Medikamenten, Absaug- und Beatmungsset, Infusionsset etc. zusammen mit einem modernen Defibrillator) zentral auf jeder Etage der Klinik platziert. Somit sind kurze Wege und damit eine schnelle Erreichbarkeit zum Holen der Notfallausrüstung gewährleistet. Patiententransportgeräte befinden sich im Untergeschoss und sind zentral erreichbar. Die Notfallausrüstung wird in regelmäßigen Abständen überprüft, getestet und vervollständigt.

digt. Die Vorgehens- und Reaktionsweise im Notfall ist den Mitarbeitern der MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda bekannt und die entsprechenden Anweisungen sind in allen Abteilungen und Therapiebereichen ausgehängt. Der Prozess des Notfallmanagements ist weiterhin im QM-Handbuch beschrieben. Somit ist das Vorgehen der Mitarbeiter im Notfall verbindlich und einheitlich für alle Mitarbeiter geregelt.

In allen Räumen in denen Rehabilitanden sich allein aufhalten könnten, gibt es ein gekennzeichnetes Notrufsystem, in dessen Handhabung jeder Rehabilitand am Anreisetag eingewiesen wird.

Die Vorgehensweise bei Notfällen ist eindeutig festgelegt. Alle Mitarbeiter sind entsprechend geschult und ein Notfalltraining findet jährlich statt.

Notfallrucksack und Defibrillator stehen im Stationszimmer griffbereit und ein Raum für die Überwachung eines instabilen Rehabilitanden ist vorhanden.

Verhalten bei Suizidalität

Es ist sichergestellt, dass Suizidrisiko-Patienten während der Reha zu erfassen und geeignete Maßnahmen zur Suizidprävention unmittelbar einzuleiten sind.

Arbeitsschritte in chronologischer Reihenfolge:

Das Suizidrisiko wird im Rahmen der pflegerischen und ärztlichen Aufnahme am Aufnahmetag abgeschätzt, hierzu gezielt Fragen gestellt (frühere Suizidversuche, aktuelle Suizidgedanken, konkrete Pläne etc.) und im Deckblatt der Kurve (Pflegermitarbeiter) und im Anamnesebogen (aufnehmender Arzt) dokumentiert. Darüber hinaus werden vorhandene Befundberichte (z.B. Sozialbericht) nach Hinweisen für Suizidalität vom aufnehmenden Arzt durchgeschaut.

Ergeben sich in diesen Erstkontakten Hinweise auf akute Suizidalität, so sind umgehend Chefarzt bzw. Therapeutische Leitung zu informieren, die dann entsprechende Maßnahmen (s.u.) einleiten werden. Hinweise auf frühere oder latente Suizidalität werden bei der Patientenvorstellung in der Teambesprechung des nächsten Tages dem Gesamtteam mitgeteilt.

Im therapeutischen Erstgespräch innerhalb der ersten drei Arbeitstage nach Aufnahme wird der aufnehmende Therapeut eine mögliche Suizidalität explorieren u. dies im Formular ‚Anamnese – Therapeutisches Erstgespräch‘ dokumentieren. Sämtliche Hinweise auf Suizidalität, alle diesbezüglichen Gespräche sowie Maßnahmen sind von allen beteiligten Mitarbeitern sorgfältig und umfassend zu dokumentieren.

Der Chefarzt entscheidet über geeignete Maßnahmen, die aufgrund der individuellen Problemkonstellationen nicht standardisiert werden können. Daher sind die nachfolgenden Beispiele nur Orientierungshilfen und ersetzen nicht die besondere Betrachtung des Einzelfalls!

Maßnahmen: Thematisieren, Beobachten, Hinweis geben auf Kriseninterventionsmöglichkeiten, häufige Beobachtung, Anti-Suizidvertrag (mündlich oder schriftlich), konkrete Vereinbarungen im Krisenfall, erhöhte Gesprächsfrequenz, Meldepflicht, Ausgangsbeschränkung, tägliche therapeutische und ärztliche Kontakte, Gesprächstermin mit Wochenenddienst, Zimmerkontrollen, medikamentöse Therapie

Bei akuter Suizidgefährdung sind umgehend Chefarzt bzw. Therapeutische Leitung zu informieren, die über das konkrete weitere Vorgehen, (Verlegung in eine Akutpsychiatrie), entscheiden. Muss nach fachlicher Einschätzung von Eigen- oder Fremdgefährdung ausgegangen werden, so kann unter Berücksichtigung aller Umstände auch eine Einweisung nach PsychKG angeordnet werden, welche ggf. mit polizeilicher Unterstützung vollzogen werden kann.

Verhalten bei Rückfall

Es wird sichergestellt, dass ein Suchtmittelrückfall umfassend therapeutisch aufgearbeitet wird. Ziel ist, ein vorzeitiges Therapieende zu vermeiden und dem Patienten trotz Rückfall einen regulären und erfolgreichen Therapieabschluss zu ermöglichen.

Ein Rückfall ist die Einnahme des Suchtmittels durch den Pat. Ein Rückfall wird bekannt durch Mitteilung des Patienten selbst oder im Rahmen der Atemalkoholkontrollen, ETG- und Drogentests, aber auch durch klinische Auffälligkeiten bei Mitpatienten oder Mitarbeitern, die dann zu oben genannten Testungen führen. Ist ein Rückfall zuerst einem nichtpflegerischen Mitarbeiter bekannt geworden, informiert dieser umgehend das Pflegebüro.

1. Informationsweitergabe und Maßnahmen durch Pflegedienst. Beim Pflegedienst wird jeder Rückfall dokumentiert, ins Übergabebuch und Übergabeprotokoll Pflegedienst an Teambesprechung eingetragen und eine Nachricht an Gruppentherapeut, Co-Therapeut, Leitung (CA/Ltd.Ther.) und zuständigen Bezugsarzt gemailt. Ggfs. muss der Dienstarzt informiert werden (außerhalb der regulären Dienstzeiten, per Telefon, je nach Schwere der AvD oder die ärztliche Rufbereitschaft). In der nächstmöglichen Teambesprechung wird über den Rückfall informiert. Telefonische ärztliche Anordnungen sind im Verlaufsbogen von Pflegepersonal zu dokumentieren.

Bei Rückfällen außerhalb der Dienstzeit besteht immer Ausgangssperre bis zum Termin beim Bezugstherapeuten.

Bei jedem Rückfall ist außerdem zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Zimmerdurchsuchung durch zwei Mitarbeiter/innen (Pflege/Therapeutenteam) im Beisein der/des Pat. vorzunehmen. Stehen aus den genannten Berufsgruppen keine zwei Mitarbeiter/innen zur Verfügung, entscheidet ein Mitglied der Leitung über das Procedere.

2. Ärztliche Maßnahmen

Es erfolgt eine Verlegung in den Überwachungsraum oder in die Akutklinik, je nach Schweregrad der Intoxikation. Weigert sich der Pat., sich in den Überwachungsraum oder die Akutklinik verlegen zu lassen, so entscheidet die/ der Bezugsarzt bzw. Dienstarzt im Einzelfall nach medizinischen Kriterien über das notwendige Procedere (z.B. Entlassung, falls keine akute Gefährdung vorliegt oder Verlegung in Akutklinik, ggf. nach PsychKG). Hierzu ist bei der Leitstelle (112) der Rettungsdienst anzufordern und anzukündigen, dass der Patient die Verlegung ablehnt, so dass die Leitstelle ggf. gleich die Polizei hinzuzieht.

Falls ein Begleitkind zu versorgen ist, sind primär dessen Sorgeberechtigte zu verständigen, um es abzuholen. Falls kein Sorgeberechtigter erreicht wird, ist das Begleitkind in Verwahrung des Jugendamtes zu übergeben.

Bei Anzeichen für Eigen- oder Fremdgefährdung ist eine sofortige Verlegung in die nächstverfügbare Akutpsychiatrie vorzunehmen, ggfs. auch per Brandenburgischem Psychisch-Kranken-Gesetz.

Der Pat. nimmt am Tag nach dem Rückfall nicht an der Sporttherapie teil. Grund hierfür ist zum einen rein medizinisch die erhöhte Verletzungsgefahr, zum anderen aber auch das Signal, dass Patient und Team nach einem Rückfall nicht einfach zur Tagesordnung übergehen. Des Weiteren erfolgt für den betroffenen Pat. eine Ausgangssperre für 7 Tage. Je nach Ergebnis der Fallbesprechung (s.u.) kann im Einzelfall schon vor Ablauf der 7 Tage ein Ausgang in Begleitung zuverlässiger Mitpatienten gestattet werden.

Verlegung und Ausgangssperre stellen keine Strafe dar, sondern dienen der notwendigen pflegerisch-medizinischen Überwachung, da nach einem Rückfall z.B. ein erhöhtes Risiko für Krampfanfälle, Delirien oder Sturzereignisse besteht.

Am nächsten Werktag ist unverzüglich, d.h. in der morgendlichen Teambesprechung, eine Entscheidung über das endgültige Procedere zu treffen. Wenn der Pat. entlassen werden soll, jedoch zum Entlassungszeitpunkt gefährdet erscheint

(eingeschränkte Gang- und Standfähigkeit, Suizidalität o.ä.), erfolgt die Entlassung in Form einer Verlegung in eine geeignete Akutklinik, falls notwendig unter Anwendung des PsychKG.

3. Maßnahmen durch den zuständigen Therapeuten (Bezugstherapeut, Co-Therapeut,):

- Therapeut macht dem Patient nach Ausnüchterung das Angebot der Rückfallaufarbeitung (K04.04-AA12-F02) und erläutert dem Patienten die damit verbundenen Regeln. am nächsten Werktag: Terminvergabe wird in der morgendlichen Teambesprechung geplant

Festlegung, ob während der Rückfallaufarbeitung besondere Schutzmaßnahmen notwendig sind (z.B. Ausgangsregelungen, tägliches Melden im Stationszimmer, Kontakteinschränkungen).

der 1. Termin für die Rückfallaufarbeitung wird vereinbart

die therapeutische Aufarbeitung des Suchtmittelrückfalls erstreckt sich über zwei Wochen nach Bekanntwerden des Geschehens

die inhaltliche Aufarbeitung geschieht in mindestens 5 Einzelgesprächen anhand des Formulars Rückfallaufarbeitung (K04.04-AA12-F01)

4. Ablauf des Rückfallteams:

Rückfallteam besteht aus TL, Bezugstherapeuten, ggf. Co-Therapeuten und je einem Mitarbeiter der Pflege und Ergotherapie

Bezugstherapeut schildert den Rückfall und Besonderheiten der therapeutischen Arbeit in der Rückfallaufarbeitung Patient schildert Rückfall, Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus der Rückfallaufarbeitung gegenüber dem Team

Teilnehmer können vertiefend Fragen stellen

Dabei soll mit den betroffenen Patienten ein konkreter Plan erarbeitet werden, welche Hilfe-Möglichkeiten durch die Klinik sie bei erneutem Suchtdruck während der stationären Therapie in Anspruch nehmen können und sollen (z.B. jederzeitige Vorstellung im Pflegebüro, Ablenkungsmöglichkeiten, ärztl. Gespräch, Medikation, therap. Gespräch, Bearbeiten des Suchtdrucks in der Therapiegruppe).

5. Umgang mit einem nachgewiesenen wiederholten Rückfall

Ein Rückfall wird grundsätzlich als Symptom einer schweren Erkrankung angesehen, nicht als persönliche Schuld des Pat. o.ä. Allerdings muss bei wiederholten Rückfällen die Frage geklärt werden, ob der Pat. vom Klinikangebot profitieren kann und eine ausreichende Veränderungsbereitschaft besteht. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang z.B., dass patientenseitig noch keine ausreichende Abstinenzmotivation besteht, dass Patienten sich aufgrund einer Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend auf die Gruppenarbeit einlassen können oder dass ein kognitiver Abbauprozess schon zu weit fortgeschritten ist. Die zu treffenden Sofortmaßnahmen bei einem wiederholten Rückfall sind identisch mit denjenigen bei einem ersten nachgewiesenen Rückfall während der stationären Therapie (s.o.).

Für die erforderliche Fallbesprechung gelten dann allerdings andere therapeutische Grundsätze.

Bei einem zweiten Rückfall kann die Therapie fortgesetzt werden, wenn das Ergebnis der Fallbesprechung weitere Therapiefortschritte erwarten lässt.

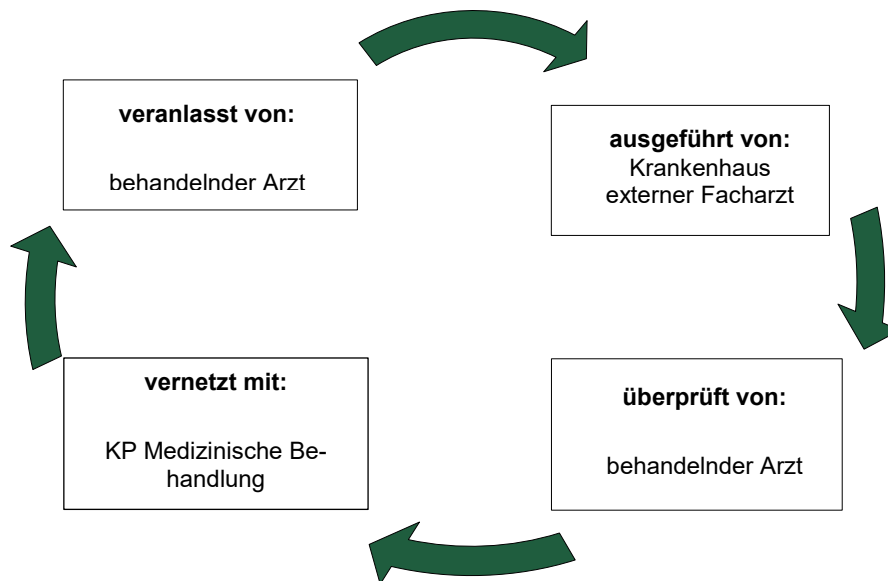
Bei einem dritten Rückfall erfolgt in der Regel die zeitnahe Entlassung (Ausnahmen können nur durch die ärztliche Leitung auf Antrag des Fallbesprechungsteams vorgenommen werden). Erscheint der Pat. zum Entlassungszeitpunkt gefährdet (eingeschränkte Gang- und Standfähigkeit, Suizidalität o.ä.), erfolgt die Entlassung in Form einer Verlegung in eine geeignete Akutklinik, falls notwendig unter Anwendung des PsychKG.

Gerade im letztgenanntem Fall ist es wichtig, dass die Entlassung dem Pat. ggü. nicht als Bestrafung oder Schuldzuweisung kommuniziert wird. Entlassungsgrund ist lediglich unsere Überzeugung, dass der Pat. aktuell nicht von unserem Setting profitiert, also momentan (noch) nicht „rehabfähig“ ist.

Interkurrente Behandlung

Für die optimale medizinische Betreuung und fachärztliche Versorgung von Rehabilitanden mit schweren Entzugssymptomen oder zur Akutbehandlung von interkurrenten Erkrankungen durch stationäre Behandlung im geeigneten Krankenhaus, findet eine interkurrente Behandlung statt.

Übersicht und Arbeitsschritte in chronologischer Reihenfolge:



Die Notwendigkeit einer Verlegung ins Krankenhaus ist durch den behandelnden Arzt immer zu prüfen bei:

1. Anreise mit vegetativem Entzug und/oder positivem Atemalkoholtest
2. interkurrentem Rückfall – mit vegetativem Entzug u./o. AAT > 1 Promille
3. interkurrent aufgetretener Akuterkrankung

Die diensthabende Pflegekraft informiert den zuständigen bzw. den diensthabenden Arzt. Stellt dieser die Indikation zur Krankenhauseinweisung, so ruft er ein geeignetes Krankenhaus an und vereinbart die Verlegung des Rehabilitanden. Die diensthabende Pflegekraft organisiert den Krankentransport nach den Vorgaben des Arztes und übergibt bei Abholung des Rehabilitanden die vom Arzt ausgefüllte Anforderung von Konsiliaruntersuchungen sowie den Krankentransportschein. Bei lebensbedrohlichen Notfällen wird entsprechend des Notfallmanagements verfahren.

5.8 Hygiene

In der PTK existiert ein strukturiertes und aktives Hygienemanagement, welches durch eine externe Fachkraft für Hygiene in Ergänzung eines Krankenhaushygienikers betreut wird. Es besteht ein Hygienebetreuungsvertrag mit der Firma Hygiene & Service (hycom) als unabhängiges Unternehmen für Hygieneberatung und Serviceleistungen. Für die Umsetzung und Einhaltung von Hygienevorschriften bzw. des Infektionsschutzgesetzes ist sowohl der Leitende Arzt, als auch die Hygienebeauftragte Pflegekraft (Lisa Schmidt, Altenpflegerin) der Klinik zuständig. Im Rahmen der Hygienetätigkeit arbeitet die externe Hygienefachkraft und zuständigen Mitarbeitern der PTK eng zusammen.

In der PTK existiert ein Hygienekonzept das allen Mitarbeitern bekannt gemacht und über das PC-Kliniknetz zugänglich ist. Desinfektionspläne hängen anforderungsgerecht aus. Im Bereich der Küche/ Lebensmittelhygiene finden die Anforderungen der HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points) umfassend Berücksichtigung.

6 Dokumentation

Patientenakte:

Alle, den Rehabilitanden betreffenden Dokumente werden zunächst während des Aufenthaltes in der PTK unter dem Namen des Rehabilitanden abgeheftet und dienen als Arbeitsgrundlage für die am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen. Dazu gehören die Befunderhebungsbögen der Abteilung Sport und Physiotherapie, der Ergotherapie, Psychologie und des Sozialdienstes. Nach Beendigung der Rehabilitation werden diese Befundbögen durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes in die Patientenakte abgeheftet und stehen somit dem Stationsarzt für das Diktat des Entlassungsbriefes zur Verfügung. Am Abreisetag erfolgt die Erstellung der Rechnung an den jeweiligen Kostenträger und im Anschluss werden die Patientenakte und die Verwaltungsakte zusammengeführt und dem zuständigen Stationsarzt zur Erstellung des Entlassungsberichtes übergeben.

Therapieplanung:

Im Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung wird für jeden Rehabilitanden ein individueller Therapieplan unter Beachtung der von der Deutschen Rentenversicherung Bund vorgegebenen Therapieleitlinien computergestützt erstellt. Am Folgetag terminieren die Mitarbeiter der Therapieplanung die einzelnen Behandlungstermine und drucken den Therapieplan aus. Dieser wird dem Rehabilitanden am Tag nach der Anreise übergeben. Die Therapieziele werden mit Arzt und Therapeuten besprochen und erläutert. Auch der Therapieplan wird nach Abreise des Rehabilitanden in der Patientenakte durch Mitarbeiter des Pflegedienstes abgeheftet. Die erbrachten therapeutischen Leistungen werden anhand des gültigen KTL-Kataloges computergestützt verschlüsselt. Der Erfüllungsstand der in den Therapieleitlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund geforderten Leistungen wird regelmäßig wöchentlich durch den Chefarzt kontrolliert. Somit ist im Bedarfsfall eine sofortige Anpassung bzw. Änderung des Therapieplanes und damit die Erfüllung der vorgegebenen Therapieleitlinien gewährleistet.

Entlassungsbericht:

Am Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird unter Beachtung des von der Deutschen Rentenversicherung Bund erstellten Leitfadens (2015) der ärztliche Entlassungsbericht erstellt. Für die Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes wurde in der PTK im Rahmen des Qualitätsmanagements eine Arbeitsanweisung erstellt, die für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar und verbindlich ist. Damit ist gewährleistet, dass eine fristgerechte Versendung der Entlassungsberichte erfolgt.

Nach Unterschrift des Chefarztes wird der Entlassungsbericht unter Beachtung des Datenschutzes und schriftlicher Einwilligung des Rehabilitanden an die Kostenträger und Nachbehandler per Datenfernübertragung bzw. postalisch versendet. Zur Gewährleistung der fristgerechten Entlassbrieflaufzeiten besteht ein engmaschiges, prozessorientiertes Controlling. Die Leitung des med. Schreibdienstes erstellt wöchentlich eine Statistik, die den aktuellen Stand der Abarbeitungsprozesse zur Erstellung der Entlassungsberichte dokumentiert und darstellt. Diese Auswertung wird wöchentlich im Zuge der Klinik-Leitungssitzung (Chefärzte und Kaufmännische Leitung) besprochen.

Für die Organisation der Therapie wird ein EDV-gestütztes Planungssystem genutzt. Damit wird der Rehabilitationsverlauf lückenlos von Beginn bis Ende der Maßnahme geplant und die verabreichten therapeutischen Maßnahmen werden entsprechend der Klassifikation Therapeutische Leistungen (KTL) und Reha-Therapiestandards (RTS) erfasst und mit dem Entlassungsbericht an den Leistungsträger zurück gemeldet. Alle Ergebnisse von intern und extern durchgeführten Untersuchungen werden in schriftlicher Form nach den fachspezifischen Standards rehabilitandenbezogen dokumentiert.

7 Angaben zum Datenschutz

Ein Datenschutzbeauftragter: Hr. Blume (ext.: Projekt 29) ist benannt. Er nimmt an entsprechenden Schulungen teil. In seiner Funktion ist der Datenschutzbeauftragte der Geschäftsführung unmittelbar unterstellt. Seine Aufgaben ergeben sich aus dem Bundesdatenschutzgesetz bzw. des Landeskrankenhausgesetzes. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen werden im Umgang mit Daten berücksichtigt, Zugriffsberechtigungen in der EDV-Administration behandelt. Der Datenschutzbeauftragte wird in seiner Arbeit in der Klinik vor Ort durch eine Datenschutzkoordinatorin unterstützt.

8 Qualitätssicherung

Die erste Zertifizierung der PTK nach DIN EN ISO 9001: 2000 ist im Jahr 2008 erfolgt. Durch jährliche Überwachungsaudits und regelmäßige Rezertifizierungen wurde die Zertifizierung bestätigt. Das Qualitätsmanagementsystem der Klinik wurde ständig weiterentwickelt, so dass nun der Standard nach DEGEMED/FVS 5.0, basierend auf DIN EN ISO 9001: 2015 erreicht wurde und zusätzlich die Managementanforderungen der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) zum Arbeitsschutz (MAAS-BGW, Stand 03/2014) erfüllt werden.

Der Chefarzt der PTK leitet den wöchentlich stattfindenden Qualitätsmoderatorenzirkel, der auch als Leitungssitzung fungiert. Damit ist die Verknüpfung des internen Qualitätsmanagements mit den Rehabilitationsprozessen gesichert.

Am Ende der Rehabilitation werden die Rehabilitanden um Rückmeldung zum Therapieverlauf in Form eines „Lob-und-Kummer-Zettels“ gebeten. Im Zuge der Sicherung der Ergebnisqualität werden die Ergebnisse dieser Befragungen zur ständigen Verbesserung der Therapieabläufe genutzt. Eine wesentliche Kennzahl der internen Qualitätssicherung ist die Laufzeit der Entlassungsberichte – für die Zeit zwischen Entlassung des Rehabilitanden und Versand des Berichtes werden 10 Kalendertage angestrebt.

Die PTK nimmt am QS-Verfahren der DRV teil. Die Berichte der DRV (Rehabilitandenbefragung, Peer Review, Therapeutische Versorgung, Reha-Therapiestandards, Rehabilitandenstruktur und Sozialmedizinischer Verlauf) werden regelmäßig analysiert.

9 Mustertherapiepläne

Wochenpläne der Therapiegruppen

- 07:00 Uhr beginnen alle Patienten den Tag mit einer Morgenrunde im Freien
- ab 07:30 Uhr Frühstück bis 09:00 Uhr in 2 Durchgängen
- 08:15 Uhr Milieugestaltung
- ab 09:00 Uhr individuelle Therapien-siehe Therapiepläne
- ab 17:30 Uhr Abendessen bis 19:00 Uhr in 2 Durchgängen
- ab 19:00 Uhr MO-DO individuelle Freizeittherapieangebote
- 22:00 Uhr Ausgangsende

9.1 Aufnahmegruppe

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
ab 09.00 Uhr	9.00-10.30 Gestaltungs- therapie		9.30-10.30 Vortrag Ernährung	9.00-10.30 Gruppen- therapie	9.00-10.30 Gestaltungs- therapie	Freizeit- therapie
10.30 Uhr	10.30-12.00 Gruppen- therapie	10.30-12.00 Gruppen- therapie	10.30-12.00 Gruppen- therapie	10.30-11.15 Hauswirt- schaft Ein- weisung	10.30-12.00 Gruppen- therapie	
12.00-13.30 Uhr	Mittagessen: 12.00 – 12.45 Uhr					
13.30 Uhr	13.30-14.30 Sport- therapie	13.30-14.30 Sport- therapie	13.30-14.30 Sport- therapie	13.30-14.15 Vortrag Sozialdienst	13.30-14.30 Vortrag Pflege	Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr	15.00-15.30 Aufnahme- Visite	15.00-15.50 Aufnahme- runde CA 16.00-16.45 Vortrag FT		15.00 - 16.30 Gestaltungs- therapie	15.00-16.30 Cinema- Therapie	

9.2 Gruppenplan Gruppe 1

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
09.00 Uhr				09.00-10.00 Bewerbungs- training EDV-Kabinett		Freizeit- therapie
ab 10.00 Uhr	10.30-12.00 Gruppen- therapie		10.30-12.00 Gestaltungs- therapie	10.00-10.30 Visite bei Be- darf	10.30-12.00 Gestaltungs- therapie	
12.00-13.30 Uhr	Mittagessen: 12.00 – 12.45 Uhr					
ab 13.30 Uhr	13.30-15.00 Gestaltungs- therapie	14.00-15.00 ATL	13.30-15.00 Gruppen- therapie		13.30-15.00 Gruppen- therapie	Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr		15.00-16.30 Selbsthilfe- gruppe	15.00-15.45 Gesund- heitsvortrag 16.00-16.30 Gruppen- sprecher- sitzung			

9.3 Gruppenplan Gruppe 2

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
9.00 Uhr	09.00-10.30 Gruppen- therapie	09.00-10.00 Bewerbungs- training EDV-Kabinett	09.00-10.30 Gruppen- therapie		09.00-10.30 Gestaltungs- therapie	Freizeit- therapie
ab 10.00 Uhr	10.30-12.00 Gestaltungs- therapie	10.00-10.30 Visite bei Bedarf	10.45 – 11.45 ATL	10.30-12.00 Gestaltungs- therapie	10.30-12.00 SHG	
12.00-13:30 Uhr	Mittagessen: 12.00 – 12.45 Uhr					
13.30 Uhr				13.30-15.00 Gruppen- therapie		Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr			15.00-15.45 Gesundheits- vortrag 16.00-16.30 Gruppen- sprecher- sitzung			

9.4 Gruppenplan Gruppe 3

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
09.00 Uhr	9.00-10.30 Gruppen- therapie	09.00-10.00 Bewerbungs- training EDV-Kabinett				Freizeit- therapie
ab 10.00 Uhr		10.00-10.30 Visite bei Be- darf	10.30-12.00 Gruppen- therapie		10.30-12.00 Gruppen- therapie	
12.00-13.30 Uhr	Mittagessen: 12.00 – 12.45 Uhr					
ab 13.30 Uhr	14.00 – 15.00 ATL			13.30-15.00 Gestaltungs- therapie	13.30-15.00 Gestaltungs- therapie	Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr		15.00-16.30 Gestaltungs- therapie	15.00-15.45 Gesundheits- vortrag 16.00-16.30 Gruppen- sprecher-sit- zung	15.00-16.30 Selbsthilfe- gruppe		

9.5 Gruppenplan Gruppe 4

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
09.00 Uhr		9.00 – 10.30 Gestaltungstherapie	9.00 – 10.30 Gestaltungstherapie	09.00-10.00 Bewerbungstraining EDV-Kabinett	09.00-10.30 Gruppentherapie	Freizeittherapie
ab 10.00 Uhr		10.30-12.00 Gruppentherapie		10.00-10.30 Visite bei Bedarf		
12.00-13.30 Uhr	Mittagessen: 12.00 – 12.45 Uhr					
ab 13.30 Uhr	13.30-15.00 Gruppentherapie		13.30 – 15.00 Selbsthilfegruppe		14.00 – 15.00 ATL	Freizeittherapie
ab 15.00 Uhr			15.00-15.45 Gesundheitsvortrag 16.00-16.30 Gruppensprechersitzung	15.00-16.30 Gestaltungstherapie		

9.6 Gruppenplan Gruppe 5

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
ab 09.00 Uhr	09.00 - 10.30 SHG	09.00-10.00 Bewerbungstraining EDV-Kabinett		09.00-10.30 Gruppentherapie	9.30 - 10.30 ATL	Freizeittherapie
		10.00-10.30 Visite bei Bedarf				
10.30 Uhr	10.30-12.00 Gestaltungstherapie	10.30-12.00 Gruppentherapie				
12.00-13.30 Uhr	Mittagessen: 12.45 - 13.30 Uhr					
13.30 Uhr		13.30-15.00 Gestaltungstherapie	13.30-15.00 Gestaltungstherapie		13.30-15.00 Gruppentherapie	Freizeittherapie
15.00 Uhr			15.00-15.45 Gesundheitsvortrag 16.00-16.30 Gruppensprechersitzung			

9.7 Gruppenplan Gruppe 6

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
09.00 Uhr		09.00-10.00 Bewerbungs- training EDV-Kabinett	09.00-10.30 Gestaltungs- therapie		09.00-10.30 Gruppen- therapie	Freizeit- therapie
ab 10.00 Uhr	10.30-12.00 Selbsthilfe- gruppe	10.00-10.30 Visite bei Bedarf		10.30-12.00 Gestaltungs- therapie		
12.00- 13.30 Uhr	Mittagessen: 12.45 – 13.30 Uhr					
ab 13.30 Uhr				14.00 -15.00 ATL	13.30-15.00 Gestaltungs- therapie	Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr		15.00-16.30 Gruppen- therapie	15.00-15.45 Gesundheits- vortrag 16.00-16.30 Gruppen- sprecher- sitzung	15.00-16.30 Gruppen- therapie		

9.8 Gruppenplan Gruppe 7

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
09.00 Uhr	09.00-10.30 Gestaltungs- therapie	09.00-10.30 Gruppen- therapie		09.00-10.00 Bewerbungs- training EDV-Kabinett		Freizeit- therapie
ab 10.00 Uhr	10.45 – 11.45 ATL		10.30-12.00 Gestaltungs- therapie	10.00-10.30 Visite bei Bedarf	10.30-12.00 Gestaltungs- therapie	
12.00- 13.30 Uhr	Mittagessen: 12.45 - 13.30 Uhr					
13.30 Uhr	13.30-15.00 Gruppen- therapie				13.30-15.00 Selbsthilfe- gruppe	Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr			15.00-15.45 Gesundheits- vortrag 16.00-16.30 Gruppen- sprecher- sitzung	15.00-16.30 Gruppen- therapie		

9.9 Gruppenplan Gruppe 8

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
09.00 Uhr	09.00-10.30 Gruppen- therapie	09.00-10.30 Gruppen- therapie		09.00-10.00 Bewerbungs- training EDV-Kabinett	09.00-10.30 Gruppen- therapie	Freizeit- therapie
ab 10.00 Uhr		10.30-12.00 Gestaltungs- therapie	10.30.-12.00 Selbsthilfe- gruppe	10.00-10.30 Visite bei Bedarf		
12.00- 13.30 Uhr	Mittagessen: 12.45 - 13.30 Uhr					
ab 13.30 Uhr	13.30-15.00 Gestaltungs- therapie			13.30-15.00 Gestaltungs- therapie	14.00-15.00 ATL	Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr			15.00-15.45 Gesundheits- vortrag 16.00-16.30 Gruppen- sprecher- sitzung			

9.10 Gruppenplan Gruppe 9

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
ab 09.00 Uhr	9.30 – 10.30 ATL	9.00-10.00 Bewerbungs- training EDV-Kabinett		9.00-10.30 Gestaltungs- therapie	9.00-10.30 SHG	Freizeit- therapie
ab 10.00 Uhr	10.30-12.00 Gruppen- therapie	10.00-10.30 Visite bei Bedarf		10.30-12.00 Gruppen- therapie		
12.00-13.30 Uhr	Mittagessen: 12.45 – 13.30 Uhr					
13.30 Uhr		13.30 – 15.00 Gestaltungs- therapie	13.30-15.00 Gestaltungs- therapie			Freizeit- therapie
ab 15.00 Uhr		15.00-16.30 Gruppen- therapie	15.00-15.45 Gesundheits- vortrag 16.00-16.30 Gruppen- sprecher- sitzung			

10 Forschungsaktivitäten

Es finden unregelmäßig Kooperationen mit Forschungsgruppen statt, die Anfragen zu Studien stellen, bei denen wir gerne unterstützend tätig sind, insbesondere zu dem Themen Abhängigkeit und deren angrenzende Themen, wie die Versorgung suchtkranker Kinder.

11 Abkürzungsverzeichnis

CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
COO	Chief Operating Officer
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GmbH & Co. KG	Gesellschaft mit beschränkter Haftung und Compagnie Kommanditgesellschaft
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
ISBA	Integrierte stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker
KTL	Klassifikation Therapeutische Leistungen
N. N.	Nomen nominandum
PTK	MEDIAN Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda
RTS	Reha-Therapiestandards
SGB	Sozialgesetzbuch

12 Literaturverzeichnis

Siehe Fließtext und Fußzeilen