



Rehabilitations- und Fachkonzept

für Patienten und Patientinnen mit
stoffgebundenen und stoffungebundenen
Abhängigkeitsstörungen

MEDIAN Klinik Wied

Das Leben leben



Integriertes Rehabilitationskonzept für Patienten und Patientinnen mit stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen

erstellt von:

Dr. rer. nat. Wilma Funke
Ltd. Psychologin

Dr. med. Welf Schroeder
Ltd. Arzt

Bernd Bolz
Kaufmännischer Leiter

(orientiert am gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011)

0. Vorwort und Überblick	4
1. Einleitung	5
2. Beschreibung der Einrichtungen und Gegebenheiten	6
3. Rehabilitationskonzept Teil A	9
3.1 Theoretische Grundlagen	9
3.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	10
3.3 Rehabilitationsziele	10
3.4 Rehabilitationsdauer	11
3.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	12
3.6 Rehabilitationsprogramm	13
3.6.1 stationäre Rehabilitation nach dem integrierten Konzept in zeitlich variablen Behandlungsgruppen	14
3.6.1.1 Reha-Angebote für besondere Zielgruppen	16
3.6.2 Entwöhnungsbehandlungen unter ausschleichender Substitution	18
3.6.3 Adaption	20
3.6.4 Nachsorge	22
3.6.5 Stationäre Reha-Abklärung	24
3.6.6 Reha-Fallbegleitung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz	25
3.6.7 Phasenmodell der medizinischen Rehabilitation Sucht der Allgemeinen Ortskrankenkassen	25

3.7	Rehabilitationselemente	26
3.7.1	Aufnahmeverfahren	28
3.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	28
3.7.3	Medizinische Therapie	29
3.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	31
3.7.5	Arbeits- und berufsbezogene Interventionen	32
3.7.5.1	Feststellung des Bedarfs BORA-orientierter Leistungen	34
3.7.5.2	Andere Indikationen	35
3.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	36
3.7.7	Freizeitangebote	37
3.7.8	Sozialberatung	37
3.7.9	Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	39
3.7.10	Angehörigenarbeit	40
3.7.11	Rückfallmanagement	40
3.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	41
3.7.13	Weitere Leistungen	42
3.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	43
4.	Personelle Ausstattung	44
5.	Räumliche Gegebenheiten	46
6.	Kooperation und Vernetzung	47
7.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	49
8.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	50
9.	Notfallmanagement	51
10.	Fort-, Aus- und Weiterbildung	52
11.	Supervision	52
12.	Hausordnung/Therapievereinbarung	53
13.	Zugrundeliegende Gesetzestexte, Empfehlungen und Vorgaben	54

Teil B: Qualitätskompass der MEDIAN Klinik Wied

Teil C: Wissenschaftlich begründetes Behandlungskonzept

0. Vorwort und Überblick

Die MEDIAN Klinik Wied ist als Fachklinik für Abhängigkeitsstörungen seit 1974 in der medizinischen Rehabilitation tätig und zählen zu den bundesweit etablierten Schwerpunkt-Einrichtungen für die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitsstörungen. Zu unseren Grundhaltungen gehören die menschlich zugewandte, respektvolle Haltung unseren Patienten gegenüber, die Verlässlichkeit und Verbindlichkeit unseres Handelns in Bezug auf unsere Kooperationspartner sowie die grundsätzlich positive Einstellung zu Evaluation und Optimierung unserer Leistungen. Diese Maximen begründen unter anderem unseren Ruf als leistungsfähige und an nachhaltigen Erfolgen interessierte Institution.

Menschen mit allen stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen können bei uns behandelt werden und von unserem integrativen Behandlungsansatz profitieren, der die Droge bzw. das süchtige Verhalten als prinzipiell austauschbar definiert. Kern unseres Angebots ist die stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Auftrag von Rentenversicherungen, Krankenkassen und anderen Kostenträgern (einschließlich Privatpatienten) mit einem Therapiezeitspektrum von je nach Programm zwischen sechs und 26 Wochen. Es werden an jedem der beiden Standorte Wied und Steimel je drei Behandlungsplätze mit teilstationärer Entlassform als ganztags ambulante Rehabilitation vorgehalten. Hinzu kommen ambulante Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitserkrankte der Großregion in gemeinsamer Trägerschaft mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (Caritas Betzdorf und Neuwied sowie Diakonisches Werk Westerbürg). Zu unserem Netzwerk Kombinationsbehandlungen (stationär – ambulant) gehört eine größere Zahl von ambulanten Behandlungseinrichtungen vorrangig im nördlichen Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie Hessen.

Wir ermöglichen mit drei stationären Behandlungsplätzen in Steimel eine Fortführung der

stationären Rehabilitation der Phase 1 als interne Adaptionsmaßnahme mit externen Praktika und Arbeitsplatz- sowie Wohnungsfindung in der Region (Phase 2 der Rehabilitation). Alle Rehabilitanden der Region können bei Vorliegen einer Kostenzusage nach stationärer oder teilstationärer Maßnahme die Nachsorgegruppe in unserem Haus in Wied in Anspruch nehmen. Ergänzend wird eine stationäre Behandlungsmaßnahme zu Lasten der Krankenkassen für solche Patienten angeboten, die aufgrund eines schädlichen oder abhängigen Konsumstils bezüglich Alkohol, Medikamenten oder Drogen solche Auffälligkeiten entwickelt haben, dass eine diagnostische Abklärung, Frühintervention und ein Case-Management für die Planung und Umsetzung weiterer Behandlungsschritte angezeigt ist (Stationäre Reha-Abklärung).

Patienten mit somatischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Komorbidität werden in speziell auf diese Schwerpunkte hin ausgerichteten Gruppen und durch besonders geschultes Personal betreut. In Kooperation mit und im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz findet ein Casemanagement (Reha-Fallbegleitung) für besondere Problemgruppen unter den Versicherten der regionalen Rentenversicherungsanstalt statt (Non-Responder mit beruflicher Desintegration). Wir stellen auch Behandlungsplätze in unserem Langzeitbereich für Maßnahmen unter ausschleichender Substitution für drogenabhängige Rehabilitanden zur Verfügung. Darüber hinaus bieten wir neben geschlechtsgemischten Gruppen auch eine Behandlungsgruppe nur für Frauen bzw. mehrere Gruppen nur für Männer an. In den Bezugsgruppen mit handlungsorientiertem Schwerpunkt (Übungsfirmen wie z. B. Cafés, Einzelhandel; handwerklich orientierte Gruppen, Garten-Natur-Umweltgruppen und Ressourcenaktivierung und Belastungserprobung) und den Auffang- und Wiederholungsbehandlungsgruppen werden dem besonderen Behandlungsbedarf der hierfür indizierten Patienten angepasste Inhalte und Methoden vorgehalten.

1. Einleitung

Die folgenden Ausführungen orientieren sich am gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011 oder geben diese wieder. Danach sind die Grundlagen der medizinischen Rehabilitation die Ausführungen in folgenden Kapiteln der Sozialgesetzgebung aufgeführt:

„Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen führen als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) durch. Diese kommen nur in Betracht, wenn damit die in §§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Ziele verfolgt werden. ... Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation an den verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere

auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind. Von Gewicht ist ebenfalls die Tatsache, dass bei Vorliegen rehabilitationsbedürftiger Folge- und Begleiterkrankungen diese zusammen mit der Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Rehabilitation zu behandeln sind (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).“ (ebda)

Weitere Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008, das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011 sowie die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12).

2. Beschreibung der Einrichtungen und Gegebenheiten

Die MEDIAN Klinik Wied wurde 1974 gegründet und in Betrieb genommen. Sie hält derzeit folgende Behandlungs- bzw. Betreuungsplätze vor:

- 211 stationäre Behandlungsplätze der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter der Phase 1 (Entwöhnungsbehandlung an zwei Standorten: Wied, Westerwaldkreis und Steimel, Kreis Neuwied)
- 3 Plätze der medizinischen Rehabilitation Phase 2 (interne Adaption)
- 6 Plätze für Rehabilitanden mit ganztags ambulanter Entlassform aus der Entwöhnungsbehandlung (jeweils 3 an den Standorten Wied und Steimel)
- bis zu 48 Plätze der ambulanten Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte (im Trägerverbund Sucht im Westerwald gemeinsam mit drei ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (Caritas Betzdorf und Neuwied, Diakonisches Werk Westerbürg))
- bis zu 15 Plätze für ambulante Nachsorge

In der MEDIAN Klinik Wied behandeln wir alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 67 Jahren (ältere Patienten nach Abklärung) einschließlich Mehrfachabhängige und Menschen mit stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen in einem gemeinsamen, integrierten Setting mit der Zielsetzung der (Re-)Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft auf dem Hintergrund der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen der Kosten- und Leistungsträger vom 04.05.2001 (s.o.). Das integrierte Rehabilitationsverständnis, das zu unserer Bezeichnung „integrierte Behandlung“ führte, findet sich auch in der multidisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche wieder. Im multiprofessionellen Behandlungsteam fließen die Teilaspekte aus den somatischen, psychischen und sozialen Diagnoseprozessen zusammen und bilden die Basis für den individuell auf den

Patienten bezogenen Behandlungsplan. Der Patient ist in diesem Prozess Kooperationspartner, mit ihm werden die Ziele und Teilziele im Hinblick auf den übergeordneten Reha-Auftrag abgestimmt und vereinbart. Eingangsvoraussetzung ist der Wunsch des Patienten nach Veränderung seines auf Suchtmittel bezogenen Verhaltens mit dem Zwischenziel des Erreichens einer belastbaren Abstinenzfähigkeit als wichtige Voraussetzung für eine Behandlungsfähigkeit im psychotherapeutischen Kontext. Ziel der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ist die Wiederherstellung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit und die Ermöglichung einer weitgehenden Teilhabe im Beruf und am sozialen Leben. Dies schließt den Erhalt und die Verbesserung der sozialen Einbindung und Funktionsfähigkeit ebenso mit ein, wie die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und zu selbständiger Lebensführung und Alltagsbewältigung. In der Regel liegt eine Leistungszusage des zuständigen Rentenversicherers vor auf der Grundlage des § 9 SGB VI, die aufgrund einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit erteilt wurde. Sind die dort angegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, kann eine Leistungszusage durch die zuständige Krankenkasse erfolgen (§§27 und 40 SGB V). Ebenfalls behandeln wir Patienten in privater Kostenträgerschaft oder mit einer Leistungszusage durch Sozialhilfeträger.

Die Regelbehandlungsdauer der stationären Rehabilitation beträgt bei Vorliegen der Diagnose Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit (Abhängigkeit von legalen Substanzen) zwischen 6-8 Wochen für eine Kurzzeit-, Auffang- oder Kombinationsbehandlung (stationärer Teil) und 15-16 Wochen für die sogenannte Langzeitbehandlung (mit besonderen Problemlagen wie langjährige Chronifizierung, komorbide psychische oder somatische Beeinträchtigungen, fehlendes soziales Umfeld mit ausreichend unterstützen-

der Funktion). Für Patienten mit den Eingangsdiagnosen der Abhängigkeit von Drogen (illegale Substanzen), Polytoxikomanie oder bei Aufnahme unter Substitution halten wir Programme mit einer Regelbehandlungsdauer von 18-26 Wochen vor. Wiederholungsbehandlungen variieren mit einer geplanten Aufenthaltsdauer zwischen 10 (legale Substanzen) und 15 Wochen (illegale Substanzen). Bezogen auf den Konsum von Cannabis wird nach Prüfung im Einzelfall eine an legalen Suchtmitteln orientierte oder eine längerfristige Behandlungsdauer geplant. Die je individuelle Dauer einer Behandlung orientiert sich am Behandlungsfortschritt, der Aktivierbarkeit sozialer Unterstützung und dem Vorhandensein weiterführender Stabilisierungs- oder Behandlungselemente im Heimatumfeld des Patienten. Unsere Hauptbeleger Deutsche Rentenversicherung Bund und Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz führen Behandlungstagebudgets, die eine unkomplizierte Anpassung der Behandlungsdauer nach fachlicher Notwendigkeit nach oben wie nach unten ermöglichen.

Die MEDIAN Klinik Wied hält zwei Standorte (Wied b. Hachenburg und Steimel b. Puderbach) vor, die aufgrund der räumlichen Nähe zueinander (ca. 14 km Entfernung) in einer gemeinsamen Organisationsstruktur und einem gemeinsamen Fachkonzept geführt werden. Die Behandler Teams und die Mitarbeiter der unterstützenden Prozesse sind einem der beiden Standorte zugeordnet. Sie können bei entsprechendem Bedarf untereinander unterstützen. Die Hauptverwaltung sowie die ärztliche und psychologische Leitung sind vorrangig am größeren Standort Wied angesiedelt.

In Steimel halten wir 60 Behandlungsplätze in der Abteilung 1 (6 Bezugsgruppen mit bis zu 10 Rehabilitanden; 7 Bezugstherapeuten, 1,4 Bezugsarzt; 1,3 Sozialarbeiter, 1,2 Sport- und Bewegungstherapeuten und 3 Ergo- und Kreativtherapeuten) sowie Pflege im 24-Stundendienst für in der Regel längere stationäre Behandlungszeiträume (ab 10 Wochen) für die medizinische Rehabilitation Phase 1 (Entwöhnung) sowie drei Plätze für Phase 2 (interne Adaption bis zu 4 Monate für Patienten mit entsprechendem Bedarf aus Wied und Steimel)

vor. Hier sind die geschlechtshomogenen Gruppen für Frauen und Männer angesiedelt. Eine ganztags ambulante Behandlung als bis zu 4wöchige letzte Phase einer vorher stationären Rehabilitation kann ebenfalls für bis zu 3 Patienten angeboten werden, sofern die Anreise im Rahmen der vorgegebenen Kriterien von Montag bis Freitag gewährleistet ist. Die Klinik bietet am Standort eine Übungsfirma (Café NaSowas), eine Gruppe mit spezieller handwerklicher, belastungserprobender und berufsorientierender Indikation (RaBe: Ressourcenaktivierung und Belastungserprobung) vor. Zur Ausstattung am Standort gehören zusätzlich eine Holzwerkstatt, eine Fahrradwerkstatt, eine Textil und eine Krea-Werkstatt sowie eine große Gymnastikhalle. Ein Patientenbüro mit 8 Computerarbeitsplätzen mit Internetzugang sowie ein Fitnessbereich ergänzen die Palette. Plätze für interne Belastungserprobungen und Praktika sind außer in der Übungsfirma im (haus)technischen Bereich, in der Garten- und Landschaftspflege und in der Küche vorhanden. Anbindung an den regionalen Busverkehr sowie Sportanlagen und Gewerbetreibende und Geschäfte des Ortes ist gegeben. Der nächstgrößere Ort in 2 Kilometer fußläufiger Entfernung – Puderbach – hält außerdem relevante Einrichtungen wie Jobcenter, Banken, religiöse Einrichtungen, Sport- und Fitnessmöglichkeiten, umfangreichere Einkaufsgelegenheiten und Fachärzte verschiedener Richtungen vor. Weitere Ausstattungsmerkmale des Klinikstandorts sind dem Strukturhebungsbogen zu entnehmen (Anhang 1).

Am Standort Wied bieten die Abteilungen 2 (Langzeit) und 3 (Kurzzeit und Auffang) mit gleicher Struktur wie in Steimel jeweils bis zu 60 Behandlungsplätze in 6 Gruppen und einem multiprofessionellen Behandler Team mit Ärzten, Psycho- und Sozialtherapeuten sowie Sozialberatern. Die Funktionstherapeuten (Sport- und Bewegungstherapeuten, Kreativtherapeuten und Ergotherapeuten) sowie die Pflegekräfte (24-Stunden-Präsenz) mit Physiotherapie und Ernährungsberatung (auch regelhaft und darüber hinaus bei Bedarf in Steimel tätig) decken den diesbezüglichen Rehabilitationsbedarf ab. Am Standort Wied ist

darüber hinaus die Abteilung Stationäre Reha-Abklärung mit bis zu 16 Plätzen angesiedelt. Hier erfolgt bei entsprechender Erfordernis zu Beginn einer Maßnahme eine weitergehende medizinische, psychologische und soziale Diagnostik, um eine gute Zuordnung zu einem Behandlungsschwerpunkt zu gewährleisten, wenn dies in der Vorbereitung für den Aufenthalt noch nicht ausreichend differenziert erfolgt ist. Hier werden auch Patienten mit Kostenträger Krankenkasse aufgenommen (z.B. Phasenmodell der AOK), wenn der Umfang des Reha-Bedarfs nach der Abschätzung und Differenzierung bedarf oder ein Reha-Antrag erst gestellt werden soll. Am Standort Wied werden ebenfalls Übungsfirmen angeboten (Café Klatsch und Kiosk Allerlei), eine Holz- und eine Fahrradwerkstatt, eine Textil- und eine KreaWerkstatt, ein Patientenbüro mit 10 Computerarbeitsplätzen und Internetzugang, eine Patientenbibliothek mit Kulturprogramm (Autoren-, Bücherlesungen, Themenabende, Filmvorführungen etc.), eine große Sport- und Gymnastikhalle sowie einen kleinen Fitnessbereich.

Zwei handlungsorientierte Gruppen im Langzeitbereich (Café Klatsch und Garten-Natur-Umwelt GNU) fokussieren wie im handlungsorientierten Angebot in Steimel auf besondere Methoden (s. wissenschaftlich begründetes Behandlungskonzept). In zwei Bezugsgruppen der Kurzzeittherapie werden ebenfalls besondere handlungsorientierte Angebote umgesetzt: Ladenprojekt „Kiosk Allerlei“ und Kulturprojekt „Kultur in Wied“. Die Patienten dieser beiden letztgenannten Gruppen sind in sogenannten Wohneinheiten in Einzelzimmern und mit eigenem Aufenthaltsbereich und Gruppenarbeitsraum ausgestattet. In der Ergotherapie werden in der Regel in der ersten Woche des Aufenthalts für alle Patienten Befundungen durchgeführt, deren Ergebnisse den Bezugstherapeuten und -ärzten zur Verfügung gestellt werden, um entsprechend angemessene Maßnahmen planen und einleiten zu können. Es wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Zwischenbilanzierung im letzten Drittel

der Behandlung durchgeführt, um weiterhin noch besonderen Förderungsbedarf abdecken oder für die nachstationäre Phase planen zu können. Diese Leistung wird jeweils in Wied wie in Steimel vorgehalten und ist ausführlicher im BORA-Teilkonzept sowie in der Beschreibung der therapiebegleitenden Sozialarbeit und der sozialmedizinischen Orientierung beschrieben.

Die Klinik in Wied liegt in einem großen, parkähnlichen Gelände am Ortsrand der Gemeinde. Im Ort gibt es eine Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr mit Bus-Verbindung zum ICE-Bahnhof Montabaur. Es besteht eine gute Kooperation mit dem örtlichen Sportverein, dessen Angebote den Patienten auch in der Freizeit zur Verfügung stehen (z.B. Fußballtraining, Training und Erwerb des Sportabzeichens etc.). Im nächstgelegenen größeren Ort – Hachenburg, 6 km – sind alle relevanten Einrichtungen, wie Krankenhaus, Fachärzte, Jobcenter, Banken, Geschäfte und Dienstleister vorzufinden. Das Mittelzentrum bietet ein breites kulturelles Angebot mit Kino, Veranstaltungen und Konzerten, Schwimmbad, Museen etc. Hier ist auch ein DB-Bahnhof mit Verbindung zur rechtsrheinischen Verkehrsschiene zu finden.

Die MEDIAN Klinik Wied hält sowohl von Steimel wie von Wied aus von Montag bis Freitag einen Bus-Shuttledienst für An- und Abreisen und für den allgemeinen Patiententransfer in die umliegenden Orte Hachenburg und Altenkirchen vor. Am Samstag wird ein Shuttledienst zum öffentlichen Freizeitbad mit Schwimm- und Saunamöglichkeit in Dierdorf mit kostenfreiem Eintritt (Eigenbeteiligung derzeit 2,00 EUR) im Wechsel zwischen Wied und Steimel angeboten.

Für therapeutisch geleitete externe Aktivitäten, wie Ausflüge, Erprobungen und zur Stärkung von Gruppenkohäsion und Freizeitkompetenz werden ebenfalls Fahrdienste bereitgestellt.

3. Rehabilitationskonzept

Wir verstehen unter integrierter Behandlung auch – neben der Behandlung in einem gemeinsamen Setting, ungeachtet der missbräuchlich oder abhängig konsumierten Substanzen bzw. der Abhängigkeitsproblematik -, dass wir mit unseren Dienstleistungen für den Patienten in eine Gesamt-Rehabilitationsstrategie eingebunden sind, in der dem Austausch und der Abstimmung mit Vor-, Mit- und Nachbehandlern ein besonderes Gewicht zukommt. Erst ein koordiniertes Zusammenwirken der Interventionen ermöglicht dem Patienten eine erfolgreiche Rehabilitation. Dabei ist es uns ein besonderes Anliegen, der Ausgrenzung und dysfunktionalen sozialen Nischenbildung entgegenzuwirken, der Abhängigkeitskranke – insbesondere mit Konsum illegaler Drogen und im chronischen Stadium – oft unterliegen.

Wir verstehen unter dem Begriff Integration

- die gemeinsame Behandlung von alkohol-, medikamenten-, drogenabhängigen und verhaltenssüchtigen Patienten und die Berücksichtigung ihrer verschiedenen körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen,
- die spezifische Auswahl und Kombination tiefenpsychologisch fundierter und kognitiv-verhaltenstherapeutischer als auch somatischer Therapieverfahren und -elemente sowie
- die Einbeziehung der sozialen Realität des Patienten im Alltag über die Bezugspersonen und die relevanten Personen am Arbeitsplatz oder weiteren sozialen Umfelds.

Die den verschiedenen therapeutischen Ansätzen zugrunde liegenden unterschiedlichen Menschenbilder, die divergierenden Störungs- und Veränderungsannahmen und die daraus sich ergebenden verschiedenen Ziel-Mittel-Relationen schaffen einen aus unserer Sicht fruchtbaren Spannungsbogen. Die konstruktive Auseinandersetzung aus verschiedenen Blickwinkeln in den Behandlerteams verhindert eine möglicherweise aufgrund der Schulenspezifität entstehende dysfunktionale Einengung der Behandlungsangebote für den einzelnen Patienten.

3.1 Theoretische Grundlagen

Im Leitfaden zur Konzepterstellung wird der Bedeutung der wissenschaftlichen Begründung und Bewährung eines Behandlungskonzepts ein hoher Stellenwert zugemessen. Diese Grundlegung des diagnostischen und therapeutischen Handelns muss daher sowohl die bewährten Ansätze zum Beispiel der fachlichwissenschaftlichen Leitlinien integrieren als auch offen für neue Entwicklungen der zugrunde liegenden Disziplinen sein. Daher wird gefordert:

„Im Mittelpunkt steht die Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen (Entwöhnungsbehandlung). Eine theoretisch-wissenschaftliche Fundierung des Rehabilitationsansatzes auf der Grundlage evidenzbasierter Therapieverfahren ist unverzichtbar. Als Grundanforderung ergibt sich für ein Rehabilitationskonzept, dass es nachvollziehbar (transparent und folgerichtig) und wissenschaftlich begründet (d.h. auf der Basis von Persönlichkeitstheorien und den sich daraus ergebenden Krankheitsmodellen, insbesondere verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch, z.B. unter Berücksichtigung der jeweils gültigen AWMF-Leitlinien) die Abhängigkeitserkrankung und ggf. vorliegende psychische Komorbidität sowie deren Therapie beschreibt. Dies schließt jedoch nicht aus, dass unter diesem gemeinsamen Dach theoretischer Fundierung Methoden unterschiedlicher Psychotherapieschulen angewandt werden – soweit diese mit dem gewählten theoretischen Ansatz kompatibel sind. Das Rehabilitationskonzept muss auf den bio-psycho-sozialen Modellvorstellungen der ICF basieren. Die ICF ermöglicht eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) eines Rehabilitanden vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt. Unter Rehabilitationsansatz sind die psychotherapeutische Orientierung und Strategie zu

verstehen, so wie sie sich aus dem zugrunde gelegten Persönlichkeitsmodell ergeben. Aus diesem allgemeinen Ansatz sind die entsprechenden Rehabilitationsziele abzuleiten.“ (aus: Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011).

3.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

In der MEDIAN Klinik Wied behandeln wir alle suchtmittelbezogenen Abhängigkeitsstörungen:

- ICD 10 F1X.2 (alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Frauen und Männer einschließlich Mehrfachabhängige)
- Menschen mit stoffungebundenen Abhängigkeitsstörungen (Spieler, Menschen mit pathologischem PC-Gebrauch, Essstörungen) als komorbide Beeinträchtigungen
- Mitbehandlung von anderen psychischen Störungen (Menschen mit Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen in ausreichend kompensiertem Zustand, somatoformen Störungen und weiteren psychosomatischen Erkrankungen)
- Mitbehandlung von somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen, soweit sie die Reha-Fähigkeit nicht überdauernd beeinträchtigen oder der anhaltenden Pflege bedürfen.

Kontraindikationen sind in der negativen Beeinflussung der Reha-Fähigkeit sowie einer nicht ausreichend günstigen Prognose zur Integration in Beruf, Arbeit und soziales Leben begründet.

Sie umfassen u.a.:

- akute Suizidalität oder Fremdgefährdung, die ohne begrenzende Schutz nicht aufgefangen werden können
- floride Psychosen, die Gruppen- und Gemeinschaftsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen oder eine geordnete Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht erlauben

- deutliche kognitive Beeinträchtigungen, die Lernprozesse und eine zielführende Teilnahme an der Behandlung überdauernd in Frage stellen. Vorübergehende kognitive Beeinträchtigungen als Folge von Entzug oder somatischer Schädigung sollten ausreichend kompensiert sein

Etwa die Hälfte unserer Rehabilitanden weist mindestens eine für die Rehabilitation bedeutsame psychische komorbide Störung auf. Hierbei kann es sich um primäre (vor der Abhängigkeitsstörung entstandene) oder sekundäre (im Verlauf der Suchtmittelabhängigkeit entstandene) Formen handeln. Zur Erhöhung der Diagnosesicherheit greifen wir auf Vorbefunde, den klinischen Eindruck sowie psychiatrische Befundung und testpsychologische Absicherung zurück. Zur Verbesserung der reliablen Einschätzung ist häufig ein gewisser Zeitraum der Verlaufsbeobachtung erforderlich.

3.3 Rehabilitationsziele

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es gemäß des Auftrags der Leistungs- und Kostenträger, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit, eine sinngebende Betätigung und/oder Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Zu den Zielen gehören insbesondere:

- Sicherung und Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und gesellschaftliches Leben.

Weitere wichtige Rehabilitationsziele sind der Erhalt oder das Erreichen einer weitgehend selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung sowie die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF können z.B. bestehen in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Mobilität“, „Erziehung/Bildung“ oder „Arbeit und Beschäftigung“ (nach dem gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011).

Häufig sind im Laufe der Störungsentwicklung Ressourcen verloren gegangen oder noch nicht erschlossen im persönlichen oder gesellschaftlichen Umfeld des Rehabilitanden. Im Wesentlichen geht es um Befähigung des betroffenen Menschen, seine Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen. Dies bezieht sich zu einem großen Anteil auf die alltäglichen Lebensvollzüge, die durch eine chronische Suchterkrankung mit häufig begleitenden weiteren psychischen Beeinträchtigungen nicht mehr bewältigbar waren.

Zu Beginn der Maßnahme werden mit dem Rehabilitanden eine Therapievereinbarung sowie eine Zielvereinbarung vereinbart, die die gemeinsamen Zielsetzungen für den medizinischen, psychotherapeutischen, sozio- und ergotherapeutischen Bereich möglichst konkret festlegen. Sie lassen sich gemäß des übergeordneten Rehabilitationsauftrags folgenden möglichen Oberzielen zuordnen:

- Entwicklung und Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Stabilisierung und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Entwicklung zufriedenstellender Lebensführung in einem aktiven selbstbestimmten Leben (Selbstmanagement)
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Klärung von Sinn- und Wertfragen

- Hinführung zu einer gesunden Lebensführung
- berufliche Wiedereingliederung bzw. Rückkehr an den Arbeitsplatz

Die konkreten Zielfestlegungen werden im Verlauf der Maßnahme mindestens zweimal, bei länger-dauernden Behandlungen häufiger, auf den Grad der Zielerreichung überprüft (Zieleskala als Prozentskala von 0 bis 100 %), ggfls. angepasst, ergänzt, verändert oder durch neue Ziele ersetzt. Hierbei werden bis zu fünf konkrete Zielsetzungen gleichzeitig angegangen, um die Komplexität überschaubar zu halten und eine Stringenz im Behandlungsprozess zu erreichen. Solche konkreten Ziele können z.B. lauten „Aufbau und Verbesserung der Fähigkeit, Kritik anzunehmen oder zu üben“ oder „Einhaltung eines geregelten Tagesablaufs mit festen Zeiten zum Aufstehen und Zubettgehen von Montag bis Freitag“. Solche konkreten Ziele werden dann weiter heruntergebrochen und operationalisiert, insbesondere wie eine Zielerreichung erkennbar ist. Sie werden immer wieder in Bezug zu den übergeordneten Reha-Zielen gesetzt.

3.4 Rehabilitationsdauer

Die individuelle Rehabilitationsdauer wird je nach Belastbarkeit des Patienten, nach den vereinbarten Zielsetzungen sowie den Möglichkeiten einer ganztags ambulanten oder ambulanten Weiterbehandlungsmöglichkeit mit dem Patienten zu Beginn der Maßnahme festgelegt und eventuell im Verlauf angepasst. Die Regelbehandlungsdauer beträgt im Kurzzeitbereich für Menschen mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in der Erstbehandlung etwa 8 Wochen, bei Auffangbehandlungen zwischen 6 und 10 Wochen je nach komorbider Beeinträchtigung oder Ausmaß der Nutzung von Behandlungsvorerfahrungen. In der Kombinationsbehandlung gehen wir von einem stationären Teil von 8 Wochen aus. Bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen, Mehrfachabhängigkeit und Wiederholungsbehandlung für diese Patienten bieten wir einen Rahmen von 12 bis 26 Wochen als Regelbehandlungsdauer an. Die tatsächliche Behandlungsdauer wird im

Bezugsbehandlerteam aus Bezugsarzt und Bezugstherapeut in Abstimmung mit dem Rehabilitanden festgelegt, nach Behandlungsfortschritt geprüft und angepasst. In viermal wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen wird in der für die Maßnahme zuständigen Abteilung mit den Fachvorgesetzten die Behandlungsdauer reflektiert und ggfls. korrigiert. Bei Leistungsträgern mit Behandlungstagebudget ist eine unkomplizierte Anpassung der Behandlungsdauer nach oben oder unten unter Beachtung der jeweiligen Budgetgrenzen möglich. Bei Leistungsträgern ohne Zeitbudget sowie bei Krankenkassen erfolgt eine entsprechend fachlich begründete Antragstellung im Falle einer Verlängerungsnotwendigkeit. Die Anpassung der Behandlungsdauer nach unten ist in der Regel nicht zu beantragen, sondern kann aufgrund fachlicher Einschätzung und Abstimmung mit dem Rehabilitanden erfolgen. Um einen angemessenen organisatorischen Ablauf zu gewährleisten, werden Anpassungen der Behandlungsdauer in der Regel spätestens etwa 21 Tage vor geplantem Entlassdatum vorgenommen.

3.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Diese orientiert sich – wie beschrieben – an den Zielsetzungen im Rehabilitationsprozess, am Behandlungsfortschritt sowie an den Möglichkeiten im Wohnumfeld des Patienten, an weiterführenden, aufbauenden Behandlungselementen teilnehmen zu können. Für die ganztags ambulante oder ambulante Weiterbehandlung sind eine ausreichende Stabilität des Rehabilitanden und ein grundsätzlich stützendes soziales Umfeld Voraussetzung.

Nach Vorliegen der Ergebnisse der diagnostischen Eingangsuntersuchungen werden im Behandler-team gemeinsam mit dem Rehabilitanden die Ziele und Zwischenziele vereinbart, an deren Erreichen sich die geplante Behandlungsdauer orientiert. Der Patient wird in der Regel vom Aufnahmetag an seiner Bezugsbehandlungsgruppe zugeordnet. Ausnahmen betreffen Menschen mit zusätzlichem

Abklärungsbedarf. Ein Begrüßungsgespräch mit dem Bezugstherapeuten am Tag der Aufnahme, eine zeitnahe Anamneseerstellung sowie ein Patensystem für neuaufgenommene Personen erleichtern die schnelle Integration in die Behandlung. Im Phasenmodell der AOK sind die neu aufgenommenen Patienten in der ersten Phase von bis zu 14 Tagen in einer Aufnahmegruppe integriert, in der der spezifische Behandlungsbedarf noch genauer erfasst werden kann sowie dem Patienten die Eingewöhnung in den Reha-Behandlungsrahmen erleichtert werden kann. Danach erfolgt für die Basis-Rehabilitation von 4 Wochen sowie die weitere individuell festgelegte Behandlungsdauer bis insgesamt 15 Wochen die Zuordnung zu einer geeigneten Bezugsgruppe. In regelmäßigen Fallbesprechungen (Behandler-team Arzt und Therapeut; Fachaufsicht; Abteilungsbesprechungen 4mal pro Woche sowie in der internen Supervision auf Anforderung der Behandler) werden Therapiefortschritt, konfligierende Ereignisse und andere Besonderheiten besprochen. Bezugsarzt und -therapeut schlagen dem Patienten ein individuelles indikatives Programm zur Erreichung der Behandlungsziele vor und setzen es gemeinsam in der Therapieplanung um. Der Patient erhält jeweils freitags für die Folgewoche seinen Wochenplan mit geplanten Maßnahmen aus allen Behandlungselementen, die für ihn zielführend sind.

Belastungserprobungen, interne oder externe Praktika benötigen eine ausreichende Vor- und Nachbereitung, so dass diese in der Regel im zweiten Behandlungsdrittel, jedoch mindestens mit einer weiteren Verweildauer von 2 Wochen nach Abschluss platziert werden. Kommt es zu einem Verhaltens- oder Konsumrückfall, so werten wir dies als Komplikation des Behandlungsprozesses, die einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf. In einer sogenannten Klärungsphase (s.a. wissenschaftlich begründetes Behandlungskonzept in Teil C) werden Informationen zusammengetragen, Behandlungsziele und Interventionen geprüft, die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur Fortsetzung des Prozesses evaluiert und eventuell Maßnahmen ergriffen, die einen Wiedereinstieg in die Zusammenarbeit erreichen. Reha-Fahrten

ins heimatliche Umfeld des Patienten dienen der Exposition mit den Alltagsbedingungen, der Klärung des Wiedereinstiegs in Arbeit/Beruf, der Vorbereitung nachsorgender Maßnahmen und der Stärkung der Verbindung zu den relevanten Bezugspersonen. Sie werden in der Regel ab der Hälfte der Maßnahmendauer entsprechend vorbereitet und durchgeführt. Wir unterstützen sehr die Einladung unserer Rehabilitanden an ihre Angehörigen, zum Besuch in die Klinik zu kommen und vor allem an einem Angehörigenseminar, einem Paargespräch oder einem Familiengespräch teilzunehmen. Letztere können je nach Indikation zu allen Zeitpunkten des Aufenthalts erfolgen. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden wird unter Hinzuziehung des zuständigen Sozialberaters geprüft, ob weitergehende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder aktiven Leben in der Gesellschaft erforderlich und zielführend sind. So können eine Teilhabe- oder Reha-Beratung durchgeführt werden, Kontakte zu zuständigen Behörden geknüpft werden und bereits Anträge vorbereitet und gestellt werden. Rückkehrgespräche an den Arbeitsplatz (z.B. auch bei der stufenweisen Wiedereingliederung) oder gemeinsame Telefonate mit dem Arbeitgeber gehören ebenfalls zum Standard. Für arbeitslose Patienten stellen wir die verschiedenen Maßnahmen für die Bedarfsgruppen BORA 3 und BORA 4 gemäß unseres Konzepts (s.u.) zur Verfügung. Menschen, für die eine (Re-)Integration am Arbeitsplatz möglich ist, werden entsprechend beraten und begleitet (BORA 5; s.u.).

Zur Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit und Unterstützung im Alltag halten wir neben den Angeboten der Beratungsstellen und anderer professioneller Unterstützungssysteme insbesondere auch die Selbsthilfegruppen für die meisten Patienten für sehr hilfreich. Hier führen wir bereits durch mehrfach pro Woche stattfindende Gruppenbesuche regionaler Selbsthilfegruppen aller Ausrichtungen heran, an denen alle Patienten freiwillig teilnehmen können, wobei bezugsgruppenweise im Wechsel auch eine Pflicht der Teilnahme mehrmals während der stationären Maßnahme besteht. Etliche der örtlich ansässigen Selbsthilfegruppen laden Patienten zu ihren Gruppenstun-

den ein und sind auch beim Transfer von der und zurück in die Klinik behilflich. In den letzten vier Wochen des Aufenthalts besteht die Möglichkeit, in einem sogenannten Entlassphasenzimmer das Alleinleben wieder zu erproben. Die Patienten ziehen dann in ein Einzelzimmer in einem separaten Trakt und können dies als eine weitere Vorbereitung auf die Rückkehr in ihr Alltagsleben in der Abschlussphase der Behandlung nutzen.

Die Vorbereitung auf die Entlassung beginnt je nach Maßnahmendauer eine bis vier Wochen vor dem geplanten Termin. Hier kann auch die Überlegung einer ganztags ambulanten Entlassphase für Patienten aus der Region noch einmal überprüft werden. Weiterführende Maßnahmen sind dann bereits abgestimmt und ggfls. beantragt/ genehmigt, z.B. Adaption, poststationäre Weiterbehandlung, ambulante Psychotherapie, stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz oder Nachsorgemaßnahmen am Wohnort des Patienten. Es finden Abschlussuntersuchungen und Abschlussgespräche statt, das Erreichte wird gemeinsam bilanziert und gewürdigt, die nächsten Schritte zurück ins Alltagsleben werden noch einmal durchgesprochen.

Weitere inhaltliche und organisatorische Ausdifferenzierungen sind dem folgenden Rehabilitationsprogramm sowie dem wissenschaftlich begründeten Behandlungskonzept in Teil C zu entnehmen.

3.6 Rehabilitationsprogramm

Die folgende Beschreibung enthält die verschiedenen Komponenten für unterschiedliche Rehabilitationsbedürfnisse und -erfordernisse unserer Patienten und Auftraggeber. Es befindet sich in einem ständigen Optimierungs- und Anpassungsprozess, wobei die Grundzüge der Maßnahmen sich in der Regel über Jahre bewährt haben. Überschaubare Einheiten für Patienten und Mitarbeiter ergeben sich aus dem Abteilungskonzept, durch das die Zugehörigkeit zu einer kleineren sozialen Einheit möglich ist. Alle Rehabilitanden bekommen zeitnah zur Aufnahme und dann für jede Behandlungs-

woche einen Behandlungsplan ausgehändigt, in dem die meisten Interventionen bereits vorgeplant sind. Das Kernstück bildet hierbei die Gruppentherapie in der Bezugsgruppe, die teilweise auch auf sport- und bewegungstherapeutische sowie ergo- und kreativtherapeutische Angebote ausgedehnt ist. Regelmäßige Einzelgespräche sowie Sozialberatung im Einzelkontakt bei Bedarf werden hier ebenfalls aufgeführt – bei Bedarf unter der Woche entsprechend ergänzt. Sogenannte „Startangebote“ sind in den ersten zwei Wochen des Aufenthalts geplant, die dem Patienten Grundlagen und Orientierung vermitteln sowohl in Bezug auf die Behandlungsangebote als auch für Freizeitgestaltung und Aufenthalt in der Klinik. Am ersten Wochenende des Aufenthalts nimmt jeder Patient standardmäßig an den Angeboten der TAS (Therapie am Samstag, Therapie am Sonntag) teil. Diese themenzentrierten, durch einen Therapeuten geleiteten Gruppenangebote finden auch an Feiertagen statt. Bereits länger anwesende Patienten können bei Bedarf und nach Voranmeldung ebenfalls hieran teilnehmen. Durch das Angebot therapeutischer Sprechstunden an Wochenenden und Feiertagen sowie die 24-Stunden-Präsenz von Pflegekräften und Arzt sind jederzeit Ansprechpartner vorhanden. Die Cafés, der Laden sowie die Werkstätten sind zusätzlich auch an den Wochenenden und Feiertagen zu festgesetzten Zeiten geöffnet, ebenfalls der Fahrradverleih und die Patientenbibliothek. Alle Bezugsgruppen führen in regelmäßigen Abständen Exkursionen, Ausflüge, Kochprojekte, Festveranstaltungen o.ä. durch. Diese Aktionen stärken die Gruppenkohäsion, fördern sozialen Austausch und den Aufbau von Kompetenzen und bieten Abwechslung und Anregung. Abteilungsweise finden sich einmal pro Woche die Gruppensprecher und Vertreter aus allen Bereichen der Mitarbeiterschaft zum sogenannten „Senat“ zusammen. In dieser Veranstaltung werden Patientenbelange, Wünsche und Verbesserungsvorschläge aus der Patientenschaft eingebracht und anschließend weiterverfolgt. Diese Veranstaltung bietet auch den direkten Draht für das interne Beschwerdemanagement oder besonderen Informationsaustausch zwischen Patientenschaft und Mitarbeitern.

3.6.1 Stationäre Rehabilitation nach dem integrierten Konzept in zeitlich variablen Behandlungsgruppen

Acht bis zwölf Patienten bilden eine nach Alter, Abhängigkeitsdiagnose, Lebenssituation und sozio-ökonomischem Status heterogene Bezugsgruppe. In diesen halboffenen Gruppen sind jeweils ein Bezugstherapeut, ein Bezugsarzt und ein Co-Therapeut für die Begleitung und Steuerung des Rehabilitationsprozesses als Ganzes verantwortlich. In jeder der 3 Abteilungen sind 6 Bezugsgruppen zusammengefasst. Mit den semidurchlässigen Grenzen der Bezugsgruppe durch Verabschiedung und Neuintegration von Patienten verbinden sich eine Reihe von Vorteilen:

- Sicherung eines flexiblen Gruppenprozesses und Vermeidung von für den Einzelnen dysfunktionaler Gruppenregression
- Schaffung der Möglichkeit, verschiedene Rollen im Gruppenverlauf einzunehmen (z.B. vom „Lernenden“ zum „Lehrenden“, vom „Gekränkten“ zum „Betroffenen“)
- immer wiederkehrende Aktivierung zentraler Schwellensituationen, für die noch keine ausreichenden Bewältigungsmuster aufgebaut wurden (z.B. Auseinandersetzung mit der eigenen Identität als abhängigkeitskranker Mensch, Abschied, Aufnahme und Gestaltung neuer sozialer Kontakte)

Durch die hinsichtlich verschiedener Merkmale heterogene Gruppenkonstellation wird eine Therapiesituation geschaffen, die eine Vielfalt von Konfliktfeldern aktualisieren hilft. Für einige Patienten ergeben sich besondere Schutzbelange, so dass wir sie in eine Frauen-, bzw. eine Männerbezugsgruppe integrieren. Darüber hinaus halten wir geschlechtsspezifische indikative Angebote für unverzichtbar. Ein erneuter Suchtmittelkonsum oder Verhaltensrückfall während der Reha-Maßnahme wird auf dem Hintergrund des Therapiefortschritts und der aktuellen therapeutischen Situation bewertet. Als Aspekt der Beziehungsgestaltung ist der Suchtmittelkonsum bzw. der Verhaltensrückfall Ausdruck eines unbewältigten Konfliktes auf verschiedenen Ebenen, der immer im Bezug zum aktuellen therapeutischen Setting, der Situation in der Bezugsgruppe und der aktuellen Arbeitsbeziehung zu den Behandlern

zu bewerten ist. Auslösend können persönliche Konflikte sein, die außerhalb und/oder innerhalb des Gruppendynamischen Geschehens liegen, oder stellvertretend für die Gruppe durch den Einzelnen agiert werden. Folge des erneuten Suchtmittelkonsums ist eine massive Verunsicherung aller Beteiligten, die Vermeidungsstrategien aktiviert und die ohne adäquate Thematisierung ein hohes Risiko von Beziehungs- und Kommunikationsabbrüchen beinhaltet. Dann wäre eine therapeutische Bearbeitung der zugrunde liegenden Konfliktebene nicht mehr oder nur sehr schwer möglich. Eine halbstandardisierte Vorgehensweise im Falle erneuten suchtorientierten Verhaltens während der Reha-Maßnahme schafft eine Distanzierungsmöglichkeit für Patienten und Behandler, die eine realitätsangemessene Prüfung der Situation und ihrer Optionen zulässt. Ein Suchtmittelkonsum erfordert selbstverständlich zunächst eine ärztliche Einschätzung der körperlichen Gefährdung sowie eine Überprüfung der Steuerungs- und Therapiefähigkeit des Betroffenen. Eventuell sind medizinische Maßnahmen einzuleiten, um die körperliche und psychische Situation zu stabilisieren (z.B. Verlegung in Akutbehandlung oder in die medizinische Abteilung zur besseren medizinischen Überwachung). Ein für alle Beteiligten transparent strukturiertes „Rückfallmanagement“ bietet die Vorteile, dass eine differenzierte Auseinandersetzung durch die vorgegebene Abfolge ange-regt wird und vorzeitige Therapieabbrüche aufgrund von Erwartungsängsten und emotional ungesteuerten Reaktionen auf den „Zwischenfall“ verhindert werden. Auch für die Bezugsbehandler ergibt sich damit ein geschützter Raum für die Reflektion des bisherigen Reha-Prozesses und die Möglichkeiten der Fortführung der Arbeitsbeziehung mit dem Patienten. Eine wichtige Unterstützung für die Schaffung von therapieförderlichen Übertragungsprozessen ist das Co-Therapeutensystem. Besonders bei mittel- bis längerfristigen Behandlungsdauern kann diese Dynamik gezielt genutzt werden.

Für den Patienten besteht die Möglichkeit,

- unterschiedliche Übertragungen zu den beiden Therapeuten auszuagieren
- in der aggressiven Auseinandersetzung mit einem der Therapeuten den Schutz des anderen nicht zu verlieren

- Beziehungsverhalten stellvertretend über das Beispiel der beiden Therapeuten zu erfahren, das auch im Konfliktfall konstruktiv bleibt
- über seine Beziehungsgestaltung zu unterschiedlich erlebten Therapeuten Integrationsprozesse in Gang zu setzen

Das stationäre Behandlungssetting bietet dabei eine Reihe von Vorteilen gegenüber ambulanter bzw. teilstationärer Bedingung:

- die Herausnahme aus einem pathogenen Milieu
- einen Sicherheit und Unterstützung bietenden, klar definierten sozialen Erfahrungsraum
- eine entwicklungsanstoßende Umgebung, die fördert und fordert
- einen kontinuierlichen und dichten Reflexionsprozess
- eine dem Entwicklungsfortschritt des Patienten angemessene, zunehmende Konfrontation mit seiner Realität in Beziehungen und bezogen auf Aufgaben
- ein zeitnahes und umfassendes Krisenmanagement ohne Unterbrechung der Beziehungskontinuität
- die Erarbeitung von Bewältigungskompetenzen für Trennungsprozesse am Beispiel der kritischen Schwellensituation zum Ende der Behandlung.

Dabei kommt der Arbeit mit dem Patienten in der sozialen Struktur der Klinik als Übungsfeld für soziale Kompetenzen und als Quelle vielfältiger Selbsterfahrungen eine besondere Bedeutung zu. Im Prinzip der Patientenmitverantwortung verankern sich wesentliche Aspekte zur Hinführung auf ein verantwortungsvolleres, aber auch selbstbewussteres und selbstsicheres Verhalten im sozialen Kontext. Hierbei steht die Förderung teilhabeorientierter Kompetenzen wie soziale Kompetenzen, Teamfähigkeit und Selbstwirksamkeitserwartung im Vordergrund. Beim Vorliegen komorbider psychischer oder psychosomatischer Störungen können zusätzliche stützende Einzelgespräche oder begleitende Einzelpsychotherapie über die gezielte Zuweisung zu indikativen psychotherapeutisch orientierten Gruppenangeboten hinaus indiziert sein. Nach spezifischer psychiatrischer, psychometrischer oder klinischer

Diagnostik werden z.B. depressive Störungsbilder über kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente oder Maßnahmen zur Aktivierung und zum Aufbau euthymer Verhaltensweisen genauso angesprochen wie etwa Angst- und Panikstörungen durch schrittweise Konfrontation mit angstauslösenden Reizen Aufbau von Entspannungsfähigkeit durch z.B. progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training oder Meditationsverfahren. Soziale Kompetenzen werden in den Bezugsgruppen regelhaft auf- und ausgebaut sowie bei spezieller Indikation durch gezielte therapeutisch angeleitete Gruppen. Sport- und bewegungstherapeutische sowie ergo- und kreativtherapeutische unterstützende und aktivierende Elemente können nach Erfordernis als Einzel- oder Gruppenangebot kombiniert werden. Die medikamentöse Unterstützung und Mitbehandlung wird sorgfältig geprüft und ggfls. in Abstimmung mit dem Patienten umgesetzt. Für jeden Patienten wird in Rücksprache mit diesem und unter Federführung des Behandlerenteams aus Bezugsarzt und Bezugstherapeut damit ein individuell angereichertes Behandlungsprogramm aus Bezugsgruppenstunden, Einzelgesprächen, sport- und bewegungstherapeutischen Elementen, Sozialberatung, ergo- und kreativtherapeutischen Komponenten und medizinischen, physiotherapeutischen und ernährungsberatungsbezogenen Angeboten zusammengestellt.

3.6.1.1 Besondere Zielgruppen in der medizinischen Rehabilitation

Auffangbehandlung/Rückfallbehandlung

Die Auffangbehandlung/Rückfallbehandlung richtet sich an Personen, die eine oder mehrere stationäre oder ambulante Entwöhnungsbehandlungen erfolgreich abgeschlossen haben und im weiteren Rehabilitationsverlauf wieder manifest rückfällig geworden oder in einer kritischen Lebenssituation hoch rückfallgefährdet sind. Die letzte erfolgreich abgeschlossene Vorbehandlung sollte in der Regel nicht länger als 2-3 Jahre zurückliegen. Unter Rückfälligkeit wird der erneute, überdauernde Konsum eines Suchtmittels nach einer – unterschiedlich langen – abstinenten Phase verstanden. Eine länger dauernde persönliche Belastungssituation

kann ebenfalls zu einer solch massiven Labilisierung führen und ein extrem erhöhtes Rückfallrisiko darstellen, dass eine Auffangbehandlung indiziert sein kann. Eine stationäre Rückfallbehandlung ist dann indiziert, wenn der Grad der Störung eine erhebliche Gefährdung oder bereits eine bestehende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, der sozialen Einbindung oder der körperlichen und psychischen Befindlichkeit bedingt und erfolgversprechende ambulante Maßnahmen nicht verfügbar sind bzw. keine günstige Prognose ergeben. Konkrete Zielsetzung ist zunächst die Stabilisierung der Abstinenzmotivation und -fähigkeit. Auf dem Hintergrund unserer psychodynamischen Grundhaltung erfolgt eine differenzierte, verhaltensorientierte Rückfallbehandlung mit den Schwerpunkten der Rückfallanalyse und dem Aufbau rückfallpräventiver Einstellungs- und Verhaltensweisen.

Vor Aufnahme des Patienten wird nach Aktenlage geprüft, ob die Voraussetzungen für die Auffangbehandlung vorliegen. Es sollten noch keine gravierenden körperlichen, seelischen oder sozialen Folgeschäden aufgetreten sein, die eine aktive Teilnahme gefährden bzw. eine längere Behandlungsdauer erforderlich machen. Das Programm ist sowohl geeignet für Patienten, für die eine fokussierende verhaltensnahe Rückfallbearbeitung sinnvoll ist als auch für Patienten, die einem stärker aufdeckenden Vorgehen nicht oder nur eingeschränkt zugänglich sind.

In Form einer angeleiteten Bilanzierung und unterstützt durch differentialdiagnostische psychometrische Diagnostik erarbeitet der Patient seine bisherigen Erfolge und Misserfolge nach der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung und kann so erlebnisnah für sich Defizite und Ressourcen rekapitulieren. Im Anschluss an diese Gegenüberstellung beginnen die Planung, die Gewichtung und der schrittweise Aufbau erwünschter Verhaltensweisen und Einstellungen. Die Dauer der Behandlung beträgt in der Regel zwischen 6 und 10 Wochen, bei Abhängigen von illegalen Drogen – sofern die Indikation für eine Auffangbehandlung gegeben ist – bis 13 Wochen. Eine gezielte Einbeziehung von Angehörigen und relevanten Personen des sozialen Umfelds (z.B. Arbeitgeber, Vorgesetz-

te) trägt zur Schaffung unterstützender Bedingungen für die Rückkehr in den Lebensalltag bei.

Kombinationsbehandlungen

In dieser Komponente bieten wir einen stationären Block als Booster-, Ergänzungs- oder Erweiterungstherapie an. Die stationäre Teilmaßnahme dauert in der Regel 8 Wochen, bei Abhängigen von illegalen Drogen 13 Wochen. Für den für dieses Programm vorgesehenen Patienten nachvollziehbar, transparent und unter seiner Mitbeteiligung ist im gegebenen Einzelfall der Ablauf und die Kooperation zwischen den beteiligten Fachleuten zu gestalten. In dieser Entwicklung kommen uns unsere jahrzehntelange Erfahrung in der Zusammenarbeit mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen im Rahmen des Behandler- und Hilfenetzes zu Gute sowie die Erfahrungen im Aufbau des Trägerverbundes Ambulante Rehabilitation Sucht im Westerwald, der seit 2000 entsprechende ambulante Leistungen erbringt. Konkrete Ausführungen für Einzelkonzepte wurden gemeinsam von den vernetzten Kooperationspartnern ambulant – stationär formuliert und mit dem zuständigen Leistungsträger abgestimmt. Die Patienten werden nach Aufnahme in eine der Kombinationbehandlungsgruppen integriert, in denen es inhaltlich im Wesentlichen um eine ausreichende Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit geht, so dass eine komplikationsarme und zuverlässige Teilnahme an der ambulanten Reha-Phase weitgehend gewährleistet ist. Auf der Basis der Kriterien der Anlage 3 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ wird eine Indikation für die Kombinationsbehandlung dann gestellt, wenn für einen Versicherten keine eindeutige Zuordnung zur stationären oder ambulanten Behandlungsform erfolgen kann bzw. die Lebensumstände des Patienten einen längeren stationären Aufenthalt nicht möglich machen. Grundsätzlich sind dies Personen, bei denen sich nach der Entzugsbehandlung noch weiterer Rehabilitationsbedarf zeigt, die Abstinenzfähigkeit jedoch noch nicht soweit stabilisiert ist, dass ein günstiger und von Rückfälligkeit freier ambulanter Rehabilitationsverlauf erwartet werden kann, obwohl der Schweregrad der Abhängigkeitsstörung und die psychische und soziale Stabilität eine spä-

tere ambulante Weiterbehandlung nicht grundsätzlich ausschließen. Besonders bei Personen, die in der Vorgeschichte noch keine oder nur erfolglose Abstinenzversuche unternommen haben, ist eine solche stationäre Stabilisierungsphase durch das intensivere Behandlungssetting der Klinik zur Sicherung des Gesamterfolgs der Maßnahme angezeigt. Darüber hinaus kann die Abstinenzmotivation und -fähigkeit solcher Personen deutlich verbessert werden, die bislang in stark konsumierendem Umfeld lebten und für die die suchtmittelfreie Umgebung bessere Startbedingungen schafft. Als Kontraindikationen gelten:

- das Vorliegen eindeutiger und ausschließlicher Indikation für ambulante oder stationäre Rehabilitation,
- akute oder kurz zurückliegende psychotische Erkrankungen
- akute Suizidalität
- schwerwiegende intellektuelle Beeinträchtigungen
- noch zu verbüßende Haftstrafen (aufgrund der unklaren Zeitperspektive)
- eine erforderliche längerfristige Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld,
- Wohnungslosigkeit

Die stationäre Phase der Kombinationsbehandlung umfasst im Kern alle unsere Angebote der medizinischen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und sozialarbeiterischen Elemente. Indikationsgeleitet erfolgt eine Ergänzung des individuellen Behandlungsplans über ergotherapeutische, sport- und bewegungstherapeutische sowie kreativtherapeutische Bausteine. Psychoedukation und trainingsorientierte Maßnahmen ergänzen das Spektrum. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit interner und externer Belastungserprobungen, berufsbezogener Praktika sowie Angehörigen- und Paar-/Familienberatung, soweit dies in der Kürze des stationären Aufenthalts möglich gemacht werden kann, ansonsten in Absprachen mit dem ambulanten Weiterbehandler. Sind die zu Beginn mit dem Patienten vereinbarten oder im Laufe der stationären Behandlung modifizierten Ziele in ausreichendem Maße aus Sicht der Behandler und des Rehabilitanden erreicht, erfolgt ein Kontakt zum ambulanten Weiterbehandler, um die Modalitäten

und den Ablauf zur Übernahme in die ambulante Phase der Kombinationsbehandlung abzustimmen. Der Patient wird zum Abschluss medizinisch untersucht, der Bezugstherapeut bilanziert mit dem Patienten unter Hinzuziehung der Abschlussinformationen von indikativ festgelegten Mitbehandlern den Behandlungsverlauf und legt mit dem Patienten gemeinsam die ersten Schritte in der ambulanten Phase fest. Ein ausführlicher Zwischenbericht in Form eines vorläufigen medizinischen Rehabilitationsberichts einschließlich der zu diesem Zeitpunkt bestehenden sozialmedizinischen Beurteilung geht am Entlasstag aus der stationären Phase an die weiterbehandelnden Mitarbeiter in der Ambulanz.

Teilstationäre Rehabilitation als teilstationäre Entlassform

Die MEDIAN Klinik Wied hält an jedem der beiden Standorte Wied und Steimel Behandlungsplätze vor, die mit Hilfe der teilstationären Entlassform es bei bestehender Indikation ermöglichen, dass Patienten aus der Region in ganztags ambulanter Weise ihre medizinische Reha-Maßnahme fortführen bzw. abschließen. Dies betrifft in der Regel erfahrungsgemäß die letzten zwei bis vier Wochen einer längerfristigen Behandlungsmaßnahme. Hier kann unter stärkerer Strukturierung und engmaschiger Unterstützung ein abgefederter Transfer in den Alltag des Patienten erprobt werden.

Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS)

Patienten aus dem Großraum Westerwald bzw. aus angrenzenden Bereichen können im Rahmen des Trägerverbunds Sucht, dem auch die MEDIAN Klinik Wied angehört, eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme durchführen, wenn

- sie stabil sozial integriert sind im Hinblick auf Wohn- und Arbeitssituation sowie eine förderliche familiäre/partnerschaftliche Einbindung vorhanden ist
- eine ausreichende Abstinenzfähigkeit vorliegt
- die Motivation zur Teilnahme am Programm sowie eine stabile Veränderungsmotivation gegeben ist
- und von einer entsprechenden Reflexionsfähigkeit sowie einer ausreichenden körperlichen und psychischen Belastbarkeit auszugehen ist

Zu den beteiligten Einrichtungen gehören neben der MEDIAN Klinik Wied die ambulanten Behandlungsstellen des Diakonischen Werkes Westerburg sowie der Caritas im Rhein-Lahn-Sieg-Kreis mit Behandlungsstellen in Betzdorf und Neuwied. Der Trägerverbund wurde vom regional zuständigen Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz sowie von der Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannt. Er verfügt über eine zentrale Geschäftsstelle in Betzdorf und beteiligt sich als Mitgliedseinrichtung im Fachverband Sucht an den dort vorgeschriebenen Qualitäts-sicherungsmaßnahmen (Basisdokumentation und Einjahreskatamnesen).

3.6.2 Entwöhnungsbehandlungen unter ausschleichender Substitution

Aus den Erfahrungen der ambulanten Opioid-Substitutionsprogramme lässt sich ein Bedarf an stationären Behandlungsplätzen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ableiten, die den Patienten nahtlos mit einer noch bestehenden Substitution übernehmen. So bietet sich bei erfolgreicher Substitution unter zunehmender körperlicher und sozialer Stabilisierung die Chance, den weiterführenden therapeutischen Schritt in Richtung Abstinenz zu tun. Hierbei ist davon auszugehen, dass der substituierte Abhängigkeitskranke in der Regel zu Beginn der Entwöhnung nicht belastbar motiviert oder umfassend in der Lage sein wird, auf sein ihn stabilisierendes Konsumverhalten ersatzlos zu verzichten. Daraus abgeleitet kann der Beginn der langfristig abstinenzorientierten Entwöhnungsbehandlung unter schrittweiser Opioid-Reduktion die Schwelle zur Inanspruchnahme des therapeutischen Angebots reduzieren. Die Besonderheit unseres integrierten Therapieansatzes stellt dabei eine günstige Rahmenbedingung dar für die gemeinsame Behandlung substituiertes und abstinenten Patienten, die eine gegenseitige Akzeptanz der jeweils individuell unterschiedlichen Bedingungen unterstützt. Darüber hinaus wird aus bisherigen Erfahrungen heraus wechselseitig die Abstinenzentscheidung gefördert und stabilisiert. Wir behandeln Patienten mit Abhängigkeits-

erkrankungen, die in Folge ihrer Opioidabhängigkeit in einem ambulanten Substitutionsprogramm erfolgreich stabilisiert werden konnten und folgende Merkmale aufweisen:

- Suchtmittelabhängigkeit ICD 10 F11.2 oder F19
- Männer und Frauen, 18 bis 67 Jahre alt
- Aufnahme nach erfolgter Entgiftung bezüglich Beikonsum und nachgewiesene Beikonsumfreiheit von wenigstens vier Wochen vor Antragstellung und/oder Antritt der Behandlung gemäß Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001, Anlage 4 (VDR, 2001)
- Dosisstabilität des Substitutionsmittels äquivalent zu 60 mg/d Methadon bei Beginn der Maßnahme
- Reduktionsbereitschaft des Patienten bezüglich seines Substanzgebrauchs

Nach den Kriterien der Deutschen Rentenversicherung für eine „Medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangweisem Einsatz des Substitutionsmittels Methadon“ sollen neben den versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen zur Bewilligung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weitere folgende erfüllt sein:

- die erfolgreiche Teilnahme an einem ambulanten Substitutionsprogramm nach den gesetzlich vereinbarten Richtlinien
- der Wunsch des Versicherten, langfristig Abstinenz zu erreichen
- der medizinische Nachweis, dass eine Beikonsumfreiheit von mindestens 4 Wochen besteht

Die Beikonsumfreiheit bezieht sich auf illegale Drogen, Alkohol und Medikamente mit Ausnahme von akutmedizinisch indizierten Medikamenten.

Behandlungsziele sind auch hier – wie bei allen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – die Wiederherstellung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit, die soziale Wiedereingliederung und die Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit im Verlauf der Therapie, wofür eine entsprechend gute Prognose vorhanden sein muss, um diesen Aufträgen gerecht werden zu können. Über die bereits genannten Zielsetzungen der Entwöhnungsbehandlung

hinaus sind für diese Patientengruppe folgende Aspekte im Vorfeld von besonderer Bedeutung:

- die Motivationsabklärung hinsichtlich der Reduktion des Substitutionsmittels
- die Veränderungsbereitschaft im Hinblick auf eine mittelfristige Abstinenzentscheidung

Für die Entwöhnungsbehandlung unter schrittweiser Opioid-Reduktion stellen wir bis zu vier Behandlungsplätze in zwei Bezugsgruppen unseres Langzeitbereichs in Wied zur Verfügung. Vor der Aufnahme prüft der Leitende Arzt die medizinischen Unterlagen und das Vorliegen der Aufnahmevoraussetzungen. Aufnahmetage in das Programm sind Dienstag und Mittwoch, so dass in der Regel eine Integration in die Bezugsgruppe noch in der gleichen Woche erfolgen kann. Ein zum Aufnahmezeitpunkt fehlender Nachweis über die Beikonsumfreiheit in den vorausgegangenen vier Wochen oder ein eindeutig positiver Befund beim Eingangsscreening schließen die Aufnahme aus. Die Behandlungsdauer wird individuell festgelegt und bewegt sich im Zeitrahmen von bis zu 26 Wochen. Nach Aufnahme erfolgt zunächst die erforderliche medizinische, psychologische und soziale Eingangsdiagnostik und Konkretisierung der Therapieplanung durch das Behandlungsteam, bestehend aus dem verantwortlichen Substitutionsarzt und dem Bezugstherapeuten.

Das Vorgehen unterscheidet sich für noch substituierte Patienten vom üblichen Behandlungsrahmen durch folgende Punkte:

- Zur engmaschigeren medizinischen Überwachung ist der Patient in der Aufnahmestation der medizinischen Abteilung untergebracht, bis ein medizinisch komplikationsloser Verlauf gesichert ist
- Täglich erfolgt ein persönlicher Kontakt mit dem Substitutionsarzt, wöchentlich und bei Bedarf finden Spiegelbestimmungen des Substitutionsmittels, Drogenscreenings und Alkoholkontrollen statt. Ebenso wird die Kooperation mit dem vorbehandelnden Substitutionsarzt während der stationären Behandlung sichergestellt
- Vor Ausgabe der Substitutionsdosis werden die Vitalwerte und die Vigilanz kontrolliert
- Die schrittweise Reduzierung der Substitutionsdo-

sis legt der Substitutionsarzt in Abstimmung mit dem Patienten fest mit dem Ziel, unter Beachtung der individuellen Voraussetzungen möglichst rasch eine Substanzfreiheit zu erreichen

- Im therapeutischen Vorgehen stehen – der Belastbarkeit des Patienten angemessen – motivationsstabilisierende und unterstützende Elemente im Vordergrund

Bei Entlassung unter noch bestehender Substitution wird die Notwendigkeit einer Rücküberweisung in das vorbehandelnde ambulante Setting überprüft und gegebenenfalls eingeleitet.

3.6.3 Adaption

Auf dem Boden unseres skizzierten Störungsverständnisses verstehen wir die Adaption als Phase 2 der medizinischen Rehabilitation von ihrem Schwerpunkt her als Zeitraum der Konsolidierung veränderter Verhaltensweisen, des Trainings und der Generalisierung im Sinne eines zunehmenden Alltagsbezugs. Hier bilden die beruflichen Integrationschritte bzw. die Einbindung in einen Arbeitsplatz den Fokus sowie die zunehmende Verselbständigung im Sinne des Wohnens und Lebens in einem risikominimierten sozialen Umfeld. Die persönliche Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben steht in direktem Zusammenhang mit der gesundheitlichen Integrität, die durch somatische, psychische und soziale Faktoren mitbestimmt wird. Gesundheit und subjektives Wohlbefinden sind wichtige Faktoren für die Leistungsfähigkeit im Beruf, umgekehrt ist eine gute berufliche und soziale Integration ein direkt positiv wirkender Faktor auf das individuelle Gesundheitserleben sowie für die persönliche Leistungsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit. Gleiches gilt für die individuelle Teilhabe am sozialen Leben in der Gesellschaft sowie die individuelle Genussfähigkeit und Lebenszufriedenheit. Hier bietet die ICF einen guten Rahmen für die konzeptuelle Orientierung an Ressourcen und Handicaps.

Nach einer stationären Entwöhnungsmaßnahme der Phase 1 in der MEDIAN Klinik Wied – in Ausnahmefällen auch in anderen stationären Reha-Einrich-

tungen für Abhängigkeitserkrankte – , bei bestehender Indikation und Bereitschaft des Rehabilitanden für eine Adaptionenmaßnahme sowie dem Vorliegen einer entsprechenden Kostenzusage wird der Patient nahtlos zur vorhergehenden Maßnahme in den Adaptionbereich der MEDIAN Klinik Wied in Steimel übernommen. In der Regel liegt eine Leistungszusage des zuständigen Rentenversicherers vor, die aufgrund einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, einer bestehenden Arbeitslosigkeit und des Fehlens angemessenen Wohnraums erteilt wurde. Die Dauer der Maßnahme ist ausgerichtet am Bedarf des Patienten flexibel und umfasst in der Regel bis zu drei Monate bei Drogen- und bis zu vier Monate bei Alkoholabhängigkeit.

Vorteil einer internen Adaptionenmaßnahme ist dabei der Erhalt des therapeutisch wirksamen sozialen Rahmens (Bezugsbehandler und peer group), was eine Schwellensenkung zur Inanspruchnahme bedeutet und damit Risiken der Umstellung auf eine neue Umgebung und einen neuen Behandlungskontext minimiert. Rehabilitanden, die an der internen Adaptionenmaßnahme in der MEDIAN Klinik Wied teilnehmen, beabsichtigen, sich in der Großregion Rhein-Lahn-Sieg mit einem neuen Lebensmittelpunkt zu integrieren. Die Indikation für eine externe Adaption sehen wir dabei für Rehabilitanden gegeben, die von einer Veränderung des Bezugsrahmens für die 2. Phase im Sinne einer Herausforderung und Förderung voraussichtlich eher profitieren und die einen geografischen Wechsel wünschen. Externe Adaptionenmaßnahmen werden in bewährter Kooperation mit Adaptionenhäusern deutschlandweit beantragt und vermittelt. Wir halten drei interne Adaptionenplätze an unserem Standort in Steimel vor. Hierbei sind Zielsetzungen die Integration in ein Arbeits- bzw. Berufsfeld, die Sicherung des Lebensunterhalts über den Arbeitsplatz (möglicher Weise mit adjuvanter Unterstützung) sowie die Schaffung eines selbständig zu gestaltenden Wohnraums. Diese Ziele sollen während der Phase 2 der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weitgehend erreicht werden. Der weiteren Stabilisierung dienen ggfls. nachfolgende Maßnahmen (Nachsorge, ambulante Psycho-

therapie, Selbsthilfe). Im Rahmen der bis zu drei-, bzw. viermonatigen internen Adaptionsphase bewohnt der Rehabilitand der Phase 2 ein Einzelappartement mit Küchenzeile. Er ist angebunden an eine Bezugsgruppe und einen für ihn zuständigen Bezugstherapeuten sowie einen Sozialberater und einen Ergotherapeuten. Die ärztlich-pflegerische Begleitung erfolgt durch die im Haus vorgehaltene Ambulanz und den Bezugsarzt mit 24-Stunden-Erreichbarkeit, wobei im Hinblick auf die Realitätsnähe ein Sprechstundensystem verfolgt wird.

Rehabilitanden kommen in die Adaptionsmaßnahme nach erfolgreich durchlaufener medizinischer Reha-Maßnahme der Phase 1, in der sie individuell vereinbarte Ziele bereits verfolgt und teilweise oder weitreichend erreicht haben. In allen oder vielen dieser Aspekte sind jedoch Differenzierung oder Generalisierung sowie eine Verselbständigung und Verfestigung der Kompetenzen weiterhin erforderlich. Da Arbeitsplatz und geeigneter Wohnraum in der Regel noch fehlen, sind hierauf vorrangig die Ressourcen und Zielsetzungen der Adaptionsmaßnahme auszurichten. Hier kann auf den wiederentdeckten, neu entwickelten und gestärkten Kompetenzen des Rehabilitanden aufgebaut werden. Dabei baut die interne Adaptionsmaßnahme der MEDIAN Klinik Wied auf einem für den Rehabilitanden bekannten Organisationsprinzip für die multiprofessionellen Angebote auf. So wird der Patient begleitet von einem Bezugstherapeuten, der sowohl Einzelgespräche für die individuellen Belange des Patienten ein- bis zweimal wöchentlich anbietet, der für Krisengespräche und Bilanzierungen des Prozesses zur Verfügung steht und der die Bezugsgruppe anleitet und führt, in die der Patient zur Erweiterung der sozialen Unterstützungs- und Erprobungsfelder eingebunden ist für die Dauer der Adaptionsmaßnahme. Falls erforderlich kann noch berufs- oder leistungsorientierte Diagnostik durchgeführt werden. In der Regel wird der Patient nach einer Anfangsphase der Planung und Umstellung auf das Setting zügig die externe Praktikums- oder Probearbeitsphase antreten. Bis hierhin erfolgt die Integration in eine Bezugsgruppe mit entsprechenden täglichen Angeboten (Gruppen- und Einzelgespräche sowie beratenden

Leistungen), die in der Arbeitsphase angepasst an die am Arbeitsplatz erforderlichen Zeiten in reduzierter Form weitergeführt werden. In Zusammenarbeit mit der Ergotherapie wird der Rehabilitand nach den in der Entwöhnungsbehandlung der Phase 1 erarbeiteten Schwerpunkten darin unterstützt, ein externes Praktikum zur Erprobung und Optimierung seiner fachlichen und persönlichen Fähigkeiten in einem von ihm gewünschten Segment auszuwählen, sich zu bewerben und das Praktikum unter „Echtbedingungen“ durchzuführen. Der Ergotherapeut begleitet den Rehabilitanden in der Bewerbung, in der Vorbereitung und im Verlauf der Arbeitserprobungsmaßnahme, auch mit Arbeitsbesuchen im Betrieb.

In der MEDIAN Klinik Wied nutzen wir ein Netz von etwa 40 Betrieben und Institutionen aus unterschiedlichen Bereichen, mit denen wir in der Region kooperieren und bereits vielfältige gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit sowohl bei kurzfristigeren externen Praktika der Phase 1 als auch in der Arbeitsplatzvermittlung während und nach der stationären Rehabilitation gemacht haben. Hier besteht eine gute Chance der Integration in ein (eventuell befristetes) Arbeitsverhältnis auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt nach Beendigung der Maßnahme. Die regionalen Verbindungen in beschützende Arbeitsplätze bei Vorliegen psychischer Behinderungen können bei entsprechender Indikation ebenfalls genutzt werden. In Zusammenarbeit mit den regionalen Jobcentern und Arbeitsagenturen können weitere Förder- oder Integrationsmaßnahmen geplant werden. Dieser Prozess wird durch Mitarbeiter der Sozialberatung der MEDIAN Klinik Wied aufgrund ihrer guten Vernetzung und fachlichen Kenntnisse für den Rehabilitanden mit unterstützt. Der zuständige Sozialberater begleitet und berät den Patienten bei allen für ihn einschlägigen Fragen der Integration und Lebensführung, hilft bei erforderlichen Beantragungen und Regelungen mit Behörden sowie bei der Gestaltung von Arbeits-, Praktikums- und Mietverträgen.

Der Rehabilitand integriert sich zu Beginn der Maßnahme auch weiterhin in die Patientengemeinschaft im Hinblick auf die Freizeitgestaltung

und die sozialen Kontakte und kann auf dieser Basis seine Schritte in die entsprechenden Möglichkeiten seiner neuen Arbeits- und Wohnumgebung in für ihn angemessenem Tempo planen und umsetzen. Auch hierbei wird er von dem für ihn zuständigen Arbeiterteam gefördert und begleitet mit dem letztlichen Ziel der zunehmenden Ablösung und Verselbständigung. Die ärztliche und medizinische Versorgung obliegt zuvorderst in allen reha-bezogenen Belangen den in der Reha-Maßnahme zuständigen Ärzten und Pflegekräften. Aber auch hier wird es erforderlich, den Patienten zu seiner Verselbständigung zu ermuntern und zu begleiten, die gesundheitsfördernden Angebote und Möglichkeiten in seiner neuen Lebensumwelt kennen zu lernen und zu erproben. Fall- und störungsspezifisch werden hier jeweils angemessene Versorgungskonzepte mit dem Patienten besprochen. In der alltäglichen Lebensführung wird der Rehabilitand unterstützt in der Selbstversorgung bzgl. Mahlzeiten und Haushaltsführung einschließlich Einteilung von Finanzen, in der Selbstfürsorge bzgl. Hygiene, Kleidung, äußeres Erscheinungsbild einschließlich arbeitsplatzangemessener Ausstattung. Hierzu bewohnt er ein Einzimmerappartement mit integrierter Küchenzeile und eigenem Bad in einem separaten Trakt der Klinik. Diese Nähe ermöglicht den umfassenden Rückgriff auf Unterstützung und Hilfe in kritischen Situationen, gleichzeitig aber auch eine zunehmend verselbständigte Lebensführung. Bzgl. der Erreichung des Praktikumsplatzes kann auf den öffentlichen Nahverkehr, bei Eignung und entsprechender Witterung auf zur Verfügung gestellte Fahrräder (einschließlich E-Bike) sowie auf die Klinikbus-Shuttledienste zurückgegriffen werden.

Für die weitere Begleitung unserer Rehabilitanden nach Abschluss der Adaptionsmaßnahme wird bereits währenddessen die Orientierung hin zu Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppen und anderen geeigneten sozialen Stütz- und Hilfesystemen aufgebaut. Kenntnisse über die Ressourcen in einer neuen Wohnumgebung werden gemeinsam zusammengetragen und zur Nutzung erschlossen. Der Abschiedsphase wird in der Adaptionsmaßnahme eine besondere Aufmerksamkeit

geschenkt. Zwar können die Rehabilitanden auch weiterhin den Kontakt zur Einrichtung halten, eine gesunde Ablösung und ein bewusster Rollenwechsel unterstützen jedoch die Verselbständigung. Hierzu dienen auch Abschlussgespräche und Bilanzierungen des Erreichten sowie Abschiedsrituale in der Rehabilitandengemeinschaft. Bei Abschluss der medizinischen Rehabilitation Phase 2 wird nach den vorgegebenen Richtlinien ein entsprechender ärztlicher Entlassbericht erstellt. Wird die Adaptionsmaßnahme nach erfolgter Rehabilitation in der MEDIAN Klinik Wied hier fortgesetzt, erfolgt eine Fortführung der jeweiligen Patientenakte (elektronisch und in Papierform als Handakte), bei von extern aufgenommenen Rehabilitanden wird eine entsprechende Reha-Akte neu angelegt.

3.6.4 Nachsorge

Qualitativ hochwertige stationäre und ganztags ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen bietet den chronisch erkrankten und in ihrer Erwerbsfähigkeit und Teilhabe eingeschränkten Menschen mit Suchtproblematik eine Plattform für ein gesünderes und sozialaktiveres Leben. Um das individuell Erreichte zu stabilisieren bzw. Unterstützung in der Implementierung im jeweiligen Lebensalltag zu geben, ist die Nachsorge – neben der Selbsthilfe – ein wichtiges Instrument, das bei planmäßiger Entlassung und damit ausreichender Zielerreichung als eine Leistung der Sozialversicherung genutzt werden sollte. In begründeten Einzelfällen ist eine Nachsorgeleistung auch nach ambulanter medizinischer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung sinnvoll und kann beim zuständigen Leistungs- oder Kostenträger beantragt werden. Gemäß dem Gemeinsamen Konzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012 (2015) dient die Nachsorgeleistung für den Versicherten zur Sicherung der Nachhaltigkeit bezüglich der erreichten Behandlungsziele und des Reha-Erfolgs insgesamt. Sie wird in der Regel bereits während der vorausgehenden medizinischen Rehabilitati-

onsmaßnahme beantragt und eine Kontaktaufnahme zur Nachsorgeeinrichtung erfolgt frühzeitig vor Beendigung der Maßnahme. Zielsetzung ist die Unterstützung in der Umsetzung von veränderten Verhaltensweisen im Lebensalltag des Klienten. Erfahrungsgemäß ist die Rückfallfrequenz im ersten Jahr nach der medizinischen Reha-Maßnahme besonders hoch, insbesondere im ersten halben Jahr. Neben motivationalen Krisen treten vermehrt Risikosituationen auf im sozialen Umfeld, in Alltag und Beruf/Arbeitstätigkeit, die suchtmittelfrei nicht mehr gemeistert werden konnten. Während der intensiven Reha-Maßnahme sind neue Einsichten gewonnen und bewältigungsorientierte Verhaltensweisen erarbeitet und trainiert worden.

Der Transfer in die Lebensrealität des Betroffenen birgt jedoch – da hier der „Ernstfall“ eintritt – häufig Risiken und Herausforderungen, auch Misserfolge und Fehlschläge werden häufig von den Rehabilitanden nicht erwartet bzw. wenig angemessen verarbeitet. Hier leistet die Nachsorge einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung und Verfestigung der erreichten Therapieergebnisse und zur Unterstützung in der kritischen Phase der Praxiserprobung. Im Falle eines erneuten Suchtmittelkonsums wird in der Regel nach dem bewährten Konzept der MEDIAN Klinik Wied verfahren: In einer Klärungsphase wird geprüft, ob akuter Behandlungsbedarf besteht/entstanden ist, ob die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit des Klienten gegeben sind und ob eine günstige Prognose zum erfolgreichen Abschluss noch besteht. Danach entscheidet sich, ob die Nachsorgemaßnahme beendet wird oder eine Fortsetzung sinnvoll erscheint.

Inhaltlich orientieren sich die eingesetzten Methoden der Gruppen- und Einzelleistungen an den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitanden sowie am fachlichinhaltlichen Konzept der MEDIAN Klinik Wied in der Behandlung von Abhängigkeitskranken (Funke & Schroeder, 2015). Insbesondere der integrative, psychodynamisch-interaktionelle Ansatz ist seit Jahren bewährt und ermöglicht es auch, PatientInnen mit der Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen gemeinsam in einer Gruppe zu betreuen. Die strukturellen Ressourcen

der MEDIAN Klinik Wied stehen in der Umsetzung des Beratungsangebots unterstützend zur Verfügung. Das Nachsorgeangebot wird in Gruppen- und bei Bedarf auch Einzelgesprächen umgesetzt und durch zwei, in der Behandlung von Abhängigkeitsstörungen erfahrene Kollegen verantwortlich geleitet. Die Gruppenstärke soll 12 Klienten nicht überschreiten. Die Gruppensitzung mit der Dauer von 100 Minuten findet einmal wöchentlich statt (Mi, 18.00 bis 19.40 Uhr), Einzelkontakte werden vor Eintritt in die Gruppe durchgeführt sowie in Krisensituationen oder bei inhaltlich besonderem Bedarf. Die Nachsorgemitarbeiter sind telefonisch für die Teilnehmer tagsüber erreichbar. Gemeinsame Gespräche mit Angehörigen sind gewünscht und werden als in der Regel unterstützend gewertet. Bei ausreichender Stabilität werden 20+2 Einheiten als zielführend angesehen, die möglichst nahtlos nach stationärer bzw. ganztags ambulanter Rehabilitation angetreten werden sollen, in Einzelfällen bei Prüfung der Indikation auch nach ambulanter Rehabilitation. Bei Bedarf kann im Einzelfall eine Verlängerung um bis zu 20+2 Leistungen begründet beantragt werden. Für die Klienten, die die Nachsorgeleistungen nach ihrem Aufenthalt in der MEDIAN Klinik Wied in Anspruch nehmen wollen, ist bereits während des stationären Aufenthalts eine Kontaktaufnahme möglich. Für Klienten, die aus anderen Einrichtungen zugewiesen werden, ist eine Kontaktaufnahme während der Familienheimfahrten oder der Realitätstrainings der vorhergehenden medizinischen Rehabilitation gewünscht. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt nach dem gültigen Kostensatz mit dem jeweiligen Leistungs- oder Kostenträger nach Beendigung der Nachsorgemaßnahme. Dann wird anhand des vorgesehenen Formulars auch ein Kurzbericht angefertigt. Ein begleitendes Engagement in der Selbsthilfegruppe wird den Nachsorgeteilnehmern empfohlen und ist gewünscht. Die MitarbeiterInnen der Sozialberatung der MEDIAN Klinik Wied stehen bei Bedarf assistierend zur Seite. Die gute Vernetzung zu psychosozialen Einrichtungen, Institutionen der Arbeitsvermittlung und Teilhabeförderung sowie der Selbsthilfe in der Großregion ermöglicht eine flexible und aufgabengerechte Unterstützung der Klienten.

Es erfolgt eine regelmäßige Fachaufsicht sowie eine unterstützende arbeitsplatzbezogene Supervision der Nachsorgemitarbeiter durch entsprechend qualifizierte MitarbeiterInnen der MEDIAN Klinik Wied. Die Nachsorgeleistungen werden in einem Gruppenraum der Klinken Wied durchgeführt, eine Wartezone mit Zugang zu sanitären Einrichtungen ist vorhanden. Einzelgespräche in den Büros der beteiligten Mitarbeiter. Für erforderliche Suchtmittelscreenings (Alkohol und/oder Drogen) können die Möglichkeiten der MEDIAN Klinik Wied mit genutzt werden. Aus der Patientenbibliothek kann Literatur auch für die Nachsorgeteilnehmern zur Verfügung gestellt werden. Für jeden Klienten wird eine Nachsorgeakte sowohl elektronisch als mit den wichtigsten Daten in Papierform angelegt. Die Leistungen sind in das interne Qualitätsmanagement der MEDIAN Klinik Wied mit aufgenommen. Hierzu gehört auch der Einsatz eines Patientenzufriedenheitsbogens zum Ende der Maßnahme. Im Beschwerdemanagement ist sichergestellt, dass berechnigte Anliegen der Klienten berücksichtigt werden und das Konzept empirisch weiterentwickelt wird und die Belange der Zielgruppe fokussiert. Ablaufbeschreibungen zu Organisation der Nachsorgemaßnahme, ihrer Beendigung und der Dokumentation sind bereichsübergreifend entwickelt und dienen der geordneten und transparenten Vorgehensweise einschließlich der regelmäßigen Überprüfung der Angemessenheit.

3.6.5 Stationäre Reha-Abklärung

Mit der stationären Reha-Abklärung bieten die Kliniken einen besonderen und niedrigschwelligen Zugang in die medizinische Rehabilitation bei uns oder je nach Indikation in einer anderen Einrichtung oder Behandlungsform. Zielgruppe sind Personen, die durch missbräuchlichen Suchtmittelkonsum im sozialen Kontext (z.B. Arbeitsplatz, Straßenverkehr, Familie) auffällig geworden sind. Im Vordergrund steht eine ärztliche und psychologische Diagnostik, mit deren Hilfe der Schweregrad von Missbrauch bzw. Abhängigkeit und assoziierte körperliche und psychische Störungen erfasst werden. Als Standard-Screening-Instrument setzen wir bei Alkohol-

auffälligen zur Unterstützung der Diagnose den Münchner Alkoholismustest (MALT; Feuerlein et al., 1979) ein, dessen Ergebnisse mit dem Patienten ausführlich diskutiert werden. Eine Differentialdiagnose wird im klinischen Interview, gegebenenfalls unterstützt durch psychometrische Verfahren und standardisierte klinische Interviews, vorgenommen. Daraus abgeleitet erfolgt eine Bewertung von Behandlungs-/Rehabilitations-Bedarf und -Fähigkeit. Der Patient wird über die Ergebnisse umfassend informiert. Ein individueller Behandlungsplan wird erstellt und mit dem Patienten gemeinsam in die Wege geleitet. Besonderer Schwerpunkt des Programms ist die Motivierung und Unterstützung des Patienten, die für ihn notwendigen weiteren Schritte aktiv umzusetzen. Neben dem umfassenden medizinischen Check-up erfolgt eine Aufklärung und Anleitung hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Lebensstils in Bezug auf alle Risikofaktoren (z.B. Alkohol, Tabak, Medikamente, Fehlernährung, mangelnde Bewegung, Stress). Der schädliche Suchtmittelkonsum wird reflektiert, und es werden Alternativen mit dem Patienten entwickelt und erprobt. Eventuell bestehende Probleme im beruflichen und familiären Umfeld werden unter Einbeziehung der entsprechenden Gesprächspartner angegangen.

Inzwischen wurden in dem Modell der Stationären Reha-Abklärung etwa 2000 Patienten erfolgreich behandelt (1998 bis 2017). Etwa 60 % der Patienten werden nahtlos in eine medizinische Rehabilitation in der MEDIAN Klinik Wied übernommen. Darüber hinaus finden Vermittlungen in andere stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder in Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation, der psychotherapeutischen Angebote im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder in Nachsorge- und Begleitangebote im Betrieb oder am Wohnort des Patienten statt. Es bestehen Kooperationsvereinbarungen mit einer Reihe von Krankenkassen und dem Landesverband der BKK, IKK und LKK Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen. Beratungsstellen nutzen dieses Angebot ebenfalls, vor allem in schwierigen Fällen diagnostischer Abklärung und motivationaler Unklarheit. Die Aufnahme in dieses eher niedrigschwellige

Behandlungssegment kann in der Regel innerhalb von 2-3 Tagen erfolgen nach Krankenhauseinweisung durch den vorbehandelnden Arzt und Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Ergebnis der Behandlung kann sein:

- die Rücküberweisung zur weiteren Betreuung bzw. Weiterbehandlung
- die Integration in eine Selbsthilfegruppe
- die Weitervermittlung in spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote
- die Einleitung einer ambulanten Psychotherapie
- die Überleitung in eine ambulante oder teilstationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme
- die Fortführung der Behandlung im Rahmen einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (nahtloser Übergang bei Vorliegen der Leistungszusage in die Reha-Abteilung der MEDIAN Klinik Wied bzw. Überweisung in eine andere geeignete Fachklinik)

Es erfolgt nach einem Jahr eine Befragung des Patienten im Rahmen unserer Routinekatamnese, bei angeschlossener Reha-Maßnahme in der MEDIAN Klinik Wied werden Erfolgskriterien wie planmäßige Therapiebeendigung, kürzere Behandlungsdauer und geringeres Auftreten von Suchtmittelrückfällen während und nach der Maßnahme sowie insgesamt die Ergebnisse der Einjahreskatamnese nach Rehabilitation herangezogen.

3.6.6 Reha-Fallbegleitung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Die MEDIAN Klinik Wied beteiligen sich von Beginn der Umsetzung des Modellprojekts der Reha-Fallbegleitung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz an dieser fachlich herausfordernden Aufgabe der Sicherung des Zugangs, des erfolgreichen Abschlusses und der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs für Patienten mit erschwerter Problematik. Integriert werden Versicherte, die bereits eine oder mehrere Rehabilitationsmaßnahmen wegen ihrer Abhängigkeitsproblematik absolviert haben, deren Behandlungserfolg jedoch nicht nachhaltig zu sichern war, die

in der Regel arbeitslos sind und eine brüchige Erwerbsbiografie aufweisen sowie häufig weitere gravierende soziale Problematiken. Inzwischen wurde das Modell nach Evaluation durch die Universität Landau in den Praxis-Routinebetrieb übernommen. Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, die in diese Fallgruppe zugeordnet werden, können vor, während und vor allem bis zu einem halben Jahr nach der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weiterhin durch einen ihnen vertrauten Mitarbeiter der Klinik betreut werden, der die Funktion eines Fallbegleiters übernimmt.

Regelmäßiger Kontakt, Beratung und Unterstützung bei der Nutzung sozialer Ressourcen sowie schnelle Hilfe bei Rückfallgefährdung bilden den inhaltlichen Kern. Die Reha-Fallbegleitung wird über KTL-Leistungen verschlüsselt. Es erfolgt eine Finanzierung über ein gestuftes Pauschalsystem, das sich an der Häufigkeit und dem Umfang sowie am erfolgreichen Abschluss (Vermittlung in versicherungspflichtige Tätigkeit bis zu einem halben Jahr nach der Reha-Maßnahme) orientiert.

3.6.7 Phasenmodell der medizinischen Rehabilitation der Allgemeinen Ortskrankenkassen

Ist die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) in Rheinland-Pfalz, dem Saarland oder Hessen Träger der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bei Abhängigkeitserkrankungen (bevorzugt Alkohol- und Medikamentenabhängige, im Einzelfall Patienten mit Drogenabhängigkeit), so kann hier das Phasenmodell der Rehabilitation in Anspruch genommen werden. Dieses gliedert sich in drei Phasen: Indikationsphase, Basisrehabilitation und intensivierete Rehabilitation. Der Patient erhält zunächst eine Kostenzusage im Umfang von 2 Wochen. In dieser stationären Anfangsphase wird eine nach den Kriterien der ICF ausgerichtete Feststellung der Beeinträchtigungen von Aktivitäten, Funktionen und Teilhabe vorgenommen und ergänzt durch medizinische und psychologische Diagnostik. Daraus abgeleitet ergibt sich nach

einem festgelegten Schema eine Gesamtbehandlungsdauer von bis zu 15 Wochen als Rahmen. Die Ergebnisse und eine prognostische Einschätzung nach Durchführung der Basisrehabilitation von 4 Wochen sowie eine Zustimmung des Rehabilitanden zum weiteren indizierten Verbleib werden vor Abschluss der 6. Behandlungswoche an die zuständige AOK, die dann die Gesamtbehandlungsdauer bewilligt. Ein regulärer Abschluss der Maßnahme kann nach jeder Phase erfolgen: nach der Indikationsphase, wenn sich eine weitere Behandlung nicht als indiziert, zielführend oder prognostisch ausreichend günstig erweist; nach der Basisrehabilitation, wenn der Rehabilitand andere Formen der Intervention (ambulant oder ganztags ambulant, Selbsthilfe) bevorzugt und nach erfolgreichem Abschluss der intensivierten Rehabilitation.

Der Vorteil dieses Modells ist eine direkt an den Belangen des Patienten ausgerichtete und mit ihm gemeinsam festgelegte Maßnahmenkette, in der je nach Verlauf unkompliziert Korrekturen möglich

sind. Behandler und Patient sind im Prozess involviert in ein explizites Monitoring des Verlaufs. Bei der Versichertenklientel der gesetzlichen Krankenkassen für die medizinische Rehabilitation handelt es sich häufig um hinsichtlich somatischer und psychischer Belastung schwerer beeinträchtigte Menschen mit hohem Behandlungsbedarf und oft brüchiger Motivation zur Veränderung. So kann sowohl eine zunächst relativ kürzere Intervention ein Einstieg in eine sich anschließende oder später niedrighschwelliger aufzunehmende angemessene Weiterbehandlung münden als auch während der Maßnahme dem sich häufig abzeichnenden längerfristigen Behandlungsbedarf mit entsprechender Planung und Motivierung begegnet werden (z.B. ambulante Psychotherapie o.a.).

Das Modell wird regelhaft evaluiert und es zeichnen sich gute Erfolge ab im Sinne der Haltequote und der regulären Beendigung der Behandlung. Für katamnestiche Untersuchungen sind höhere Fallzahlen abzuwarten.



3.7 Rehabilitationselemente

Im multiprofessionellen Konzept der medizinischen Rehabilitation greifen verschiedene diagnostische und Behandlungselemente zielführend

ineinander. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die in der MEDIAN Klinik Wied vorgehaltenen Komponenten.



Abbildung 1: Komponenten der medizinischen Rehabilitation Sucht

Die vorgegebenen Rehabilitationsziele werden unter Beteiligung des Patienten konkretisiert und daraus ein individueller Therapieplan abgeleitet. Es werden medizinische und therapeutische Behandlungsschritte umgesetzt, die die Behandlungsbereitschaft und -fähigkeit des Patienten stabilisieren und fördern. Besonderes Augenmerk richten wir in dieser Phase der Zielkonkretisierung auf die Erstellung eines individuellen Anforderungs- und Leistungsprofils unter sozialmedizinischer Perspektive. Hierzu gehören unter anderem die jeweils indizierte fachärztliche Stellungnahme als auch die ergotherapeutische und physiotherapeutische Leistungsüberprüfung.

Der Patient erhält durch die hochfrequente Gruppen- und Einzelbetreuung insbesondere in den ersten beiden Wochen der Maßnahme Hilfestellung bei der Integration in das Behandlungssetting. Er lernt die einzelnen Behandlungsmethoden kennen und wird ausführlich über Wirkprinzipien und Vorgehensweisen sowie deren Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt. Informationsvermittlung und Angebote zur Reflexion ermöglichen dem Patienten auch die Überprüfung seiner Eigendiagnose und dienen so der Motivationsfestigung.

Als Behandlungselemente kommen neben der einzel- und gruppentherapeutischen Arbeit hier vor allem frühzeitig spezifische Trainingselemente aus dem physio- und sporttherapeutischen Bereich (z.B. Rückenschule, Ausgleichsgymnastik) sowie begleitende Beratung durch die Sozialarbeit (z.B. Klärung der beruflichen und Arbeitsplatzsituation und Planung entsprechender erforderlicher Maßnahmen) bereits in der Anfangsphase der Maßnahme hinzu.

Die Behandlung in der MEDIAN Klinik Wied gliedert sich prinzipiell in drei aufeinander aufbauende Phasen mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten:

Phase 1 mit dem Schwerpunkt der Planung und dem Aufbau der Arbeitsbeziehung:

medizinische, psycho- und soziotherapeutische Eingangsdiagnostik zur Einschätzung der aktuellen

klinischen Symptomatik und des gesamten Störungsbildes einschließlich der Indikationsstellung für die geeigneten Behandlungselemente; Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten; Therapieplanung und Zieloperationalisierung; Einbindung in das therapeutische Gesamtsetting

Phase 2 mit dem Schwerpunkt der therapeutischen Umsetzung und dem prozessorientierten Abgleich mit den konkreten Behandlungszielen unter dem Blickwinkel des Reha-Auftrags:

Analyse dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster; Aufbau und Training funktionaler Verhaltensweisen; strukturelle Veränderung der persönlichen Lebensbedingungen (Veränderungen der Beziehungsgestaltung und der Lebensgewohnheiten); Wirkungs- und Nebenwirkungsanalysen der Veränderungen; weiterführende medizinische und psychotherapeutische Diagnostik als Monitoring für den Therapiefortschritt; Perspektivenentwicklung und Umsetzung erster Realisierungsschritte bezüglich beruflicher und sozialer Integration

Phase 3 mit dem Schwerpunkt der ökologischen Validierung und der weiterführenden Planung zur Stabilisierung des Reha-Erfolges:

Übertragung der Veränderungen auf die konkrete Lebenssituation des Patienten durch zunehmende Außenorientierung sowie Überprüfung und Festigung des Erlernten im Alltag; Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für zukünftige Krisensituationen; Unterstützung des Ablösungsprozesses durch Förderung zunehmend autonomen Verhaltens des Patienten; Gestaltung und Reflektion des Trennungsprozesses; Überleitung in eventuell erforderliche weiterführende Maßnahmen.

Alle Behandlungsprogramme lassen sich im Prinzip in die drei genannten Phasen gliedern. Die Dauer der einzelnen Phase richtet sich nach der individuellen Situation des Patienten, so dass sich eine differenziell festgelegte und dem Therapiefortschritt angepasste Gesamtbehandlungsdauer ergibt.

3.7.1 Aufnahmeverfahren

Abbildung 2 zeigt den gesamten Prozess der ärztlich-medizinischen Versorgung eines Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation der MEDIAN Klinik Wied. Der Rehabilitand wird in der Regel innerhalb der ersten halben Stunde seines Aufenthalts in der Klinik kurz vom diensthabenden Arzt begrüßt. Dieser schätzt in einem Kurzscreening ein, ob offensichtliche Besonderheiten einer Aufnahme entgegenstehen. Dies können noch gravierende Entzugssymptome sein oder eine starke Beeinträchtigung der Reha-Fähigkeit. Danach wird entschieden über Aufnahme oder anderweitige Versorgung des Patienten. Danach erfolgt die verwaltungstechnische Aufnahme, der Patient erhält hier auch wesentliche Informationen über den weiteren Ablauf am ersten Tag sowie eine kurze Führung durch die wichtigsten Bereiche der Klinik einschließlich seines Zimmers. Es folgen die pflegerische Aufnahme mit Abklärung der Vitalparameter und ein erstes Screening auf Suchtmittelleinfluss. Die Pflegekraft informiert über den Umgang mit erforderlicher Medikation sowie das Vorgehen bei der Medikamentenvergabe. Zeitnah findet die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt, die zwischen 40 und 60 Minuten umfasst und die wenn möglich vom zukünftigen Bezugsarzt durchgeführt wird. Hier wird neben den üblichen anamnestischen Elementen auch eine erste sozialmedizinische Einschätzung vorgenommen, die auf einer ausführlichen Berufs- und Arbeitsanamnese sowie der Erhebung der aktuellen gesundheitlichen und beruflichen Situation beruht. Zwischen 16.00 und 18.00 Uhr am Aufnahmetag erfolgt der erste Kontakt mit dem zuständigen Bezugstherapeuten. Er begrüßt den Patienten, informiert ihn über das weitere Vorgehen in der Bezugsgruppe, beantwortet aufgekommene Fragen und händigt den aktuellen Therapieplan für die laufende Woche aus. Anschließend empfängt ein Mitpatient aus der Gruppe den Neuangekommenen, begleitet ihn zum Abendessen, stellt in der Bezugsgruppe vor und ist weiterer Ansprechpartner für die erste Zeit (sogenanntes Patensystem).

3.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Wir unterscheiden Eingangs-, Verlaufs- und Entlassdiagnostik sowie störungsbezogene Diagnostik und Erhebung diagnostischer Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für Lern- und Rehabilitationsprozesse. Medizinisch-somatische Diagnostik findet zu Beginn als Labordiagnostik und in ausführlichen Aufnahmeuntersuchungen statt. Bei auffälligen Besonderheiten sowie im Bedarfsverlauf erfolgen Verlaufskontrollen. In der Abschlussuntersuchung werden die Einschätzungen zur sozialmedizinischen Situation und Prognose zusammengetragen und mit dem Patienten besprochen. Eine psychiatrische Einschätzung erfolgt bei Aufnahme, spätestens am zweiten Tag des Aufenthalts, im Verlauf bei bekannter entsprechender Vorgeschichte oder psychotroper medikamentöser Mitbehandlung wiederholt sowie natürlich bei einschlägiger Auffälligkeit.

Standardmäßig führen wir zu Beginn ein Screening zur psychischen Gesamtbelastung des Patienten (SCL-90 R), zur (psycho-)traumatischen Belastung in der Vorgeschichte (CTQ) und zur Persönlichkeitsakzentuierung (NeoFFI) durch. Ergänzend kommen störungsspezifische Selbsteinschätzungen des Patienten hinzu (Umgang mit Medikamenten: MKKF; differenzielle Einschätzung der Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit: Trierer Alkoholismussinventar TAI und Trierer Medikamenteninventar TIM) sowie zur Abstinenzzuversicht und -zielsetzung bzgl. illegaler Drogen (Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht HEISA) durch. Bei Rauchern wird der Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND) durchgeführt. Bei Bedarf untersuchen wir im Verlauf die depressive Belastung mit Fragebogen und klinischem Interview, die Ausprägung von Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen mithilfe halbstandardisierter klinischer Interviews und psychiatrischer Einschätzung, mögliche Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit mit verschiedenen diagnostischen Verfahren des Wiener Testsystems und Ausprägungen anderer komorbider Störungen wie z.B. Angsterkrankungen oder ADHS mithilfe entsprechender Verfahren. Hierzu geeignete Verfahren setzen wir mehrfach zur Überprüfung von

Veränderungen ein. Neben den zur Erfolgskontrolle eingesetzten Zielerreichungsskalen, die sich auf die je konkreten Behandlungsziele des Patienten beziehen und anhand einer Prozentskala gemeinsam mit dem Patienten bearbeitet werden, wird rechtzeitig vor Abschluss der Maßnahme durch den Patienten eingeschätzt, inwieweit sich seine Abstinenzsicherheit, sein gesundheitlicher Zustand, seine psychische Stabilität und seine Zukunftserwartung positiv verändert haben.

Persönliche, berufliche und soziale Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung werden sowohl durch besondere Instrumente in der Ergotherapie (AVEM, MELBA, IDA) als auch durch eine ICF-angelegte Checkliste zu Funktionen, Aktivitäten und Teilhabeaspekten geprüft, wobei auch Kontextfaktoren eine systematische Beachtung zukommt. Insgesamt nutzen wir die bewährten Batterien für die somatische und psychische Diagnostik als Standard bzw. in umfänglichem Rahmen bei Bedarf. Diese Orientierungsgrundlagen für Behandlungsplanung und -erfolg finden sich auch in der Sport- und Bewegungstherapie wieder, wo z.B. regelhaft Start- und Zielbedingungen erhoben werden und je nach Zielmerkmal auch Zwischenüberprüfungen stattfinden (z.B. im persönlichen Trainingsplan).

3.7.3 Medizinische Therapie

In der Rehabilitation stellt sich der Medizin eine umfassendere Aufgabe im Hinblick darauf, dass der gesamte Lebenskontext des Patienten in die Diagnose, Behandlungsplanung und -umsetzung einzubeziehen ist. Um die Rehabilitationszielsetzung der Wiedereingliederung in Arbeitsprozess, eine berufliche Identität und das soziale Leben zu erreichen, ist neben der sozialmedizinischen Sichtweise die Vernetzung im multiprofessionellen Team mit Psychotherapie, Soziotherapie, Funktionstherapie und Sozialarbeit erforderlich. Die Auffassung der Abhängigkeitserkrankungen als psychosomatische oder somatopsychische Störung gelingt nur in einer gemeinsamen Betrachtung und Bewertung der Symptome aus medizinischer, psychotherapeutischer und sozialer Sicht. Im Behandler team

unter Beteiligung der genannten Personen ist eine Übereinstimmung darüber zu erzielen, welche Bedeutung einem bestimmten Symptom hinsichtlich seiner qualitativen und quantitativen Ausprägung zu unterschiedlichen Therapiezeitpunkten zukommt. Insofern ist die Behandlung ein mehrdimensionaler Prozess, der nur dann optimal ziel führend ist, wenn eine Abstimmung zwischen den verschiedenen Behandlungssträngen stattfindet. Damit ist gewährleistet, dass sich einzelne Interventionen nicht gegenseitig aufheben, behindern oder gar negativ beeinflussen.

Die medizinischen Leistungen im Therapieverlauf reichen von der medizinischen Eingangsdiagnostik über die Vereinbarung von konkreten Rehabilitationszielen und die Planung, Umsetzung und Anpassung der Behandlung bis hin zur Planung der nachstationären Phase unter Berücksichtigung der abschließenden sozialmedizinischen Beurteilung. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht über dieses spezifische Behandlungskonzept.

Die Untersuchungsergebnisse fließen ein in die umfassende Rehabilitationsdiagnose als Grundlage für die Therapiezielsetzung und Behandlungsplanung, die gemeinsam mit dem Patienten und dem zuständigen Bezugspsychotherapeuten erfolgt. Im letzten Abschnitt der Behandlung erfolgen eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung anhand der Bilanzierung der erreichten Ziele sowie Maßnahmen zur Sicherung der Rehabilitationsergebnisse. Dies wiederum wird mit dem Patienten abgestimmt und in die Wege geleitet.

Aufnahmeuntersuchung:

- Allgemeine und klinische Anamnese
- Aktuelle Beschwerden und Einschränkungen
- Umfassende körperliche, internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung
- Aktuelle Behandlungsmaßnahmen
- Arbeits- und Berufsanamnese
- Sozialmedizinische Eingangsbeurteilung



Medizinische Betreuung im Verlauf:

- Behandlungsplanung, -durchführung und -anpassung
- Physiotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung (Mobilisierung, Schmerzreduktion)
- Aufklärung und Schulung bzgl. gesundheitsbewusstem Verhalten
- Beratung und Unterstützung in lebenspraktischen Fragen (Ernährung, Hygiene, Tagesrhythmus, Vorsorge usw.)
- Organisation und Verwertung externer medizinischer Leistungen



Bilanzierung und Planung nachstationär:

- Abschlussdiagnostik und sozialmedizinische Gesamtbeurteilung
- Einleitung weiterführender Diagnostik und Behandlung
- Beratung über persönliche Belastungs- und Leistungsfähigkeit
- Beratung über persönliche Gesundheitsrisiken und zur Prophylaxe
- Beratung über Rückfallprophylaxe bezüglich der Abhängigkeitserkrankung

Abbildung 2: Ablauf der Behandlung unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten

Komorbidität in Form von endogenen psychiatrischen Erkrankungen stellt einen inzwischen häufig vorkommenden Sonderfall im Hinblick auf die Behandlungsstrategie dar. Insbesondere erfordert sie eine fortlaufende Überprüfung und Anpassung der verschiedenen Behandlungsinterventionen unter Abwägung von Leistungsförderung einerseits und Beachtung krankheitsbedingter Leistungsgrenzen in körperlicher und psychischer Hinsicht andererseits. Hierbei sind auch das subjektive Erleben und die Einstellung des Patienten zu seinen Beeinträchtigungen von entscheidender Bedeutung für die Differenzierung der sozialmedizinischen Prognose.

An die medizinischen Mitarbeiter werden im Rehabilitationssetting besondere Anforderungen gestellt, die über das allgemeine Rollenverständnis

von Arzt oder Pflegekraft in der Akutbehandlung hinausgehen. Alle Entscheidungen im medizinischen Bereich müssen im Kontext des Rehabilitationsauftrags gesehen und abgewogen werden. Dabei wird es immer wieder um Förderung und Befähigung des Patienten gehen, sich aktiv mit seinen Befindlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen auseinander zu setzen und alternative Wege zur Bewältigung oder Kompensation zu akzeptieren und umzusetzen. Dabei gilt es, von einer anfänglich eher passiven Behandlungserwartung des Patienten in einer medizinischen Einrichtung zu einer aktiven Mitwirkung und Verantwortungsübernahme für den Behandlungserfolg zu kommen. Hierbei kommt den drei folgenden Prozessen in der Behandlung Abhängigkeitskranker eine besondere Bedeutung zu:

- die Verleugnung von körperlichen Beeinträchtigungen und Schäden im Dienste der Abwehr des Patienten gegen eine Krankheitsakzeptanz
- die Aggravierung und Funktionalisierung von körperlichen und psychischen Symptomen als Widerstand gegen Verantwortungsübernahme für Veränderungen durch den Patienten
- die Erwartung des Patienten, dass ärztliche Behandlung vorrangig die technisch gestützte Diagnostik und die Verabreichung von Medikamenten sei

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Physiotherapie, Raucherentwöhnung usw. erweitern das Spektrum medizinischer Leistungen. Die ärztlichen Mitarbeiter halten regelmäßig Vorträge in der Patientenschaft zu gesundheitsförderlichem und krankheitsvermeidendem Verhalten. Sie informieren in Einzelgesprächen über den Umgang mit komorbiden medizinischen Einschränkungen und Belastungen und klären auch in der Bezugsgruppe über Vorsorge und gesunde Lebensführung auf. Sie bieten regelmäßig Sprechstunden an, für akute Beeinträchtigungen wird über die Ambulanz ein schneller Termin zur ärztlichen Behandlung und Entscheidung anberaunt. Ärzte und Pflegekräfte kooperieren im ständigen Austausch mit den psycho- und sozio-therapeutischen Behandlern und nehmen regelhaft an den Abteilungssitzungen und Fallbesprechungen teil. Der Bezugsarzt fordert bei Bedarf interne neurologische oder psychiatrische Konsile an. Bei vorbekannter psychischer Komorbidität erfolgt ein internes psychiatrisches Konsil in den ersten Tagen des Aufenthalts. Die MEDIAN Klinik Wied hält eine 24-Stunden-Präsenz der ärztlichen Bereitschaft sowie eine Hintergrund-Rufbereitschaft durch die Fachärzte vor. Die Pflegekräfte sind 24 Stunden an 7 Tagen im Schichtsystem mit mindestens zwei Kräften pro Standort im Einsatz (Früh-, Spät-, Tag- und Nachtschicht). Der Ltd. Arzt und die Oberärzte unterstützen die Bezugsärzte durch Supervision und medizinische Fallkonferenzen. Sie unterstützen in der sozialmedizinischen Prognose und bieten interne Fortbildungen an. Die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten sowie den umliegenden Krankenhäusern ist im Punkt Kooperation und Vernetzung näher beschrieben.

3.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Psychotherapeutisch orientierte Gruppen- und Einzelgespräche werden regelhaft auf der Grundlage unseres wissenschaftlich begründeten Behandlungskonzepts durchgeführt und bilden damit – neben der ärztlichmedizinischen Versorgung – den Kern der Entwöhnungsbehandlung. Drei bis vier Gruppenbezugstherapieeinheiten pro Woche (je nach Behandlungsschwerpunkt der Gruppe) sowie ein Einzelgespräch für jeden Rehabilitanden durch seinen Bezugstherapeuten sind vorgesehen und werden ergänzt durch indikativ weitere Einzel- oder Gruppengespräche. Sie basieren – je nach therapeutischer Ausrichtung des Bezugstherapeuten auf einer eher verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologischen oder humanistisch ausgerichteten Interventionsstrategie. Verbindend ist das gemeinsame Störungsverständnis auf dem Hintergrund einer bio-psycho-sozialen Orientierung, der Auffassung der Abhängigkeitserkrankung als Entwicklungs- und Beziehungsstörung sowie der rehabilitative Auftrag. Je nach differentieller Indikation und Zielsetzung sowie im Hinblick auf die je individuelle Ansprechbarkeit des Patienten kommen kreative Elemente (Kunst- und Gestaltungstherapie o.a.), körperorientierte Verfahren (Körpererfahrung, Tanz- und Bewegungstherapie o.a.) oder auch kontemplative Angebote (Entspannung/Meditation, ZEN- oder Qi-Gong-Elemente) hinzu. Indikative psychotherapeutisch orientierte Gruppen, die sich mit Psychoedukation und Bewältigung von Angst, Depression, Schmerz oder Stress thematisch beschäftigen, werden blockweise in geschlossenen Gruppen angeboten. Hier stimmt der Bezugstherapeut gemeinsam mit dem Patienten die Teilnahme, den Zeitpunkt und die Reihenfolge der Inanspruchnahme ab und bilanziert die Erfahrungen mit diesem. Ein wichtiges Element ist das Soziale Kompetenztraining, das sowohl einsichtsorientierte als auch übende Elemente enthält und thematisch sich auf unterschiedlichste Themenfelder beziehen kann (Rückfallprophylaxe, Umgang am Arbeitsplatz, Optimierung der Familien- oder Partnerschaftssituation, Verbesserung der Impulskontrolle etc.). Es kann so-

wohl in geschlossener Indikationsgruppe als auch in der Bezugsgruppe umgesetzt werden. Eine physiotherapeutische Mitbehandlung erfolgt in der Regel im Einzelsetting bei Bedarf. Die Ernährungsberatung und Hinführung zu leidensgerechter und gesunder Ernährung findet über Vorträge, Einzel- und Gruppenberatung sowie in Projekten statt. Hier arbeiten Arzt, Ernährungsberater, Küche und Bezugstherapeut eng zusammen. Thematisch fokussierende Gruppenangebote, aber auch Einzelförderung findet in der Sport- und Bewegungstherapie sowie in der Kreativitäts- und Ergotherapie statt, wobei Indikation und Ergebnisverwertung dem Bezugsarzt und dem Bezugstherapeuten obliegt. Die Mitarbeiter der Sozialberatung bieten regelhaft Einzelkontakte für besondere Problemstellungen an, informieren aber auch in Gruppenangeboten über häufig vorkommende Themen wie Nachsorge und Weiterbehandlungsmöglichkeiten, Finanzierung des Lebensunterhalts oder Themen wie Führerschein-Wiedererlangung oder Reintegrationsmaßnahmen am Arbeitsplatz wie Berufliches Wiedereingliederungsmanagement oder Rückkehrgespräche.

Die indikativen Gruppenangebote bieten einen Erfahrungsraum, der über die spezifischen, der Problemkonstellation des Patienten entsprechenden inhaltlichen Angebote hinaus wirkt. In den distanzierteren Beziehungen zu den Mitgliedern der indikativen Gruppe lernt der Patient, soziale Ressourcen für die eigene Problemlösung zu nutzen und in die Bezugsgruppenarbeit zu integrieren. Hierzu gehören die Infragestellung eigener Lebenseinstellungen und Verhaltensweisen genauso wie die Unterstützung bei der Entwicklung und Einübung neuer Kompetenzen. Der Einzelne hat hier in der Regulierung von Nähe und Distanz mehr Kontroll- und Einflussmöglichkeiten und erlebt dadurch noch eine andere Art der sozialen Begegnung und Rollenübernahme als in der Bezugsgruppe. Bei einem breiten Spektrum möglicher Indikationsangebote halten wir die geschlechtsspezifischen Indikationsgruppen in der Abhängigkeitsbehandlung für unverzichtbar. Neben einer Klärung und Festigung der eigenen Geschlechtsidentität können hier geschlechtsspezifische Erfahrungen oder Erlebnisse niedrigschwelliger thematisiert und bewältigt werden und somit zu einem adäquateren

Rollenverständnis beitragen. Weitere, sozialmedizinisch relevante indikative Behandlungs- und Trainingsangebote umfassen u.a. Medizinische Trainingstherapie, Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), Disease Management, Förderung von Selbstfürsorge und gesundheitsbewußtem Verhalten, die einzeln, in Klein- oder Großgruppen angeboten werden.

Eine begleitende eigenständige Einzeltherapie kann indiziert sein, wenn persönliche Themen so angst- oder schuld- und schambesetzt sind, daß es dem Patienten nicht gelingt, diese offen und direkt in der Gruppe anzusprechen (Missbrauchs- und Gewalterfahrungen als Täter oder Opfer, als außergewöhnlich empfundene sexuelle Neigungen oder andere bislang tabuisierte Lebenserfahrungen). Die Einzeltherapie wird in der Regel durch einen anderen als den Bezugstherapeuten, aber in enger Abstimmung mit diesem durchgeführt. Spezielle komorbide Störungsmuster können ebenfalls eine einzeltherapeutische Begleitung erfordern, sofern nicht aufgrund einer kompensierten Situation eine nachstationäre spezifische Behandlung angezeigt ist. In den flankierenden handlungsorientierten Funktionstherapien finden je nach Erfordernis Einzelanleitung und Einzelbetreuung statt.

3.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Arbeitsbezogene Interventionen sind in unserem Behandlungsauftrag ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Die Integration in einen Arbeitsplatz bzw. ein geregeltes Beschäftigungsverhältnis stabilisiert das Behandlungsergebnis und minimiert das Rückfallrisiko. Dies kann erreicht werden über die Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und eine positive, stabile Selbstwirksamkeitserwartung. Je nach Zielgruppe und beruflicher Problemlage (z.B. Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit) werden unterschiedliche Maßnahmen indiziert sein und mit dem Patienten erarbeitet. Zu den arbeitsbezogenen Interventionen gehören in der Einteilung der Leistungsträger Ergotherapie, Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie, Arbeitstherapie und berufsintegrierende Maßnahmen.

„Die Ergotherapie hat zum Ziel, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Maßnahmen positiv zu verbessern, so dass die Betroffenen die größtmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit in ihrem Alltags- und/oder Berufsleben wieder erreichen können.“ (Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2011)

Einen besonderen Stellenwert im Rahmen des Rehabilitationsprozesses der MEDIAN Klinik Wied hat demzufolge die Ergo- und Arbeitstherapie, mit deren Methoden die Wiedereingliederung in einen Arbeitsprozess sowie die Heranführung an eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung gefördert wird.

Zu Beginn der Behandlung wird mit dem Patienten ein individuelles, arbeits- und berufsbezogenes Kompetenz- und Leistungsprofil interdisziplinär unter Berücksichtigung medizinischer, psychologischer und sozialer Aspekte erstellt. Hier setzen die Ergotherapeuten ICF-orientierte Checklisten und diagnostische Instrumente ein. Der individuellen Einschätzung des Patienten kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Aus der ausführlichen ergotherapeutischen Befundung, die sowohl im Gruppen- als auch im Einzelgespräch erhoben wird, leiten sich für die Therapieplanung und -umsetzung handlungsorientierte Schwerpunkte für die Ergo- und Arbeitstherapie ab. Die diagnostischen Ergebnisse werden ebenfalls den Bezugstherapeuten und -ärzten zur Kenntnis gebracht, da hier die Gesamtbehandlungsplanung vorgenommen und mit dem Patienten abgestimmt wird.

Das übergeordnete Ziel der Ergo- und Arbeitstherapie ist es, individuelle Ausdrucks- und Handlungskompetenzen im täglichen Leben und für Arbeit und Beruf zu entwickeln, wiederzuerlangen und/oder zu erhalten. Die ergotherapeutischen Behandlungselemente in unserem Haus sind unterteilt in zwei Untergruppen:

- die Ergo- und Arbeitstherapie im engeren Sinn,
- die Kreativ- und Gestaltungstherapie.

Die Komponenten der Ergo- und Arbeitstherapie werden dem Patienten indikativ zugeordnet und bieten die Möglichkeit, für den einzelnen Patienten in angemessener abgestufter Art und Weise Belastungssituationen herzustellen, in denen Grundelemente von Arbeitsabläufen trainiert werden können. Hierzu gehören z.B. Ausdauer, physische und psychische Belastbarkeit, Zuverlässigkeit, Planungskompetenz, Kooperationsfähigkeit. Die Auseinandersetzung mit eigenen Grenzen und bislang nicht oder nicht mehr genutzten Kompetenzen bildet einen Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Begleitung der Arbeitstherapie.

Bei entsprechender Indikation werden interne oder externe Belastungserprobungen in Form von Praktika speziell auf den Patienten zugeschnitten durchgeführt. Dies kann in verschiedenen Bereichen des eigenen Hauses (intern in verschiedenen Arbeitsbereichen der Klinik sowie in den Übungsfirmen) erfolgen oder in Kooperation mit etwa 40 regionalen Institutionen und Betrieben mit unterschiedlichen Arbeitsfeldern.

An beiden Standorten stehen für die Patienten PC-Arbeitsplätze zur Verfügung, die auch als „Internet-Cafés“ in der Freizeit nutzbar sind. Beide Häuser sind WLAN-tauglich ausgerüstet, so dass Patienten auch außerhalb der Öffnungszeiten mit ihren eigenen Geräten ihre Zielsetzungen weiter verfolgen können (z.B. Internetrecherchen nach vorheriger Anleitung oder Erstellung von Bewerbungsunterlagen). Somit können sowohl Zugangsschwellen abgebaut, Grundfertigkeiten im Umgang mit moderner Bürotechnik erworben als auch moderne Kommunikationswege funktional genutzt werden. Ein besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Dauer bzw. den Umfang der am Computer verbrachten Zeit gelegt, was auch dadurch beschränkt wird, dass die zugänglichen WLAN-Netze nur von 07.00 bis 23.00 Uhr geöffnet sind. Im Rahmen von „Übungsfirmen“ wird in Wied und Steimel jeweils eine Patienten-Cafeteria betrieben („Café Klatsch“ und Café „Na sowas“), die verschiedene Trainingsmöglichkeiten bietet, z.B. aus den Bereichen produktorientierte Planung und Umsetzung, Buchhaltung, Materialwirtschaft, Personaleinsatzpläne, Kalkulation und Marke-

ting/Absatz- und Verkaufstraining, Service- und Dienstleistungen. In Wied bietet der „Kiosk Allerlei“ zusätzlich Erprobungs- und Lernmöglichkeiten an bzgl. Einzelhandel, Einkauf/Verkauf, Kalkulation, Waren- und Lagerhaltung etc.

Eine weitere Schwerpunktsetzung beschäftigt sich mit den Bereichen „Garten – Natur – Umwelt“ (GNU) als exemplarisches Handlungsfeld, in dem Wahrnehmungs- und Problemlösefähigkeiten, Zielorientierung, Frustrationstoleranz und Komponenten der Teamfähigkeit entwickelt und trainiert werden können. Der gleichen Zielsetzung dient die handlungsorientierte Gruppe „Ressourcenaktivierung und Belastungserprobung“ (RaBe), in der insbesondere Patienten profitieren, für die ein handlungsorientierter Zugang in der Erreichung ihrer Rehabilitationsziele förderlicher ist.

„In der Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie stehen der spielerische, kreative Umgang mit Material und der Selbsterfahrungsaspekt im Vordergrund, um den persönlichen Ausdruck mit symbolischen Mitteln anzuregen. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden.“ (ebda)

In der Kreativ- und Gestaltungstherapie der MEDIAN Klinik Wied werden nonverbale Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten angesprochen und gefördert, über die Selbstreflexion, Selbstdarstellung und selbstwertstabilisierende Interaktionen angestoßen werden. Im Umgang mit unterschiedlichen Materialien und Werkzeugen „erfährt“ der Patient aktiv verschiedene Facetten seiner Gestaltungsmöglichkeiten, aber auch seiner Begrenzungen. Der Grad der Vorstrukturierung und die Manipulierbarkeit im Sinne von „endgültiger“ oder reversibler Veränderbarkeit verschiedener Materialien bieten ein breites Spektrum an Erfahrungsmöglichkeiten, die auch psychotherapeutisch genutzt werden können. So wird in einem relativ offenen „Arbeitsauftrag“ mithilfe von Papier und Farben ein „Gefühlsbild“ situativ und spontan erstellt. Dagegen erfordert der Auftrag, einen Spiegel in Tiffany-Technik herzustellen, ganz spezifische planerische und

manuelle Fertigkeiten, die mehr oder weniger vorhanden sein oder erlernt und geübt werden können. In einer Projektgruppe, in der die Patienten an einer gemeinsamen gestalterischen Aufgabe arbeiten, kann jeder Teilnehmer einen seinen besonderen Bedürfnissen und Fähigkeiten angemessenen Platz einnehmen. Häufig verschieben sich hierbei die „angestammten“ Rollen der Gruppenmitglieder. So kann es geschehen, daß in der Verbalgruppe dominierende Patienten in eine untergeordnete Rolle in der handlungsorientierten Gruppe kommen und mit dieser frustranten Erfahrung umgehen lernen müssen. Andererseits hat der im verbalen Austausch „Unterlegene“ eine andere Form der Ausdrucksmöglichkeit seiner Stärken. Von dieser Gruppendynamik getragen, findet eine Ausdifferenzierung der sozialen Rollen statt. Die stattfindenden sozialen Lernprozesse haben wiederum eine positive Auswirkung auf die psychotherapeutische Arbeit in der Bezugsgruppe. Im Teilkonzept „Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die BORA-Zielgruppen in der MEDIAN Klinik Wied“ (Funke & Schroeder, 2015) wurden die verschiedenen Möglichkeiten der Integrationsmaßnahmen in Arbeit und Beruf näher ausgeführt.

3.7.5.1 Feststellung des Bedarfs BORA-orientierter Leistungen

Mit jedem neu aufgenommenen Rehabilitanden werden in der ersten Behandlungswoche im Hinblick auf die Bedarfe der beruflichen und arbeitsplatzbezogenen (Re-)Integration sowohl diagnostische als auch informierende Angebote durchgeführt. Es erfolgt ein Screening hinsichtlich der individuellen Bedarfe (bei vorhandenem Arbeitsplatz: gefährdet ja/nein; arbeitslos: mit/ohne Schulabschluss/Berufsausbildung/beruflicher Erfahrung; Nicht-Erwerbspersonen: mit/ohne Perspektive der beruflichen/Arbeitsplatzintegration). Ggf. werden weiterführende diagnostische Abklärungen, zum Teil mit Kooperationspartnern wie z.B. das Berufliche Bildungszentrum Neuwied, veranlasst. Unser Leistungskatalog umfasst dabei sowohl

- (Klein-)Gruppenangebote aus der Sozialberatung (in der Regel beginnend am dritten bis fünften Arbeitstag)

- die ergotherapeutische Befundung bzw. Erprobung in Gruppen und in Einzelbetreuung (Vorgehen nach dem C.O.P.M. [Canadian Occupational Performance Measure; 4. Auflage; adaptiert an den Reha-Auftrag MEDIAN Klinik Wied] im Einzelgespräch in der ersten Behandlungswoche) sowie mit ICF-Checkliste und dem AVEM als Fragebogeninstrument zur subjektiven Einschätzung von Beeinträchtigungen, Möglichkeiten und Motivationen durch den Patienten selbst
- die medizinische Einschätzung der Belastbarkeit und sozialmedizinische Einschätzung durch den aufnehmenden Arzt (Aufnahmeuntersuchung am ersten Tag)
- im therapeutischem Aufnahme- und Planungsgespräch (in der Regel am zweiten oder dritten Arbeitstag im Einzelkontakt)
- die sogenannten START-Angebote für die neu aufgenommenen Rehabilitanden (verteilt auf die ersten beiden Behandlungswochen), die u.a. über die verschiedenen Möglichkeiten der arbeitsplatz- und berufsbezogenen Angebote und Leistungen (einschließlich der Möglichkeit von Praktika und Belastungserprobungen) informieren

Weiterführende differentielle Diagnostik beruflicher und arbeitsplatzbezogener Aspekte werden über klinische Einschätzung, Belastungserprobungen, MELBA oder IDA erhoben und entsprechend in eine modifizierte Reha-Planung aufgenommen.

Die Ergebnisse interner Praktika (Arbeitsbereiche Küche, Haustechnik, Garten/Landschaftspflege sowie die Übungsfirmen Café Klatsch, Café NaSowas und Kiosk Allerlei mit den Segmenten Einkauf, Lagerhaltung, Service, Verwaltung, Reinigung, Buchhaltung/Kasse, Geschäftsführung) sowie externer Praktika fließen in die weitere Behandlung ein.

3.7.5.2 Andere Indikationen

Bei Rehabilitanden im Renten- oder anderweitigen Nichterwerbsstatus steht insbesondere die sinnvolle Tagesstrukturierung im Fokus. Neben Belastungserprobungen können aber auch hier bei Wunsch des Rehabilitanden oder einer im Verlauf entstehenden Indikation Belastungserprobungen und interne sowie externe Praktika angeboten werden. Die gute

Vernetzung mit den regionalen Selbsthilfeorganisationen (über die Westerwälder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe WeKISS mit der Zuständigkeit für unterschiedliche Ausrichtungen der Suchtselbsthilfe wie Kreuzbund, Freundeskreise oder AA, aber auch unterschiedliche Indikationen wie Senioren, verschiedene andere chronische Krankheitsbilder und besondere Lebenslagen) ermöglicht auch ein Kennenlernen und eine Erprobung ehrenamtlichen Engagements. Diese Angebote stehen selbstverständlich auch Erwerbspersonen bzw. unseren arbeitslosen Rehabilitanden zur Verfügung. Darüber hinaus bieten unsere freizeitorientierten Angebote der Kreativ- und Gestaltungstherapie sowie der Sport- und Bewegungstherapie Möglichkeiten und Unterstützung bei der körperlichen und psychischen Regeneration, dem Entdecken neuer und dem Ausbau bestehender Ressourcen und Interessen.

Prinzipiell alle Patienten können die vorgehaltenen Angebote nutzen, wobei den arbeitslosen Rehabilitanden mit günstiger Erwerbsprognose (Reha vor Rente) ein besonderes Augenmerk gilt. Die Arbeitslosenquote beträgt derzeit bei Rehabilitanden mit den legalen Suchtmitteln Alkohol/Medikamente etwa 40 %, bei Rehabilitanden mit der Zuweisungsdiagnose Drogenabhängigkeit über 70 %. Folgende besondere Ausstattungsmerkmale ermöglichen einen differenzierten Zugang zu dieser Thematik (s.a. oben):

- Patientenbüros mit PC und Internetzugang (Wied: 10 Plätze; Steimel: 8 Plätze)
- Holzwerkstätten in Wied und Steimel (einschließlich RaBe-Werkstatt: „Ressourcenaktivierung und Belastungserprobung“). Die verantwortlichen Ergotherapeuten verfügen über jeweils aktualisierte Maschinenscheine und werden regelmäßig bzgl. der Arbeitssicherheitsvorschriften unterwiesen.
- Kreativwerkstätten in Wied und Steimel (Ton/ Keramik jeweils mit Brennöfen, Papier, Glas; Textilwerkstätten mit Nähmaschinen und anderen Textil-Werkzeugen)
- Lehr- und Trainingsküche in Wied, auch für Patienten aus Steimel via Shuttlebus (incl. „Backwerkstatt“)
- Garten- und Parkanlagen in Wied und Steimel (inkl. GNU „Garten-Natur-Umwelt“ mit jahreszeit-

lich wechselnden Projekten und entsprechender Ausstattung mit Gartengeräten, Gartengelände und Aufenthaltsbereich im Freien)

- Übungsfirmen Café Klatsch, Café NaSowas und Kiosk Allerlei mit entsprechenden Ausstattungen (eigene kleine Gebäude mit Terrassenbereichen; Schichtsysteme in der Bewirtschaftung; Gasträume mit Kühl- und Gefriertruhen, Kaffeemaschinen, Gastronomie-Geschirrspüler; PCs für Buchhaltung, Einkauf, Verwaltung; Medien)
- In der Entstehung: Kultur in Wied als Kulturbüro mit Patientenbibliothek und wechselnden kulturellen Angeboten am Standort Wied

3.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Körperliche Bewegung und Aktivierung bessert nachweislich viele psychische Erkrankungen und ist daher unverzichtbarer Bestandteil unseres Rehabilitationskonzeptes. Mit bewegungstherapeutischen Maßnahmen können zudem teilhaberelevante Ziele der verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit erreicht werden. Sport- und Bewegungstherapie und Entspannungstechniken tragen dazu bei, die Körperwahrnehmung zu verbessern sowie die körperliche Belastbarkeit und physische Funktionen zu fördern und zu trainieren. Unsere sport- und bewegungstherapeutischen bieten sowohl allgemeine Angebote bevorzugt in Gruppen aber auch in der Einzelbetreuung falls gewünscht oder erforderlich in Bezug auf altersangemessene Steigerung der körperlichen Belastbarkeit und Fitness (z.B. Wandern, Joggen, Nordic Walking etc.). Darüber hinaus bieten sie gezielt Maßnahmen zum Aufbau von Kraft und Beweglichkeit (Krafttraining etc.). Darüber hinaus wird der Erfahrung des eigenen Körpers, der Freude an Spiel und Begegnung mit anderen, einer gesunden Wettbewerbsorientierung in Mannschaftsspielen oder Wettbewerben ein hoher Stellenwert zugemessen. Dem Transfer von sinnvollen und angemessenen Bewegungs- und Trainingsformen in den Lebensalltag des Rehabilitanden und dem Aufbau von rekreativem, konstruktivem und stützendem Freizeitverhalten durch Sport und Bewegung gilt ein besonderes Augenmerk. Maßnahmen zur

Stärkung der Gruppenkohäsion und Rollendifferenzierung haben hier ebenfalls ihren Platz und können sowohl in den indikativen Angeboten als auch in den bezugsgruppenbezogenen Einheiten durchgeführt werden. Mut zum kalkulierten Risiko, Formen des Ausprobierens und Über-Sich-Hinauswachsens erleben die Patienten z.B. auch beim Besuch des Kletter- oder Hochseilgartens, beim Pfeil- und Bogen-Schießen, beim Kanufahren oder in der Niedrigseilstation in Steimel.

Im Alltag leicht integrierbar sind z.B. auch angeleitete Übungen im Fitnessraum oder Zirkeltraining mit einfachem Gerät. Tischtennis oder Mannschaftsspiele unterstützen die Freude am Gemeinschaftserleben.

Eine besondere Bedeutung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen kommt den Entspannungsverfahren zu. Der Substanzkonsum hat häufig auch die Funktion erfüllt, Anspannung zu reduzieren, Überstimulation auszugleichen und Emotionen zu regulieren. Gerade in der Postentzugsphase kommt es vermehrt zu Überregulationen in Form von Anspannungs- und Unruhezuständen sowie zu einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus, der nicht selten länger als sechs Monate andauert. Bewährt haben sich die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson und das Autogene Training, die auch in unserem Hause angewandt werden. Die Sport- und Bewegungstherapie wird in unserem Haus sowohl in gruppenübergreifenden Indikations- und Neigungsgruppen als auch in Bezugsgruppen angeboten. Ziele sind dabei übergeordnet:

- die Verbesserung der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit
- der Konditionsaufbau
- das Herz-Kreislauftraining sowie bei Bedarf die Unterstützung der Gewichtsreduktion
- das Erkennen und Verändern körperlicher Fehlhaltungen
- die verbesserte Körperwahrnehmung und Selbsteinschätzung körperlicher Grenzen
- die Unterstützung in der Verbesserung von Stressbewältigung und Entspannungsfähigkeit,
- die Förderung von Kontaktfähigkeit und das Erkennen und Verändern hinderlicher Interaktionsmuster

- der Abbau von Vermeidungsverhalten und die Förderung von Angstbewältigung
- der Aufbau neuer Erlebnisinhalte und von Freizeitkompetenz

Analog der Ergo- und Arbeitstherapie bildet die Sport- und Bewegungstherapie ein wesentliches handlungsorientiertes Element für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit und damit einer dauerhaften arbeits- und berufsbezogenen Leistungsfähigkeit. Ausgehend von einer individuellen Leistungseinschätzung durch Arzt und Sporttherapeut ergibt sich ein gezieltes Aufbau- und Trainingsprogramm zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und des Umgangs mit persönlichen Handicaps. Dieser Prozess erfordert eine enge medizinische Begleitung, um Unter- und Überforderungssyndrome auszuschließen und einen kontinuierlichen Fortschritt zu gewährleisten. Parallel zum psychotherapeutischen Vorgehen können positive Ansätze in der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung unterstützt werden (z.B. Lauftrainings bei Patienten mit depressiver Symptomatik).

In enger Verzahnung mit dem psychotherapeutischen und medizinischen Vorgehen werden Zusammenhänge zwischen Körper und Psyche, Befindlichkeit und Ausdrucksverhalten erarbeitet und Störungen z.B. bezüglich des Körperschemas und einer negativen körperbezogenen Selbstbewertung aufgegriffen. Das sport- und bewegungstherapeutische Angebot wird ergänzt durch eine Vielzahl spezifischer Methoden wie z.B. Fitnesstraining, Gymnastik, Atemtherapie, körpertherapeutische Ansätze oder Funktionstrainings.

3.7.7 Freizeitangebote

Eine befriedigende suchtmittelfreie Freizeitgestaltung stellt im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eine wichtige Zielsetzung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker dar. Eine sinnvolle Freizeitgestaltung ist für viele Rehabilitanden mitentscheidend für die Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz und die nachhaltige Wiederaufnahme einer Arbeit. Die Freizeitangebote

an den Standorten und der näheren Umgebung unterstützen im Aufbau eines an Rekreation, Freude und Wohlbefinden ausgerichteten Freizeitverhaltens. In der Bezugsgruppe werden das gemeinsame, aber auch für jeden einzelnen mögliche und gewünschte Freizeitverhalten geplant und begleitet. Der Flyer „Stadt-Land-Fluß“, der von der MEDIAN Klinik Wied regelmäßig aktualisiert wird, enthält zahlreiche Vorschläge für sportliche oder kulturelle Aktivitäten. Innerhalb der Klinik beschäftigen sich Patientengruppen unter therapeutischer Anleitung mit der Ausgestaltung jahreszeitlicher Festivitäten (Weihnachten, Karneval, Ostern, Jahreszeitenfeste) als auch mit der Veranstaltung ausgewählter Events wie Autorenlesungen, Gruppen- und Hausausflügen zu Veranstaltungen, in Museen oder zu anderen Sehenswürdigkeiten der Region. Public viewing bei Sportevents oder am Sonntagabend als Patientenkinos werden ebenso durchgeführt wie besondere Aktionen der Cafés wie Karaoke, Spielabende oder andere thematische Schwerpunkte. Die naturnahe Umgebung der beiden Standorte laden zu sportlichem und bewegungsorientiertem Freizeitverhalten ein. Die Sport- und Bewegungstherapeuten geben Anregungen und begleiten in der Umsetzung mit zunehmender Eigenständigkeit des Rehabilitanden, um einen guten Transfer in den Lebensalltag vorzubereiten. Die Klinik bietet Fahrräder (auch E-Bikes) an, eigene Fahrräder dürfen mitgebracht werden. Joggen, Nordic Walking, Spaziergänge und Wandern können alleine oder in der Gruppe umgesetzt werden. Die örtlichen Sportvereine (Fußball, Leichtathletik, Fitness, Tennis) sowie die Schwimmbäder der Region können genutzt werden.

3.7.8 Sozialberatung

Nach der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ vom 08.11.2005) werden die begleitenden Hilfen im sozialen Umfeld verstanden (z.B. sozialrechtliche Beratung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Vorbereitung der Nachsorge und Kontakt zu Selbsthilfe-

gruppen). In der MEDIAN Klinik Wied kommen hier Fachkräfte zum Einsatz, die über spezifische Kenntnisse und Beratungskompetenzen verfügen, die sich über Fortbildung auf dem neuesten Stand ihres Arbeitsfeldes auf dem Laufenden halten und sich mit den regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) vernetzen (im Westerwaldkreis, im Kreis Neuwied sowie in Köln als wichtigem Herkunftsgebiet unserer Rehabilitanden). Die Sozialberater sind jeweils einer Behandlungsabteilung zugeordnet und beteiligen sich damit an der Fallführung und Umsetzung vorbereitender und weiterführender Maßnahmen. Sie bieten sowohl allgemeine Informationsveranstaltungen zu besonderen Themen wie Nachsorge, Adaption (auch mit externen Adaption anbietern als Referenten), Führerschein und Sucht oder Rückkehrmöglichkeiten an den Arbeitsplatz an. Sie stehen mehrmals wöchentlich in Sprechstunden zur Verfügung und arbeiten einzelfallorientiert über Terminvergabe. Für Abhängigkeitskranke, die vielfach soziale, berufliche und finanzielle Probleme zu überwinden haben, fungieren die Mitarbeiter der Sozialberatung als wichtige und kompetente Ansprechpartner, ebenso für die Bezugstherapeuten und -ärzte bei entsprechenden Fragestellungen ihrer Patienten. Durch gezielte Informationen, Beratung und Unterstützung sowie Interventionen lassen sich die Voraussetzungen für eine möglichst störungsfreie Teilnahme und Durchführung der Rehabilitationsleistung vielfach verbessern.

Die klinische Sozialarbeit in der Entwöhnungsbehandlung zielt auf die Sicherung bzw. Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Integration. Vier Bereiche finden hier auftragsorientiert in der MEDIAN Klinik Wied besondere Beachtung:

- Berufs- und Arbeitstätigkeit (Klärung der beruflichen Situation, Beratung und Vermittlung von berufsfördernden Maßnahmen, Unterstützung bei der Reintegration am Arbeitsplatz)
- Sicherung des Lebensunterhalts (wirtschaftliche und finanzielle Beratung, Schuldnerberatung, Klärung von finanziellen Ansprüchen)
- Beratung und Unterstützung bei der Klärung rechtlicher Fragen (zivil- und strafrechtliche Aspekte, Führerscheindelikte)

- Beratung, Anleitung und Unterstützung zur Reintegration in das soziale Umfeld nach der Behandlung, vor allem im Hinblick auf die Fortführung von Behandlungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe

Ein Prinzip der therapiebegleitenden Sozialarbeit ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“, bei der der Patient in seinen Fähigkeiten zur Klärung seiner sozialen Situation gestärkt wird unter Förderung von eigenverantwortlichem Handeln und sozialer Kompetenz.

Bezüglich der beruflichen Orientierungsmaßnahmen arbeiten wir eng mit dem Beratungsdienst der Abteilung zur beruflichen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und der Deutschen Rentenversicherung Rheinland zusammen, so dass bereits während der Entwöhnungsbehandlung entsprechende weiterführende Maßnahmen beantragt und in die Wege geleitet werden können. Weitere Kooperationspartner sind die Arbeitsgemeinschaften im Hinblick auf Arbeitsplatzsuche, Arbeitsförderung und Umschulungsmaßnahmen. In zahlreichen Institutionen, Firmen und Betrieben der Umgebung können bei Bedarf Arbeitserprobungen und Praktika durchgeführt werden, die hinsichtlich Eignung und Interessen der Patienten Aufschluss für die Rehabilitations-Gesamtplanung liefern. Es besteht die Möglichkeit, über Online-Recherchen Arbeitsplatzangebote sowie Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung zu sichten und direkt auszuwählen.

Die therapiebegleitende Sozialarbeit ist eng verzahnt mit den medizinischen und therapeutischen Angeboten. Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Erstellung einer differenzierten Leistungs- und Situationsbeurteilung für den Patienten, so dass eine individuelle Förderung in Abstimmung mit den anderen Komponenten im Behandlungsnetz, wie z.B. betriebsärztlicher Dienst, betrieblicher Sozialdienst und begleitende Beratungsstelle, umgesetzt werden kann.

Mitarbeiter der Sozialberatung stellen wesentliche Komponenten des Bewerbertrainings zur Verfügung und beraten und begleiten den Patienten – gemeinsam mit Bezugsarzt und Bezugstherapeut – im Hinblick auf Bewerbungs- und Vorstellungsgespräche sowie im Konfliktmanagement und der Rückkehrgestaltung bei vorhandenem Arbeitsplatz. Sie beraten und unterstützen bezüglich eventuell erforderlicher Adaption, helfen dem Patienten bei der Auswahl geeigneter weiterführender Einrichtungen und organisieren gemeinsam mit ihm erforderliche Anträge und Vorstellungsgespräche. In der Vernetzung zur Selbsthilfe klären sie über die unterschiedlichen Angebote auf und vermitteln gezielt Kontakte zur Selbsthilfeszene am Heimatort des Patienten. Begleitende Sozialarbeit erfolgt in Einzelkontakten und im individuellen Case-Management. Gruppenarbeit und Workshops/Vorträge ergänzen das Spektrum.

3.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Viele unserer Rehabilitanden weisen insbesondere in der chronischen Phase der Abhängigkeitsentwicklung einen wenig selbstfürsorglichen Lebensstil und daher ein erhöhtes Risiko für viele somatische und psychische Erkrankungen auf. Den Risiken und häufig bereits eingetretenen Beeinträchtigungen und Schädigungen begegnen wir gezielt durch Patientenschulungen und psychoedukativen Einzel- und Gruppenberatungen zur Gesundheitsbildung. Hierzu gehören die Angebote der Ernährungsberatung im Gruppen- und Einzelsetting, der Pflege bzgl. z.B. Hygiene, Vorsorge, angemessenes Schlafverhalten und den Umgang mit erforderlicher Medikation, der Sport- und Bewegungstherapie zu förderlichem Verhalten etwa in der Schmerzbewältigung, die Tabakentwöhnung als Kursangebot mit psycho-edukativen und Trainingselementen sowie die Angebote aus der Ergotherapie zu Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) einzeln und in der Kleingruppe. Regelmäßig finden Vorträge zu medizinischen, psychohygienischen und sozialen Themen durch die Mitarbeiter aus Medizin und Therapie statt.

Eine gesunde Ernährung ist zum Erhalt oder zur Wiederherstellung körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit unverzichtbar. Viele chronische Erkrankungen, die vermehrt als Begleit- und Folgestörungen bei Abhängigkeitserkrankungen diagnostiziert werden, wie z.B. Adipositas, Arteriosklerose des Herz/Kreislaufsystems und des Gehirns, Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Leberzirrhose, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates etc. sind durch fehlerhafte Ernährung verursacht oder mitbedingt. Ein gesundheitsbewusstes Verhalten kann dem Auftreten solcher Erkrankungen effizient entgegenwirken. Bereits eingetretene Erkrankungen können durch gezielte Ernährungs- und Verhaltensumstellung im Verlauf günstig beeinflusst und in ihrer Ausprägung gemildert werden.

Das Team der Ernährungsberatung ist dem Pfltege- team angegliedert und setzt sich aus einer Ernährungsmedizinerin, Diätassistentin und diätetisch geschulten Köchin zusammen, die schulen und auf dem Weg zur erfolgreichen Umsetzung auch individuell begleiten. Pflegekräfte und Laborassistentinnen unterstützen in der Durchführung einschließlich evtl. notwendiger Laborkontrollen und Tagesprofile.

Die Indikationsstellung erfolgt durch den verantwortlichen Arzt, Behandlungsplanung und -umsetzung erfolgt mit Hilfe der Pflege, der erforderliche Informationsaustausch erfolgt persönlich zwischen den Beteiligten bzw. über die patientenbezogene Dokumentation (EDV, Papier).

Ein besonderes Angebot ist über die Lehrküche mit Standort in Wied für alle Patienten der MEDIAN Klinik Wied vorgehalten. Hier finden sowohl ernährungsedukative Angebote für Patienten mit besonderen Problemlagen statt (Essstörungen, Über-/ Unterernährung, Fehlernährung, Diäten etc.) als auch Anleitung und Training gesunder Ernährung in der Bezugsgruppe. Diese sogenannten „Kochprojekte“ beinhalten unter Anleitung der Ernährungsberater und der Bezugstherapeuten die Planung, den Einkauf, die Herstellung und die Nachbereitung gesunder Mahlzeiten sowie Vorratshaltung und Konservierung von Lebensmitteln.

Die allgemeinen Grundlagen und die Überprüfungsroutinen der Standards zu gesundheitsförderlicher Ernährung und Hygiene sind in den entsprechenden Handbüchern aus dem internen Qualitätsmanagement geregelt und niedergelegt. Im Anhang sind die wesentlichen Absätze zusammengestellt.

3.7.10 Angehörigenarbeit

Die Arbeit mit Bezugspersonen ist ein wesentliches Thema während der gesamten Therapie. In Angehörigenseminaren, in Paar- und Familiengesprächen oder anlässlich von Familienheimfahrten wird der Patient darin gefördert, Verständnis und soziale Unterstützung für sich zu bewirken, andererseits aber auch sich adäquat abzugrenzen und eigene Bedürfnisse durchzusetzen. Aufgabe des Patienten ist hierbei auch die Auseinandersetzung mit der eigenen sozialen Realität und die Entwicklung einer Kompromissfähigkeit sowie Veränderungsbereitschaft in den bestehenden Beziehungen. Bei vorliegendem Einverständnis des Patienten klärt der Bezugstherapeut im direkten Kontakt mit Bezugspersonen über Abhängigkeitserkrankungen und Beeinflussungs- und Behandlungsmöglichkeiten auf und berät über begleitende und nachsorgende Angebote sowie über Selbsthilfemöglichkeiten für Betroffene und Angehörige. Regelmäßig finden etwa alle 3 Wochen am Standort in Wied oder Steimel Angehörigenseminare statt. Diese werden von Seminartherapeuten durchgeführt, die sich aus dem Kreis der Bezugstherapeuten rekrutieren. Die Seminare beginnen am Donnerstag mit dem gemeinsamen Abendessen und einer anschließenden Begrüßungs- und Informationsrunde mit den Seminartherapeuten. In 8 Therapieeinheiten am Freitag erfahren die Angehörigen Grundsätzliches über Erkrankung, Verlauf, Behandlung. Insbesondere kommen die teilnehmenden Patienten im angeleiteten Dialog mit ihren Angehörigen ins Gespräch und können so gezielt Themen der Rückkehr, des weiteren Umgangs miteinander und der gegenseitigen Unterstützung ansprechen. Der besondere Vorteil dieser Seminare ist es, dass einerseits Patienten aus verschiedenen Bezugsgruppen thematisch unvoreingenommen miteinander in Kontakt

kommen, aber auch Angehörige sich untereinander austauschen, was der hier häufig zu beobachtenden Isolierung und dem Rückzugsverhalten vieler Mitbetroffener entgegenwirkt. Patienten können an mehreren Angehörigenseminaren teilnehmen, um die gemeinsame Arbeit auszubauen oder verschiedene Angehörige zu unterschiedlichen Themen einzuladen (Partner, Eltern oder erwachsene Kinder). Eine besondere Intervention zur Stärkung des Kontakts mit relevanten Bezugspersonen bilden die Planung und Durchführung der sogenannten „Reha-Tage“, die der Kontaktaufnahme zu Arbeitgeber, Vorgesetzten und Arbeitskollegen bzw. der Einleitung von Maßnahmen zur (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit dienen. Ebenfalls werden nachfolgende Behandlungs- und Begleitmaßnahmen durch den Patienten konkret organisiert (z.B. durch den Besuch von Beratungsstelle und Selbsthilfegruppe; s.o.). Der Patient hat auch die Möglichkeit, Vorgesetzte oder Arbeitgeber zu einem Beratungsgespräch mit dem Therapeuten und/oder Bezugsarzt in die Klinik einzuladen, um die Rückkehr an den betreffenden oder einen anderen Arbeitsplatz zu besprechen bzw. stufenweise Wiedereingliederung oder Arbeitsplatzanpassungen zu thematisieren. In diesem umfassenden Sinne verstehen wir auch das erweiterte soziale Umfeld des Rehabilitanden als relevante Bezugspersonen und damit als „Angehörige“ im weiteren Sinne.

In diesem Zusammenhang spielen Schweigepflicht und Datenschutz – wie im gesamten Behandlungskontext – eine besondere Rolle. Die diesbezüglichen Verfahrensweisen und Absicherungen sind im Datenschutz-Handbuch der MEDIAN Klinik Wied festgehalten.

3.7.11 Rückfallmanagement

Rückfälle bzw. Rückfallgefährdungen sind immanente Bestandteile einer Suchterkrankung. Sie treten trotz der schützenden Atmosphäre der Klinik auf. Therapeutische Entwicklungen sind auch mit Ängsten, Belastungen und Rückschlägen verbunden, die ebenfalls das Rückfallrisiko erhöhen können. In der Therapievereinbarung sichern wir dem Patienten

zu, dass er jederzeit einen Ansprechpartner in schwierigen Befindlichkeiten ansprechen kann. Allerdings müssen wir auch immer wieder im Prozess mit Schwankungen der Motivation, Ängsten vor Veränderung und Gefühlen von Hilflosigkeit rechnen, die für suchtkranke Menschen – neben einer unrealistischen Einschätzung der eigenen Belastbarkeit – Gefährdungen für erneuten Suchtmittelkonsum bedeuten. Zur Sicherung einer möglichst abstinenzförderlichen und rückfallpräventiven Atmosphäre werden zu Beginn und im Verlauf der Reha-Maßnahme regelmäßig geplante (z.B. nach Heimfahrten) und zufällige (zu Beginn festgelegte Termine) Screenings auf Suchtmittelkonsum durchgeführt. Dies ist für unsere Patienten transparent in unseren Hausregeln dargelegt. Mindestens 6mal pro Jahr finden an jedem Standort unangekündigte Nachtkontrollen auf Suchtmittelbeeinträchtigung statt, die durch eine Pflegekraft und einen therapeutischen Mitarbeiter sowie bei Bedarf durch den diensthabenden Arzt durchgeführt werden. Bei erneuten Suchtmittelkonsum, der günstigenfalls vom Patienten mitgeteilt wird oder von anderen Personen registriert wird, nehmen wir in aller Regel den Patienten und seine Behandler in eine sogenannte Klärungsphase. Damit soll beiden Seiten Gelegenheit gegeben werden, mit Abstand zum Geschehen eine Bilanzierung vorzunehmen und mögliche weitere Schritte der Zusammenarbeit zu prüfen. Manchmal ist auch ein medizinischer Behandlungsbedarf bzw. eine Herausnahme des Patienten aus dem laufenden Programm erforderlich, bei auftretenden Komplikationen in der körperlichen Entgiftung verlegen wir den Patienten in eines der kooperierenden Krankenhäuser und setzen den Aufarbeitungsprozess nach Rückkehr fort. Wesentlich für eine weitere Behandlung sind die Bereitschaft der Aufarbeitung und die Einsichtsfähigkeit des Patienten in das Rückfallgeschehen sowie seitens der Behandler eine günstige Prognose für die Fortsetzung des Behandlungsprozesses. Im Falle der weiteren Zusammenarbeit dient die Analyse des Rückfallgeschehens zur Überprüfung und ggfls. Anpassung der Behandlungsziele. Es wird eine neue Therapievereinbarung abgeschlossen, die damit auch neue Orientierung an den Grundlagen und Regeln der Behandlung sowie die spezifizierten

Behandlungsziele symbolisiert.

Wird ein Patient während einer Reha- oder Heimfahrt rückfällig, instruieren wir ihn zur Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder dem örtlichen Krankenhaus, um eine eventuell erforderliche medizinische Behandlungsnotwendigkeit im Vorfeld abzuklären und dann suchtmittelfrei in die MEDIAN Klinik Wied zurückkehren zu können. Hierbei müssen die Vorgaben zu Unterbrechung von Reha-Maßnahmen Berücksichtigung finden. In jedem Fall wird das Rückfallgeschehen als solches zum Gegenstand der weiteren Behandlung.

Wird ein Patient mehrfach während der Maßnahme rückfällig, führt dies zu einer Prüfung der Compliance und der Veränderungsmotivation. Es kann dann auch zur Entlassung aus der Maßnahme führen. Wir orientieren den betreffenden Patienten hin zu seiner Suchtberatungsstelle bzw. einer anderen unterstützenden Instanz. Müssen wir im Laufe der Klärung von einer Selbst- oder Fremdgefährdung ausgehen, setzen wir das hierfür vorgesehene Prozedere der Inobhutnahme bzw. Einweisung/ Unterbringung in eine beschützte Umgebung ein. Nähere Ausführungen sind im wissenschaftlich begründeten Fachkonzept sowie an anderen Stellen des Reha-Konzeptes zu finden.

3.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

„In der Rehabilitation Abhängigkeitskranker kommt den Gesundheits- und Krankenpflegern eine ergänzende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu.“ (aus Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011). Dies setzen wir zum einen durch die 24stündige Präsenz der fest einem Standort zugeordneten Pflegekräfte um, da hier eine hohe Begegnungsfrequenz und Vertrautheit entsteht. Geschult werden unsere Pflegekräfte regelmäßig durch den Ltd. Arzt und seine Stellvertreter sowie besonders befähigte Pflegekräfte zu den Besonderheiten im therapeutischen und rehabilitativen Setting der Entwöhnungs-

behandlung. Zu den Aufgaben der Pflege gehören z.B. die Ausgabe von Medikamenten, die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, pflegerisch-medizinische Aufgaben, aber auch die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings und der Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit. In regelmäßigen Pflegevorträgen sowie in der Unterstützung von Patienten in besonderen Problemlagen im Umgang mit Folge- und Begleiterkrankungen tragen die Pflegekräfte zum umfassenden Auftrag der Gesundheitsförderung und -aufrechterhaltung bei. Sie informieren in Hygienefragen, beraten in der Anwendung von Pflegemaßnahmen im Sinne eines Selbstmanagements des Patienten, sie leiten an bei der Selbstkontrolle von physiologischen Parametern wie Blutdruck, Gewicht, Blutzucker u.v.a. Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen tragen dazu bei, dass die Pflegekräfte qualitativ hochwertig und gemäß der vorgegebenen Richt- oder Leitlinien den Reha-Prozess unterstützen.

Um die allgemeine Hygiene in der MEDIAN KLINIK WIED zu gewährleisten, werden regelmäßige Maßnahmen zur vorbeugenden Infektionsvorsorge durchgeführt, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen dienen. All diese Tätigkeiten, die organisatorischen und die baulichen Voraussetzungen sollen die Gefahr möglicher Infektionen reduzieren.

Weiterhin bestehen in allen Bereichen Anweisungen zum schnellen, angemessenen Handeln im Gefahrenfall.

Zur Prävention von Gefahren und zur Sicherung der im Haus beschäftigten Mitarbeiter und der Patienten sowie zur Erhaltung der Gesundheit aller Mitarbeiter und Patienten existieren entsprechende Standards. Sie resultieren aus der Beratung des Hygiene-Ausschuss gegenüber der Geschäftsleitung und sichern Einführung, Umsetzung sowie Kontrolle der Vorgaben.

Der Nutzen dieses Hygienestandards liegt neben einem von Mitarbeiter- oder Patientenkrankheit befreiten störungsfreien Ablauf auch in höherer, weil von Ausfallzeiten befreiten, Wirtschaftlichkeit. Weitergehende Fragen der Krankenhaushygiene werden über den Hygieneausschuss in Verbindung mit dem Arbeitssicherheitsausschuss unter Mitwir-

kung aller erforderlichen internen Gremien (Ltd. Arzt, FASi, SiBe, Hyg.Be, KL, BR) sowie einer externen Fachberatung geregelt.

Im Einzelfall ergänzen persönliche Maßnahmen die Vorkehrungen zur Betriebshygiene. Hierzu zählen insbesondere interne wie externe Schulungen. Im Anhang sind Auszüge aus dem Hygienehandbuch eingestellt.

3.7.13 Weitere Leistungen

Oft sind Suchtpatienten nicht „nur“ Suchtpatienten. Die hohen Komorbiditätsraten im körperlichen und psychischen Bereich erfordern zur Erreichung der Rehabilitationsziele eine differenzierte Vorgehensweise mit fachkompetentem Personal. Folgende sekundäre Behandlungsschwerpunkte halten wir vor:

- für Patienten mit schwereren körperlich internistischen oder neurologischen Begleit- und Folgeerkrankungen, die nicht sicher stabilisiert sind (z.B. bei Patienten, die aufgrund ihrer somatischen Erkrankung eine zur Zeit intensivere therapiebegleitende medizinisch-pflegerische Betreuung benötigen, wie z.B. bei Lebererkrankungen (Hepatitis, Leberzirrhose), Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (chronische Pankreatitis, Diabetes Mellitus), peripheren und zentralen Erkrankungen des Nervensystems (PNP, alkoholische Kleinhirnatrophie, leichtere Korsakoff-Syndrome etc.), cerebralen Anfallsleiden (primäre und sekundäre Epilepsien), Herz-/Kreislaufkrankungen, AIDS-erkrankten Patienten, etc.)
- für Patienten mit zusätzlichen psychosomatischen Symptomen oder Erkrankungen, die aktuell eine erhöhte medizinische Aufmerksamkeit erfordern (z.B. bei Asthma bronchiale, Schmerzpatienten, traumatisierten Patienten, Essstörungen, depressiven Syndromen, Angstsyndromen, etc.)
- für Patienten mit rezidivierenden psychischen Störungen (z.B. bei Patienten mit endogenen Psychosen (schizophrene Erkrankungen, Depressionen, Zykllothymien, etc.), die nicht akut sind, jedoch eine engmaschige fachärztliche Begleitung erfordern, schwereren Persönlichkeitsstörungen mit der Gefahr einer Dekompensation, wie z. B. häufige emotionale Krisen, paranoide oder depressive Syndrome)

- für Patienten mit im Vordergrund stehenden Persönlichkeitsauffälligkeiten oder -störungen (wie z.B. bei Borderline-Störungen, narzisstischen, schizoiden, abhängigen Persönlichkeitsstörungen etc., die aufgrund unzureichend ausgeprägter sozialer Kompetenzen oder eines früh einsetzenden Suchtverlaufs eine berufliche Aus- und Weiterbildung nicht beginnen oder abschließen konnten, bzw. einen Arbeitsplatz nicht dauerhaft halten konnten)
- für Patienten mit stark chronischem Suchtverlauf, der, trotz abgeschlossener Ausbildung und langjähriger Berufserfahrung, eine soziale Isolation und längere Arbeitslosigkeit bedingt hat und für die eine Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt ohne einschneidende Veränderung ihres Verhaltens nicht aussichtsreich erscheint
- für Patienten mit zusätzlichen umfassenden psychosomatischen Krankheitsbildern, die – obwohl relativ kompensiert – eine dauerhafte Integration in Arbeits- und gesellschaftliches Leben verhindern bzw. beeinträchtigen

Die besonders nach langjährigem Suchtmittelkonsum, chronischem Verlauf und vom Lebensalter her jugendlichem Beginn des Gebrauchs stark schädigender Drogen zu beobachtenden Einschränkungen oder Minderungen kognitiver Leistungsfähigkeit stellen besondere Anforderungen an eine differenzierende therapiel leitende Diagnostik im neurologischen, neuropsychologischen und hir nleistungsbezogenen Bereich. Hier hat die Unterscheidung von „Nichtwollen“ (Motivationsaspekt, Widerstandsphänomen) und „Nichtkönnen“ (eingeschränkte funktionale Leistungsfähigkeit) eine therapiestrategische Bedeutung. Auch ist der Einschätzung des zeitlichen Verlaufs einer möglichen Erholung oder der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines spezifisch unterstützenden Trainingsprozesses besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Um diese wichtigen Ausgangs- und Rahmenbedingungen ausreichend abschätzen zu können, halten wir ein entsprechendes psychologisches Testlabor zur Abklärung von Hirnleistungsdefiziten (s.o.) sowie entsprechende Trainingsprogramme vor.

3.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

In der Entlassphase der medizinischen Rehabilitation werden die Maßnahmen zu ggfls. erforderlicher Weiterbehandlung bzw. Nachsorge mit dem Patienten geklärt und beantragt, falls erforderlich. Die ärztliche Entlassungsuntersuchung wird rechtzeitig vor dem Entlassdatum (in der Regel 4-8 Arbeitstage vorher) terminiert und durchgeführt. Hier bespricht der Bezugsarzt mit dem Patienten das Rehabilitationsergebnis sowie die sozialmedizinische Einschätzung und Prognose. Erforderliche Weiterbehandlungen aus medizinischer Sicht werden angesprochen, die Inhalte des ärztlichen Entlassberichts aus der Reha-Maßnahme werden thematisiert. Am Entlasstag selbst erhält der Patient einen ärztlichen Kurzbericht für seinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt. Der ärztliche Entlassbericht wird nach dem Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung zusammengeführt aus den medizinischen und den therapeutischen Bestandteilen und aus Bezugsarzt- und Bezugstherapeutensicht abschließend bis zum Entlasstag fertiggestellt. Bei außerplanmäßigen Entlassungen verfolgen wir die Zielsetzung, den Reha-Entlassbericht spätestens am 3. Arbeitstag nach dem Ereignis übermittlungsfähig erstellt zu haben. Die letztendliche Qualitätskontrolle zur Berichterstellung nehmen der Leitende Arzt bzw. seine Stellvertreter vor, bevor der Bericht das Haus verlässt (elektronischer Versand und/oder Postversand an den Leistungsträger bzw. mit entsprechendem Einverständnis des Patienten an andere weiterbetreuende Stellen). Das Abschlussprozedere im therapeutischen Bereich beinhaltet den Verabschiedungsprozess in der Bezugsgruppe, von den direkten Bezugstherapeuten sowie aus der Haus- und Mitarbeitergemeinschaft. Der Bezugstherapeut bearbeitet in der Regel mit dem Patienten im Abschlussgespräch die Basisdokumentation, wodurch eine maximale Transparenz für den Rehabilitanden entsteht und der weitere Umgang mit gespeicherten, anonymisierten Daten noch einmal erläutert werden kann. Hier hat der Patient auch noch einmal die Möglichkeit, seine Schweigepflichtentbindungen und Erlaubnisse zur Datenspeicherung und -verarbei-

tung zu prüfen und ggfls. zu ändern. Es wird auf die katamnestische Untersuchung und ihre Bedeutung hingewiesen sowie die Möglichkeit angeboten, bei Fragen sich erneut an die Klinik zu wenden.

Der Bezugstherapeut bilanziert mit dem Patienten die Behandlungsfortschritte und motiviert zur weiteren Stabilisierung und Inanspruchnahme der vereinbarten Folgemaßnahmen. In der Regel wird die Behandlung regulär bzw. planmäßig beendet. Bei unplanmäßiger Beendigung erfolgen die Abschlussgespräche und weiteren abschließenden Aufgaben gemäß dessen, was der Patient noch wünscht bzw. zulässt. Im Falle des Behandlungsabbruchs durch den Patienten versuchen wir, eine Abschlussuntersuchung und ein Auswertungsgespräch über den bisherigen Ergebnisse zu führen, in dessen Verlauf wir auch prüfen, ob eine Motivation zum Verbleib in der Einrichtung wiederherstellbar ist. Ansonsten wird der Patient beraten, wie er seine Zielsetzungen weiter verfolgen kann, und wir weisen ihn auf Suchtberatungsstelle und Selbsthilfe hin. Wenn der Patient ohne die Möglichkeit eines Gesprächs das Klinikgelände bereits verlassen hat, nutzen wir soweit möglich die Kontaktmöglichkeiten des Mobiltelefons, um Anlässe zu klären und zu weiterführenden Schritten zu motivieren. Im Falle einer vermuteten Eigen- oder Fremdgefährdung leiten wir die notwendigen Schritte zur Verhütung ein.

Im Falle einer disziplinarischen Entlassung oder Entlassung auf ärztliche und therapeutische Ver-

anlassung finden Klärungsgespräche vorher statt. Das Vorgehen wird dem Patienten erläutert, ggfls. der Leistungsträger vorab informiert. Es findet mit Zustimmung des Patienten eine Kontaktaufnahme zur vorbereitenden Stelle oder zu nachgehenden Behandlern statt. Wir bitten den Patienten um entsprechende Erteilung oder Aufrechterhaltung der Schweigepflichtentbindung und schlagen dem Patienten geeignete auffangende Maßnahmen vor. Kehrt ein Rehabilitand nicht von seiner Reha-Fahrt oder einer Heimfahrt am Wochenende zurück, versuchen wir zunächst, einen Kontakt zur Klärung aufzunehmen (per Telefon, SMS, E-Mail, über die zuweisende Beratungsstelle bei vorliegender Schweigepflichtentbindung). Manchmal kann es aufgrund von Scham über einen missglückten Behandlungsauftrag oder wegen erneuten Konsums zu einer Vermeidung der Rückkehr kommen, die wir versuchen, im Gespräch oder Kontakt abzumildern. Gelingt die Kontaktaufnahme nicht oder ist der Patient dennoch nicht bereit zurückzukehren, müssen wir die Maßnahme beenden und teilen dies umgehend, spätestens nach 24 Stunden dem Leistungs- oder Kostenträger mit. Bei vorliegender Schweigepflichtentbindung informieren wir auch die Vorbehandler oder vorgesehenen Nachbehandler. Bei vermuteter Eigen- oder Fremdgefährdung gehen wir wie oben beschrieben vor.

Im Anhang sind Mustertherapiepläne auszugsweise aufgeführt.



4. Personelle Ausstattung

Mit unserem federführenden Leistungsträger wurde ein Stellenplan zur Umsetzung unseres Leistungskatalogs vereinbart, der ggfls. nach Prüfung und erforderlichen neuen Gegebenheiten angepasst wird. Dieser wird regelmäßig in aktualisierter Form (Ist-Soll) sowie gesamt und in nach den beiden Standorten getrennter Form nach den Vorgaben

der Deutschen Rentenversicherung übermittelt. Das Personal der MEDIAN Klinik Wied ist den Bereichen Medizin, Therapie und Verwaltung zugeordnet mit den jeweiligen Bereichsleitern Ltd. Arzt, Ltd. Psychologin und Verwaltungsleiter. Den medizinischen Bereich bilden zum einen Ärzte der Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie,

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie, Allgemeinmedizin einschließlich Sozialmedizin, Suchtmedizin, Manuelle Medizin, Osteopathie und Sportmedizin. Zum anderen arbeiten in diesem Bereich staatlich examinierte Pflegekräfte, Diätassistenten, medizinisch-technische Assistenten und Physiotherapeuten. Die interne ärztliche Supervision sowie regelmäßige Fortbildungen sichern die Qualität der medizinischen Versorgung.

Im psychotherapeutischen Bereich arbeiten Psychologische Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter mit qualifizierter Zusatzausbildung im Sinne der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen sowie Sport-, Ergo- und Gestaltungstherapeuten mit entsprechender spezifischer Qualifikation. Die therapeutische und organisatorische Arbeit wird in regelmäßigen Teamsitzungen und durch interne psychologische und ärztliche Supervision reflektiert und weiterentwickelt. Regelmäßige interne Fortbildungen – zum großen Teil durch externe Fachleute angeboten – unterstützen die optimale Umsetzung sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung des therapeutischen Konzepts.

Die Verwaltung gliedert sich in die Bereiche allgemeine Verwaltung, Personal, Technik und Küche/Hauswirtschaft mit qualifizierten Fachkräften. Hierzu gehören z.B. Diplom-Betriebswirte, Buchhalter, EDV-Fachkräfte, handwerklich qualifizierte Hausmeister, Küchenmeister, Köche, z.T. diätetisch geschult bzw. als Ernährungsberater, Hauswirtschaftler. Interne und externe Fachkräfte für Hygiene, Arbeitssicherheit und Datenschutz vervollständigen das Team. Regelmäßige interne und externe Fortbildungen sichern die fachlichen Standards auch in diesem Bereich. Vorderstes Prinzip ist die optimale Gestaltung der multiprofessionellen Zusammenarbeit, um die Kompetenzen der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen größtmöglich zu nutzen. Wir halten derzeit 18 Bezugsgruppen in 3 Abteilungen mit bis zu 10 Rehabilitanden vor. Hierfür werden in der Bezugsbehandlung 21 Bezugstherapeuten sowie 4,5 Bezugsärzte eingesetzt. 2 VK-Stellen Ärzte werden zusätzlich für die Umsetzung der 24-Stunden-Arztpräsenz (Bereitschaftsdienst) in Wied und in der Mitversorgung in Steimel

benötigt bzw. stehen hierfür zur Verfügung. Der Bereitschaftsdienst wird anteilig durch die Assistenz- und Oberärzte dargestellt. Der Leitende Arzt und die Oberärzte sichern darüber hinaus einen durchgängigen Hintergrunddienst. Weitere Behandlungsplätze stehen für Stationäre Reha-Abklärung als Eingangsphase, Adaption und ganztags ambulante Entlassform mit einem diesbezüglichen Personalanteil Arzt-Therapeut zur Verfügung. Die Abteilung Funktionstherapie, bestehend aus Ergotherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten und Kreativ- und Beschäftigungstherapeuten bietet mit derzeit insgesamt 12 Mitarbeitern die entsprechenden fachlichen Leistungen an den beiden Standorten, teilweise auch übergreifend in der gegenseitigen Vertretung an. Dieser Bereich wird derzeit konkret ausgebaut und die Personalzumessung geprüft. Die Sozialberatung bietet mit derzeit 3,1 Stellen (2 Vollzeit-Mitarbeiter in Wied, 1,1 VK-Stelle verteilt auf zwei Mitarbeiter in Steimel) die Versorgung in diesem Bereich, dessen Anforderungen in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden sozialen Desintegration vieler Patienten ständig gewachsen sind. Die fachliche Leitungsstruktur besteht aus einem Ltd. Arzt (Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie), einem Ltd. Psychologen (Approbierte Psychologin, Supervisorin und Ausbilderin) sowie 2 Oberärzten (Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie) und einer Stellvertretenden Ltd. Psychologin (Approbierte Psychotherapeutin). Eine Stelle im Bereich Psychodiagnostik sowie 0,6 Stellen in der Dokumentation und Evaluation ergänzen das Fachteam. Die 24-Stunden-Präsenz der Pflege in beiden Häusern erfolgt durch ausgebildete Krankenpflegekräfte im Dreischichtsystem (Früh, Spät, Nacht), die Pflegedienstleitungen in Wied und Steimel arbeiten in der Tagschicht. Ernährungsberaterinnen, Labor- und Physiotherapeuten ergänzen das medizinische Versorgungsteam. Die unterstützenden Prozesse werden durch den Bereich Verwaltung, zu dem auch Schreibkräfte, EDV-Mitarbeiter, Mitarbeiter in Haustechnik und Hauswirtschaft sowie die Küchenmitarbeiter gehören, sichergestellt. Empfangsmitarbeiter, Mitarbeiter in der Patientenverwaltung, der Finanzbuchhaltung und der Personalabteilung sowie im Fahrdienst komplettieren das gesamte Leistungspaket der

MEDIAN Klinik Wied. Externe Dienstleister decken die Bereiche Datenschutz, Betriebsärztliche Leistungen, Hygiene, Supervision (extern) und Qualitätsmanagement ab. Im Anhang sind Auszüge der wesentlichen Regelungen des Hygienehandbuchs wiedergegeben. Bzgl. des Datenschutzes wird ein Datenschutz-Handbuch regelhaft geführt und nach vorgegebenen Kriterien aktualisiert. Die MEDIAN Klinik

Wied gehört seit dem 1. März 2019 zu einem der großen und leistungstarken Reha-Anbieter Deutschlands und profitiert von den Synergieeffekten. Unser langjährig bewährtes und charakteristisches Leistungsbild wird in gewohnter Qualität und mit hoher Bereitschaft der Optimierung und Weiterentwicklung in der Behandlung Abhängigkeitskranker weiterhin vorgehalten.



5. Räumliche Gegebenheiten

Die MEDIAN Klinik Wied ist mit beiden Standorten in kleinen Kommunen im Westerwald (Wied: Kreis Westerwald; Steimel: Kreis Neuwied) im Ort bzw. am Ortsrand gelegen. Die bewaldete, parkähnliche Umgebung mit viel Natur lädt ein zur Rekreation und für sportliche Aktivitäten. Die beiden, im Abstand von 14 km gelegenen Klinikanlagen sind umgeben von großen eigenen Grundstücken, die für sportliche Aktivitäten, für Gartenprojekte und die Freizeit genutzt werden können. Ein Drittel der Patientenzimmer sind Einzelzimmer. In Steimel halten wir 2 Einzelzimmer für besondere Indikationen vor. Die dort angesiedelten Appartements für Adaptionpatienten sind ebenfalls Einzelzimmer, die mit einer Küchenzeile zur Selbstversorgung ausgestattet sind. In Wied halten wir 2 Wohngruppen mit jeweils 12 Einzelzimmern vor, die einen eigenen Gruppenraum sowie einen ausschließlich von der Gruppe genutzten Aufenthaltsraum zur Verfügung haben. Darüber hinaus gibt es 8 sogenannte Entlassphaseneinzelzimmer, in denen wir Patienten in der letzten Phase ihrer Behandlung unterbringen, wenn dies aus therapeutischer Sicht einen günstigen Einfluss auf die Umstellung auf das Alleinleben und die Selbstorganisation im Alltag verspricht. Desweiteren stehen mehrere weitere Einzelzimmer am Standort Wied zur Verfügung, die Patienten mit besonderer medizinischer oder therapeutischer Indikation vorbehalten sind. Die Patientenzimmer und die Funktionsräume sind in beiden Standorten barrierefrei erreichbar.

Die Aufenthaltsräume sind weitgehend barrierefrei erreichbar. Bei der Zuordnung zu den Bezugsgruppen achten wir bei gehbeeinträchtigten Patienten darauf, dass die zugehörigen Therapeutenbüros ebenfalls barrierefrei erreichbar sind, da dies nicht für alle Büros zutrifft. Alle Büros und Einrichtungen des medizinischen Bereichs sind dagegen barrierefrei erreichbar. Die Größe und Ausstattung der Räume entspricht mindestens den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund. Alle Patientenzimmer verfügen über Notruftelefon und Notrufklingel im Bad, sie sind zweckmäßig eingerichtet und werden regelmäßig bzw. zusätzlich bei Bedarf renoviert.

Beide Standorte verfügen über eine Krea-, eine Holz- und eine Textil-Werkstatt mit jeweils 8-12 Plätzen, die auch im Freizeitbereich nutzbar sind. Die beiden Patientenbüros verfügen über 8 (Steimel) bzw. 10 (Wied) Arbeitsplätze, die auch Internetzugang vorhalten. WLAN ist in beiden Häusern kostenfrei für Patienten in den freigeschalteten Zeitzonen (07:00 bis 23:00 Uhr) nutzbar. An beiden Standorten gibt es eine Sporthalle, die ebenfalls in der Freizeit nutzbar ist. Hier finden in der Regel auch die Plenumsveranstaltungen (Hausversammlung und medizinische/therapeutische Vorträge) statt. Am Standort Wied nutzen wir eine Lehrküche mit bis zu 12 Arbeitsplätzen für beide Standorte gemeinsam. Der Transport erfolgt über den Klinikfahrdienst von Steimel nach Wied.

Hier finden Kochprojekte, Ernährungsberatung und Informationsveranstaltungen statt. Die Anleitung erfolgt über die beiden Ernährungsberaterinnen, die eng mit der Küche kooperieren. Beide Häuser verfügen über einen großen Speisesaal, der gelegentlich auch für größere Patientenveranstaltungen (Weihnachtsfeier o.ä.) genutzt werden kann. Hier befinden sich Trinkwasser- und Teespender, die bis auf eine kurze Reinigungszeit durchgängig zur Verfügung stehen. Die beiden Cafés (Café Klatsch und Café NaSowas), die auch als Übungsfirmen betrieben werden, stehen ab dem Vormittag bis in den Abend (in der Regel bis 22:00 Uhr, außer bei dortigen Veranstaltungen) als Begegnungsstätten und Aufenthaltsräume ebenso zur Verfügung wie die Teeküchen für Patienten mit angeschlossenen Aufenthaltsräumen. Beide Standorte betreiben eine Fahrradwerkstatt, über die in der Fahrradsaison (April bis November) auch eine Ausleihe für den Freizeitgebrauch möglich ist. Volleyballplätze im Außenbereich sowie Tischtennisplatten und eine Patientenbibliothek stehen ebenfalls zur Verfügung.

Der medizinische Bereich in Wied und Steimel verfügt über funktional ausgestattete ärztliche Büros

sowie Besprechungsräume für Ärzte- und Behandlungskonferenzen sowie die stattfindenden Pflegeteams. An beiden Standorten sind Ambulanz- und Untersuchungsräume vorhanden mit entsprechender Geräteausstattung sowie Behandlungsräume für pflegerische und ärztliche Interventionen. Die meisten Mitarbeiter des therapeutischen Bereichs verfügen über ein Einzelbüro, zusätzlich sind Gesprächs- und Teamräume in ausreichender Größe vorhanden, in denen auch Abteilungssitzungen bereichsübergreifend stattfinden können. Für die Sport- und Bewegungstherapeuten sind Duschen verfügbar. Den Mitarbeitern von Küche, Haustechnik und Hauswirtschaft stehen Sozialräume mit Spinden und Umkleieräume zur Verfügung.

Es gibt entsprechend gekennzeichnete Patienten- und Mitarbeiterparkplätze sowie Parkplätze für Gäste und Lieferzonen für Lieferanten. Jeder Standort hat einen Empfangsbereich, in dem Anfragen von Patienten und Gästen weitergeleitet oder direkt beantwortet werden können. Eine ausreichende Anzahl von öffentlichen Toiletten wird vorgehalten sowie besonders gekennzeichnete Mitarbeitertoiletten. (Übersichtspläne Wied und Steimel s. Anlage)



6. Kooperation und Vernetzung

Die MEDIAN Klinik Wied ist eingebunden in das externe Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund, die als federführende Leistungsträger die entsprechenden Rückmeldungen zur Verfügung stellt. Wir sind Mitglied im Fachverband Sucht, erfüllen die dort festgelegten Gütekriterien und beteiligen uns auch für die Adaption an den Basisdokumentations- und Katamneseuntersuchungen. Darüber hinaus sind Mitarbeiter der Kliniken aktive Mitglieder in unterschiedlichen Fachgremien (z.B. Deutscher Bundesverband der Chefärztinnen und Chefärzte der Fachkliniken für Suchtkranke DBCS; Deutsche

Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DG Sucht; Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie dg sps; Trierer Forschungsgruppe Abhängigkeit und Suchtmittelmissbrauch TRIAS; Psychiatriebeirat des Westerwaldkreises bzw. des Landkreises Neuwied; Initiative der Drogeneinrichtungen im nördlichen Rheinland-Pfalz u. a. m.). In der Mitarbeit in entsprechenden Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln, aber auch in Beiträgen zu einschlägigen Fachtagungen, Kongressen und Fachzeitschriften stellen wir uns dem fachlichen Fortschritt in unserem Arbeitsbereich und gestalten diesen mit.

Zur Sicherstellung eines hohen medizinischen Behandlungsstandards ist eine funktionierende Kooperationsstruktur mit den regionalen medizinischen Angeboten vorhanden:

- Die Einbindung in die regionale Notfallversorgung (Hachenburg für Wied, Altenkirchen für Steimel) garantiert eine schnelle notärztliche Versorgung vor Ort. Darüber hinaus ist eine 24-stündige ärztliche und pflegerische Präsenz in der Klinik gegeben
- Es besteht eine langjährige bewährte Kooperation mit folgenden Krankenhäusern:
 - Altenkirchen (12 km) - Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, HNO und Kieferchirurgie, Gynäkologie, Urologie, intensivmedizinische Abteilung; besondere Kooperation hinsichtlich der Entzugsbehandlung bei Alkohol und Medikamentenabhängigkeit
 - Hachenburg (6 km) - Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, HNO, Gynäkologie; besondere Kooperation hinsichtlich dialysepflichtiger Patienten
 - Selters (15 km) - Neurologie, Innere Medizin
 - Dierdorf (15 km) - Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie

Die Kooperation mit den Psychiatrischen Einrichtungen in Wissen, dem Marienhausklinikum in Waldbreitbach, der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hadamar als psychiatrische Einrichtungen der Regelversorgung gewährleistet die Behandlung bei komplizierten Alkohol-, Medikamenten- und Drogenentzügen sowie bei anderen akutpsychiatrischen Indikationen. Durch die etablierte Kooperation mit niedergelassenen Ärzten der Umgebung ist eine umfassende fachärztliche Zusatzversorgung für alle Fachbereiche gewährleistet sowie eine frühzeitige Anbindung an einen Hausarzt nach Wahl des Rehabilitanden nach der Maßnahme möglich, wenn er aus der Region kommt oder hier verbleiben möchte. Die Kriterien der Arbeitssicherheit und die werksärztliche Versorgung für die Mitarbeiter sind durch das Werksarztzentrum Herborn sichergestellt. Die Mitarbeiter der MEDIAN Klinik Wied engagieren sich in den regional bedeutsamen Arbeitsgemeinschaften der psychosozialen Vernetzung, wie in den Psycho-

sozialen Arbeitsgemeinschaften Neuwied und Köln sowie im Psychiatriebeirat Westerwald. Mit den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen der Patienten besteht eine enge Vernetzung hinsichtlich der Vorbereitung und Weiterbehandlung bzw. Nachsorge. Gemeinsam mit den Beratungs- und Behandlungsstellen des Diakonischen Werkes in Westerburg sowie der Caritas in Betzdorf und Neuwied werden ambulante Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Sucht in der Region erbracht (ARS Westerwald). Mit einer Reihe von ambulanten Behandlungsstellen im nördlichen Rheinland-Pfalz, im südlichen Nordrhein-Westfalen und im westlichen Teil Hessens bestehen Absprachen/Verbünde im Hinblick auf die Erbringung von Kombinationsbehandlungen. Im ambulanten Therapieverbund Koblenz engagiert sich die MEDIAN Klinik Wied gemeinsam mit über 80 weiteren Kooperationspartnern in der Optimierung der Versorgung Suchtkranker im Mittelrheingebiet. Mit vielen regionalen Selbsthilfegruppen und überregionalen Selbsthilfeverbänden findet ein regelmäßiger Austausch statt.

Neben dem fachlichen Austausch werden Angebote von Selbsthilfegruppen kontinuierlich in unser Behandlungsspektrum eingebunden. Die Kontaktpflege mit ehemaligen Patienten geschieht regelhaft über Katamnesen und die Patientenzeitung sowie anlassbezogen bei gegebenem Einverständnis des Rehabilitanden zur weiteren Kontaktaufnahme.

Die MEDIAN Klinik Wied wirkt in Fort- und Weiterbildungsverbänden als kooperierende Einrichtung mit (z.B. Ärzteschaft Neuwied und Westerwaldkreis, Eifeler Verhaltenstherapieinstitut EVI, Ausbildungsinstitute in Bonn, Köln und Andernach, Ausbildungsinstitute an den Universitäten Trier, Mainz, Gießen) und tragen damit zur fachlichen Weiterqualifizierung in diesen Bereichen bei. In regelmäßig stattfindenden von uns organisierten Fachtagungen erfolgt der fachliche Austausch mit den Kooperationspartnern.

7. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Gemäß § 20 SGB IX nehmen wir am Qualitäts-sicherungsprogramm der Deutschen Rentenver-sicherung teil. Die Ergebnisse der Qualitätsberichte werden in unser internes Qualitätsmanagement eingepflegt, die Mitarbeiterschaft wird über die wesentlichen Ergebnisse und ggfls. Optimierungsbedarf informiert und entsprechend in Projektgrup-pen eingebunden oder gezielt geschult. Seit 2003 ist die MEDIAN Klinik Wied zertifiziert im FVS-De-GeMed-Verfahren. Im Rezertifizierungsverfahren, das 2018 ansteht erfolgt die Umstellung auf die neue DIN-Vorgabe, in der insbesondere auch der Einschätzung von Risiken und deren Gegensteu-erung Aufmerksamkeit gewidmet ist. Unser internes Qualitätsmanagement besteht aus einer QM-Steuerungsgruppe, in der die Bereichsleiter und die Geschäftsführer gemeinsam mit dem externen Qualitätsmanagementbeauftragten kontinuierlich an einer verbesserten Steuerung der Abläufe und Prozesse und damit an einer Optimierung unserer Leistungen gegenüber allen Interessenspartnern (z.B. Rehabilitanden, Leistungs- und Kostenträger, Mitarbeiter) arbeiten. Ergänzt wird dies durch das QM-Team, in dem Mitarbeiter aus allen Bereichen aufgabenbezogen und zeitlich befristet mitwirken, durch Projektgruppen, die gezielt einen Auftrag aus der QM-Steuerungsgruppe bearbeiten oder auch durch Mitarbeit in (zeitlich befristeten) internen und externen Qualitätszirkeln. Zur kontinuierlichen Prozess- und Ergebnisüberprüfung nutzen wir die Daten der Basisdokumentation und der Einjahreskatamnese, die gemäß der Vorgaben des Deut-schen Kerndatensatzes anonymisiert zur einrich-tungsübergreifenden Auswertung zur Verfügung gestellt werden (Fachverband Sucht und Deutsche Suchthilfestatistik). Wir erheben Zufriedenheitsein-schätzungen sowie Einschätzungen zum Behand-lungserfolg bei unseren Rehabilitanden gegen Ende der Maßnahme. Hier werden gezielt in den ärztlichen und therapeutischen Abschlussgesprä-chen auf die Rückmeldungen eingegangen sowie Anregungen aufgegriffen.

Wir sind Mitglied im Fachverband Sucht und erfül-len die dort festgelegten Gütekriterien. Darüber hinaus sind Mitarbeiter der Kliniken aktive Mitglie-der in unterschiedlichen Fachgremien. Schaltstelle für die patientenbezogene Ablauf-organisation und Zielüberwachung ist das jeweilige Behandlungsteam, bestehend aus Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut, unter Fachaufsicht des Ltd. Arztes und der Ltd. Psychologin. Regelmäßige Besprechungen in den Abteilungen sowie bereichs-übergreifend schaffen Planungssicherheit und Umsetzungsqualität durch einen gezielten Informa-tionsfluß und abgestimmte Vorgehensweisen.

Indikative medizinische und psychologische Diag-nostik, Anpassungen von individuellen Therapiever-läufen an Erfordernisse des Patienten oder Schnitt-stellengestaltung sind hier z.B. wichtige Themen. Die regelmäßige Auswertung und Sichtung der in der fachlichen Basisdokumentation und den Rou-tinekatamnesen sowie den Patienten-Bewertungs- und Zufriedenheitsfragebögen erfaßten Ergebnisse führen zu Entwicklungszielen und deren Umsetzung auf fachlicher oder organisatorischer Ebene.

Nach dem „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungs-bericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ dokumentieren wir Eingangsvoraussetzungen, Verlauf und Ergebnis der individuellen Reha-Maßnahme. Unsere eigenen Auswertungen zu Qualitätskriterien, zu Ergebnis-merkmalen und zu nachhaltigen Erfolgen werden regelhaft in internen Fortbildungsveranstaltungen („MEDIAN Klinik Wied in Zahlen“) in die Mitarbeiter-schaft zur Kenntnis und Diskussion gebracht, ergänzt durch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung.

8. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Ein multiprofessionelles Team an zwei Standorten der Leistungserbringung unter einem gemeinsamen Konzept bedarf der guten Steuerung der Kommunikation. Regelmäßige, dem Arbeitsauftrag angemessen frequente Abteilungssitzungen in den 6 fachlichen Abteilungen (Langzeit Steimel, Langzeit Wied, Kurzzeit Wied, Funktionstherapie, Pflege und Stationäre Reha-Abklärung und Vernetzung) sind wichtige Bausteine für die hohe Qualität am Patienten und eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit. Viermal pro Woche werden in den Behandlungsabteilungen Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team aus Ärzten, Therapeuten und Sozialarbeitern durchgeführt unter Leitung des zuständigen Abteilungsleiters.

Jeder Mitarbeiter aus allen drei Bereichen (Medizin, Therapie, Verwaltung) kann – neben bestehenden externen Supervisionsangeboten – patienten- oder arbeitsplatzbezogen interne Supervision bei Ltd. Arzt, der Ltd. Psychologin sowie deren entsprechend ausgebildeten Stellvertretern anfordern. Diese interne Supervision kann einzeln oder in dem Thema angemessenen Gruppen durchgeführt werden. Mehrfach im Monat werden für die Ärzte, die Pflegekräfte, die therapeutischen Mitarbeiter und auch die Mitarbeiter der Verwaltung geleitete Arbeitsbesprechungen durchgeführt. Dies geht von täglichen Kurzbesprechungen bis zu zweistündigen, an fachliche Themen gebundene Arbeitsbesprechungen mit teilweise auch internem Fortbildungscharakter. Die elektronische Ausstattung erleichtert die Kommunikation über interne E-Mails, Dienstbuch mit spezifischen Zugriffsrechten bzgl. patientenbezogener Informationen sowie der elektronischen Patientenakte, die den jeweiligen Behandlern des Patienten zugänglich ist und damit einen schnellen Einblick in den Stand der Behandlung und eventuelle Besonderheiten gewährt. Die elektronische Therapieplanung für den Patienten ermöglicht die Übersicht, wann welcher Behandler

mit welchem Angebot den Patienten anspricht. Jeder Rehabilitand erhält hieraus am Donnerstag der Woche für die darauffolgende Woche seinen Therapieplan, der dann noch durch aktuelle Ergänzungen modifiziert oder vervollständigt werden kann. Ein QM-gesteuerter Einarbeitungsplan stellt sicher, dass neue Mitarbeiter bereits zu Beginn in Notfallverhalten, Risikovermeidung, Datenschutz- und Schweigepflichtvorgaben sowie die Abläufe der in der MEDIAN Klinik Wied eingewiesen ist. Der neue Mitarbeiter hat hier eine Pflicht zur Selbstorganisation, deren Ergebnisse fortlaufend in Einarbeitungsgesprächen überprüft werden. Insbesondere der Einweisung in den sozialmedizinischen Hintergrund unseres Behandlungsauftrags kommt eine hohe Priorität zu. Alle Mitarbeiter im therapeutischen Bereich erhalten in den ersten zwei Jahren ihrer Tätigkeit in der MEDIAN Klinik Wied eine zweimal pro Monat stattfindende sogenannte Fachaufsicht, in der im Einzelsetting Fragen, Behandlungsprobleme oder andere Aspekte diskutiert werden. Der Ltd. Arzt bzw. seine Stellvertreter führen regelmäßige Schulungen für die medizinischen und therapeutischen Mitarbeiter durch, die den Reha-Auftrag, die Durchführung und die Dokumentation betreffen. Gezielte Schulungen zu Störungsbildern in internen Fortbildungen werden regelhaft immer wieder angeboten.

Die Bereichsleitungen der MEDIAN Klinik Wied treffen sich wöchentlich zur Klärung gemeinsamer oder übergreifender Aufgaben. Das Gremium der Fachleitung, bestehend aus den Fachvorgesetzten aus Medizin und Therapie, treffen sich regelmäßig monatlich, um konzeptuelle Fragen zu diskutieren, das gemeinsame Behandlungsverständnis zu sichern und weiterzuentwickeln. Hier setzen wir uns auch gezielt mit den Rückmeldungen aus dem QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung auseinander und beraten entsprechend zielorientierte Möglichkeiten der Optimierung unserer Ergebnisse und damit der Behandlungsqualität.

Geschäftsführung und Bereichsleitungen kommen bei Bedarf in unterschiedlichen Zusammensetzungen aufgabenorientiert zu Arbeitssitzungen zusammen und treffen sich zu einer Quartalskonferenz, um Weiterentwicklungen und größere Perspektiven abzustimmen, die sich z.B. auch aus dem Qualitätsmanagement ergeben können.

Mindestens zweimal im Jahr sind die Mitarbeiter zur „Betriebsversammlung“ durch den Betriebsrat und zur „Personalversammlung“ durch die Geschäftsführung und die Bereichsleitungen eingeladen. Hier wird in der Öffentlichkeit der Klinikmitarbeiter informiert über neue Entwicklungen und Pläne, Betriebsergebnisse und Ergebnisse des Qualitätsmanagements.



9. Notfallmanagement

Das medizinische Personal der beiden Standorte wird regelmäßig mehrmals im Jahr sowohl in fachlich-medizinischen Fragen der Notfallversorgung und medizinischen Notfallhilfe durch externe Referenten und Anleiter geschult. Alle Mitarbeiter erhalten bei Einstellung sowie folgend einmal im Jahr eine Schulung durch interne Fachleute eine Einweisung in das richtige Verhalten im Notfall, insbesondere bei Feuer oder anderen Evakuierungsmaßnahmen. Alle Patientenzimmer und Therapie- und Aufenthaltsräume sind mit Telefonen mit Notruftaste ausgestattet sowie mit Notrufklingeln in den Bädern.

Im Rahmen unseres internen Qualitätsmanagements liegt ein ausgearbeitetes Notfallmanagement vor, das regelmäßig gesichtet und eventuell angepasst wird. Hierin sind auch die Einführung in den Notfalkoffer an jedem Standort, deren regelhafter Überprüfung, die Kennzeichnung von Fluchtwegen, das Vorhalten der Notfallrufnummern und Notfalltelefonen in den öffentlichen Bereichen sowie die Schulungskataster zu finden.

Wir sind eingebunden in das notärztliche Versorgungssystem vor Ort, so dass unterstützend zum diensthabenden Arzt dies bei entsprechenden Vorfällen in Anspruch genommen werden kann. Im Arbeitskreis „Arbeitssicherheit“, der mindestens

viermal im Jahr stattfindet, werden die Arbeitssicherheitsaspekte sowohl für die medizinischen und therapeutischen Angebote als auch für die unterstützenden Prozesse gesichtet und ggfls. weiterentwickelt. Die Mitarbeiter, die Maschinen bedienen (Haustechnik, Pflegepersonal, Ergotherapeuten) werden regelmäßig geschult und können im Fall von größeren Maschinen einen bei einer zuständigen Einrichtung erworbenen Maschinenschein vorweisen.

Regelmäßig finden unangekündigte Feueralarme statt, um sicherzustellen, dass alle Patienten und Mitarbeiter den Ablauf kennen und beherrschen. Hierbei unterstützen die lokalen Feuerwehren.

Es besteht ein guter, regelmäßig gepflegter Kontakt mit direkter Verbindung zur örtlichen Polizei.

10. Fortbildung, Aus- und Weiterbildung

Die MEDIAN Klinik Wied bietet ihren Mitarbeitern regelmäßig interne Fortbildungen zu medizinischen und psychotherapeutischen Themen sowie zu Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation an. Hierzu werden sowohl externe Referenten angesprochen als auch eigene fachkundige Mitarbeiter involviert. Wir nutzen die fachlichen Fortbildungsangebote der Leistungsträger, der Fachgesellschaften und Verbände, zu denen insbesondere Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase oder im Verlauf der Zusammenarbeit bei Neuerungen oder zur Auffrischung dienstlich veranlasst entsandt werden. Wir beteiligen uns regelmäßig an Fachkongressen, Fachtagungen und Arbeitstagungen und richten ebenfalls regelhaft zur Unterstützung des fachlichen Dialogs solche aus.

Der Leitende Arzt der MEDIAN Klinik Wied und unsere Einrichtung verfügen zur Zeit über eine ein-

jährige Weiterbildungsberechtigung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 6 Monate Sozialmedizin, die Leitende Psychologin bildet im Rahmen ihrer fachlichen Qualifikation und als Supervisorin Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten sowie Sozialtherapeuten Sucht aus. Wir sind Ausbildungsbetrieb in den Bereichen Küche, Verwaltung und EDV und erfüllen damit auch einen uns wichtigen Vernetzungsaspekt in der Region.

Darüber hinaus bietet die MEDIAN Klinik Wied seit 2003 im Rahmen einer Betriebsvereinbarung allen Mitarbeitern zeitliche und finanzielle Unterstützung bei der Erlangung aller von den Sozialversicherungsträgern anerkannten Zusatzausbildungen, wie z. B. die geprüften medizinisch und therapeutischen Weiterbildungen i. S. der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankung“.



11. Supervision

Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist als qualitätssichernde und -förderliche Unterstützung und Beratung in unserer Einrichtung in Form von interner Supervision (fallbezogen, auf Anforderung) und externe Supervision (fall- und teambezogen in der jeweiligen multiprofessionell zusammengesetzten Abteilung) fester Bestandteil. Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Fachaufsichten mehrmals die Woche und bei besonderen Situationen erfahren die Mitarbeiter Unterstützung durch den Leitenden Arzt und Leitenden Psychologen als Fachvorgesetzte mit supervisorischer Kompetenz

sowie durch deren Stellvertreter, die einen entsprechenden fachlichen Kenntnisstand aufweisen. In der externen Supervision werden Personen mit entsprechender Qualifikation, wenn möglich mit Erfahrung in der Suchtarbeit, nach Auswahl der betroffenen Abteilung einbezogen. Die externe Supervision wird etwa alle 6 Wochen mit einem Umfang von 2 Zeitstunden durchgeführt. Mit den Supervisoren werden Jahresverträge geschlossen, die nach Bewertung durch Abteilung und Supervisor verlängert werden können. In der Regel arbeiten wir mit Supervisoren 3 bis 5 Jahre zusammen, bevor ein Wechsel angezeigt wird. In diesem

Rahmen besteht auch für einzelne Mitarbeiter die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Coaching, was sich insbesondere bei der Übernahme neuer und hier leitender Aufgaben als hilfreich erweist.

Dies kann nach Maßgabe eines vorhandenen Budgets bei einem externen Supervisor der Wahl des Mitarbeiters im Kliniksetting oder außerhalb umgesetzt werden.



12. Hausordnung/Therapievereinbarung

Transparenz und Verbindlichkeit sind wichtige Bedingungen therapeutischer Prozesse, die durch Konzeption und Rahmenbedingungen der Behandlung sichergestellt werden. Grundlage sind miteinander vereinbarte „Spielregeln“, die bindenden Charakter für alle an der Therapie Beteiligten haben. Durch den Umgang mit diesen Regeln stellen sich Verhaltens- und Beziehungsmuster dar, die einerseits zu einem gewissen Grad vorhersehbar und damit induzierbar sind, andererseits durch die wechselseitige Kontrollierbarkeit eine Basis für Sicherheit und Vertrauen ergeben. Die Summe der Strukturvorgaben, einschließlich der ökologischen Rahmenbedingungen, ermöglicht einen zielorientierten Entwicklungsprozess.

„Unsere Regeln für das Zusammenleben“ bilden für eine förderliche therapeutische Atmosphäre eine wichtige Grundlage. Sie werden vom Patienten bei der Aufnahme der Behandlung anerkannt und in der abgeschlossenen Therapievereinbarung zwischen Patient und Bezugstherapeut als Vertreter der Behandler von beiden Seiten als verbindlich bestätigt. Kommt es zu Regelverletzungen werden individuelle Klärungsprozesse erforderlich

und angestoßen. Diese sind Inhalt der therapeutischen Arbeit, da sie für uns als (Re-)Aktualisierung von Problemverhalten des Patienten interpretiert werden. Da die Sicherung eines weitgehend suchtmittelfreien Raums eine Basis für die therapeutische Arbeit darstellt, kommt dem Einbringen von Suchtmitteln in den Klinikraum und insbesondere dem Anbieten an andere eine besonders schwere Bedeutung zu.

Neben dem Ansetzen einer Klärungsphase, die wir auch bei Suchtmittelrückfall nutzen, kann es auch zur geordneten sofortigen Entlassung kommen – auf ärztlich-therapeutische Veranlassung, wenn es keine Grundlagen für eine weitere Behandlung gibt oder disziplinarisch, wenn entsprechend kriminelle oder grob fremdgefährdendes Verhalten vorliegt.

Die Androhung oder Ausübung körperlicher Gewalt verhindert ebenfalls ein Sicherheit und Vertrauen vermittelndes Umfeld. Nur in ausgewählten, besonderen Einzelfällen setzen wir die Behandlung fort, etwa beim Vorliegen eines Ausnahmezustands des Patienten aufgrund von Provokation o.ä.

Mit aus der Vorgeschichte gewaltbereiten oder zur Gewalt neigenden Patienten schließen wir einen Antigewaltvertrag ab, der das Umgehen mit den Risiken und die von uns angebotenen Hilfestellungen beinhaltet.

13. Zugrundeliegende Gesetzestexte, Empfehlungen und Vorgaben

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): AWMF-S2-Leitlinie 076/008 Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen, 11.02.2003 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-008.html>

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): AWMF-S2-Leitlinie 076/009 Medikamentenabhängigkeit, 17.05.2006 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-009.html>

BAR: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12, 2006, http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit_172.pdf

BAR: Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.03.2003 http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Qualitaetssicherung_79.pdf

BAR: Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 08.11.2005 http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Sozialdienste_82.pdf

BAR: Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX, Oktober 2009 [http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_\(2\)_1401.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_(2)_1401.pdf)

BAR: Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX, Oktober 2009 http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_%282%29_1401.pdf

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung - Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen April 2010, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung

Deutsche Rentenversicherung: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht - Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, 2009 <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Reha-Einrichtungen > EDV-Verfahren und Dokumentationshilfen

Deutsche Rentenversicherung: KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Berlin 2007

Deutsche Rentenversicherung: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtungen, Mai 2010, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Strukturqualität

Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 01.01.2010, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Reha-Therapiestandards

Deutsche Rentenversicherung: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung 01.04.2009, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere > Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation

Deutsche Rentenversicherung: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung vom 07.04.2008 <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere > Nachsorge

Deutsche Rentenversicherung Bund: Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation vom 06.08.2007
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>
> Zielgruppen > Reha-Einrichtungen > Rehabilitationskonzept

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008 <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere > Rahmenkonzept zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Projektgruppe Suchtbehandlung beim VDR: Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker; DRV Heft 10-11 Oktober/November 2005, S. 577-598 Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001

<http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/grundsatzpapiere/abhaengigkeitserkrankung/index.htm>

Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Rehabilitation und der stationären Vorsorge nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V vom 01.06.2008

<http://www.qs-reha.de/downloads/vereinbarung.pdf>
Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der

Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken vom 08.03.1994

http://www.suchthilfe.de/basis/verfahrensabsprache_rahmenkonzept_adpation_3_1994.pdf
www.deutsche-rentenversicherung.de > Rehabilitation > Reha-Qualitätssicherung
www.qs-reha.de

Deutsche Rentenversicherung Bund. 2015. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.12.2012.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_nachsorge_abhaengigkeitskranker_2012.html
vom 16.02.2015, 12:15.

Funke, W. & Schroeder, W. (2016) Kompetenz durch Können, Verbindlichkeit und Respekt. Behandlungskonzept der MEDIAN Klinik Wied. Wied: Eigenverlag (ebook und gedruckte Version).

Teil B:

Die Leistungen der MEDIAN Klinik Wied in Zahlen: Qualitätskompass

MEDIAN Klinik Wied
Mühlental
57629 Wied
Telefon +49 (0)2662 806-0
Telefax +49 (0)2662 806-166
kontakt.wied@median-kliniken.de

www.median-kliniken.de