



FACHKLINIK FÜR
MENSCHEN MIT BEEINTRÄCHTIGUNGEN
UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN
REHABILITATIONSKONZEPT



Verfasser*innen

Andreas Jakubek
Dr. med. Manuel Seewald
Susanne Funke
Andreas Rahn-Werneck
Nicola Koch
Job Feldmann
Anke von Seggern
Frank Wieck
Sarah Büsing
sowie weitere Mitarbeitende des Teams.

Stand: 22.06.2023 / Version 14

Kontakt

Fachklinik Oldenburger Land
Neerstedter Straße 9
27801 Dötlingen-Neerstedt

Telefon: 04432-9480-0
Telefax: 04432-9480-94
Email: fachklinik.ol-land@diakonie-ol.de
Internet: www.fachklinik-oldenburger-land.de

Träger

Diakonisches Werk Oldenburg
Fachklinik Oldenburger Land gemeinnützige GmbH
Kastanienallee 9-11
26121 Oldenburg
Geschäftsführer: Thomas Feld, Uwe K. Kollmann
Telefon: 0441-21001-0
Telefax: 0441-21001-99
Email: info@diakonie-ol.de
Internet: www.dw-ol.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort - Kernsätze der Diakonie	8
1. Einleitung	10
2. Allgemeines	11
3. Die Einrichtung	12
4. Rehabilitationskonzept	15
4.1 Theoretische Grundlagen	15
4.1.1 Epidemiologie	15
4.1.2 Abhängigkeitserkrankungen – eine Einschränkung der funktionalen Gesundheit .	17
4.1.3 Erklärungsmodelle und Wirkfaktoren der Behandlung	19
4.1.4 Behandlung unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele.....	26
4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	28
4.2.1 Indikationen nach ICD	28
4.2.2 Kontraindikationen für die stationäre Behandlung in unserer Klinik	28
4.2.3 Aufnahmevoraussetzungen	29
4.3 Rehabilitationsziele	29
4.4 Rehabilitationsdauer	30
4.4.1 Verlängerung der Behandlung.....	31
4.4.2 Verkürzung der Behandlung	31
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	31
4.6 Rehabilitationsprogramm	33
4.7 Rehabilitationselemente	33
4.7.1 Aufnahmeverfahren	33
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	34
4.7.3 Medizinische Therapie	36
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote.....	37
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen.....	39
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	46
4.7.7 Freizeitangebote	48
4.7.8 Klinische Sozialarbeit (Sozialdienst).....	49
4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung.....	49
4.7.10 Angehörigenarbeit	50
4.7.11 Rückfallmanagement	50

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	51
4.7.13 Heilerziehungspflegerischer Dienst	51
4.7.14 Nachgehende Leistungen	53
4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	54
5. Personelle Ausstattung	55
6. Räumliche Gegebenheiten	56
6.1 Liste der Räumlichkeiten	57
6.1.1 Neubau	57
6.1.2 Altbau	57
6.1.3 Therapiegebäude	59
6.1.4 Werkstatt	59
6.1.5 Gärtnerei	59
6.1.6 Buchenhof	60
6.1.7 Scheune	60
7. Kooperation und Vernetzung	60
7.1 Kompetenzförderung	60
7.2 Verbundarbeit	61
7.3 Kooperationen	62
7.4 Selbsthilfe	62
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	62
8.1 Externe Qualitätssicherung	63
8.2 Internes Qualitätsmanagement	64
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	67
10. Notfallmanagement	67
11. Fort- und Weiterbildung	68
11.1 Fortbildung	68
11.2 Weiterbildung	68
12. Supervision	69
13. Haus- und Therapieordnung - Klinikregeln	69
Literatur	71
Anlagen	76
Klinikregeln	76
Rückfallkonzept	83
Beispielwochenplan	84

Organigramm	85
Prozess Notfallmanagement	86

Vorwort - Kernsätze der Diakonie

Dieses Konzept orientiert sich an den Kernsätzen/Leitmotiven für die Gestaltung der Arbeit des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg.

Wir sind dem Menschen zugewandt und sehen uns als Teil unserer Kirche, in diesem Sinne arbeiten wir.

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der hilfebedürftige Mensch, ihn nehmen wir mit allen persönlichen Bezügen und Ressourcen wahr. Mit dieser Sorgfalt begegnen wir auch uns und unseren Mitarbeitenden. Unsere Rehabilitationseinrichtungen stehen den Hilfebedürftigen offen. Wir geben den Menschen die Hilfe, die sie in ihrer konkreten Situation benötigen.

Wir sind immer auf dem Weg und dabei beständig.

Unsere Konzepte beschreiben das Ergebnis der Suche nach Optimierung der Arbeit in unserem Helfefeld. Veränderungen sind für uns selbstverständlich, ohne Bewährtes aufzugeben oder in unserer Beständigkeit nachzulassen. Wir achten die Schöpfung und gestalten unsere Angebote unter dem Gesichtspunkt ökologischer Verträglichkeit.

Wir bieten Modelle zukunftsweisender psychosozialer Hilfen an.

So wie sich die Gesellschaft ändert, ändern sich auch die Bedürfnisse der Menschen sowie die Strukturen, in denen Hilfeleistungen angeboten werden. Für unterschiedliche Anforderungen an unsere Hilfe gibt es differenzierte Behandlungsangebote, die ständig weiterentwickelt werden. Wir fördern eine ganzheitliche persönliche Entwicklung, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung.

Wir sind den Menschen im Oldenburger Land bekannt und in der Gesellschaft vernetzt.

Eine aktive und sorgsame Öffentlichkeitsarbeit ist uns wichtig. Die Vernetzung und gute Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Fachstellen Sucht, Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Ärzt*innen¹, Leistungsträgern, anderen Institutionen der Suchthilfe und darüber hinaus ermöglicht die Nutzung vorhandener Ressourcen und dient der Nachhaltigkeit unserer Angebote.

Wir benennen Gefahren gesellschaftlicher Exklusion und verfolgen inklusive Konzepte.

Menschen wurden und werden aus der Gesellschaft ausgeschlossen. Dieser Ausschluss berührt die Würde jedes Einzelnen. Rehabilitation dient der Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft. Unsere Behandlungskonzepte für hilfebedürftige Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung beinhalten auch spezialisierte Angebote für Jugendliche und Menschen mit Hörschädigung oder intellektuellen Beeinträchtigungen.

¹ Wir denken, sprechen und schreiben inklusiv. Daher wird in diesem Konzept zuerst der Mensch und dann ihn beschreibende Aspekte wie beispielweise eine Beeinträchtigung genannt. Wir verwenden genderneutrale Begrifflichkeiten („Mitarbeitende“) sowie den Gender-Star um Menschen aller Geschlechter einzuschließen („Rehabilitand*innen“).

Wir pflegen einen ermutigenden, auf Selbständigkeit und Verantwortlichkeit setzenden Führungsstil.

Wir wissen, Menschen tun Gutes, die Gutes erlebt haben. Menschen handeln verantwortungsvoll, denen Verantwortung übertragen wird. Menschen vertrauen, denen Vertrauen entgegengebracht wird. Menschen handeln selbständig, denen Selbständigkeit zugetraut wird.

Erfolgreiche Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kann nur von selbstbewussten und selbständig arbeitenden Menschen geleistet werden.

Wir sind professionell.

Unsere Arbeit orientiert sich an hohen beruflichen und fachlichen Standards, an den Regeln verantwortlicher Verwaltung und wirtschaftlicher Betriebsführung. Unsere Mitarbeitenden verfügen über eine fundierte Ausbildung und bilden sich regelmäßig weiter.

Wir sind in dem, was wir tun, verbindlich und zuverlässig.

Wir halten unsere Zusagen ein, erwarten dies auch von unserem Gegenüber. Dies gilt insbesondere für unsere Leistungsträger und unsere Rehabilitand*innen.

Wir bleiben kreativ.

Trotz knapper öffentlicher Mittel und personeller Ressourcen lassen wir uns nicht entmutigen. Wir lernen, mit Mangelsituationen umzugehen, suchen und finden kreative Lösungen für die uns anvertrauten Menschen.

Wir stehen wirtschaftlich auf sicheren Füßen.

Unsere Arbeit muss wirtschaftlich gesichert sein und ein hohes Maß an Qualität aufweisen. Dies bedeutet, die Grenzen unserer Möglichkeiten deutlich zu benennen, aber auch Effektivität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Dadurch wird der notwendige Handlungsspielraum für unsere Arbeit und eine angemessene Bezahlung unserer Mitarbeitenden ermöglicht.

Wir arbeiten mit größtmöglicher Transparenz nach innen und außen; Grenzen zeigen wir hierbei offen auf und begründen sie.

Für alle unsere Mitarbeitenden erarbeiten wir Stellenbeschreibungen sowie verbindliche und transparente Arbeitsstrukturen. Wir geben Auskunft über die von uns erbrachten Leistungen und über die Verwendung der uns zur Verfügung stehenden Mittel im Sinne der Wahrnehmung von Verantwortlichkeit für die Menschen in unserem Umfeld.

1. Einleitung

In der Fachklinik Oldenburger Land werden Menschen mit Substanzkonsumstörungen, vor allem Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängigkeit, sowie nicht-stoffgebundenen Süchten behandelt. Die Fachklinik ist eine spezielle Einrichtung für erwachsene Frauen und Männer mit Abhängigkeitserkrankungen und intellektuellen Beeinträchtigungen. Dabei werden auch Personen mit Abhängigkeitserkrankungen und weiteren psychiatrischen Erkrankungen, z.B. hirnganischen Beeinträchtigungen, Persönlichkeitsstörungen und/oder affektiven Störungen aufgenommen und behandelt.

Substanzkonsumstörungen und Abhängigkeitserkrankungen verstehen wir entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005) als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (vgl. AWMF Leitlinie alkoholbezogene Störungen 2021). Alle Substanzkonsumstörungen und Abhängigkeitserkrankungen führen zu vergleichbaren Folgen bezüglich Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie zu Beeinträchtigungen im Bereich der Kontextfaktoren. Die Folgen und Beeinträchtigungen sowie Begleiterkrankungen müssen gemeinsam behandelt werden. Deshalb ersetzen wir die suchstoffzentrierte Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen durch eine ICF-basierte integrierte Behandlungsweise.

Ein koordiniertes Zusammenwirken der individuell auf unsere Rehabilitand*innen zugeschnittenen Interventionen in unserer Klinik sowie ein koordiniertes Zusammenwirken unserer Interventionen mit denen anderer Behandelnder ermöglicht eine erfolgreiche Rehabilitation.

- Deshalb arbeiten in unserer Klinik die behandelnden Berufsgruppen multidisziplinär zusammen. So werden psychische, somatische und soziale Aspekte der Krankheit erfasst. Diese diagnostischen Erkenntnisse sind die Grundlage unserer auf die jeweiligen Rehabilitand*innen abgestimmten Behandlung (vgl. AWMF Leitlinie alkoholbezogene Störungen 2021).
- Deshalb integrieren wir in die Behandlung unserer Rehabilitand*innen evidenzbasierte tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, schematherapeutische, humanistische, systemische und neurobiologische Therapieverfahren und orientieren uns an vorhandenen Rehabilitationsstandards, z.B. Reha-Therapiestandards bei Alkoholabhängigkeit der DRV (vgl. ebd.).
- Deshalb schließt die Therapie die Behandlung sowohl körperlicher als auch psychischer Begleiterkrankungen ein.
- Deshalb ist unsere Klinik durch ihre Vernetzungen in die Region integriert. Wir kooperieren hinsichtlich Prävention, Behandlung, Krisenintervention und Notfallmanagement mit Akutkrankenhäusern, ärztlichen Praxen, Fachstellen Sucht/Suchtberatungsstellen, Fachberatungsstellen, Wohnheimen und Wohngruppen für Menschen mit Beeinträchtigungen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Selbsthilfegruppen, sozial-psychiatrischen Diensten, Jobcentern etc.

Die Perspektive unseres rehabilitativen Handelns berücksichtigt umwelt- und personenbezogene Barriere- und/oder Förderfaktoren (Schuntermann 2020; BAR 2004) und setzt therapeutische Akzente im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe.

Wir beachten die „UN-Behindertenrechtskonvention“, welche das Vorhalten von Angeboten und Einrichtungen vorsieht für Menschen mit Behinderung, die ihren besonderen Bedürfnissen gerecht werden (§4). Dies gilt auch für spezialisierte Angebote im Bereich der Gesundheitsversorgung und -förderung (§25). Wir stellen in diesem Zusammenhang die Zugänglichkeit zur

Klinik sicher (§9). Auch im Hinblick auf die Kommunikation bauen wir Barrieren ab, beispielsweise durch die Verwendung von einfacher Sprache und Piktogrammen.

Im Auftrag unserer Leistungsträger, vorwiegend der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), führen wir stationäre medizinische Rehabilitation durch.

Ziel unserer Behandlung ist es, die Arbeitsfähigkeit, die Erwerbsfähigkeit und die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Anforderungen des SGB sowie den Fähigkeiten der Rehabilitand*innen dauerhaft zu sichern. Es soll die persönliche Entwicklung und im Sinne der Inklusion die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ganzheitlich gefördert werden. Daraus folgt, dass das Fortschreiten von Beeinträchtigungen und einer etwaigen Pflegebedürftigkeit verhindert werden soll. Wir tragen somit bei zu einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung auch über die Entwöhnungsmaßnahme hinaus.

Rehabilitand*innen sind Partner*innen und aktiv Handelnde im Behandlungsprozess. Mit ihnen vereinbaren wir die Ziele ihrer Behandlung.

Das interne Qualitätsmanagement der Fachklinik Oldenburger Land ist nach den Vorgaben der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 SGB IX zertifiziert. Die Teilnahme an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung ergibt sich unmittelbar aus den Vorgaben des SGB.

2. Allgemeines

Rehabilitationskonzept für die Fachklinik Oldenburger Land, einer stationären Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und insbesondere intellektuellen Beeinträchtigungen.

Träger der Fachklinik Oldenburger Land ist die *Diakonisches Werk Oldenburg Fachklinik Oldenburger Land gemeinnützige GmbH*.

Institutionskennzeichen (IK): 570 340 045

Anschrift: Neerstedter Straße 9, 27801 Dötlingen-Neerstedt

Telefon: 04432-9480-0

Telefax: 04432-9480-94

E-Mail: fachklinik.ol-land@diakonie-ol.de

Internet: www.fachklinik-oldenburger-land.de

Geschäftsführung: Herr Thomas Feld, Herr Uwe K. Kollmann

Anschrift: Kastanienallee 9-11, 26121 Oldenburg

Telefon: 0441-21001-0

Ärztliche Leitung: Andreas Jakubek

Stellvertretung: Frau Elwira Wilske

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger. Mit diesen haben sich die Rehabilitand*innen einverstanden erklärt.

3. Die Einrichtung

Das Hauptgebäude der Fachklinik Oldenburger Land wurde 1908 errichtet und war bis zum zweiten Weltkrieg für das Großherzogtum/den Freistaat Oldenburg ein Heim für „schwer erziehbare“ Jungen mit angeschlossenen Landwirtschaftsbetrieb. Seit 1976 wird die Einrichtung in Neerstedt für die stationäre Suchthilfe genutzt (1985 Fachkrankenhaus „To Hus“, seit 1996 Fachklinik Oldenburger Land). Die Fachklinik Oldenburger Land entwickelte spezielle Angebote für Menschen mit Behinderungen. Es wurden spezifische Behandlungen für Menschen mit Hörschädigungen und Suchterkrankungen durchgeführt. 1996 wurde eine Gruppe speziell für Menschen mit Suchterkrankung und intellektuellen Beeinträchtigungen eingerichtet, die schließlich zu einem Angebot von 16 Therapieplätzen für diesen Personenkreis führte. Ab dem Jahr 2017 spezialisierte sich die Fachklinik Oldenburger Land in Gänze auf die Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen und Beeinträchtigungen, wobei vor allem Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und dabei teilweise auch Menschen mit hirnrorganischen Beeinträchtigungen und psychiatrischen Residualsyndromen behandelt werden.

Eine herausragende Besonderheit der Fachklinik Oldenburger Land bildet ihre Einbettung in eine in den mehr als 40 Jahren ihres Bestehens erschaffene Parklandschaft von bezaubernder Schönheit - eine Umgebung mit durchaus hoher Relevanz für das Gelingen des Rehabilitationsprozesses bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen.

Barrierefreiheit wird gemäß den Vorschriften des SGB I und IX sowie des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) gewährleistet.

Damit die Kommunikation mit unseren Rehabilitand*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen gelingt, erfolgt diese in einfacher Sprache und mithilfe von Piktogrammen.

Die Klinik verfügt über einen Fahrstuhl und schwellenfreie Türen. Sie ist somit für Menschen im Rollstuhl und Menschen mit einer Gehbehinderung geeignet.

Die Zimmer sind mit Betten mit stabilem Lattenrost für adipöse Rehabilitand*innen ausgestattet, so dass eine Aufnahme bis zu einem Körpergewicht von 180 kg möglich ist. Es sind Zimmer mit barrierefreien Bädern und speziellen Betten für mobilitätseingeschränkte Rehabilitand*innen vorhanden. Zudem werden Zimmer mit überlangen Betten vorgehalten.

(a) Geographische Lage/Standort

Die Fachklinik Oldenburger Land liegt in der "Wildeshauser Geest", einem Erholungsgebiet zwischen den Städten Oldenburg (25 km) und Wildeshausen (12 km). Beide Städte sind durch Busverkehr zu erreichen. Die Bushaltestelle „Fachklinik“ liegt direkt an der Klinik. Eine Bahn-anbindung in Richtung Bremen und Osnabrück gibt es in Brettorf, einem Nachbarort in ca. 4,5 km Entfernung. Eine Abholung vom dortigen Bahnhof wird auf Wunsch organisiert. Im fußläufig erreichbaren Ort Neerstedt befinden sich:

- Supermarkt, Bäckerei, Frisör, Imbiss etc.
- (Zahn-)ärztliche Praxen
- Post- und Bankfiliale.

(b) Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten

Die Klinik ist in sechs Funktionsbereiche gegliedert (Medizin, Psychotherapie inklusive Sozialarbeit und Heilerziehungspflege, Ergotherapie, Pflegedienst, Wirtschaftsdienst und Verwaltung). Jeder Bereich hat eine Bereichsleitung. Die Gesamtleitung obliegt der ärztlichen Leitung der Klinik. Die Rehabilitand*innen sind in zwei Häusern in Einzelzimmern mit eigener Nasszelle untergebracht. Die Klinik verfügt über Alkoholmessgeräte (Alkomat), EKG-Gerät, Notfallkoffer

und Defibrillator. Akupunktur nach NADA wird angeboten. Die therapeutischen Angebote finden auf dem Klinikgelände statt. Außerdem gibt es eine Vollküche mit Speisesaal und Cafeteria sowie Fitness- und Kreativräume. Es gilt:

- Die Aufnahme von Paaren ist möglich.
- Die Aufnahme von Begleitpersonen oder Kindern ist nicht möglich.
- Die Aufnahme von Personen in Substitutionsbehandlung ist nicht möglich.

(c) Leistungsträger

Leistungsträger sind vorwiegend:

- Deutsche Rentenversicherung gemäß § 15 SGB VI (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)
- Gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation).

Die zu erbringenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen werden außerdem, dies ergänzend, in § 42 SGB IX geregelt.

Federführender Leistungsträger der Fachklinik Oldenburger Land ist die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Die abgeschlossene Vereinbarung über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beinhaltet Rechte und Pflichten der Rentenversicherungsträger und der Rehabilitationseinrichtungen zur Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Deutsche Rentenversicherung. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des § 21 Abs. 1 SGB IX werden Regelungen zum Vertragsgegenstand, zu Qualitätsanforderungen, zur Ausführung von Leistungen, zur Vergütung, zu den jeweiligen Rechten und Pflichten sowie zu den Verfahrensweisen getroffen.

Es liegt ein Versorgungsvertrag nach §111 SGB V vor. Mit den zuständigen Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung (AOK, BKK, IKK, SVLFG, Knappschaft, Verband der Ersatzkassen (vdek)) bestehen gültige Vergütungsvereinbarungen. Die Belegung durch die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) ist durch die Teilnahme an der Direktabrechnung möglich.

(d) Platzzahl

Die Fachklinik verfügt über 48 stationäre Behandlungsplätze.

(e) Einzugsgebiet

Regionale, überregionale und bundesweite Aufnahmen sowie Aufnahmen deutschsprachiger Rehabilitand*innen aus EU-Staaten und der Schweiz sind möglich.

(f) Regelbehandlungszeiten (vgl. Ziffer 4.4)

Die Gesamtbehandlungsdauer richtet sich nach dem notwendigen Therapiebedarf der Rehabilitand*innen, der Behandlungsform und den Diagnosen unter Berücksichtigung der Komorbiditäten. Ab dem 1. Juli 2023 werden vonseiten der Rentenversicherungsträger Bewilligungsdauern vorgegeben, die in Abschnitt 4.4 im Detail dargestellt werden.

(g) Behandlungsangebote

Rehabilitand*innen nehmen im Rahmen ihrer Entwöhnungsbehandlung aktiv an der Basistherapie mit folgendem Inhalt teil:

- allgemeine Psychotherapie in Bezugsgruppen
- spezielle Psychotherapie in Bezugsgruppen (edukative und indikative Angebote)
- psychotherapeutische Einzeltherapie
- heilerziehungspflegerische Angebote
- ergo-/arbeitstherapeutische Angebote
- medizinische und körperbezogene (sport-, bewegungs-, physiotherapeutische) Angebote
- BORA (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) mit Elementen aus der Ergo-/Arbeitstherapie sowie ergänzenden edukativen und indikativen Angeboten.

Es besteht und erfolgt:

- ein Informationsaustausch und eine Abstimmung der Diagnostik und Behandlung mit den Vorbehandler*innen
- eine enge Kooperation mit Kliniken sowie niedergelassenen Ärzt*innen.

Die Rehabilitand*innen werden bei Aufnahme einer der psychotherapeutischen Bezugsgruppen zugeordnet (s. 4.7.4 A).

Wir überprüfen im Rahmen unseres Aufnahmewesens in engem Kontakt mit den zuweisenden Stellen (Ärzt*innen, Kliniken, Suchtberatungsstellen mit ARS und Nachsorgeangeboten) die individuelle Indikationsstellung für unsere Einrichtung. So wird beispielsweise die nahtlose Weiterbehandlung somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten sichergestellt.

Während der Entwöhnungsbehandlung führen wir Seminare für Angehörige und Betreuende durch. Deren Ziel ist es, rehabilitand*innenbezogene Erfordernisse in der Gestaltung des poststationären Empfangsraumes berücksichtigen zu können. Insbesondere im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung etablierte Kriseninterventionen können so weitervermittelt werden. In diesem Informationsaustausch im prä- und poststationären Bereich binden wir alle für die Weiterbehandlung notwendigen Kooperationspartner*innen ein (Hausärzt*innen, Kliniken, Fachärzt*innen, Suchtberatungsstellen, Wohneinrichtungen und Betreuungsstellen für Menschen mit Beeinträchtigungen).

Im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit führen wir regelmäßig auch für die Öffentlichkeit zugängliche Kulturveranstaltungen in der Fachklinik Oldenburger Land durch.

(h) Besonderheiten der Einrichtung

Alleinstellungsmerkmal der Klinik ist das Angebot für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und intellektuellen Beeinträchtigungen. Eine Besonderheit unserer Einrichtung stellt dementsprechend dar, dass meist eine (Wieder-)Eingliederung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung angestrebt wird, teilweise auch in den ersten Arbeitsmarkt.

Die Fachklinik bietet eine modulare Therapie (Kombibehandlung) an. Sie ist Teil des regionalen Therapieverbunds Kombi-Nord (DRV Oldenburg-Bremen, DRV Braunschweig-Hannover,

DRV Nord). Sie ist Mitglied des Qualitätszirkels Kombi-Nord, in dem sich regelmäßig verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen der Region treffen (vgl. Abschnitt 7).

Der von einem alten Baumbestand durchzogene und aufwendig gestaltete vier Hektar große Landschaftspark in Neerstedt bietet dem Auge angenehme Abwechslung und ist geeignet für Erholung und vielseitige Aktivitäten. Die Werkstätten (Holz- und Metallverarbeitung mit Brennofen, Beschäftigungstherapie mit Fahrradwerkstatt), die BIOLAND®-Gärtnerei und die Landwirtschaft bieten attraktive und für eine Fachklinik wohl einmalige Betätigungsfelder.

2021 wurde ein Neubau bezogen, der hauptsächlich als Bettenhaus fungiert. Ein zweites Bettenhaus, der sog. Buchenhof, wird weiterhin genutzt. Außerdem besteht die Klinik aus dem Haupthaus, einem sich über mehrere Etagen erstreckenden sanierten Altbau. Zudem existiert ein Therapiegebäude, in dem auch die Verwaltung untergebracht ist.

Für leichte Entzugssymptomaten, bei Stress, Hyperaktivität, Unruhe, Schlafstörungen und Ängsten oder zur Unterstützung bei der Tabakentwöhnung bietet die Klinik Akupunktur nach dem sog. NADA-Protokoll an.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

4.1.1 Epidemiologie

Übermäßiger Alkoholkonsum und Abhängigkeitserkrankungen sind kein neues Thema in Einrichtungen der Behindertenhilfe. In Deutschland wurde allerdings bislang keine bundesweite Erhebung zum Konsum von Suchtmitteln bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen durchgeführt. Empirische Daten beziehen sich nur auf einzelne Bundesländer. 2011 wurde in Nordrhein-Westfalen eine Befragung von Mitarbeitenden in Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen erwachsene Menschen mit intellektuellen Einschränkungen wohnen und/oder arbeiten, d.h. vor allem WfbM und Einrichtungen des Betreuten Wohnens, durchgeführt. Die Umfrage ergab, dass aus Sicht der Mitarbeitenden bei durchschnittlich 15,7% der jeweiligen dort wohnenden oder tätigen Menschen mit intellektuellen Einschränkungen der Alkoholkonsum problematisch sei, was definiert wurde über Missbrauch oder Abhängigkeit (Kretschmann-Weelink 2013, S. 41). Vorherige regionale Umfragen und Forschungsprojekte in Rheinland-Pfalz (Klauß 2003) und Sachsen-Anhalt (Schubert/Theunissen 2005) deuten darauf hin, dass sich die Prävalenz tatsächlicher Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen nicht wesentlich von der in der allgemeinen Bevölkerung unterscheidet.

Seit 2009 gilt auch in der Bundesrepublik Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention, welche die Förderung der Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen mitvorantreibt. Inklusion bedeutet für viele Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen eine höhere Selbstständigkeit und mehr Eigenverantwortung. Daraus resultiert auch ein leichter Zugang zu Suchtmitteln. Diese werden in immer höherem Umfang konsumiert, wenn auf individueller Ebene unzureichenden Coping-Strategien bestehen und es ein dieser Situation unzureichend angepasstes Betreuungsangebot gibt².

² Es ist sicherlich angezeigt, speziell an die besondere Lebenssituation von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigung angepasste Strategien und Konzepte nicht nur im Bereich der Behandlung, sondern auch der Prävention zu entwickeln und diese zu erproben.

Der Konsum folgender Substanzen spielt in Deutschland eine herausragende Rolle:

(a) Alkohol

Eine Vielzahl von Menschen konsumiert in Deutschland alkoholische Getränke in einem Umfang, der als schädlich für die Gesundheit gilt. Bei 1,3 Millionen Menschen ist eine Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren. Davon stellen Männer ca. 65 bis 75 Prozent der Betroffenen (Kraus/Augustin 2005). Beim riskanten Alkoholkonsum ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen hingegen geringer: So weisen in Deutschland 18 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum auf (RKI, GEDA 2014/2015-EHIS, vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019, S.51).

(b) Medikamente

Die Zahl der Menschen mit einer behandlungsbedürftigen Medikamentenabhängigkeit wird in Deutschland auf 1,4 Mio. geschätzt, zwei Drittel davon sind Frauen (DHS 2008). Der Konsum von Medikamenten erfolgt meist im Verborgenen. Gerade bei Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich mit zunehmender Verselbständigung ein problematischer Umgang mit Medikamenten (Kretschmann-Weelink 2013).

(c) Illegale Drogen

Unter illegalen Drogen werden in der Regel die psychotrop wirkenden Substanzen verstanden, deren Verkehr durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) eingeschränkt oder verboten ist.

Die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz ist Cannabis. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung hat im Laufe des Lebens Erfahrungen mit Cannabisprodukten gemacht. Zu den illegalen Drogen gehören außerdem u. a. Kokainbasen, synthetische Cannabinoide und weitere synthetische Drogen („legal highs“) sowie LSD und ähnliche Substanzen (Kraus/Augustin 2005). 2018 verstarben in Deutschland 1.276 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums (Daten des Bundeskriminalamtes, vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019, S. 82). Zunehmend problematisch ist der Konsum sog. „legal highs“, auf die inzwischen das BtMG Anwendung findet.

(d) Tabak/Nikotin

Einer Studie aus den Jahren 2014/2015 zufolge rauchten zum Erhebungszeitpunkt in Deutschland 27 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen (GEDA-Studie 2014/2015, vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019, S 33). Es wird davon ausgegangen, dass jährlich ungefähr 121.000 Menschen in Deutschland an den Folgen des Tabakrauchens sterben (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019, S. 39).

Zunehmend spielen nichtstoffliche Süchte eine Rolle, beispielsweise:

(e) Pathologisches Glücksspiel

Zur Diagnose eines Pathologischen Glücksspiels dienen das ICD-10 und das DSM-5. Das ICD-10 (WHO 2011, S. 290) führt das Pathologische Glücksspiel unter dem Kapitel F 63.0: „Die Störung besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.“

4.1.2 Abhängigkeitserkrankungen – eine Einschränkung der funktionalen Gesundheit

Bei Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich um bio-psycho-soziale Störungen (ICF; DIMDI 2005) mit häufig zyklischem Verlauf, der oft eine lange Zeit des schädlichen Gebrauchs psychotroper Substanzen (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) vorausgeht.

Das bio-psycho-soziale Modell nach ICF beschreibt ein auch für Abhängigkeitserkrankungen gültiges Zusammenwirken folgender Komponenten funktionaler Gesundheit: Gesundheitsproblem, Körperfunktionen und -strukturen, umwelt- und personbezogene Faktoren sowie Aktivitäten und Teilhabe. Dies wird auf folgender Abbildung dargestellt:



Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF (DIMDI 2005, S. 21)

Eine Person ist funktional gesund (BAR 2016), wenn, vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren,

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

Im Folgenden werden einzelne Elemente noch weiter ausgeführt:

(a) Gesundheitsproblem

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

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen und/oder Alkohol zu konsumieren

- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums
- Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern
- körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanz- oder Alkoholkonsums sowie
- anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Für nicht stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen gelten ähnliche Kriterien. Sie werden in der ICD-11 zukünftig berücksichtigt.

(b) Körperfunktionen und -strukturen

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

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

(c) Person- und umweltbezogene Kontextfaktoren

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

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

(d) Aktivitäten und Teilhabe

Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, bedingt durch die Abhängigkeitserkrankung im beschriebenen Wechselspiel mit den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, führen häufig zu Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivität, insbesondere hinsichtlich in-

terpersoneller Interaktion und Kommunikation, psychischer und körperlicher Belastbarkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie hinsichtlich Krankheitsakzeptanz und -bewältigung. Daraus können wiederum Beeinträchtigungen der Teilhabe resultieren, wie zum Beispiel in den Bereichen:

- Arbeit und Beschäftigung
- physische und psychische Unabhängigkeit
- Impuls- und Affektregulation
- Selbstversorgung
- häusliches und soziales Leben
- soziale Integration
- Mobilität.

4.1.3 Erklärungsmodelle und Wirkfaktoren der Behandlung

Bei der Genese und auch als Folge von Substanzkonsumstörungen und Abhängigkeitserkrankungen spielen Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe eine Rolle. Die Genese der Substanzkonsumstörungen und Abhängigkeitserkrankungen ist somit multifaktoriell.

In der Praxis hat sich erwiesen, dass ein interdisziplinärer Behandlungsansatz sowie ein Schulen übergreifender integrativer Ansatz der Psychotherapie Rehabilitand*innen mit Abhängigkeitserkrankungen am ehesten gerecht wird (vgl. AWMF Leitlinie alkoholbezogene Störungen).

Den Besonderheiten von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und intellektuellen Einschränkungen ist in der Therapie Rechnung zu tragen. Hier kommt der Beobachtung im Alltagssetting, d.h. vor allem in den Bereichen Heilerziehungspflege und Arbeits- und Beschäftigungstherapie, herausragende Bedeutung zu. So sehen wir in einem Vermeidungsverhalten oft die Tendenz zur Unlustvermeidung, in prahlerischer Darstellung den Versuch der Selbstwertsteigerung, in Misstrauen die gestörten Beziehungserfahrungen, in unsicherem Verhalten den Verlust von Halt und Orientierung im Leben.

Kognitiv-behaviorale Interventionen fokussieren auf angeleitete Verhaltensänderungen, die zu verändertem Beziehungserfahren, Erleben von Erfolg mit Selbstwerterfahrung und zu lustbetontem Erleben führen. Das Ziel ist, vermeidungsorientierte Verhaltensschemata durch annäherungsorientierte Verhaltensschemata zu ersetzen, so dass Rehabilitand*innen mehr Selbstwirksamkeit erleben und somit wiederum das Erfahren von Konsistenz in der Lebensgestaltung gesteigert wird. Ausgangspunkt bilden hier Situations- und Verhaltensanalysen, die die*der Therapeut*in unter Nutzung der Informationen aus der Arbeits- und Ergotherapie sowie der Heilerziehungspflege mit den Rehabilitand*innen durchführt, und deren Umsetzung sie*er in Zusammenarbeit wiederum mit Arbeits- und Ergotherapie sowie Heilerziehungspflege anleitet.

Schwerpunkt unserer psychoanalytisch interaktionellen Psychotherapie bilden die jeweilige Bezugsgruppe und das psychotherapeutische Einzelgespräch. Verändertes Beziehungserleben mit der*dem Therapeuten*in und in der Gruppe, Selbsterfahrung im Spiegel des Interaktionsgeschehens und Spiegelung der eigenen Verhaltenswirksamkeit haben hier die gleiche

Bedeutung wie das Offenlegen dysfunktionaler Objektbeziehungen, dysfunktionaler Abwehrmechanismen und störungsimmanenter Übertragung- und Gegenübertragungsgeschehens.

Dabei nutzen wir auch Methoden aus der Schematherapie, die mit ihren vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten (Stuhlarbeit, Aufstellungsarbeit, Verbildlichung, Imagination, Einsatz von Puppen und anderen Medien) eine unseren Rehabilitand*innen entsprechende therapeutische Intervention darstellt.

Entscheidend für uns ist dabei, Menschen mit Suchterkrankungen, die zusätzlich intellektuelle Beeinträchtigungen haben, eine stationäre Suchttherapie überhaupt zu ermöglichen. Bei der Psychotherapie von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen muss die häufig vorhandene mangelnde Introspektionsfähigkeit, das verringerte Sprachverständnis und das geringe Ausdrucksvermögen berücksichtigt werden.

Die psychotherapeutische Arbeit wird daher in einfacher Sprache durchgeführt, d.h. weniger komplexe und kurze Sätze mit einfachen Wörtern, Arbeiten mit Symbolen etc. Es werden vorwiegend verhaltenstherapeutische sowie systemische Interventionen, aber auch non-verbale Verfahren, z.B. Spiel- und Kreativtherapie, u.a. Malen etc. angewendet.

In den einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen werden oftmals Alltagssituationen aufgegriffen, um zum Beispiel problematische Situationen zu lösen. Auch die sehr enge Einbeziehung von Mitbehandelnden und Bezugspersonen ist eine Besonderheit bei der Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Der von uns vertretene Rehabilitationsansatz verbindet interdisziplinär Medizin, Psychotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Pädagogik, Heilerziehungspflege und Sozialarbeit. Er integriert zudem Schulen übergreifend verschiedene Theorien des Suchtgeschehens, die in der folgenden Abbildung noch einmal überblicksartig dargestellt werden:

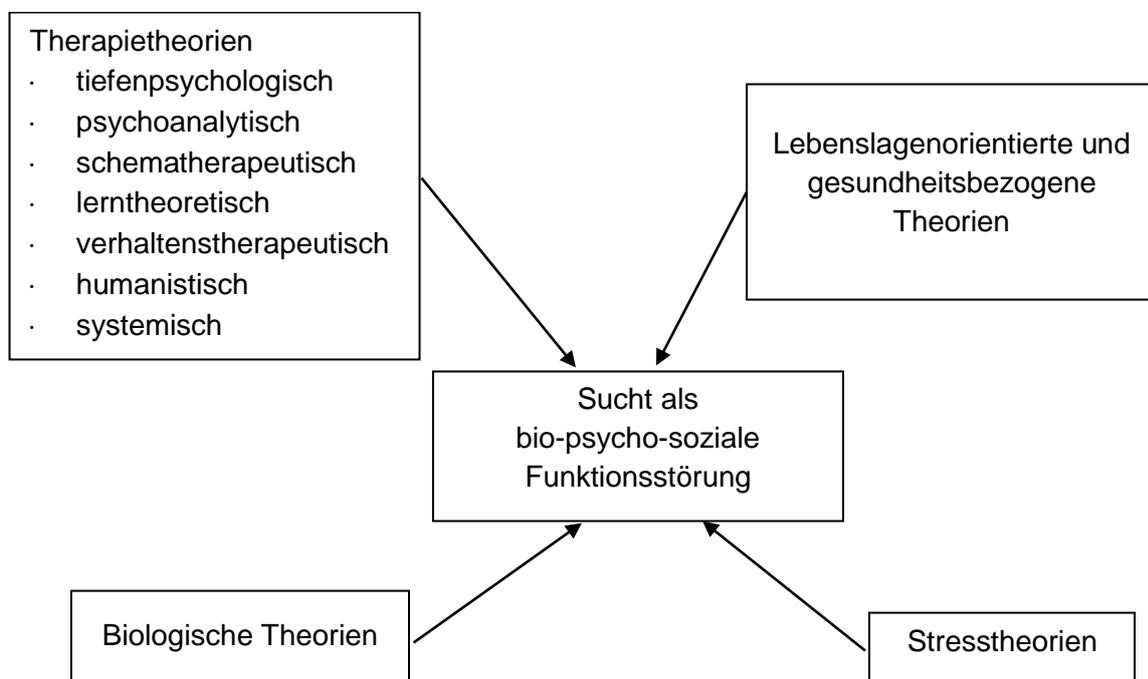


Abb. 2: Multiperspektivität des Suchtgeschehens

4.1.3.1 Therapietheorien

Wir arbeiten psychotherapeutisch integrativ, d.h., wir integrieren evidenzbasiert alle wissenschaftlich begründeten Verfahren. Wir verbinden insbesondere die psychodynamische Therapie und die Schematherapie in unserer praktischen Arbeit, da sich diese beiden Verfahren hervorragend ergänzen. Psychodynamische Psychotherapie imponiert durch tiefe theoretische Begründetheit, die Schematherapie glänzt durch ihre vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten (Stuhlarbeit, Aufstellungsarbeit, Verbildlichung, Imagination, Einsatz von Puppen, Medien etc.).

A. Tiefenpsychologisch-psychoanalytische Ansätze

Tiefenpsychologisch-psychoanalytische Theorien haben mehrere bedeutsame Erklärungsmodelle der Suchtmittelabhängigkeit hervorgebracht:

1. Das triebpsychologische Konzept

Das triebpsychologische Konzept geht davon aus, dass der Mensch mit Abhängigkeitserkrankung ständiger Genusssucht unterliegt. Dies hat gelegentlich Bedeutung in der klinischen Arbeit mit Menschen mit Suchterkrankungen.

2. Das Ich-psychologische Konzept

Das Ich-psychologische Konzept betrachtet Abhängigkeit als Ausdruck eines strukturellen Defektes der Persönlichkeit. Es geht dabei um

- die kognitive Ebene (Selbst- und Objektwahrnehmung)
- die regulative Ebene (Steuerung und Abwehr)
- die emotionale Ebene
- die Fähigkeit zur Kommunikation nach innen und außen
- die Bindungsebene (innere Bindung und äußere Beziehung; OPD-2, AK OPD 2009).

Das Suchtmittel soll die strukturelle Schwäche kompensieren. Die Substanzabhängigkeit ist ein von vornherein zum Scheitern verurteilter Selbstheilungsversuch.

Für die Therapie hat dieser Ansatz weitreichende Konsequenzen. Wenn die Einnahme des Suchtmittels ein Selbstheilungsversuch ist, muss die Funktion des Suchtmittels für das Individuum beachtet und respektiert werden.

Therapeutisch ist es bedeutsam, die stützenden Aspekte des Suchtmittels zu identifizieren. Hier gilt es, attraktive und realistische Alternativen zum Suchtmittelkonsum in Kooperation mit den Rehabilitand*innen zu entwickeln.

3. Das selbstpsychologische Konzept

Das selbstpsychologische Konzept sieht die Sucht als einen Versuch, „das zerbrochene und abhanden gekommene Selbst wieder aufzurichten und zwar in einer Art und Weise, die Unabhängigkeit vom versagenden Selbstobjekt gewährleistet“ (Passet 1981, S. 175).

Die Selbstpsychologie betrachtet die Suchtmittelabhängigkeit als einen Versuch der Selbstheilung, betont jedoch, das Suchtmittel vermittele das Gefühl, akzeptiert zu sein und Selbstvertrauen zu haben. Es ermöglihe des Weiteren Grandiositätsfantasien (Rost 2001).

4. Das objektpsychologische Konzept

Unter dem Begriff „Objektbeziehungstheorie“ werden unterschiedliche Ansätze zusammengefasst. Diesen ist gemeinsam, dass sie die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung und der Vorstellung des Kindes über sich und seine Bezugsperson für die spätere Beziehungsgestaltung und für die Persönlichkeitsentwicklung herausstellen. Ein weiteres gemeinsames Merkmal ist die Hervorhebung von Übertragung und Gegenübertragung in der Anwendung des psychotherapeutischen Konzeptes.

Die Entwicklung psychischer Strukturen wird als Folge und als Ergebnis von Internalisierungsprozessen verstanden (Kernberg 2006). Den „Objekten der Außenwelt“, beispielsweise relevanten Bezugspersonen der frühen Kindheit, entsprechen die Objektrepräsentanzen in der inneren Welt (Kernberg 1988). Die Beziehungserfahrungen mit den Objekten wirken auch auf die Entwicklung der Selbstrepräsentanzen ein. Als Selbstrepräsentanz wird hier das Selbst in Beziehung zu einem Objekt verstanden, d.h. einer anderen Person. Analog dem realen Beziehungsschicksal bilden die Selbstrepräsentanzen mit den entsprechenden Objektrepräsentanzen die eigentlichen Objekt-/Beziehungsrepräsentanzen (Repräsentanzen von Selbst- und Objektkonstellation).

Destruktiver Hass ist dieser Strömung zufolge die eigentliche Triebkraft der Sucht (Gluver 1993 nach Rost 2001). Das Suchtmittel wird als eine Substanz mit sadistischen Eigenschaften erlebt, als ein ambivalent geliebtes, aber im Kern destruktives mütterliches Objekt. Durch die Einnahme des Suchtmittels kann der Mensch mit Abhängigkeitserkrankung die inneren „bösen Objekte“ (innere böse Bilder, welche neben den „guten Objekten“ getrennt stehengeblieben sind) strafen oder „töten“. Er kann durch den Konsum auch sich selbst und seinen Körper erheblich schädigen und so seine Spannungen beseitigen.

Auf der anderen Seite kann der Mensch mit Suchterkrankung sein „gutes Selbst“ und die „guten Objekte“ auf die Außenwelt projizieren, sie dort isolieren und sie so vor seinem Hass und der Zerstörung schützen. Diese zweiseitige Wirkung erklärt auch den intensiven Zwang, immer wieder zum Suchtmittel zu greifen.

In der Objektbeziehungstheorie werden der Droge mütterliche Eigenschaften zugeschrieben. Sie ist quasi Ersatz für das erste Liebesobjekt. In dieser Beziehung zeigt sich die Ambivalenz der frühen Mutter-Kind-Beziehung.

Wir erarbeiten in Anlehnung an die OPD-2 (AK OPD 2009) und die OPD-KJ-2 (AK OPD-KJ 2013) das Integrationsniveau der Persönlichkeitsstruktur (gut, mäßig, gering integriert, desintegriert), das unabhängig von Diagnosen (etwa Neurose, Borderline-Störung, Psychose) ist und qualitativ unterschiedliche psychische Funktionsniveaus beschreibt.

Wir leiten aus dem Strukturkonzept eine psychotherapeutische Vorgehensweise ab, die spezielle Formen der therapeutischen Intervention in den Vordergrund stellt. Die bisher vorrangige Intervention der Deutung wird weitgehend vermieden und beispielsweise die spiegelnde Beschreibung oder die emotionale Antwort als Interventionsmöglichkeit genutzt. Entscheidend hierfür ist das Verständnis der spezifischen therapeutischen Beziehung, die sich auf der Grundlage der strukturellen Störung der Rehabilitand*innen entwickelt, und das Einnehmen einer therapeutischen Haltung, die dieser besonderen Beziehungssituation gerecht wird.

Unser Vorgehen kann in Stichworten folgendermaßen definiert werden (nach Rudolf 2013, S. 3-5):

· **Grundorientierung und Verfahren**

Bei strukturbezogener Psychotherapie handelt es sich um eine modifizierte Form psychodynamischer (d. h. psychoanalytisch fundierter) Therapie.

- **Therapiegegenstand**
Als zentrale therapeutisch zu bearbeitenden Dysfunktion gilt die eingeschränkt verfügbare strukturelle Fähigkeit.
- **Struktur und strukturelle Funktionen**
Als Struktur im psychodynamischen Sinne gelten die Struktur des Selbst und das Selbst in der Beziehung zu den Objekten.
- **Ätiologie**
Das ätiopathogenetische Verständnis struktureller Störungen basiert u.a. auf der empirischen Entwicklungspsychologie sowie der Säuglings- und Kleinkindforschung.
- **Diagnostik der strukturellen Störung und des Funktionsniveaus**
Die eingeschränkten strukturellen Funktionen werden durch die Diagnostik im Sinne der OPD-2 (AK OPD 2009) bzw. OPD-KJ-2 (AK OPD-KJ 2013) identifiziert. Sie können durch schematherapeutische Mittel verbildlicht werden.
- **Therapeutische Fokusbestimmung**
Die für die aktuelle Störung maßgeblichen strukturellen Einschränkungen werden als therapeutische Foki definiert.
- **Therapeutische Zielbestimmung**
Für die strukturellen Störungen werden konkrete Ziele, u.a. die Verantwortungsübernahme durch die Rehabilitand*innen, der bewältigende Umgang und die Verbesserung der Ich-Funktionen formuliert.
- **Outcome-Evaluierung**
Der Fokus und die Zielformulierung erlauben eine Einschätzung der Zielerreichung.
- **Verfahrensspezifische Kohärenz**
Das Verständnis für das dysfunktionale Verhalten, dessen Ätiologie, die therapeutische Zielsetzung und das therapeutische Vorgehen ist begründet durch die Psychodynamik der Selbst- und Beziehungsregulation. Es bezieht sich auf Konzepte der frühen Persönlichkeitsentwicklung und Emotionsregulierung.
- **Strukturbezogene Psychotherapie als eigenes oder ergänzendes Verfahren**
Bei strukturellen Störungen ist die strukturbezogene Psychotherapie das Verfahren der Wahl. Ergänzend kann auch konfliktaufdeckend gearbeitet werden.

B. Humanistische Ansätze

Humanistische Verfahren in der Psychotherapie gehen von einem ganzheitlichen und sinnhaften Streben in Richtung existenzieller Freiheit und Selbstverwirklichung aus. Der Blick wird von der Defizitorientiertheit weggeführt und auf gesundheitsfördernde Kräfte gerichtet.

Ziel ist die Integration abgespaltener Anteile, die Entfaltung von Potenzialen, die Förderung der Freiheit zur Wahl sowie die Orientierung an sinnstiftenden Werten (Eberwein 2009).

Zu den humanistischen Verfahren in der Psychotherapie gehören unter anderen die Gesprächspsychotherapie, die Transaktionsanalyse, das Psychodrama sowie die Integrative Therapie (früher: Gestalttherapie).

C. Systemische Ansätze

Systemische Ansätze beschreiben das Zusammenwirken von Personen und sozialer Umgebung. Ein System wird hier definiert als eine aus bestimmten Elementen zusammengesetzte,

geordnete Ganzheit. Die Elemente sind in einem Netzwerk von Wechselbeziehungen miteinander verbunden, so dass jedes Element jedes andere beeinflusst (Simon 2001).

Die Abhängigkeitserkrankung wird im Rahmen der Familientherapie in Bezug auf ihre Bedeutung und Funktion für die ganze Familie betrachtet. Der therapeutische Blick wird dabei auch auf weitere relevante Bezugspersonen ausgeweitet. Die*der identifizierte Rehabilitand*in stellt den Schnittpunkt eines sozialen Beziehungsnetzes dar. Es geht in der Therapie darum, die Funktionen der Familie/Bezugsgruppe so zu stärken, dass sie ohne ein krankes und/oder auffälliges Individuum auskommt (Knoll, 2002).

D. Lern- und verhaltenstheoretische Ansätze

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

- die kognitiv-emotionale Ebene
- die verhaltensbeobachtende Ebene
- die biologische Beobachtungsebene
- die soziale Betrachtungsebene.

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

E. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

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

- Verfügbarkeit und Gruppendynamik: Zunächst einmal muss die Substanz verfügbar sein. Weitere Risikofaktoren für einen ersten Konsum sind die Einbindung in eine soziale Gruppe, die den Gebrauch der jeweiligen Substanz positiv bewertet und der damit oftmals einhergehende soziale Gruppendruck. Der weitere Substanzkonsum wird dann veranlasst durch positive Verstärkung im Sinne von Zuwendung durch Bezugspersonen und anhand von Modelllernen im Sinne der Beobachtung positiver Konsequenzen bei anderen durch die Substanzeinnahme.
- Positive und negative Verstärkung: Durch ein entwickeltes Konsummuster erlebt die Person die Substanzwirkung physisch und emotional als positiv verstärkend. Es kommt zu Rauscherfahrungen, Bewusstseinsveränderungen, Glücks- oder Entspannungserleben. Da durch den Konsum das Erleben unangenehmer bzw. belastender Emotionen und Situationen vermieden bzw. reduziert werden kann, wird der weitere Substanzgebrauch auch negativ verstärkt. Besonders gefährdet sind vor diesem Hintergrund Menschen, die seit längerem belastenden Situationen ausgesetzt sind. Dies trifft auf viele unserer Rehabilitand*innen zu, die im Zuge der gesellschaftlichen Inklusion teilweise neuen und für sie fremden und zum Teil bedrohlichen Situationen ausgesetzt sind.

Im weiteren Verlauf entwickelt sich bei regelmäßigem Gebrauch zunächst eine psychische, im Weiteren dann auch körperliche Abhängigkeit. Nun bilden die Entzugssymptome weitere

Reize für den Substanzgebrauch, welcher wiederum in Folge des sofortigen Nachlassens der unangenehmen Entzugserscheinungen negativ verstärkt wird. Zunehmend rückt der Substanzkonsum in den Lebensmittelpunkt der Betroffenen. Der alltägliche Ablauf wird bestimmt von Erwerb und Konsum der Substanz, die soziale und berufliche Teilhabe verschlechtert sich zusehends.

F. Schematherapie

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

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

Nach den Prämissen der Schematherapie gehen wir davon aus, dass jeder Mensch Grundbedürfnisse hat:

- Anerkennung/Wertschätzung
- Sicherheit/Bindung
- Spaß/Sexualität/Freude
- Selbstbestimmung/Selbstverwirklichung, Erkennen von Grenzen, Führung, Freiheit.

Zudem existiert ein übergeordnetes Streben nach dem Erleben von Konsistenz und Kohärenz.

Dysfunktionale Modi entstehen durch belastende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend (Young 2008), z.B. bei Vernachlässigung emotionaler Grundbedürfnisse, traumatischen Erfahrungen, Spitzenaffekten, psychischen Verletzungen/Kränkungen. Dies repräsentiert sich im psychischen Apparat und kann bildhaft als realitätsbasierte Repräsentation der früheren Umgebung dargestellt werden. Auch alte Beziehungserfahrungen finden hier ihren Niederschlag. Die*der Rehabilitand*in entwickelt einen „Bewältigungsmodus“, es entwickeln sich entsprechende dysfunktionale Verhaltensschemata, die oft stabil und rigide sind. Die*der Rehabilitand*in neigt zur Reinszenierung trotz des daraus resultierenden Leids, weil sie*er über keine alternativen Bewältigungsmechanismen verfügt. Die dysfunktionalen Schemata begründen ihr*sein Denken, Fühlen und Handeln, begründen sein*ihr Beziehungsverhalten. Dies kann sowohl verbal wie bildhaft bewusstgemacht und in einfachen „Bildern“ einprägsam dargestellt werden.

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

4.1.3.2 Biologische Theorien

Eine Gemeinsamkeit psychotroper Substanzen ist die Erhöhung dopaminerger Aktivität im mesolimbischen-mesokortikalen System.

Für Belohnung und Abhängigkeit unterscheidet man zwei unterschiedliche neuroanatomische Regelkreise, die sich nur zum Teil überlappen (Adinoff 2004). Drogenrückfälle werden induziert über:

- Priming (biologische Aktivierung, d.h. erneute Einnahme eines Suchtmittels, die einen längeren Rückfall auslöst)
- Cues (suchtmittelassoziierte Reize wie Werbung, Orte, Personen oder Situationen)
- Trigger (auslösende Reize)
- Craving (unstillbares Verlangen unabhängig von äußeren Reizen)
- Stress (aller Art).

4.1.3.3 Stresstheorien

Nach Selye (1988) wird Stress allgemein als eine physiologisch-psychologische Reaktion des Körpers auf Stressoren gesehen. Stressoren sind äußere Reize (z.B. Hitze, Lärm, Verletzungen) und innere Ursachen (z.B. Ermüdung, Konflikte, Zukunftssorgen). Das subjektive Erleben und die subjektive Beurteilung einer Stresssituation sind zusätzlich wirksam. Die Belastung durch Stress hat sich in den letzten Jahrzehnten erhöht (Nuber 2006). Je mehr Stress der Mensch erlebt, desto anfälliger ist er, körperlich oder psychisch zu erkranken.

Stressreaktionen sind am ehesten zu befürchten, wenn lang andauernde, chronische Rollenbelastungen und/oder Überforderungen durch die Arbeits- oder Freizeitbedingungen gegeben sind, wie es bei vielen Menschen mit Suchterkrankung der Fall ist. Stress wird besonders dann zu einem Problem, wenn das Gefühl auftritt, nicht mehr „Herr*in der Situation zu sein“ und wenn kritische Lebenssituationen wiederholt auftreten. Besonders Dauerbelastungen fördern gesundheitsschädliche Lebensweisen, psychische Leiden, körperliche Beeinträchtigungen und Abhängigkeiten. Dies gilt gerade auch für Rehabilitand*innen mit Beeinträchtigungen. Diese stehen in ihrer Umgebung, z.B. der WfbM, immer mehr vor der Notwendigkeit, sich an neue Situationen anzupassen, z.B. in Form industrieller Tätigkeit. Somit erleben sie auch diese Seite der Inklusion, die von ihnen fordert, sich an neue Umgebungen, Situationen, Anforderungen etc. anzupassen.

4.1.4 Behandlung unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele

Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V, SGB VI und SGB IX.

In § 42 SGB IX wird die medizinischen Rehabilitation erbracht um:

- Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

Basierend auf diesen Grundlagen und im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der ICF schreibt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation daher in Ihren Rahmenempfehlungen folgendes:

„Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige

Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen 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 oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als normal (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden“ (BAR 2004, S. 19).

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. Dezember 2019 wird in § 8 zur Rehabilitationsbedürftigkeit formuliert:

„Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit“ (G-BA 2019, S. 7).

Das Suchtmittel diente lange Zeit als Mittel zur Lebensbewältigung und zur Kompensation psychischer Defizite, sozialer Schwierigkeiten oder körperlicher Störungen. Suchttherapie ist deshalb ohne die Behandlung körperlicher, psychischer oder sozialer Probleme nicht möglich. Neben der Beendigung des Suchtmittelkonsums geht es also darum, dass sich die*der Rehabilitand*in auch ohne Suchtmittel besser fühlt, geeignete Fähigkeiten zur Lebensbewältigung entwickelt, tragfähige und befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen unterhalten kann und, soweit vorhanden, von quälenden psychischen Symptomen befreit wird (DRV-BUND 2006 a).

Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Behinderung, das Gesundheit und Krankheit als Ineinandergreifen physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt, müssen Behandlungsziele grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen erarbeitet werden. (BAR 2007)

In der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in unserer Klinik bedeutet dies, dass die Rehabilitand*innen (wieder) zur aktiven Teilhabe im Arbeitsleben (Versicherte der Rentenversicherung mit dem Schwerpunkt Erwerbsfähigkeit) und am Leben und in der Gesellschaft (Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Schwerpunkt Pflegebedürftigkeit) befähigt werden. Um dies zu erreichen müssen im Wesentlichen folgende Ziele berücksichtigt werden:

- Aktive Einbeziehung der*des Rehabilitand*in in den Prozess der Zieldefinition
- Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht und Förderung der Änderungsmotivation
- Behebung oder Ausgleich von körperlichen, seelischen oder sozialen Störungen (sowohl Ursache als auch Folge vom Suchtmittelkonsum)
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit
- Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen

- Erreichen und Erhaltung einer dauerhaften Abstinenz
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Selbstmanagement
- Erarbeitung einer gesunden Lebensführung

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

4.2.1 Indikationen nach ICD

Die Fachklinik Oldenburger Land behandelt Frauen und Männer ab 18 Jahren bei folgenden Suchterkrankungen (nach ICD-10; DIMDI 2008):

- Abhängigkeit von Alkohol (F10.2)
- Abhängigkeit von Opiaten (F11.2)
- Abhängigkeit von Cannabinoiden (F12.2)
- Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika (F13.2)
- Abhängigkeit von Kokain (F14.2)
- Abhängigkeit von anderen Stimulanzien (F15.2)
- Abhängigkeit von Halluzinogenen (F16.2)
- Abhängigkeit von Nikotin (F17.2)
- Abhängigkeit von multiplen Substanzgebrauch (F19.2)
- Pathologisches Spielen (F63.0).

Die Klinik zeichnet aus, dass Menschen behandelt werden, die neben der Suchterkrankung eine oder mehrere andere Störungen/Begleiterkrankungen aufweisen (nach ICD-10; DIMDI 2008):

- Leichte Intelligenzminderung/Lernbehinderung/Lernstörung (F70 und F81)
- Chronische Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)
- Störungen des Sozialverhaltens und der sozialen Funktionen (F92.8 und F94.8)
- Beginnendes HOPS/Korsakow (F07)
- Anfallsleiden (G40).

4.2.2 Kontraindikationen für die stationäre Behandlung in unserer Klinik

Rehabilitand*innen mit nachfolgenden Störungsbildern können in unserer Klinik nicht behandelt werden:

- akute oder schwerwiegende chronische Psychosen
- akute Suizidalität
- akute schwere körperliche Erkrankungen

- schwere antisoziale Persönlichkeitsstörungen.

4.2.3 Aufnahmevoraussetzungen

Eine Aufnahme soll nur erfolgen unter folgenden Voraussetzungen:

- Kostenzusage des Leistungsträgers
- Sozialbericht
- Motivation und Mitwirkungsbereitschaft an der Rehabilitation
- Abgeschlossene Entzugsbehandlung (leichte Entzugserscheinungen können im Einzelfall in unserer Klinik behandelt werden)
- Ausstattung mit funktionstüchtigen technischen Hilfsmitteln, z.B. Brille, Hörgerät etc. (wenn notwendig)
- Bei Straftäter*innen ggf. Bereitstellung der entsprechenden Urteile
- Abschluss von Gerichtsverfahren
- Vorstellungsgespräch und/oder Therapieversuch bei Notwendigkeit.

Darüber hinaus müssen die Rehabilitand*innen folgende Aussagen positiv beantworten:

- „Ich habe wirklich Probleme durch meinen Suchtmittelkonsum“ - Krankheitseinsicht
- „Ich will ohne Suchtmittel leben“ – Bereitschaft, suchtmittelfrei zu leben
- „Ich will den Therapieplan einhalten“ – Fähigkeit und Bereitschaft, den Therapieplan einzuhalten
- „Ich will mich an Absprachen und Vorgaben halten“ – Absprachefähigkeit
- „Ich will in den Gruppen mitarbeiten“ – Bereitschaft, in Gruppen mitzuarbeiten.

Die Aufnahme von Begleitpersonen und deren Unterbringung und Betreuung ist nicht möglich.

4.3 Rehabilitationsziele

Wir erarbeiten individuelle Rehabilitationsziele auf Basis der bestehenden Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen unserer Rehabilitand*innen. Diese werden gemeinsam mit den Rehabilitand*innen, d.h. partizipativ, entwickelt. Die so erarbeiteten Ziele werden regelmäßig auf ihre Passung hin überprüft und dementsprechend angepasst. Während des gesamten Therapieprozesses werden die Ziele immer wieder thematisiert und – sobald es therapeutisch sinnvoll erscheint – mit dem IST-Zustand abgeglichen. Auch erfolgt die Therapieplanung im Hinblick auf die in diesem Prozess formulierten Ziele. Nur so kann die Therapie individuell auf die*den jeweilige*n Rehabilitand*in zugeschnitten werden.

Zuvörderst soll das Therapieziel der Abstinenz erreicht und somit im Zielfestlegungsprozess explizit gemacht werden. Es soll zudem eine selbständige Bewältigung und Gestaltung der Lebensbereiche ermöglicht werden. Dies bedeutet für Rehabilitand*innen auch, vorhandene Fähigkeiten optimal zu nutzen, beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu zu entwickeln sowie soziale Benachteiligungen auszugleichen.

Die individuellen Behandlungsziele, deren Festlegung und Erreichung den allgemeinen Rehabilitationsauftrag erfüllen, werden durch die Diagnostik auf Basis der ICF festgelegt. Dabei müssen sich die Ziele an den individuellen und sozialen Ressourcen der Rehabilitand*innen ausrichten.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen zeigen insbesondere in den Bereichen interpersonelle Interaktion und Kommunikation, Umstellungsfähigkeit sowie psychische und somatische Ausdauer und Belastbarkeit Einschränkungen. Defizite bestehen bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens und bei der Eingliederung bzw. des Einbezogenenseins in weitere bedeutende Lebensbereiche. Im Sinne der Inklusion vermitteln wir in unserer Klinik der*dem Rehabilitand*in Hilfe zur Selbsthilfe. Sie*er soll in die Lage versetzt werden, selbst Aktivitäten zu entwickeln und Verantwortung übernehmen lernen hin zu einer gesunden Lebensführung. Übergeordnetes Ziel ist eine umfassende, aktive, barrierefreie Teilhabe am beruflichen und insgesamt gesellschaftlichen Leben.

Somit müssen also im Wesentlichen folgende Therapieziele verfolgt werden (vgl. auch BAR 2006):

- **Krankheitsbewältigung** und damit einhergehend Behebung oder Ausgleich körperlicher, seelischer oder sozialer Störungen, die sowohl als Ursache als auch als Folge von Suchtmittelkonsum auftreten. Verbunden ist dies mit einer Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht und Förderung der Änderungsmotivation, dem Erkennen, Vermeiden und Bewältigen von Rückfallsituationen sowie dem Erhalten und Stabilisieren einer dauerhaften Abstinenzfähigkeit (vgl. auch AWMF Leitlinie alkoholbezogene Störungen). Auch die Befähigung zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten zählt dazu.
- **Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit**, Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, auch: Wiedereingliederung in WfbM, (Wieder-)Herstellung der Arbeitsfähigkeit auch durch Sicherstellung von entsprechenden Hilfen im sozialen Umfeld.
- **Wiedereingliederung in das Leben in der Gemeinschaft**, z.B. durch Entwicklung einer neuen Tagesstruktur, Eigengestaltung der freien Zeit, Erlernen eines eigenständigen Umgangs mit Geld, Übernahme von Selbstverantwortung für die Ernährung. Erarbeitung einer gesunden Lebensführung, Konflikt- und Krisenbewältigung, Selbstmanagement, Unterstützung im Aufbau tragfähiger und befriedigender Beziehungen.
- **Erhalt oder Verbesserung einer selbständigen Lebensführung** und der gesellschaftlichen Teilhabe insgesamt

4.4 Rehabilitationsdauer

Die von den Rentenversicherungsträgern vorgegebene Regelbehandlungszeit für Menschen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im stationären Behandlungssetting beträgt ab dem 1. Juli 2023 13 Wochen (Richtwert: 15 Wochen). Bei einer Drogenabhängigkeit wird eine Regelbehandlungszeit von 22 Wochen (Richtwert: 24 Wochen) angesetzt, bei Pathologischem Glücksspiel sind 10 Wochen Behandlungszeit (Richtwert: 12 Wochen) vorgesehen.

Im Rahmen von Kombi-Nord werden weiterhin Behandlungsdauern angesetzt von 13 Wochen (plus 2 Wochen) bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie 22 Wochen (plus 3 Wochen) bei Drogenabhängigkeit.

Je nach vorhandenen Komorbiditäten und Erreichungsgrad der Rehabilitationsziele kann die Behandlung unter Berücksichtigung des Behandlungstagebudgets ausgeweitet oder ggf. verkürzt werden.

Bezüglich der Behandlungsdauer berücksichtigen wir, entsprechend der AWMF Leitlinie alkoholbezogene Störungen, die Schwere der Abhängigkeitserkrankung, die Komorbidität, die vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigungen und deren Folgen. Die Rehabilitand*innen werden in die Planung der Rehabilitationsdauer einbezogen.

Abweichungen von der bewilligten Behandlungsdauer werden im Entlassungsbericht begründet.

4.4.1 Verlängerung der Behandlung

Kriterien für eine Verlängerung einer Rehabilitationsmaßnahme sind:

- erhöhter Zeitbedarf für das Erreichen der Rehabilitationsziele
- interkurrente Erkrankung der*des Rehabilitand*in
- während der Rehabilitationsphase aufgetretene akute Ereignisse
- akute Gefährdung des Arbeitsplatzes (vgl. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 2001).

Im Vorfeld eines Antrages zur Verlängerung der Rehabilitation erfolgt eine Zwischenuntersuchung sowohl durch den*die Therapeuten*in als auch durch den*die Arzt*Ärztin.

Ziele dieser Zwischenuntersuchung sind:

- Beurteilung des Zielerreichungsgrades bis dato
 - Psychotherapeutisch
 - Somatisch / psychopathologisch
- Festlegen der weiteren Rehabilitationsziele
- Evaluierung des Zeitbedarfs zur Erreichung der weiteren Rehabilitationsziele.

Der Verlängerungsantrag wird in Zusammenarbeit mit dem*der Arzt*Ärztin von dem*der Therapeuten*in erstellt, der*die sicherstellt, dass die vereinbarten Maßnahmen mit der*dem Rehabilitanden*in im Sinne einer gemeinsam getragenen Entscheidung gestaltet sind.

4.4.2 Verkürzung der Behandlung

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

Vorzeitige Entlassung erfolgt auch bei:

- interkurrenter Erkrankung, welche die Rehabilitationsfähigkeit aufhebt
- schwerwiegenden Ereignissen, die eine konstruktive Mitarbeit ausschließen.

Aber auch:

- wenn Rehabilitand*innen den Behandlungsplan nicht mehr anerkennen
- wenn sie wesentlich gegen die Hausordnung verstoßen (Gewalt, kriminelle Handlung, wiederholte Rückfälle etc.).

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Rehabilitationsplanung erfolgt individuell und gemeinsam mit der*dem jeweiligen Rehabilitand*in. Es handelt sich um eine bio-psycho-soziale Rehabilitationsleistung. Somit erfasst die Klinik bei den Rehabilitand*innen Bedarfe in psychiatrischer, somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht.

Die individuelle Bedarfslage ermöglicht die Zuordnung zu einer teilhabeorientierten Bezugsgruppe:

- somatischer Bedarf, ausgedrückt in Diagnosen nach ICD und der Aktivitätsbeeinträchtigung und Teilhabebeeinträchtigung nach ICF
- psychischer Bedarf, ausgedrückt im psychodynamischen Befund mit Strukturniveau und den Behandlungsfoki
- sozialer Bedarf, ausgedrückt durch die BORA-Gruppen einschließlich der Barrieren bezüglich der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen werden dabei beachtet. BORA wird für diejenigen Rehabilitand*innen der Fachklinik umgesetzt, die einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben oder anstreben. Sollte dies nicht der Fall sein, erfolgt eine Zuordnung zu hausinternen, an BORA angelehnten Zielgruppen. Insofern wird die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit aller Rehabilitand*innen gestärkt (vgl. 4.7.5).

Genderaspekte und die Bedürfnisse älterer Menschen werden berücksichtigt.

Bei der Einteilung zu den Bezugsgruppen hat das Strukturniveau eine besondere Bedeutung.

Der Bedarf drückt sich auch in Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe aus, z.B. in:

Aktivitätsbeeinträchtigungen

- Beeinträchtigungen beim Lernen, bei der Wissensanwendung, der Kommunikation, der Konversation und Diskussion (z.B. Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Entscheidungen treffen)
- Beeinträchtigungen bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. Einzel- und Mehrfachaufgaben übernehmen, die tägliche Routine planen und durchführen, mit Stress, Krisensituationen und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
- Beeinträchtigungen der Mobilität (beispielsweise gehen und sich fortbewegen, Treppensteigen, die Fähigkeit eine Körperposition einzunehmen oder sich aufrecht zu halten, Gegenstände heben und tragen zu können).

Teilhabebeeinträchtigungen

- Beeinträchtigungen der adäquaten Gestaltung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. formelle Beziehungen, Familie, Freundeskreis und intime Beziehungen)
- Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des häuslichen Lebens (z.B. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Bewältigung von Haushaltsaufgaben, Mahlzeiten zubereiten, sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden, essen, trinken)
- Beeinträchtigungen der Teilhabe am sozialen und staatsbürgerlichen Leben (Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, z.B. Teilnahme am Vereinsleben).

Es wird geprüft, ob eine Kompensation vorhandener Beeinträchtigungen möglich ist (z.B. über Pflegeleistungen, Assistenzen für Menschen mit Behinderung oder Hörhilfen).

Darüber hinaus wird der individuelle Bedarf auch befriedigt durch die Zuordnung zu indikativen Gruppen (s. 4.7.4).

Insgesamt ergibt sich so für Rehabilitand*innen ein individueller Wochenplan mit fester Teilnahme an der Bezugsgruppe sowie der individuell festgelegten Teilnahme an bestimmten Veranstaltungen (s. beispielhaften Wochenplan in der Anlage).

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Oldenburger Land verfolgt einen umfassenden Rehabilitationsansatz mit interdisziplinärer Zusammenarbeit und orientiert sich an vorhandenen Rehabilitationsstandards, z.B. Reha-Therapiestandards bei Alkoholabhängigkeit der DRV (2016). Unter sozialmedizinischer Leitung beinhaltet dies:

- Medizinische Therapie
- Psychotherapie
- Ergotherapie
- Edukative Angebote
- Indikative Angebote
- Selbsthilfegruppen.

In der Hauptbehandlungsphase verstehen die Rehabilitand*innen ihr psychisches Funktionieren immer besser und erarbeiten sich eine immer realistischere Selbst- und Objektwahrnehmung. Ihre Steuerungsfähigkeiten sowie ihre Fähigkeiten zur Kommunikation verbessern sich, innere Bindungen und äußere Beziehungen werden klarer. Die Rehabilitand*innen nutzen ihre Fortschritte zur Entwicklung eines alltagstauglichen, stabilen und selbstwirksamen Lebensstils (in ihrem Rahmen), erweitern ihre Kompetenzen, auch durch Erfolgserlebnisse in praktischen Bereichen wie Arbeitstherapie, EDV-Kursen, Sporttherapie etc. Die Rehabilitand*innen gewinnen Vertrauen in die eigene Kraft und übernehmen Verantwortung.

In der Entlassvorbereitungsphase, die spätestens einige Wochen vor Behandlungsende beginnt, nachdem die Aufgaben in der Hauptbehandlungsphase hinreichend erfüllt sind, stehen die Ablösung von der Klinik und die nahtlose Wiedereingliederung in den Alltag im Vordergrund. Es bestehen strukturierte Beziehungen zu Nachbehandler*innen. Dies bedeutet u.a.:

- die bevorstehende Trennung von der Klinik wird bearbeitet
- Selbständigkeit, Eigeninitiative und Selbstverantwortung werden gefördert
- Heimfahrten dienen u.a. der Kontaktaufnahme zum sozialen Umfeld, zum Arbeitgeber, zum Jobcenter/Agentur für Arbeit, zur Fachstelle Sucht sowie zur Selbsthilfegruppe
- die Planung weiterer, insbesondere arbeitsbezogener Leistungen und der weiteren Versorgung und Betreuung mit Fokussierung auf die berufliche (Re-)Integration (z.B. externe Adaption).

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Der Sozialbericht sowie ärztliche Befundberichte sind nicht nur Grundlage der Entscheidung des Leistungsträgers, sondern auch eine wichtige Informationsquelle für die Behandlung. Wir stützen uns auch auf andere wichtige Unterlagen wie z.B. Gerichtsurteile, Betreuer*innenbestellungen oder Einschätzungen von Betreuer*innen vor Ort (Behandlungs- und Entwicklungsberichte). Wir erwarten, dass diese Unterlagen bzw. Einschätzungen zur Verfügung gestellt werden. Wir nehmen Kontakt zu Vorbehandelnden auf – und umgekehrt. Auf Wunsch werden

Möglichkeiten gegeben, die Klinik und ihre Arbeit vorab kennenzulernen und sich vor Ort zu informieren. Im Rahmen dieser Angebote sind Vorgespräche, die sich auf die Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen beziehen, möglich und können der Vorbereitung auf die stationäre Therapie dienen. Wir nehmen Teil an dem in der hiesigen Region installierten effizienten Verbundsystem (Kombi-Nord), welches zudem Sozialberichte und medizinische Informationen auf hohem Niveau liefert.

Der Aufnahmetermin wird mit der Entsendestelle und/oder den Versicherten zunächst telefonisch verbindlich besprochen. Notwendige Entgiftungsbehandlungen werden in diesem Zusammenhang geplant und durchgeführt. Es werden nur entgiftete Rehabilitand*innen aufgenommen. Der individuellen Situation der Versicherten (z.B. Vorgaben des Leistungsträgers, nahtlose Aufnahme aus der klinischen Entgiftung, Abschluss von sonstigen (ärztlichen) Behandlungen, akute Bedingungen am Arbeitsplatz usw.) wird entsprochen. Sie erhalten eine schriftliche Einladung, der Leistungsträger und die Entsendestelle werden zeitgleich informiert (per Fax, Email, postalisch) Die Einladung beinhaltet neben der vereinbarten Terminplanung einen Klinikflyer mit Anreiseinformationen, eine Packliste sowie Hinweise zur Aufnahme.

Der Therapieplan wird den Rehabilitand*innen am Aufnahmetag ausgehändigt. Die (fach-)ärztliche Untersuchung und die Erstdiagnostik einschließlich der Dokumentation erfolgen in den ersten Behandlungstagen. Andere Berufsgruppen führen in den ersten Behandlungstagen ebenfalls ihre Anamnese und Erstdiagnostik durch. Konkret erheben wir gemäß der ICF rehabilitationsdiagnostische Befunde, wobei Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich der psychischen Funktionen berücksichtigt werden.

Rehabilitand*innen werden in den ersten Tagen durch andere Rehabilitand*innen als Pat*innen unterstützt und durch Mitarbeitende systematisch in den Rehabilitationsablauf eingeführt.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

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

Was	Wann	Wer
(a) Basisdiagnostik		
Psychiatrische Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen	Aufnahmetag, Tag vor Entlassung	Arzt*Ärztin
Somatische Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen	Aufnahmetag, Tag vor Entlassung	Arzt*Ärztin
Pflegeanamnese	Aufnahmetag	Gesundheits- und Krankenpflegekraft
Weitere Untersuchungen/ Spezialuntersuchungen	im Behandlungsverlauf, bei Bedarf	Arzt*Ärztin
EKG	erste Behandlungswoche	Arzt*Ärztin
Laboruntersuchungen	Aufnahmetag, im Behandlungsverlauf, bei Bedarf	Arzt*Ärztin

(b) Psychosoziale, entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik		
Anamneseerhebung	In ersten drei Behandlungstagen	Psycho-/Suchttherapeut*in
Testpsychologische Untersuchungen (Intelligenztestung u.a.)	in ersten vier Behandlungswochen	Psycholog*in
(c) Arbeits-, erwerbs- und berufsbezogene Diagnostik (und Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren) unter Einschluss von BORA		
Sozialmedizinische Anamnese	Aufnahmetag und in letzten drei Behandlungstagen	Arzt*Ärztin
Strukturiertes Aufnahmeinterview	in ersten zwei Behandlungstagen	Arbeitstherapeut*in
MELBA-basierte Selbst- und Fremdbeurteilung	Erste Behandlungswoche und im Reha-Verlauf	Arbeitstherapeut*in
Schul-, Berufs- und Arbeitsanamnese	in ersten 14 Behandlungstagen	Arbeitstherapeut*in
Würzburger Screening zur Ermittlung der beruflichen Problemlagen	nach zehn bis 14 Behandlungstagen	Arbeitstherapeut*in
(d) Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen, pädagogische Diagnostik		
Freizeit- und Sozialanamnese zur Diagnostik der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe	in ersten 14 Behandlungstagen	Heilerziehungspfleger*in

Die mehrdimensionale Diagnostik fließt über Team- und Fallbesprechungen in Planung und Umsetzung der Rehabilitation ein. Sie ist Grundlage für die Entwicklung eines individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplans sowie individueller Rehabilitationsziele, in Absprache mit den Rehabilitand*innen. Die Psycho-/Suchttherapeut*innen steuern die Behandlung als Case Manager*innen unter der Gesamtschau des ärztlichen Bereichs. Die Diagnostik und Analyse der berufs- und arbeitsplatzbezogenen Probleme ist ein Schwerpunkt der Rehabilitation und wird in Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sichergestellt.

Wesentliches Merkmal und Voraussetzung für eine integrierte medizinische Rehabilitation ist die Zusammenschau aller diagnostischen Ergebnisse der beteiligten Berufsgruppen. Sie wird daher in Form regelmäßiger Teambesprechungen institutionalisiert und liegt in der Verantwortung der zuständigen Ärzt*innen. Diese Zusammenschau ermöglicht eine kontinuierliche Prüfung und ggf. Korrektur der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes, insbesondere im Hinblick auf sozialmedizinische Problemstellungen und ist Voraussetzung für die sozialmedizinische Beurteilung. Unter Berücksichtigung der daraus abgeleiteten ärztlichen Vorgaben macht der*die Psychotherapeut*in in der Funktion des*der Case-Manager*in seiner*ihrerseits Vorgaben an beteiligte Berufsgruppen für die Umsetzung des Rehabilitationsplanes. Er*sie steuert so unter Gesamtschau des ärztlichen Bereichs den Behandlungsprozess der Rehabilitand*innen, bei dem auch indikative Therapieangebote geplant und durchgeführt werden.

4.7.3 Medizinische Therapie

Angesichts gravierender Folgeerkrankungen und einer zunehmenden Multimorbidität mit psychiatrischen, somatischen und psychosomatischen Störungen, aber auch wegen der oft gesundheitsschädlichen Lebensweise von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gibt es in unserer Klinik eine qualifizierte medizinische Betreuung. Die notwendigen räumlichen, apparativen und personellen Voraussetzungen sind in unserer Rehabilitationseinrichtung vorhanden. Psychiatrische und grundlegende ärztliche Behandlungen sowie eine pflegerische Betreuung können zum großen Teil innerhalb unserer Einrichtung durchgeführt werden, soweit keine intensive Beobachtung oder externe Konsiliaruntersuchungen notwendig sind.

Am Aufnahmetag werden Rehabilitand*innen ärztlich untersucht und die Rehabilitationsfähigkeit überprüft. Ziel der Aufnahmeuntersuchung ist die Erstellung einer vollständigen Krankenanamnese, die einen somatischen und psychischen Untersuchungsbefund beinhaltet. Erste Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen werden gestellt und im weiteren Verlauf differentialdiagnostisch abgeklärt. Notwendige Pharmaka/Psychopharmaka werden verordnet. Die medikamentöse Behandlung wird auf das Notwendigste beschränkt. Suchtpotente Stoffe werden vermieden, und es werden den Rehabilitand*innen Verhaltensregeln gegeben. Über den Umgang mit Medikamenten und vor allem abhängigkeiterzeugenden Stoffen werden die Rehabilitand*innen im Laufe der Therapie aufgeklärt. Der ärztliche Dienst entscheidet über aktive Maßnahmen wie Krankengymnastik, Sport, Bewegungstherapie und über passive Maßnahmen wie Akupunktur, Bäder und Massagen. Zusätzlich erfolgt ein pflegerisches Aufnahmegespräch mit Prüfung von Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergröße, Gewicht, EKG, Aufnahmelabor, Urinstatus, Atemalkoholtest und Drogenscreening.

Die ärztliche Leitung führt gemäß dem Wochenplan mindestens alle zwei Wochen Visiten durch. Wöchentliche ärztliche Visiten werden zusätzlich sichergestellt. Zudem gibt es werktäglich sowohl eine pflegerische als auch eine ärztliche Sprechstunde, in der chronische Erkrankungen, aber auch akut während der Rehabilitation auftretende Erkrankungen behandelt werden. Während der Therapiezeiten ist stets mindestens ein*e Arzt*Ärztin in der Klinik anwesend. Die Rufbereitschaft einer*s Arztes*Ärztin ist darüber hinaus gewährleistet. Es bestehen enge Kooperationen mit niedergelassenen Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Kliniken. Den Rehabilitand*innen stehen damit alle Hilfen der modernen ambulanten und stationären Krankenbehandlung zur Verfügung (fachärztliche Konsiliaruntersuchungen, einschließlich technischer Untersuchungen wie Röntgen, CCT, MRT, Sonographie etc.). In der Klinik selbst durchgeführt werden EKGs, (Drogen-) Schnelltests und Atemalkoholkontrollen. Kooperationen bestehen insbesondere mit dem Labor des Klinikums Oldenburg und mit dem Krankenhaus Johanneum in Wildeshausen, dort u.a. mit der Entzugsstation.

Die ärztliche Leitung bzw. ihre*seine Vertretung leitet unter sozialmedizinischen Aspekten die wöchentlichen Team- und Fallbesprechungen, in denen Ärzt*innen, Bezugstherapeut*innen, Gesundheits- und Krankenpflegende, Heilerziehungspflgende und Arbeitstherapeut*innen Ergebnisse der Diagnostik und der fachlichen Rehabilitationsziele besprechen, einen individuellen Rehabilitationsplan erstellen, überprüfen und ggf. fortschreiben. Die Ärzt*innen führen die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin (bzw. sind in Weiterbildung). Ein sozialmedizinischer Qualitätszirkel wurde vor Ort initiiert.

Menschen mit Suchterkrankungen unterschätzen häufig die von Alkohol und anderen Suchtstoffen ausgehenden Gesundheitsgefahren. Aufklärung über die toxischen Wirkungen einzelner Suchtstoffe sowie Beratungsgespräche über Hepatitis, HIV-Infektionen etc. sind ärztliche Aufgaben und finden bei der Visite und in der Sprechstunde statt. Medizinische und gesundheitsbezogene Themen werden in edukativen Gruppen vermittelt. Zusammenhänge zwischen

Fitness, Bodybuilding, Kondition und körperlicher Belastbarkeit werden erklärt und zum Teil im Rahmen der Sporttherapie unter Anleitung umgesetzt, ggf. erfolgt eine physiotherapeutische Mitbehandlung.

Vor Entlassung findet bei allen Rehabilitand*innen eine ärztliche Abschlussuntersuchung statt. Hier werden der Rehabilitationsverlauf sowie die erhobenen Befunde besprochen und bewertet. Über notwendige Entlassungsmedikation und weitere Behandlungsnotwendigkeiten werden die Rehabilitand*innen informiert. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wird erstellt und mit den Rehabilitand*innen ebenso besprochen wie weitere notwendige medizinische Maßnahmen, z.B. Physiotherapie, weiterführende Kontrolluntersuchungen, Diagnostik bei anderen Fachärzt*innen, Reha-Sport etc.).

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

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

A. Einzel- und Gruppenpsychotherapie

Das Angebot in der Klinik ist mit seinen baulichen Strukturen, gruppen- und einzelpsychotherapeutischen Maßnahmen sowie dem strukturierten Tagesablauf darauf ausgerichtet, Ich-Funktionen mit dem Ziel zu stärken, die Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch eine gesundheitsfördernde und krankheitsbewältigende Lebensweise zu verbessern. Unterstützt wird dieses Bemühen durch die äußere Gestaltung der Klinik und die Erholungsmöglichkeiten in der näheren Umgebung von Neerstedt.

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

Bei der Psychotherapie von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen muss die häufig vorhandene mangelnde Introspektionsfähigkeit, das verringerte Sprachverständnis und das geringe Ausdrucksvermögen berücksichtigt werden. Die psychotherapeutische Arbeit wird daher in einfacher Sprache durchgeführt, d.h. weniger komplexe und kurze Sätze mit einfachen Wörtern, Arbeiten mit Symbolen etc. Es werden vorwiegend verhaltenstherapeutische sowie systemische Interventionen, aber auch non-verbale Verfahren, z.B. Spiel- und Kreativtherapie, u.a. Malen etc. angewendet.

In den einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen werden oft Alltagssituationen aufgegriffen, um zum Beispiel problematische Situationen zu lösen. Entsprechend der Leitlinie für Intelligenzminderung (2014) werden kürzere, dafür häufigere Einzelkontakte durchgeführt. Auch die sehr enge Einbeziehung von Mitbehandelnden und Bezugspersonen ist eine Besonderheit bei der Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Die Gruppengröße beträgt acht bis maximal zwölf Rehabilitand*innen, je nach Diagnosestellung. Es handelt sich um halboffene Gruppen. Die Einteilung in die am besten geeignete Bezugsgruppe erfolgt bedarfsorientiert, in Anlehnung an die ICF, mit Blick auf den funktionalen

Gesundheitszustand, die soziale Beeinträchtigung und die relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen wie beispielsweise die Wohn- oder Arbeitsform.

Es gibt folgende Bezugsgruppen für:

- Rehabilitand*innen mit Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit und/oder chronischen Psychosen/hirnorganischen Psychosyndromen, in der Regel Menschen, die im Wohnheim betreut werden oder Menschen im ambulant betreuten Wohnen (ICD-10 F2 und F7)
- Rehabilitand*innen mit Lernbehinderung und/oder Entwicklungsstörungen, in der Regel Menschen im ambulant betreuten Wohnen (ICD-10 F2 und F81)
- Rehabilitand*innen mit Lernbehinderung und/oder Entwicklungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen und strukturellen Störungen (ICD-10 F6 und OPD Achse IV, meist gering integriert),
- Rehabilitanden mit Lernbehinderung und/oder Entwicklungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, sogenannte „junge Wilde“ (ICD-10 F6) als Männergruppe,

Die Gruppe bildet die Peergroup der Rehabilitand*innen. Ein ähnliches Funktionsniveau erleichtert es den, für intelligenzgeminderte Rehabilitand*innen oftmals herausfordernden, Alltag zu bewältigen.

Jede Therapiegruppe wird von einer*m Bezugstherapeut*in geleitet. Über Co-Therapeut*innen ist eine sichere Vertretung gewährleistet.

Bei Rückfällen wird unter klaren Auflagen mit den Rehabilitand*innen weitergearbeitet. Es besteht ein spezielles Rückfallkonzept. Der Rückfall wird als Teil des Krankheits- und Genesungsprozesses verstanden und individuell behandelt. Der Rückfall wird stets aufgearbeitet und für die Therapie nutzbar gemacht.

Weitere Aufgaben der Bezugstherapeut*innen sind die Vorbereitung der ambulanten Nachsorge oder der Weiterbehandlung und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen.

B. Edukative Gruppen

Die Rehabilitand*innen der Fachklinik nehmen an edukativen Angeboten gemäß Wochenplan teil. Edukative Maßnahmen haben das Ziel, alltagstaugliche, stabile Lebensstiländerungen der Rehabilitand*innen zu initiieren, die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten basieren. Wir bieten auf der Grundlage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung (2015) Seminare zur Gesundheitsinformation und -förderung (45 Minuten) mit folgenden Themen an: Bewegung und körperliches Training, Schutzfaktoren, Stress und Stressbewältigung, gesunde Ernährung, Alltagsdrogen sowie weitere krankheitsspezifische Informationen. Die Seminare sind manualisiert, curricular verknüpft und werden laufend evaluiert.

Das Beziehungcoaching stellt eine Besonderheit unserer Klinik dar. Im Rahmen unserer Arbeit hat sich herausgestellt, dass sich die meisten Rehabilitand*innen eine dauerhafte Beziehung wünschen. Partnerschaften zerbrechen häufig schnell an mangelnder Frustrationstoleranz und mangelnden Konfliktlösekompetenzen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die meisten unserer Rehabilitand*innen eine über die Psychotherapie hinausgehende, gezielte Unterstützung ihrer Partnerschaft sowie sonstiger Beziehungen benötigen, um in erfüllenden Beziehungen leben zu können.

In der Gruppe Beziehungscoaching geht es darum, Menschen mit Beeinträchtigungen in ihren aktuellen Beziehungen zu begleiten und zu fördern. Auch Rehabilitand*innen mit Beziehungswunsch werden von uns unterstützt.

Erfahrungen und Erlebnisse aus der Vergangenheit können in der Gruppe ausgetauscht und ausgewertet werden. Paargespräche werden vorbereitet und initiiert. Angemessenes Streiten wird erprobt. Das Beziehungscoaching greift v.a. folgende Themen auf:

- Nähe - Distanz
- Sexualität
- Nähe erhalten trotz räumlicher Trennung
- Rolle des Suchtmittels in der Partnerschaft
- zusammenwohnen, eigene Wohnung, Wohngemeinschaft etc.
- Beziehungen aufnehmen - Beziehungen trennen.

Diese Themen werden auf die Lebensrealität der einzelnen Rehabilitand*innen bezogen. In Rollenspielen werden alternative und funktionale Bewältigungsmechanismen bei Partnerschaftsproblemen eingeübt. Auch die Entscheidung für und das Durchhalten einer Trennung als hochkritische Phase wird thematisiert und ggf. eingeübt.

Die Ernährungsberatung erfolgt zum einen individuell im Einzelgespräch, angepasst an den*die jeweilige*n Rehabilitand*in mit ihren*seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen. Orientierungspunkte für die Ernährungsberatung sind die Curricula der DRV (z.B. „Curriculum Gesunde Ernährung“ 2020) und die Empfehlungen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Zum anderen erfolgt sie in Gruppen wie unter 4.7.9 dargestellt.

Wöchentlich und mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten finden für alle Rehabilitand*innen eine Vollversammlung sowie eine Hausversammlung statt.

C. Indikative Angebote

An den Indikativen Angeboten gemäß individuellem Wochenplan nehmen Rehabilitand*innen teil, die aufgrund einer speziellen Indikation besondere Behandlung bzw. Förderung ihrer Teilhabedefizite benötigen. In der Psychotherapie gibt es Gruppenangebote für affektive Störungen und Ängste sowie für Persönlichkeitsstörungen. Des Weiteren gibt es Angebote für Alltagsbewältigung und Freizeit, für einzelne psychische Begleiterkrankungen, Training sozialer Kompetenzen, Tabakentwöhnung und EDV Schulung.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Ein großer Teil der Rehabilitand*innen der Fachklinik Oldenburger Land hat Probleme am Arbeitsplatz, ist arbeitslos, von Arbeitslosigkeit bedroht oder aufgrund der Suchterkrankung und/oder Folgekrankheiten arbeitsunfähig. In Einzelfällen liegt eine Berentung vor oder ist ein Rentenantrag gestellt worden. Im Arbeitsleben bestehen oft psychosoziale Belastungen und/oder Angst vor Arbeitsplatzverlust (Byron 2005). Eine berufliche Perspektive und die Aussicht auf Rückkehr ins Erwerbsleben verbessern den Rehabilitationserfolg. Primäres Ziel der medizinischen Leistung zur Rehabilitation ist die wesentliche Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit.

Das Konzept der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (AG BORA 2014) hat als grundlegende Zielsetzung, die Rehabilitation an den Anfor-

derungen der Arbeitswelt, insbesondere des aktuellen beziehungsweise des angestrebten Arbeitsplatzes, auszurichten. Das Konzept (BORA) wird für diejenigen Rehabilitand*innen der Fachklinik umgesetzt, die einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben oder die einen solchen Arbeitsplatz anstreben. Dieses Konzept ist in das medizinische Dokumentationswesen und das Reha-Qualitätsmanagement der Klinik integriert (Bereich 1).

Der weitaus größte Teil unserer Rehabilitand*innen arbeitet in einer WfbM bzw. ist in einer Tagesstruktur beschäftigt. Die Wiedereingliederung für Menschen mit Behinderung ist kein primäres Ziel des Rentenversicherungsträgers. Laut § 136 SGB IX Absatz 1 Satz 3 werden allerdings in WfbMs geeignete Personen dahingehend gefördert, auf den allgemeinen Arbeitsmarktüberzugehen. Beschäftigte in WfbM haben oftmals ähnliche Problemlagen wie Angestellte oder Arbeiter*innen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Aus diesem Grund werden diejenigen unserer Rehabilitand*innen, die in einer WfbM arbeiten oder für die eine solche Arbeit angestrebt wird, hausinternen, BORA angelegten Zielgruppen zugeordnet (Bereich 2).

Rehabilitand*innen, die aufgrund ihrer körperlichen oder psychischen Einschränkungen nur sehr begrenzt oder nicht erwerbsfähig sind, werden in der Zielgruppe 5 ergotherapeutisch betreut. Ziel dieser ergotherapeutischen Maßnahmen ist die Förderung psychischer, geistiger und körperlicher Funktionen, die - im besten Fall - eine Grundarbeitsfähigkeit wiederherstellen und somit zur beruflichen Teilhabe beitragen kann.

Durch die ergo- und arbeitstherapeutische Förderung sollen Arbeitstugenden im kontinuierlichen Prozess gefördert, entwickelt und verbessert werden. In diesem Prozess werden die Anforderungen an unsere Rehabilitand*innen zunehmend erhöht. Sie werden den realen Anforderungen des künftigen Ausbildungs- und/oder Arbeitsplatzes oder anderen zukünftigen Anforderungen (Tagesstruktur, Befähigung zu größerer Selbständigkeit) zunehmend angeglichen. Ein gelungener arbeits- und berufsbezogener Rehabilitationsprozess führt so zur bestmöglichen Teilhabe am Arbeitsleben.

An den ersten beiden Behandlungstagen erfolgt, diagnosegesteuert und indikationsgeleitet, die Zuordnung zum jeweiligen Arbeitstherapiebereich. Diese Zuordnung wird im weiteren therapeutischen Prozess regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Die Rehabilitand*innen erhalten ein auf den individuellen Bedarf, auf ihre Erfahrungen und das Leistungsvermögen zugeschnittenes Angebot ergotherapeutischer oder arbeitsbezogener Interventionen.

Die Werkstätten (Holz, Metall, Beschäftigungs- und Kreativtherapie), die Bioland®-Gärtnerei und die Landwirtschaft bieten für eine Fachklinik wohl einmalige Betätigungsfelder. Daneben gibt es die Möglichkeit, in der klinikeigenen Küche, in der Cafeteria und in der Wäscherei/Hausreinigung tätig zu werden.

Insgesamt gibt es eine Vielzahl an möglichen Arbeitstherapiebereichen, auch für einfache Tätigkeiten, bei denen unmittelbar Ergebnisse sichtbar werden und sich Erfolgserlebnisse einstellen. Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitand*innen können eingebracht und gefördert werden. Menschen mit Beeinträchtigungen profitieren in besonderem Maße von diesen Möglichkeiten unserer Klinik.

4.7.5.1 Ergotherapeutische Therapie- und Teilhabepanung

Das Leistungsvermögen der Rehabilitand*innen wird unter sozialmedizinischen Aspekten im arbeitstherapeutischen Prozess kontinuierlich entwickelt. In diesem Prozess werden die Anforderungen zunehmend erhöht, auch mit Hilfe interner und externer Belastungserprobungen und den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes bzw. den Anforderungen einer WfbM angeglichen. Ein gelungener arbeits- und berufsbezogener Rehabilitationsprozess schafft so

die Grundlagen für eine verbesserte und angemessene Teilhabe am Arbeitsleben bzw. zu einer Steigerung des Leistungsvermögens in der Selbstversorgung und der Alltags- und Freizeitgestaltung.

Die ausführliche Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese sowie die Eingangsdiagnostik (siehe 4.7.2) dienen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs der Rehabilitand*innen. Fähigkeiten, Fertigkeiten und Belastbarkeit werden abgeklärt und die individuellen Vermittlungsmöglichkeiten eingeschätzt. Auf dieser Grundlage und, ausgehend von den mit den Rehabilitand*innen vereinbarten Rehabilitationszielen, entwickelt die Arbeitstherapie einen Therapieplan für arbeits- und berufsbezogene Leistungen. Sie berücksichtigt dabei

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

Es soll die Motivation, sich mit berufsbezogenen Themen auseinanderzusetzen, gefördert, es sollen Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abgebaut, berufliche Förderfaktoren gestärkt und Perspektiven zur beruflichen (Re-) Integration entwickelt werden.

Mit Einverständnis der Rehabilitand*innen wird Kontakt zur Bundesagentur für Arbeit, zum zuständigen Jobcenter oder zum Arbeitgeber bzw. der WfbM aufgenommen, um ein konkretes Bild der Situation zu gewinnen. In diesem Zusammenhang kooperieren wir auch mit Mitarbeitenden der WfbM, Integrationsfachdiensten, Sozialberater*innen, Bildungsträgern, Reha-Fachberater*innen, Werks- und Betriebsärzt*innen, Berufsförderungswerken und anderen Diensten, sofern dies die berufliche Entwicklung fördern kann. Die Datenschutzbestimmungen werden dabei beachtet.

Bei der diagnosegesteuerten Zuweisung der Rehabilitand*innen zu einer BORA-Gruppe bzw. Zielgruppe und zu bestimmten Arbeitstherapiebereichen sind drei Kriterien entscheidend:

- Fördermöglichkeiten der einzelnen Arbeitstherapiebereiche
- Entwicklung von Fähigkeiten/Fertigkeiten in jenem Arbeitstherapiebereich, der dem Berufs-/Tätigkeitswunsch der Rehabilitand*innen am nächsten liegt
- Interessen, Ressourcen sowie der Wille der Rehabilitand*innen.

Grundsätzlich wird versucht, eine Tätigkeit zu finden,

- die in Absprache mit anderen Behandlungsbereichen den Rehabilitand*innen zuzumuten ist
- die dem Interesse/Berufs-/Tätigkeitswunsch und der beruflichen Vorerfahrung der Rehabilitand*innen entgegenkommt
- die aufgrund der Therapiezielvereinbarung sinnvoll ist.

Die Rehabilitand*innen streben in der Regel die (Re-) Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. in eine WfbM an. Hierfür ist meist eine stabilisierende Anschlussbehandlung Voraussetzung.

Rehabilitand*innen der Fachklinik Oldenburger Land werden nach einem strukturierten Aufnahmeinterview und Screening in den ersten drei Behandlungstagen einer der folgenden drei

Bereiche zugeordnet und innerhalb dieser in Untergruppen eingeteilt. Grundsätzlich sind dabei die Instrumente der Arbeitstherapie für alle Rehabilitand*innengruppen gleich, das Maß der zumutbaren Belastung jedoch unterschiedlich.

1. Bereich

BORA-Zielgruppe 1

- Rehabilitand*innen in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen (nur sehr wenige Rehabilitand*innen).

BORA-Zielgruppe 2

- Rehabilitand*innen in Arbeit mit besonderen arbeitsbezogenen Problemlagen

BORA-Zielgruppe 3

- Arbeitslose Rehabilitand*innen nach SGB III (ALG I-Bezug).

BORA-Zielgruppe 4

- Rehabilitand*innen nach SGB II (ALG II-Bezug).

BORA-Zielgruppe 5

- Nichterwerbstätige, d.h. Schüler*innen, Studierende, Hausfrauen*männer, sonstige Nichterwerbs-Rehabilitand*innen bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

2. Bereich

Eine große Gruppe wird in unserer Einrichtung für Menschen mit Beeinträchtigungen von jenen gebildet, die in einer WfbM arbeiten oder für die eine Arbeit in einer WfbM angebracht erscheint. Diese Rehabilitand*innen ordnen wir an BORA angelehnten Zielgruppen zu und intendieren Möglichkeiten der Reintegration in das Arbeitsleben auf dem individuell erreichbaren Niveau.

Zielgruppe 1

- Rehabilitand*innen in Arbeit in einer WfbM ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen

Zielgruppe 2

- Rehabilitand*innen in Arbeit in einer WfbM mit besonderen arbeitsbezogenen Problemlagen

Zielgruppe 3

- Beschäftigte einer WfbM, seit kurzem ohne Arbeit (weniger als ein Jahr)

Zielgruppe 4

- Beschäftigte einer WfbM, länger als ein Jahr ohne Arbeit

Zielgruppe 5

- Beschäftigte in Tagesstruktur
- Altersrentner*innen.

Innerhalb der großen Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es immer wieder eine Anzahl an Rehabilitand*innen, mit Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen, deren Einschränkungen im psychischen, geistigen oder körperlichen Bereich es nur erlauben, Tätigkeiten im Sitzen bzw. Tätigkeiten in einer nahezu 1:1-Betreuung auszuführen. Ziel ist es, für diesen Personenkreis ebenfalls eine Eingliederung in eine Tagesstruktur oder in eine WfbM zu erreichen. Diese Personen werden in der Zielgruppe 5 mitberücksichtigt.

Die Klinik hält konkret folgende Angebote vor:

Angebote	Bereich 1 BORA-Zielgruppen					Bereich 2 Interne Zielgruppen				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Fachklinik Oldenburger Land										
Arbeitstherapie		x	x	x	X	x	x	x	x	
Interne Belastungserprobung			x	x	X			x	x	
Externe Belastungserprobung										
Edukative Gruppe „Berufliche Fragen“	x	x	x	x	X	x	x	x	x	
Eduk. Gruppe „Aktive Freizeitgestaltung“	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Eduk. Gruppe Beschäftigungstherapie	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Eduk. Gruppe Beschäftigungstherapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Indikative Gruppe EDV-Schulung										
Sozialberatung										
Besuch beim Jobcenter				x	x					
Kontakt zum Integrationsamt					x/					
Kontakt zur Reha-Beratung					x					
Kontakt zur gesetzlichen Betreuung										
Kontakt zur Wohnbetreuung										
Kontakt zum Arbeitgeber										
Kontakt zur*m Betriebsarzt*ärztin										
Kontakt zum Betriebsrat										

Legende

| = Indikatives Angebot

x = Allgemeine Teilnahmepflicht

4.7.5.2 Ergotherapeutische Behandlung

Folgende Behandlungsmodule werden in der Ergotherapie der Fachklinik Oldenburger Land angeboten:

(a) Arbeitstherapie

In der Arbeitstherapie werden realistische und erreichbare Aufgaben gestellt. Die Arbeitstherapie ist das wichtigste Instrument, um die beruflichen Fähigkeiten zu testen, zu entwickeln und zu erproben. Sie fördert und fordert Rehabilitand*innen und unterstützt sie bei der Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsmotivation. Arbeitstugenden wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen, Genauigkeit etc. sollen entwickelt, Steuerungs- und Regulierungsvermögen verbessert werden.

Im Hinblick auf sozialmedizinische Fragestellungen gibt es eine enge Verzahnung des arbeits-therapeutischen und des medizinischen Bereiches.

Rehabilitand*innen der BORA Gruppen 1-5 sind in den ersten drei Wochen, d.h. während der Diagnosephase, bis zur endgültigen Zuordnung in der Arbeitstherapie beschäftigt. Während dieser Zeit wird ein individuell zugeschnittenes arbeits- und ergotherapeutisches Programm erstellt, wobei ggf. gleichzeitig die Teilnahme an speziellen indikativen Gruppen festgelegt wird.

In der Klinik stehen PC-Arbeitsplätze zur Verfügung, die auch in der Freizeit genutzt werden können. Es geht um den Abbau von Zugangsschwellen und das Erlernen von Grundfertigkeiten im Umgang mit elektronisch gestützter Bürotechnik.

Folgende Bereiche der Arbeitstherapie stehen für das Training der Basisfähigkeiten und -fertigkeiten für Projektarbeiten und für die interne Belastungserprobung zur Verfügung:

- Werkstatt (Holz/Metall/Fahrrad/Haustechnik)
- Küche und Cafeteria
- Wäscherei und Reinigung
- Außengelände/Landwirtschaft/Gartenbau
- Sonderbereich Arbeits- und Ergotherapie für psychisch, kognitiv, und/oder körperlich stark eingeschränkte Rehabilitand*innen
- Tierhaltung (in Planung).

Unter Aufsicht der Arbeitstherapie betreiben unsere Rehabilitand*innen die Cafeteria in Selbstverwaltung. Hier können Planung, Umsetzung, Buchhaltung, Materialwirtschaft, Service- und Dienstleistungen sowie soziale Kompetenzen trainiert werden.

Die Arbeitstherapie bietet durch das Gelände und die Ausstattung vielfältige Tätigkeitsfelder: Von sehr einfachen, sitzenden Tätigkeiten im Staudenquartier, in der Gärtnerei, in der Wäscherei oder im Holz- und Metallbereich bis hin zu anspruchsvollen handwerklichen Arbeiten mit Maschinen in der Landwirtschaft und im Park gibt es eine Vielzahl von Tätigkeiten, die, je nach Indikation, angeboten werden können.

Während des gesamten Behandlungsverlaufs wird von der Arbeitstherapie in regelmäßigen Abständen eine an MELBA angelehnte Fremdeinschätzung und von den Rehabilitand*innen eine Selbsteinschätzung der Grundarbeitsfähigkeiten und -fertigkeiten erstellt. Es geht um das Ziel, eine realistische Selbsteinschätzung in arbeitsbezogenen Fragen zu erlangen.

Manche Rehabilitand*innen benötigen über das Angebot der Arbeitstherapie hinaus konkrete Aufgaben zur Erreichung des Ziels „Return To Work“. Belastungserprobungen sind eine Brücke zur (Wieder-) Eingliederung ins Arbeitsleben (§ 9 SGB VI) oder gegebenenfalls zur beruflichen Rehabilitation.

(b) Interne/Externe Belastungserprobung

Rehabilitand*innen der BORA Gruppen 2, 3, 4 und teilweise auch 5 sowie die Rehabilitand*innen der Zielgruppe 2,3 und 4 bei entsprechender Indikation benötigen über das Angebot der Arbeitstherapie hinaus konkrete Aufgaben zur Erreichung ihrer Ziele. Nach einigen Wochen der Arbeitstherapie nehmen diese Rehabilitand*innen an einer Belastungserprobung teil. Hier werden Stärken und Schwächen oft noch deutlicher als in der Arbeitstherapie sichtbar und können gezielter gefördert bzw. abgebaut werden.

Die interne Belastungserprobung kann in allen Arbeitstherapiebereichen stattfinden. Sie erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von zwei Wochen und ist zum Teil auch am Wochenende zu verrichten. Es werden Anforderungen an Teamarbeit, Pünktlichkeit und Merkfähigkeit gestellt. Zum Teil wird unter Zeitdruck gearbeitet. Seelische, geistige und körperliche Leistungsbereitschaft, die soziale Anpassungsfähigkeit und realitätsnahe Konfliktbewältigungen werden überprüft und trainiert sowie berufliche Eingliederungschancen erarbeitet. Auf Wunsch stellen wir zum Ende der internen Belastungserprobung ein qualifiziertes Arbeitszeugnis aus.

Nach sorgfältiger Einzelfallentscheidung und Indikationsstellung wird statt einer internen Belastungserprobung eine berufsbezogene, unentgeltliche externe Belastungserprobung als spezifische Maßnahme geplant und durchgeführt. Die externe Belastungserprobung dient der Überprüfung der beruflichen Belastbarkeit, der Ausdauer und des Durchhaltevermögens, der Fremd- und Selbsteinschätzung und ggf. der Berufsorientierung. Sie findet in örtlichen Betrieben statt, mit denen eine Kooperation besteht. Sie wird von der Ergo-/Arbeitstherapie eng begleitet sowie vor- und nachbesprochen. Der Erfolg der externen Belastungserprobung wird durch ein Arbeitszeugnis dokumentiert. Konkrete Kooperationen für externe Belastungserprobungen bestehen.

In der Zusammensicht entsprechen diese Maßnahmen der in der AWMF Leitlinie alkoholbezogene Störungen geforderten Intervention zur Reintegration in das Arbeitsleben.

(c) Beschäftigungstherapie

Die Kreativ- und Beschäftigungstherapie hat in unserer Klinik die Funktion, die in der Psychotherapie erarbeiteten Kenntnisse zu vertiefen, zu visualisieren und Selbsterfahrung mit non-verbale Verfahren zu ermöglichen. Themen aus der Psychotherapie können hier mit anderen Mitteln sichtbar gemacht werden. Daher findet ein kontinuierlicher Austausch mit der Psychotherapie statt. Kreativität, Phantasie, Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit werden gefördert. Brachliegende Fähigkeiten werden entfaltet. Oft sind Rehabilitand*innen erstaunt, welche Kraft, Stärke und Lebendigkeit in ihren Werken zum Ausdruck kommt. Dies stärkt ihr Interesse an der weiteren Arbeit mit ihrem inneren Zustandsraum, aber auch ihr Selbstvertrauen und ihre technischen Fähigkeiten. Insgesamt wird die Selbstwahrnehmung verbessert, es werden Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben, die auch in ein Hobby führen können. Eine Ausweitung dieses Bereiches auf andere Angebote wie Tanz-, Gesang- oder Rhythmusgruppe sowie Musikprojekte wird angestrebt.

Die Kreativ- und Beschäftigungstherapie ist ein Mittel, um spontan und im freien Fluss der inneren und äußeren Kräfte Ganzheit zu erleben. Kreative Techniken vermitteln - indirekte -

Möglichkeiten, Teilhabestörungen abzubauen. Es ergeben sich Wege, unter Umgehung psychischer Widerstände unbewusste Inhalte bewusstseinsfähig zu machen und einen Zugang zur Innenwelt und zum Charakter zu bekommen.

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

(d) Indikative/Edukative Angebote

Indikative Gruppen wie EDV-Kurse werden angeboten, um Rehabilitand*innen in speziellen Bereichen zu fördern und so noch effektiver die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Einige indikative Veranstaltungen sind auf Untergruppen von Rehabilitand*innen wie Berufstätige, Personen, die von Arbeitslosigkeit bedroht oder betroffen sind etc. zugeschnitten. Edukative Angebote runden das System arbeitsbezogener Interventionen der Klinik ab. Es werden Themen wie berufliche Fragen, Arbeitsplatzsuche, Alltagsbewältigung, soziales Verhalten im Arbeitsleben, aktive Freizeitgestaltung, verkehrsmedizinische Fragen etc. behandelt.

(e) Vernetzung

Es wird mit Arbeitgebern, WfbM, betrieblicher Suchtkrankenhilfe, Behindertenhilfe sowie, bei Notwendigkeit, mit Angehörigen oder gesetzlichen Betreuenden, Bewährungshelfer*innen, Betriebs- und Werksärzt*innen, Betriebsräten, Schuldnerberatungen, Integrationsfachdiensten und anderen Institutionen oder Personen Kontakt aufgenommen. Dies geschieht unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien. Diese Kontakte können für die Rehabilitand*innen bezüglich ihrer beruflichen bzw. arbeitsbezogenen Entwicklung hilfreich sein und sie tragen zur Klärung der beruflichen bzw. arbeitsbezogenen Situation und etwaig notwendiger Arbeitsplatzanpassungen und sonstiger Maßnahmen bei.

Rehabilitand*innen wird die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, die Integration in Sport- und Freizeitvereine empfohlen, Kontakte werden bei Bedarf vermittelt. In den letzten Wochen der Rehabilitation wird explizit angeregt, dass Heimfahrten auch für die Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen genutzt werden.

Im Rahmen des Entlassungsberichtes wird eine detaillierte sozialmedizinisch-berufliche Beurteilung und, wenn indiziert, ein Wiedereingliederungsplan für die Rehabilitand*innen erstellt, z.B. Eingliederungsempfehlung für eine WfbM etc. Die Ergebnisse der berufsbezogenen Maßnahmen werden beschrieben und bewertet.

Ergebnisse und Empfehlungen können, nach Einholen einer schriftlichen Schweigepflichtsbindung der Rehabilitand*innen, an die weiterbehandelnden Institutionen weitergeben werden.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

(a) Physiotherapie

In unserer Klinik besteht die Physiotherapie aus Gruppenveranstaltungen in Form von Wirbelsäulengymnastik, die wöchentlich stattfinden. Sie dient zur Verbesserung der eigenen körperlichen Wahrnehmung, Stärkung der Rumpfmuskulatur und einer verbesserten Beweglichkeit. Des Weiteren können die Rehabilitand*innen nach einer medizinischen Verordnung, eine Einweisung an den Gerätepark erhalten, die unter Berücksichtigung von körperlichen Einschränkungen und Erkrankungen unter Anleitung eines*r Physiotherapeut*in oder Sporttherapeut*in durchgeführt wird.

Zusätzlich bieten wir Einzelphysiotherapie, Massage, MLD, Einzelatembgymnastik sowie Lokale Wärme und Kälteanwendungen an. In der Einzelphysiotherapie wird der*die Rehabilitand*in individuell bezüglich der zur Grunde liegenden Erkrankung (nach medizinischer Verordnung) behandelt. Der*die Rehabilitand*in wird aktiv in die Behandlung einbezogen, damit er*sie eigenverantwortlich sein erlerntes Übungsprogramm weiterführt.

(b) Sporttherapie

Die Sporttherapie verfolgt verschiedene Ziele, z. B. die Wiederherstellung und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Koordination, Kraft), Freude am Spielen und Bewegen, Training sozialer Fertigkeiten (Teamfähigkeit, Fairness) und sinnvolle Freizeitgestaltung.

Die Sporttherapie unterstützt die Rehabilitand*innen mit einem Angebot aus vielen Bereichen der Bewegungs- und Funktionstherapie, wie Kleinhanteltraining, Ganzkörpertraining an Fitnessgeräten im Fitnessraum der Klinik, konditionelle und koordinative Gymnastik, Zirkeltraining, sowie „Kleine Spiele"/Teamsport (Völkerball, usw.) zur Sinneswahrnehmung in der nahe gelegenen Turnhalle. Dabei wird der Fokus sowohl auf den Muskelaufbau als auch auf die Steigerung der Kondition gelegt, etwa beim Nordic Walking. Es werden Übungen für den Bewegungsapparat angeleitet, die auch nach der Therapie selbständig durchgeführt werden können. Sie zielen auf die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Körperfunktion und auf eine sinnvolle Freizeitgestaltung. Sie tragen dazu bei, gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen, z.B. bei Konflikten, zu stärken, zu kompensieren und wiederherzustellen. Bei Rehabilitand*innen mit körperlichen Einschränkungen oder Behinderungen ist die Bewegungstherapie auf eine Funktionsverbesserung ausgerichtet und wird in einem individuell angeleiteten Einzeltraining vertieft.

Für die Zeit nach der Rehabilitationsmaßnahme regen wir die Teilnahme am Vereinssport, ggf. in der Sparte Sport für Menschen mit Beeinträchtigungen, an. Noch während der Rehabilitation werden die Rehabilitand*innen ermutigt, sich einem Sportverein anzuschließen und z.B. im Rahmen einer Heimfahrt Kontakt aufzunehmen.

(c) Entspannungstechniken

Menschen mit Suchterkrankungen und (intellektuellen) Beeinträchtigungen ist der Zugang zum eigenen Körper aus den unterschiedlichsten Gründen häufig erschwert oder mitunter verwehrt.

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

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

Regelmäßig bieten wir, soweit keine Kontraindikationen bestehen, Progressive Muskelentspannung und Autogenes Training an. Mit diesen lassen sich u.a. bei Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Stress, Angst- und Spannungszuständen sowie chronischen Rückenschmerzen meistens sehr gute Erfolge erzielen (Grawe et al. 1994).

Des Weiteren werden Phantasieereisen angeboten - ein imaginatives, entspannungsförderndes Verfahren, das sich psychovegetativ sehr positiv auswirken kann. Atemübungen dienen ebenfalls der Stressreduktion und -bewältigung der Rehabilitand*innen. Die Entspannungsangebote können später u.a. auch als selbst angewendete Einschlafhilfe genutzt werden.

4.7.7 Freizeitangebote

Menschen mit Suchterkrankungen erleben häufig durch ihre Abhängigkeitserkrankung einen Teufelskreis aus dysfunktionalen Flucht- oder Lösungsversuchen und wiederholtem Scheitern. Bei Abwesenheit des Suchtmittels verbinden viele Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen die Freizeit vor allem mit Gefühlen der Leere und des Unerfüllt-Seins. Suchtmittelfreie und sinnvolle Freizeitgestaltung stellt daher eine wichtige Zielsetzung in der Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen dar. Insbesondere Menschen mit Beeinträchtigungen und psychischen Störungen brauchen Unterstützung, um ihre Freizeit sinnvoll und regenerativ zu gestalten. Von den eigenen Bedürfnissen ausgehend können sie dann Ideen entwickeln und diese in Handeln umsetzen. Therapeutische Ziele sind u.a. eine verbesserte Freizeitkompetenz, eine verbesserte Kulturfähigkeit, eine verbesserte Fähigkeit zur Gestaltung von Objektbeziehungen und eine verbesserte Teilhabe an der Gesellschaft.

Im Einzelnen gibt es in der Fachklinik Oldenburger Land folgende Freizeitangebote:

Sport und Bewegung

Die Rehabilitand*innen können in Kleingruppen aus verschiedenen Sportangeboten wie z.B. Federball, Frisbee oder Indiaka wählen. Auch die Nutzung des Krafraums darf, sofern keine Kontraindikationen bestehen, nach Anleitung einer*s Sport- oder Physiotherapeut*in genutzt werden.

Aktive Freizeitgestaltung und Workshop Freizeit

Es werden den Rehabilitand*innen Möglichkeiten aufgezeigt, ihren Tag sinnvoll, angemessen, kreativ und mit Freude zu gestalten. Gemeinsame Aktivitäten innerhalb von Kleingruppen werden in Absprache unternommen. Berührungängste werden abgebaut, kostenlose Freizeitmöglichkeiten werden vorgestellt.

Weitere Möglichkeiten innerhalb der Klinik

Fahrradverleih, Tischtennis, Billard, Dart, Kicker, Fernsehräume, PC-Labor mit Internetanschluss und zahlreiche Gesellschaftsspiele stehen für die Nutzung in der Freizeit zur Verfügung. Des Weiteren können die Cafeteria, Räume für Gestaltungsarbeiten, die Bücherei (inklusive DVDs und Konsolenspiele) sowie die Aufenthaltsräume auf den Stationen zur Freizeitgestaltung genutzt werden. Wir motivieren und unterstützen unsere Rehabilitand*innen, Wettbewerbe und Turniere innerhalb der Klinikgemeinschaft zu organisieren.

Unsere Rehabilitand*innen benötigen häufig Hilfen, z.B. beim

- Ermitteln attraktiver Angebote in der Umgebung der Klinik bzw. am Heimatort
- Herstellen von Kontakt/en
- Erreichen dieses Angebotes mit Öffentlichen Verkehrsmitteln
- Erstmaligen Bahnfahrten, Aufsuchen eines Sportstudios. Sie werden dann ggf. dabei begleitet.

4.7.8 Klinische Sozialarbeit (Sozialdienst)

Der Sozialdienst der Klinik wird von Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen, meist in enger Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuungen der Rehabilitand*innen, durchgeführt. Unterstützung bei der Klärung der sozialen Situation sowie bei der Regelung behördlicher und finanzieller Angelegenheiten wird gegeben. Zu den sozialarbeiterischen Zielen zählen u.a. die - weitgehend - selbständige Beantragung von Sozialleistungen, die selbstverantwortliche und aktive Planung sozialer Regelungen sowie die Befähigung zur aktiven Inanspruchnahme professioneller Beratung. Gefördert werden außerdem die aktive Suche von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Die Einrichtung oder Verlängerung einer gesetzlichen Betreuung wird unterstützt. Notwendige Wechsel der Wohnform, z.B. aus betreutem Einzelwohnen in eine Wohngruppe mit Assistenz, oder eine Veränderung am Arbeitsplatz, z.B. Wechsel in eine andere Rolle bei der WfbM, werden begleitet. Auch die stufenweise Wiedereingliederung kann vom Sozialdienst unterstützt werden.

Rehabilitand*innen sollen am Ende der Behandlungszeit nach Möglichkeit in der Lage sein, sich so selbständig wie möglich um ihre sozialen Belange zu kümmern und sich geeignete professionelle Hilfe zu suchen.

Regelmäßig wird eine sozialarbeiterische Sprechstunde angeboten, wobei individuelle Termine jederzeit vereinbart werden können. Falls erforderlich, werden auch Angehörige oder andere Bezugspersonen in die Sozialberatung einbezogen, oder es werden ergänzende Hilfeangebote, z.B. Schuldenberatungen, vermittelt.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

(a) Gesundheitsbildung

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

Im Rahmen der indikativen Gruppe „Gesunde Ernährung“ lernen die Rehabilitand*innen, wie eine gesunde und vollwertige Ernährung aussieht. Sie werden motiviert, ihre bisherigen Ernährungsgewohnheiten zu überdenken und nehmen Anregungen mit, wie sie ihre Verpflegung gesünder gestalten können. Dabei wird die jeweilige Wohn- und Lebenssituation beachtet. Die Themen werden an die Anforderungen und Problemstellungen der Rehabilitand*innen angepasst und können je nach Bedarf erweitert werden. Hierbei orientieren wir uns an den Curricula der DRV, v.a. am „Curriculum Gesunde Ernährung“ (2020). Auch finden die Informationen aus dem Handbuch „Ernährungsmedizin in der Rehabilitation“ (2013) der DRV Verwendung.

Bearbeitete Themen und Inhalte in der Gruppe sind unter anderem: „Die 10 Regeln der DGE für eine gesunde Ernährung in leichter Sprache“, „Gesundes Frühstück“, „Zuckergehalt in Süßigkeiten und Getränken“, „Ausreichend trinken, richtige Getränkeauswahl“. Gemäß o.g. Curriculum der DRV (2020) werden die Themen an den Bedarf der Rehabilitand*innen angepasst und die konkreten Inhalte den Informationsmaterialien der Fachverbände wie dem VDD (Verband der Diätassistenten) oder der DGE entnommen.

(b) Diätetische Therapie / Lehrküche

Für viele Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist es ein bedeutsames Therapieziel, sich wieder an eine regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten zu gewöhnen.

Im Rahmen der indikativen Gruppe Lehrküche lernen die Rehabilitand*innen, sich mit wenig Zeitaufwand eine schmackhafte, gesunde Mahlzeit zuzubereiten. Sie sollen motiviert werden, sich mit einer gesunden und ausgewogenen Ernährung auseinanderzusetzen und das Kochen mit frischen Zutaten zuhause weiterzuführen.

Zu Beginn der Lehrküche werden die Rehabilitand*innen zu ihren Vorkenntnissen befragt. Nach den notwendigen Vorbereitungen bereiten die Rehabilitand*innen ein Menü zu, bestehend aus Suppe oder Salat, Hauptgericht, Dessert und einem Getränk. Bei der Auswahl der Rezepte wird auf die Verwendung von Vollkornprodukten, gesunden Fetten und Ölen, magerem Fleisch, fettarmen Milchprodukten und viel frischem Gemüse und Obst Wert gelegt.

Bei Bedarf werden bestimmte Diäten zubereitet (Vollkost, leichte Vollkost, kohlenhydratarm, laktosefrei, glutenfrei, cholesterinarm, purinarm, passierte Kost). Diese Diäten berücksichtigen wissenschaftliche Erkenntnisse. Lebensmittelallergien (Nüsse, Zitrusfrüchte, Kernobst etc.) werden berücksichtigt. Religionsspezifische Ernährung kann berücksichtigt werden. Eine vegane Ernährung kann nicht vorgehalten werden.

Bei der anschließenden Verkostung der selbst zubereiteten Speisen gibt es einen Erfahrungsaustausch über die Zubereitung der Gerichte. Die Rehabilitand*innen schildern ihre bisherige Verpflegungssituation und nehmen Anregungen mit, um ihre zukünftige Verpflegung besser gestalten zu können. Auch die Reinigung der Küche gehört zum Konzept der Lehrküche.

Dabei steht ein*e Diätassistent*in dem Küchenpersonal und den Rehabilitand*innen zur Verfügung. Den Rehabilitand*innen, denen basale Fähigkeiten in der Haushaltsführung fehlen, werden die entsprechenden Fähigkeiten durch eben jene*n Diätassistent*in vermittelt. Die Lehrküche stellt einen Teil des in der Klinik vermittelten lebenspraktischen Trainings dar.

Für Rehabilitand*innen mit hohem Körpergewicht gibt es eine indikative Beratung.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Arbeit mit Angehörigen und/oder anderen Bezugspersonen, vor allem gesetzlichen Betreuer*innen, wird in ihrer Bedeutung hoch eingeschätzt. Sie ist besonders bei Menschen mit Suchterkrankungen und Beeinträchtigungen ein wichtiger Baustein, der zum Standardangebot der Behandlung gehört. Angehörigenarbeit ist Teil der Psychotherapie, berücksichtigt systemische Gesichtspunkte, verfolgt aber auch soziale Ziele.

Nach Bedarf werden Einzelgespräche mit Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen ermöglicht.

Heimfahrten können nach festen Vereinbarungen zur Angehörigenarbeit genutzt werden.

Es finden alle acht Wochen Workshops statt, die sich sowohl an Angehörige, als auch insbesondere an die Fachkräfte in den Wohneinrichtungen und in Werkstätten richten. Diese Workshops dienen der Information und der Vernetzung.

4.7.11 Rückfallmanagement

Als Rückfall wird jeglicher Konsum sowie Besitz von Alkohol, Drogen und Medikamenten gewertet. Die Einnahme verordneter Medikamente ist hiervon nicht betroffen. Bei nicht stoffgebundener Sucht gelten das Glücksspiel an Automaten, das Online-Glücksspiel und das Abschließen von Sportwetten als Rückfall.

Rückfälle bzw. drohende Rückfälligkeit werden als Teil des Krankheits- und Genesungsprozesses bei Abhängigkeitserkrankung verstanden und können auch im Verlauf des therapeutischen Prozesses auftreten. Rehabilitand*innen werden nicht erst nach Beendigung ihrer Therapie, sondern manchmal auch während der stationären Entwöhnungsbehandlung rückfällig. Ein Rückfall sollte in der Therapiegruppe aufgearbeitet und für die Therapie nutzbar gemacht werden. Als Maßnahme zur Rückfallerkennung und -prävention werden unangekündigte Atemalkoholkontrollen sowie Urinkontrollen auf Alkohol (ETG, Ethylglucuronid), Medikamente und Drogen vorgenommen.

Das Thema Rückfall wird regelmäßig sowohl in den Psychotherapiegruppen als auch in den edukativen/indikativen Gruppen behandelt.

Bei Rückfälligkeit ist ein geregelter Ablauf der Rückfallbehandlung vorgesehen. Dieser ist in der Anlage „Rückfallkonzept“ beschrieben. Das Rückfallkonzept enthält außerdem konkrete Kriterien, die für eine Fortführung oder Beendigung der Entwöhnungsbehandlung sprechen.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kommt den Gesundheits- und Krankenpflegenden eine ergänzende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. Die Pflegenden verfügen über besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeits- und psychosomatischen Erkrankungen.

Die Pflege, d.h. zum Beispiel: die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, die Vorbereitung, Bereitstellung und Kontrolle der Einnahme der individuellen Medikamente der Rehabilitand*innen, das Anlegen von Verbänden, die Betreuung bei Inkontinenz, Insulingaben, Hilfen bei Immobilität, Zimmerkontrollen etc. gehören ebenso zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe wie die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings, die Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit (wöchentlich sowie bedarfsorientiert). Insbesondere bei der Behandlung der auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen wirken die Gesundheits- und Krankenpflegenden mit. Suchtdruck, Craving, Unruhezustände, Schlafstörungen und (andere) Konfliktsituationen kann die Pflege häufig mit Akupunktur nach dem NADA-Protokoll behandeln. Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen werden in diesem Bereich durchgeführt.

Unter Berücksichtigung der eigenen Ressourcen werden die Rehabilitand*innen situationsgerecht bei der Körperpflege, der Einhaltung der persönlichen Hygiene und der strukturierten Ordnung unterstützt. Regelmäßig führt die Krankenpflege zudem diesbezügliche edukative Gruppen durch.

Rehabilitand*innen, bei denen der Pflegegrad 1 oder 2 besteht, werden in ihrem Krankheitsbild fachgerecht und individuell versorgt. Ferner werden die Rehabilitand*innen bei der Umsetzung ihres neuen Tagesablaufes in der Klinik begleitet. Hierbei steht die Pflege in engem Austausch mit dem ärztlichen Dienst und den übrigen Berufsgruppen unserer Fachklinik.

Die Anwesenheit einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft ist aufgrund der spezifischen, komplexen Bedürfnisse der in der Klinik behandelten Rehabilitand*innen zu jeder Tages- und Nachtzeit (24/7) gewährleistet.

4.7.13 Heilerziehungspflegerischer Dienst

Neben der medizinischen, psychotherapeutischen und ergotherapeutischen Behandlung ist bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Beeinträchtigungen auch heilerziehungspflegerische Betreuung notwendig. Im Vordergrund dieser Bemühungen stehen die Förderung

der Persönlichkeitsentwicklung und der Selbständigkeit sowie die Verbesserung des Selbstwertgefühls und die Erhaltung bzw. der Ausbau bisher erworbener Fähigkeiten. Lebenspraktische Fähigkeiten werden gefördert, um vor Stigmatisierung zu schützen und Teilhabe im gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Zur Erfüllung dieser vielfältigen Aufgaben umfasst die heilerziehungspflegerische Arbeit in unserer Klinik verschiedene Bereiche, die im Folgenden aufgezählt werden.

Arbeit

Hier gilt es, das Sozialverhalten im Bereich Arbeit zu fördern, die Selbständigkeit und das Selbstbewusstsein am Arbeitsplatz zu erhöhen, die Zusammenarbeit und Kommunikation im Team zu trainieren sowie den Umgang mit Stresssituationen mit Hilfe individueller Strategien zu erlernen. Des Weiteren ist es sehr wichtig, Pflichtbewusstsein in Bezug auf Arbeit zu vermitteln, dazu zählen Pünktlichkeit, das Befolgen von Anweisungen, das Reflektieren des eigenen Handelns und der eigenen Arbeit sowie das Abmelden bei den Mitarbeitenden der Klinik bei Ausfällen, z.B. bei Krankheit. Beziehungen

Heilerziehungspfleger*innen sind für Rehabilitand*innen sehr wichtige Bezugspersonen. Sie zeichnen sich durch ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten aus und begegnen den Rehabilitand*innen in besonderem Maße mit Empathie und Wertschätzung.

Rehabilitand*innen gehen während der stationären Therapie freundschaftliche und/oder partnerschaftliche Beziehungen ein. Dabei soll ihr Selbstbewusstsein gestärkt und notwendige soziale Fähigkeiten für eine gelingende Beziehung jeglicher Art erlernt werden. Die Rehabilitand*innen werden bei Fragen zu Freundschaft, Partnerschaft und Sexualität beraten. Dies geschieht insbesondere in der edukativen Gruppe „Beziehungstraining“. Ziel ist dabei, die Rehabilitand*innen vor sozialer Isolierung zu schützen oder davon zu befreien.

Freizeit

Die Rehabilitand*innen werden zur aktiven Freizeitgestaltung motiviert und angeleitet. Ihnen werden Möglichkeiten der Freizeitgestaltung aufgezeigt, um ihnen ein eigenes und realistisches Repertoire zu bieten, welches sie nach der Therapie nutzen können.

Interne Veranstaltungen werden von den Rehabilitand*innen mit Unterstützung des heilerziehungspflegerischen Dienstes organisiert und in der Regel selbstständig durchgeführt. Externe Veranstaltungen oder Ausflüge werden unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Rehabilitand*innen geplant und angeboten.

Gesundheit und Hygiene

Lebenspraktische Fähigkeiten im Bereich der eigenen Körperhygiene werden in Einzelkontakten oder in der indikativen Gruppe „Hygiene“ erarbeitet. Dabei werden z.B. die Funktionen von Hygieneartikeln erläutert und die Wichtigkeit der eigenen Körperhygiene im Zusammenhang mit Selbstakzeptanz vermittelt. Die Heilerziehungspfleger*innen unterstützen die examinierten Pflegekräfte bei ihren Aufgaben.

Wohnen

Die aktive Selbstgestaltung eines ansprechenden und barrierefreien Wohnraumes wird begleitet und gefördert.

Die Heilerziehungspfleger*innen unterstützen die Rehabilitand*innen bei der Suche nach einem geeigneten Wohnraum sowie – in enger Absprache mit dem Sozialdienst - beim Ausfüllen von entsprechenden Anträgen.

Das Ermöglichen und Einhalten der Privatsphäre wird ebenso gefördert wie das Sozialverhalten in der Gruppe und der Umgang mit Krisen im täglichen Miteinander.

Umwelt

Die Möglichkeit, die Klinik zu verlassen um eigenen Interessen nachzugehen, stärkt das Ziel der Inklusion. Es geht dabei um Förderung der Teilhabe am öffentlichen Leben sowie das Erlernen eines angemessenen Sozialverhaltens im öffentlichen Raum. Hierzu gehört die Orientierung im unmittelbaren Umfeld, aber auch in einer unbekanntem Umgebung z.B. mittels Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Die Heilerziehungspfleger*innen unterstützen hierbei mit Bus- bzw. Zugfahrplänen in einfacher Sprache oder begleiten die Rehabilitand*innen.

Pädagogisches Handeln

Die Heilerziehungspflege sorgt für eine wohnliche Atmosphäre in den Gemeinschaftsräumen. Sie fordert und fördert die Rehabilitand*innen hinsichtlich der persönlichen Hygiene und Zimmerhygiene, der geregelten Teilnahme an Mahlzeiten, der Toleranz und gegenseitigen Rücksichtnahme und des Umgangs mit Geld. Sie berät in Bekleidungs- und Wohnungsfragen und ermutigt zu sportlicher Betätigung sowie zu aktiver Freizeitgestaltung. Sie unterstützt den Abbau von Barrieren. Dabei sind zeitlich verbindliche Behandlungsangebote, feste Essens- und Nachtruhezeiten vorgegeben, die den Rehabilitand*innen eine (Tages-) Struktur und somit Sicherheit vermitteln.

Der heilerziehungspflegerische Dienst hat auch die Aufgabe, den Rehabilitand*innen durch die sog. leichte Sprache sowie Orientierungshilfen, wie beispielsweise Piktogrammen, Barrieren im Alltagsleben abzubauen und somit eine bessere Teilhabe zu ermöglichen.

4.7.14 Nachgehende Leistungen

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

Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, werden diese während der Rehabilitation rechtzeitig unter Einschaltung der Reha-Fachberatung der Rentenversicherung oder der zuständigen Agentur für Arbeit eingeleitet.

Von unserer Fachklinik werden nach Bedarf im Einzelnen folgende Leistungen eingeleitet:

- Stufenweise Wiedereingliederung/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ambulante Nachsorge
- Ambulante Weiterbehandlung
- Adaptionenmaßnahmen
- Sozialtherapeutische Maßnahmen (z.B. Wohnheim, betreutes Wohnen)
- Somatische Rehabilitation
- Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

- Verlegung in ein Krankenhaus bei entsprechender Indikation.

4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

In der letzten Phase der stationären Rehabilitation wird die Entlassung vorbereitet. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Kontaktaufnahme mit Entsende- und nachbehandelnden Stellen
- Heimfahrten als Belastungserprobung (u.a. Besuch der zuständigen Suchtberatungsstelle, des Wohnheims/Wohngruppe, des Jobcenters, des Arbeitsgebers/der WfbM, der örtlichen Selbsthilfegruppe etc.)
- bei Bedarf Vorstellung bei der nachstationären Einrichtung
- Sicherstellung einer Unterkunft bei Entlassung
- Anregung, Einleitung und Verknüpfung der stationären Rehabilitationsleistung mit medizinischen Nachsorgeleistungen bzw. weiteren Maßnahmen
- die Entlassungsuntersuchung erfolgt frühestens drei Tage vor der Entlassung und spätestens am Tag vor dem Entlassdatum
- der Entlassungsbericht wird ärztlich nach dem gemeinsamen Leitfaden der GKV/DRV und spätestens drei Tage nach Entlassung erstellt. Die in den Entlassungsbericht einfließende sozialmedizinische Beurteilung wird im Rahmen von Visiten und Teambesprechungen erstellt und wird mit den Rehabilitand*innen besprochen.

5. Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung der Klinik entspricht der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2011 und dem mit dem federführenden Rentenversicherungsträger regelmäßig abgestimmten und von ihm überprüften Personalstandsplan.

Bereich	Funktion / Bereich	Qualifikation	Stellenanteil
Ärztlicher Bereich	Ärztliche Leitung	Facharzt*ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung, Sozialmedizin i.P.	1,00
	Oberarzt*ärztin	Facharzt*ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung, Sozialmedizin	1,00
Bereich klinische Psychologie / Psychotherapie / Suchttherapie	Therapeutische Leitung	Approbierte*r Psychologische*r Psychotherapeut*in	1,00
	Psychologie	Psycholog*innen (MA/Diplom) mit DRV-anerkannter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation	1,00
	Suchttherapie	Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen (BA/MA/Diplom) mit DRV-anerkannter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation	3,50
	Heilerziehungspflege	Heilerziehungspfleger*innen	2,00
Bereich klinische Sozialarbeit	Sozialdienst	Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in (BA/MA/Diplom)	0,50
	Sozialarbeit für BORA	Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in ab 01.01.24 für BORA	0,48
Bereich Pflege	Leitung Pflegedienst	Examierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in / examinierte Pflegefachkraft	1,00
	Pflegedienst	Examierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in / examinierte Pflegefachkraft	5,00
Bereich Therapie	Bewegungstherapie (Sport- und Physiotherapie)	Physiotherapeut*in und Sporttherapeut*in	1,20
	Leitung Ergotherapie	Sozialpädagog*in oder Arbeits-/ Ergotherapeut*in	1,00
	Ergo- / Beschäftigungstherapie	Ergo-/Beschäftigungstherapeut*in	0,17
	Berufsbezogene Therapie / Arbeitstherapie	Arbeits-/ Ergotherapeut*in	2,83
	Diätassistenz	Ökotropholog*in / Diätassistent*in	0,24
Wirtschaftsdienst	Leitung Wirtschaftsdienst	Koch*Köchin / Arbeitstherapeut*in	0,61
	Küche	Koch*Köchin / Beikoch*köchin	1,39

		Küchenhilfe	0,55
	Haustechnik	Mitarbeitender Haustechnik	1,00
	Hauswirtschaft	Mitarbeitende Hauswirtschaft / Haushilfe	1,47
Verwaltung	Verwaltungsleitung	Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung	0,94
	Verwaltung	Entsprechende berufliche Vorerfahrung	0,68
	Schreibdienst	Entsprechende berufliche Vorerfahrung	0,48
Sonderdienste / Sonstiges Personal	2,00 Stellenanteile - Freiwilligendienste (FSJ/BFD) 8x 2 Std / Jahr Supervisor*in im therapeutischen Dienst (Honorar) 2x 2 Std / Jahr Supervisor*in im Pflegedienst (Honorar) 11,5 Std / Monat Beschäftigungstherapie / Aktive Freizeitgestaltung (Honorar) 0,26 Stellenanteile - Fahrdienst 0,10 Stellenanteile – Gärtner*in		

6. Räumliche Gegebenheiten

Die räumlich-technische Ausstattung ermöglicht die Durchführung von an den ICF-Komponenten orientierten Behandlungsmaßnahmen.

Die Architektur der Rehabilitationsklinik erlaubt die Einrichtung zweier Wohnbereiche: Der Neubau mit 36 Betten über zwei Etagen und eigenem Gemeinschaftsraum mit Pantry sowie der Buchenhof mit zwölf Zimmern. Für die Unterbringung der Rehabilitand*innen stehen modern ausgestattete Einbettzimmer mit Nasszelle zur Verfügung, davon drei rollstuhlgerechte Zimmer.

Es existiert eine ausreichende Zahl von Gruppentherapie Räumen. Hinzu kommen Räume für größere Gruppen und Veranstaltungen der Gesamtklinik. Die größeren Räume sind für Unterrichtszwecke ausgestattet und verfügen über die technische Ausstattung für die Arbeit mit Medien.

Es sind Sportanlagen und Freizeiteinrichtungen vorhanden. Auch eine Infrarotkabine kann genutzt werden. Zusätzlich bietet die Klinik einen Entspannungs- und Akupunkturraum an, der auch als Skills-Raum nutzbar ist.

Die Klinik verfügt über Räume mit einer breiten Ausstattung für ergotherapeutische Maßnahmen. Auf die Gestaltung des Außenbereiches der Klinik wird großer Wert gelegt.

Die medizinische Abteilung verfügt über die Räume für den ärztlichen Dienst, Physiotherapie und Pflege. Es besteht ein Zugriff auf alle derzeit in der ambulanten und stationären Versorgung zur Verfügung stehenden Geräte sowie das entsprechende Fachwissen. Eine Notfallausstattung (Notarztzettel, AED) ist vorhanden.

Es existiert eine gute Verkehrsanbindung. Barrierefreiheit ist gegeben. In der Klinik können auch auf den Rollstuhl angewiesene Menschen behandelt werden. Für große oder adipöse Menschen gibt es Zimmer mit überlangen Betten und stabilem Lattenrost.

Die technische Ausstattung ermöglicht eine funktionsbezogene Leistungsfeststellung gemäß individueller Situation (Fallbezug und ICF-Bedarfsfeststellung).

6.1 Liste der Räumlichkeiten

6.1.1 Neubau

- 30 Einzelzimmer (14,07qm) mit Nasszelle (4,14 qm)
- 3 rollstuhlgerechte Einzelzimmer (18,87 qm) mit Nasszelle (5,70 qm)
- 3 Einzelzimmer (17 qm) mit Nasszelle (3,95 qm)
- 2 Aufenthaltsräume mit Teeküche (33,24 qm)
- 4 Lagerräume, 2x Hauswirtschaft (5,25 qm), 2x Vorrat (4,86 qm)
- 2 Arbeitsräume unrein, 1x mit Steckbeckenspüle (5,95 qm)
- 1 Außenbereich/Balkon (86,43 qm)
- 1 Speisesaal (165,11 qm)
- 1 Küche und Spülküche (155,84 qm)
- 1 Tiefkühlraum (10,32 qm)
- 2 Kühlräume (10,32 qm, 15,61 qm)
- 2 Trockenlager (16,68 qm, 12,13 qm)
- 1 Sozialraum Mitarbeitende Küche und Hauswirtschaft (19,75 qm)
- 1 Büro Küchenleitung und Hauswirtschaft (21,36 qm)
- 1 Wäscheanlieferung (19,86 qm)
- 1 Schmutzwäsche (12,05 qm)
- 1 Hauswäsche (14,80 qm)
- 2 Umkleiden für Mitarbeitende mit Nasszelle (7,82 qm)
- 2 Umkleiden für Rehabilitand*innen mit Nasszelle (11,10 qm)
- 3 WCs (m/w; Rehab.) (jew. 3,14 qm)
- 1 Lagerraum Reinigung (3,16 qm)
- 3 WCs (Rehab./Besuch.): WC/w (7,43 qm); WC/m (7,32 qm); WC barrierefrei (6,43 qm)
- 1 Brandmeldezentrale (4,06 qm)

6.1.2 Altbau

Untergeschoss 1

- 1 Musikraum (21,24 qm)
- 1 Lager für Physiotherapie (5,32 qm)
- 1 Massage- und Physiotherapiebehandlungsraum (15,54 qm)
- 1 barrierefreies WC (8,50 qm)
- 2 Bäder (7,76 qm)
- 1 Umkleideraum/Dusche für Rehabilitand*innen (12,63 qm)
- 1 Infrarotkabine (5,03 qm)

- 1 Archiv (34,97 qm)
- 2 WCs (2,82 qm)
- 1 Umkleieraum (2,67 qm)
- 1 Wäsche- und Trockenraum für Rehabilitand*innen (25,85 qm)
- 1 Rehabilitand*innenwäscheraum (30,95 qm)
- 1 HAS-Raum (9,94 qm)

Untergeschoss 2

- 1 HAS Elektrik (10,82 qm)
- 3 Lagerräume (26,76 qm, 11,33 qm, 7,94 qm)

Erdgeschoss

- 1 Nachwachenzimmer mit Nasszelle (13,86 qm)
- 1 Sozialraum Medizin mit Pantry (19,49 qm)
- 1 Funktionsraum Medizin (20,69 qm)
- 1 Lager (6,74 qm)
- 2 WCs (m/w; 1,89 qm)
- 1 barrierefreies WC (5,56 qm)
- 1 Zimmer ärztlicher Bereich (27,84 qm)
- 1 Büro für Aufnahmen und Pflegedienstleitung (10,96 qm)
- 1 Wartebereich/Medikamentenausgabe (26,70 qm)
- 1 Pflegedienstzimmer (29,89 qm)
- 1 Labor (9,62 qm)
- 1 Fitnessraum für Physiotherapie/Sport (37,95 qm)
- 1 Gymnastikraum (26,17 qm)
- 3 WCs Rehab. m/w (jew. 1,58 qm /1,69 qm +1 Vorraum 2,59 qm); barrierefrei (6,31 qm)
- 1 Raum für Kunst-/Beschäftigungs-/Ergotherapie (36,40 qm)
- 1 Büro für Kunst-/Beschäftigungs-/Ergotherapie (17,28 qm)
- 1 Lager für Kunst-/Beschäftigungs-/Ergotherapie (9,23 qm)

Obergeschoss:

- 4 Gruppenräume (29,75 qm, 26,15 qm, 22,58 qm, 24,01 qm)
- 1 PC-Labor (25,60 qm)
- 1 Überwachungszimmer mit Nasszelle (20,62 qm)
- 1 Sozialraum für Mitarbeitende mit Pantry (42,91 qm)

- 1 Raum für basale Stimulation/Akupunktur mit Hydrojet (22,89 qm) und Nasszelle (5,06 qm)
- 1 Lager für Heilerziehungspflege (6,07 qm)
- 2 WCs (5,50 qm)
- 1 Wartebereich (14,44 qm)

6.1.3 Therapiegebäude

- 1 Sozialraum mit Teeküche (12,29 qm)
- 1 Geschäftszimmer (12,13 qm)
- 1 Schreibbüro (13,13 qm)
- 1 Raum für FSJ/BFD/Praktikant*innen sowie Postraum (12,55 qm)
- 1 Raum für Bürotechnik (13,82 qm)
- 1 Raum für EDV-Anlage (12,55 qm)
- 1 Konferenzraum (70,44 qm)
- 1 Foyer (28,16 qm)
- 4 WC-Anlagen (24,15 qm)
- 5 Büros für Sozialarbeiter*innen und Psychotherapeut*innen (25,92 qm, 25,32 qm, 13,55 qm, 29,82 qm, 12,13 qm)
- 1 Büro für Heilerziehungspfleger*innen (12,13 qm)
- 1 Büro für Chefarzt*ärztin (25,92 qm)
- 1 Zimmer ärztlicher Bereich (12,13 qm)
- 1 Büro für Sporttherapeut*innen (9,23 qm)
- 1 Besuchendenraum (12,29 qm)

6.1.4 Werkstatt

- 1 Werkhalle (41,54 qm)
- 2 Lager für Material (8,07 qm, 2,42 qm)
- 1 Sozialraum (32,45 qm)
- 1 WC (6,97 qm)
- 3 Büros für Mitarbeitende (11,89 qm, 12,52 qm, 16,60 qm)
- 1 Metallwerkstatt (16,80 qm)
- 1 Fahrradwerkstatt (15,71 qm)
- 1 Tischlerei

6.1.5 Gärtnerei

- 1 Büro mit Nasszelle für Leitung Ergotherapie (10,38 qm)
- 1 Arbeitsbesprechungsraum für Rehabilitand*innen/Mitarbeitende (69,10 qm)

- 2 Umkleiden/WCs (28,10 qm)
- 1 Lager für elektrische Werkzeuge, Motorgartengeräte, Heizung (19,80 qm)
- 1 Gewächshaus
- 1 Staudenanlage mit Frühbeeten und Folientunnel

6.1.6 Buchenhof

- 9 Einzelzimmer (ca. 14 qm) mit Nasszelle (ca. 4 qm)
- 3 Einzelzimmer (18-22 qm) mit Nasszelle (4-6 qm), nutzbar als DZ
- 1 Teeküche OG (2,33 qm); 1 Aufenthaltsraum OG (16,75 qm)
- 3 Lagerräume (13,12 qm)
- 1 Lehrküche (17,93 qm)
- 1 Technik- und Heizungsräume (12,69 qm)
- 4 WCs (insg. 12,53 qm)
- 1 Cafeteria incl. Spülküche, Kiosk (108,96 qm)
- 1 Remise mit Freizeitangeboten (Tischtennis, Kicker, Dart etc.)
- 1 Außenbereich/Terrasse

6.1.7 Scheune

- 1 Kartoffelkeller
- 1 Lagerraum für Elektrobedarf
- 1 Kofferraum
- Fahrzeughalle
- Holz- und Möbellager
- Multifunktion für Veranstaltungen
- Grillplatz im Außenbereich.

7. Kooperation und Vernetzung

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

7.1 Kompetenzförderung

Bei Vermittlung im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung an ambulante Fachstellen für Sucht und Suchtprävention sollte klar sein, ob dort Angebote für unseren Personenkreis vorliegen. Da bisher nur wenige spezifische Konzepte und Kooperationen für den hilfreichen fachlichen Umgang mit diesem Personenkreis vorliegen, erleben wir nicht selten, dass Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich der Suchthilfe sowie im Bereich der Eingliederungshilfe über Besonderheiten bei der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Abhängigkeitserkrankungen nicht besonders ausgeprägt sind. Hier sehen wir uns in einer wichtigen Rolle

als Vermittelnde unseres Erfahrungswissens. Unser Ziel ist es dabei, Ängste abzubauen und die Entwicklung von Kompetenzen zu fördern, damit Fachkräfte sowohl der Eingliederungshilfe als auch der Suchthilfe möglichst rasch und zielgerichtet intervenieren können.

Wir bereiten Mitarbeitende der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention auf die zukünftige Zusammenarbeit mit unseren Rehabilitand*innen vor. Dies geschieht durch gezielte Fallbesprechungen in telefonischen, teils auch persönlichen Kontakten und durch Weitergabe des bei uns erstellten Schriftverkehrs mit den Leistungsträgern. Dabei werden die Bestimmungen des Datenschutzes beachtet.

Wir bieten Workshops („Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Beeinträchtigungen“) für Mitarbeitende der Eingliederungshilfe und den von ihnen betreuten Menschen an. Dabei werden Informationen zu Phänomenologie, Prävention, Beratung und Behandlung der Suchterkrankung bei Menschen mit Beeinträchtigungen vermittelt. Konzepte von Einrichtungen der Suchthilfe werden vorgestellt. Wir informieren über Form und Inhalte unserer Kooperationen mit den unterschiedlichen Einrichtungen der Suchthilfe. Rehabilitand*innen nehmen aktiv an den Workshops teil. Der Austausch unter den Teilnehmenden wird gefördert. So leistet unsere Klinik einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen.

Wir verbinden uns mit den regionalen Arbeitsstrukturen der Eingliederungshilfe. Wir stehen Anfragen zu Fortbildungen und Schulungen für Mitarbeitende der Eingliederungshilfe offen gegenüber. Wir fördern die Verbreitung von Fachwissen über die Betreuung, Beratung und Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Beeinträchtigungen in den beiden Hilfebereichen Suchthilfe und Eingliederungshilfe. Wir beteiligen uns an Tagungen in Form von Vorträgen, Workshops und anderen Vermittlungsformen. Wir organisieren und führen Tagungen, Workshops, Vorträge zum Thema für Mitarbeitende aus beiden Hilfebereichen durch.

7.2 Verbundarbeit

Der Klinik ist es ein wichtiges Anliegen, im Verbundsystem zu arbeiten und die Behandlung von Personen mit Suchterkrankungen als Arbeit in Modulen zu begreifen. Wir arbeiten deshalb z.B. im Regionalen Therapieverbund „Kombi-Nord“ (DRV Braunschweig-Hannover, DRV Nord, DRV Oldenburg-Bremen) mit. Die Kombination verschiedener Therapiemodule (ambulant, ganztägig ambulant, stationär, Adaption etc.) nimmt Rücksicht auf die persönliche Situation, die Motivation und die Bedürfnisse der Rehabilitand*innen. Art, Ort, Umfang der Module sowie deren Reihenfolge werden durch den Leistungsträger individuell bestimmt. Während der Behandlung kann flexibel und kurzfristig auf die Notwendigkeiten im Therapieprozess eingegangen werden.

Herzstücke der Verbundarbeit sind bei Kombi-Nord die regionalen Qualitätszirkel, die die Funktion von Steuerungsgruppen haben (Tielking/Kuss 2003). Die Fachklinik ist u.a. Mitglied in einem Qualitätszirkel, in dem sich regelmäßig ambulante und stationäre Einrichtungen einer Region im norddeutschen Raum treffen.

Unabhängig davon, ob die zuweisende Stelle Kooperationspartner*in in einem derartigen Verbundsystem ist oder nicht, finden bei einer in unserer Klinik durchgeführten Entwöhnungsbehandlung zu Beginn, in der Mitte sowie am Ende der Therapiemaßnahme Gespräche zwischen unseren Mitarbeitenden und der zuweisenden Stelle statt. In diesen Gesprächen wird eine diagnostische und therapeutische Standortbestimmung für den Menschen mit Suchterkrankung und Beeinträchtigungen erarbeitet. Die geltenden Datenschutzbestimmungen werden berücksichtigt.

7.3 Kooperationen

Die Klinik strebt enge Kooperationen auf vertraglicher Grundlage mit den Entzugsabteilungen der regionalen Kliniken an. Um Rehabilitand*innen während der Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit eines Praktikums in externen Betrieben zu geben, bestehen Kooperationen mit verschiedenen Firmen vor Ort.

Die Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen (Adaptionseinrichtungen, sozialtherapeutische Übergangwohnheime, Betreutes Wohnen, Wohnheime, Pflegeheime, WfbM etc.), Einzelpersonen (gesetzliche Betreuung, Bewährungshelfer*in etc.) und Institutionen (Gesundheitsämter, Jugendämter, Jobcenter etc.) ist aus unserer Sicht von hoher Bedeutung.

Für einige Rehabilitand*innen ist es notwendig, die nachstationäre Betreuung erstmalig/neu aufzustellen. Die Wohneinrichtungen sollten über zielgruppenorientierte Konzepte verfügen und zur Kooperation bereit sein. Im Idealfall können wir in Wohnformen weitervermitteln, die über ein Abstinenzgebot bzw. eine Suchtvereinbarung (ähnlich Betriebsvereinbarung Sucht) verfügen oder angepasste Betreuungsangebote vorhalten.

Im Rahmen einer Erhebung in NRW (Kretschmann-Weelink 2013, S. 75) werden „die bereits bestehenden Maßnahmen zur Therapie und Prävention von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung [...] als unzureichend“ bewertet. Zudem wird festgestellt, dass es „einen hohen Bedarf an suchtspezifischen Konzepten sowie an Kooperationen zwischen beiden Hilfesystemen“ (Behindertenhilfe und Suchthilfe) gibt (ebd., S. 75). Da ein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnform und Suchtmittelkonsum besteht und dieser sich gerade im „Ambulant Betreuten Wohnen“ manifestiert, wird insbesondere bei dieser Wohnform für unsere Rehabilitand*innen auf das Vorhandensein entsprechender Konzepte geachtet.

Es besteht Zugriff zu allen am Ort vorhandenen ärztlichen und technisch-medizinischen Ressourcen. Für Rückfälle besteht eine Zusammenarbeit mit der Entzugsstation des Krankenhauses Johanneum in Wildeshausen.

Zusätzlich besteht auch eine enge Kooperation mit medizinischen und/oder psychosozialen Hilfeeinrichtungen außerhalb des Suchtbereiches:

- ambulante und stationäre medizinische Facheinrichtungen (niedergelassene Ärzt*innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen, MVZ, Akutkliniken)
- Einrichtungen der beruflichen Förderung
- spezielle Beratungsstellen (z.B. Integrationsfachdienste, Schuldnerberatung).

7.4 Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen sind ein unverzichtbarer Bestandteil jeder Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen. Aus diesem Grund besteht zwischen der Fachklinik und der „Suchtselbsthilfe“ eine enge Kooperation. Die Selbsthilfegruppen präsentieren sich regelmäßig in der Klinik und führen Veranstaltungen durch.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) sind unverzichtbare Bestandteile der Rehabilitationsbehandlung der Fachklinik Oldenburger Land. Erst das Zusammenspiel von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

8.1 Externe Qualitätssicherung

Die Teilnahme an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung ergibt sich unmittelbar aus den Vorgaben des SGB. Zu den Pfeilern der externen QS gehören:

- Erhebung der Strukturqualität
- Peer Review-Verfahren
- Rehabilitand*innenbefragung
- Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL)
- Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation (ETM)
- Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation
- Laufzeit der ärztlichen Entlassungsberichte
- Rehabilitand*innenstruktur
- Visitationen.

(a) Strukturqualität

Die Einrichtung beteiligt sich an den Programmen zur Strukturhebung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Ziel der Strukturhebung ist die Abbildung der personellen, technischen, baulichen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen sowie prozessnaher Strukturmerkmale in den Rehabilitationseinrichtungen. Unter den Strukturmerkmalen wird berichtet, welche Leistungen in der Einrichtung durchgeführt werden.

(b) Peer-Review-Verfahren

Im Peer Review wird der individuelle Rehabilitationsprozess anhand von zufällig ausgewählten ärztlichen Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen durch erfahrene Ärzt*innen der entsprechenden Fachrichtung (Peers) bewertet. Für die Begutachtung des Einzelfalls wurde eine Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale entwickelt, deren Bewertungskriterien in einem Manual dargelegt sind. Auch eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Rehabilitationsprozesses wird vorgenommen. Die Rückmeldungen aus den Reviews werden genutzt, um die Qualität der Behandlung zu steigern.

(c) Rehabilitand*innenbefragung

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

(d) Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL)

Art und Umfang von Rehabilitationsleistungen werden mit Hilfe der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kodiert.

(e) Reha-Therapie-Standards für die medizinische Rehabilitation

Standards leisten als Bestandteil der Qualitätssicherung einen Beitrag zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten und erhöhen die Transparenz von Gesundheitsleistungen. Die von der

Deutschen Rentenversicherung entwickelten Standards für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen finden Eingang in die Rehabilitationsleistung der Fachklinik Oldenburger Land.

(f) Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Als weiterer Indikator für Effizienz und Effektivität der Rehabilitation dienen Reha-Verlaufs-Statistiken, die von der Deutschen Rentenversicherung auf der Basis ihres Datenbestandes erstellt und der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden.

(g) Laufzeit der ärztlichen Entlassungsbrieife

Die Daten der Laufzeiterhebung dienen der unmittelbaren Sicherung von Qualität in der Kommunikation mit dem Leistungsträger.

(h) Rehabilitand*innenstruktur

Die zur Verfügung stehenden Daten über die Rehabilitand*innenstruktur finden direkt Eingang in die Arbeit der Fachklinik Oldenburger Land und dienen der Anpassung von Arbeitsstrukturen.

(i) Visitationen

Die Ergebnisse der Visitationen zeigen die Erfüllung der Vorgaben der Leistungsträger und bilden die Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen.

8.2 Internes Qualitätsmanagement

Das interne Qualitätsmanagement der Fachklinik Oldenburger Land ist nach den Vorgaben der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert. Der Zertifizierung zu Grunde gelegt ist das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation anerkannte Verfahren „Qualitätssiegel GSB Reha“. Des Weiteren orientiert sich das Qualitätsmanagement an der international gültigen Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 sowie am Bundesrahmenhandbuch Diakonie Siegel Medizinische Rehabilitation, das in Kooperation des Diakonischen Instituts für Qualitätsentwicklung (DQE) mit dem Gesamtverband Suchtkrankenhilfe (GVS) entwickelt wurde.

(a) Strukturqualität

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

Die Ausbildung der Mitarbeitenden und der Personalstand misst sich an den Vorgaben der DRV. Die Meldung des Personalstands an die DRV erfolgt vierteljährlich.

Fortbildungen finden sowohl klinik- und verbundintern, als auch über den Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS), den Gesamtverband der evangelischen Suchtkrankenhilfe (GVS) sowie die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) statt. Interne Qualitätszirkel zu den Bereichen Aufnahme, Behandlung, Diagnostik, Behandlungspfade und Be-

handlungsevaluation werden eingerichtet und interdisziplinär besetzt. Sie berichten regelmäßig und arbeiten externe Hinweise auf Qualitätsverbesserungen ein. Die systematische Reflexion der Ergebnisse im internen QM erfolgt kontinuierlich.

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

Eine kontinuierliche Personalentwicklung durch die Klinikleitung gewährleistet eine langfristige Bindung hochqualifizierter Mitarbeitender und trägt zur Mitarbeitendenzufriedenheit bei.

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

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

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

(b) Prozessqualität

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

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

(c) Ergebnisqualität

Ständige interne Kontrollen der Ergebnisqualität finden in regelmäßigen Treffen der leitenden Mitarbeitenden und der Qualitätszirkel statt. Die daraus resultierenden Veränderungsvorschläge werden an die Mitarbeitenden weitergegeben, diskutiert und nachfolgend umgesetzt. Die Dokumentation der Behandlung wird zusätzlich in einem Dokumentationssystem durchgeführt. Weitere Impulse erfährt die Entwicklung der Ergebnisqualität aus den Daten der externen Qualitätssicherung der DRV, die in regelmäßigen Abständen in die internen Abläufe einfließen.

(d) Datenschutz

Bei der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation fallen vielfältige personenbezogene Daten an. Sozialdaten sowie medizinische Daten unterliegen besonderen Geheimhaltungspflichten. Ziel und Zweck des Datenschutzes ist der Schutz personenbezogener Daten im Sinne des im Grundgesetz beschriebenen Rechts auf informationelle Selbstbestimmung unter

Berücksichtigung der datenschutzrelevanten Bestimmungen des SGB. Ein*e Betriebsbeauftragte*r für den Datenschutz ist benannt.

(e) Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene sind in einem Hygieneplan festgelegt. Berücksichtigt werden Rechtsregelungen auf EU-, Bundes- und Landesebene sowie die fachlichen Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI) und anderer Fachgesellschaften. Ein*e Hygienebeauftragte*r (Arzt*Ärztin oder Gesundheits- und Krankenpflegende*r) ist benannt. Die*der Hygienebeauftragte ist Teilnehmende*r des Arbeitsschutzausschusses.

(f) Beschwerdemanagement

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

(g) Dokumentation

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

Mitglied im Qualitätsverbund

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

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

Der*die Qualitätsbeauftragte der Fachklinik Oldenburger Land nimmt regelmäßig an den Verbund-Treffen teil. Zweck des Qualitätsverbundtreffens ist der Erfahrungsaustausch zu Vorgehensweisen und Ergebnissen des Qualitätsmanagements verschiedener diakonischer Suchthilfeeinrichtungen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des jeweiligen internen QM-Systems.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Das Organigramm der Fachklinik Oldenburger Land bildet die Aufbauorganisation der Klinik ab. Die Klinik wird cheffärztlich geleitet. Sechs Funktionsbereichen, die jeweils mit einer Bereichsleitung ausgestattet sind, sind die einzelnen Arbeitsbereiche zugeordnet.

Das Organigramm ist in der Anlage „Organigramm“ aufgeführt.

Besprechungskultur

Der hausinternen Besprechungskultur dienen folgende Veranstaltungen:

- Fallbesprechung (Gruppentherapeut*innen, Arzt*Ärztin, Arbeitstherapeut*in, ggf. Sozialarbeiter*in)
- Interne Fortbildung
- Interne Fallsupervision
- Bereichskonferenzen (alle Mitarbeitende eines Bereiches)
- Leitungskonferenz (Chefarzt und Bereichsleitungen)
- Teambesprechung (interdisziplinäres Gesamtteam)

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

10. Notfallmanagement

Das Konzept für das Notfallmanagement der Klinik basiert auf folgenden Grundlagen:

- Eine 24-stündige Präsenz des Pflegepersonals. Übergaben zwischen den Schichten sind geregelt und werden dokumentiert.
- Eine 24-stündige ärztliche Rufbereitschaft ist geregelt, in Kooperation mit anderen Kliniken.
- Die diensthabenden Mitarbeitenden sind in Erste-Hilfe einschließlich CPR ausgebildet.
- Die Notfallversorgung ist in Zusammenarbeit mit der*dem diensthabenden Bereitschaftsarzt*ärztin, dem kassenärztlichen Notdienst, dem Rettungsdienst, der Feuerwehr, der Polizei und den umliegenden Akutkrankenhäusern gewährleistet. Der Notfallplan ist allen Mitarbeitenden bekannt und Teil des internen Qualitätsmanagements.
- Standardnotfallkoffer („Ulmer Koffer“) mit Absaugmöglichkeit, Sauerstoffflasche und öffentlich zugängliche Defibrillatoren sind vorhanden. Die Notfallausrüstung wird regelmäßig auf ihre Einsatzfähigkeit überprüft.
- In allen Räumen, in denen sich Rehabilitand*innen alleine aufhalten können, sind Notrufanlagen gem. Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung angebracht. Die Türen der Rehabilitand*innenzimmer und Nasszellen sind mit einer zentralen Schließanlage ausgestattet, um im Notfall Zutritt zu gewährleisten.
- In allen Rehabilitand*innenzimmern sind Fluchtpläne angebracht. Alle Fluchtwege werden täglich auf Durchgang geprüft.
- In Bereichen mit erhöhter Unfallgefahr befinden sich Erste-Hilfe-Kästen.
- Die Einhaltung der Brandschutzbestimmungen wird regelmäßig durch Fachkräfte überprüft.

- Informationen über Standorte von notfallspezifischen Anlagen (Feuerlöscher, Notfallkoffer, Defibrillator, Erste-Hilfe-Kästen, Brandmeldeanlage, Gas-/Wasserabspernung etc.) sind allen Mitarbeitenden bekannt und zugänglich.
- Informationen über wichtige Notrufnummern sind im Dienstzimmer vorhanden.
- Notfälle sind in die entsprechenden Dokumentationen einzufügen.

Der Prozess des Notfallmanagements ist in der Anlage „Prozess Notfallmanagement“ dargestellt.

11. Fort- und Weiterbildung

Erstes Ziel unserer Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist es, sicher zu stellen, dass alle in den therapeutischen Prozess involvierten Mitarbeitenden die „gleiche Sprache sprechen“ in Bezug auf unsere Diagnostik und unser therapeutisches Vorgehen. Dann geht es darum, Kenntnisse und Fähigkeiten der Einzelnen und des therapeutischen Teams weiter zu entwickeln, wobei die Entwicklung der evidenzbasierten Suchtmedizin im Vordergrund steht. Die Weiterbildungsmaßnahmen stellen schließlich das Aufnehmen neuer therapeutischer Entwicklungen der evidenzbasierten Suchtmedizin und neuer evidenzbasierter Methodik in unser Therapiekonzept sicher.

11.1 Fortbildung

Die Fortbildung der Fachklinik Oldenburger Land dient der Weiterentwicklung der Fähigkeiten des therapeutischen Teams in den therapeutischen Konzepten und Strategien der:

- psychoanalytisch interaktionellen Therapie
- Verhaltenstherapie
- schematherapeutischen Methodik.

Basis der Mitarbeitendenfortbildung ist das Lernen im therapeutischen Prozess („training on the job“). Dazu dienen:

- Fallvorstellung bei der ärztlichen Leitung
- Fallbesprechung
- Fallsupervision.

Individuelle Fortbildungsmaßnahmen werden im jährlichen Mitarbeitendengespräch festgelegt. Durchgeführte Mitarbeitendengespräche werden im Fort- und Weiterbildungsplan erfasst.

Maßnahmen der Teamfortbildung werden jährlich von der ärztlichen Leitung und dem Leitungsteam geplant.

Es kommen hierbei interne und externe Vorträge / Seminare / Kurse / Hospitationen in Betracht.

11.2 Weiterbildung

Die Weiterbildungsmaßnahmen stellen das Aufnehmen neuer therapeutischer Entwicklungen der evidenzbasierten Suchtmedizin und neuer evidenzbasierter Methodik in unser Therapiekonzept sicher.

Ausgangspunkte in der Planung von Weiterbildungsmaßnahmen bilden:

- Überblicksvorträge der indikationsspezifischen Fachliteratur
- Vorträge aus Fortbildungs- und Kongressteilnahmen ausgeführt von Mitarbeitenden der Fachklinik Oldenburger Land.

Individuelle Weiterbildungsmaßnahmen werden im jährlichen Mitarbeitendengespräch festgelegt. Durchgeführte Mitarbeitendengespräche werden im Fort- und Weiterbildungsplan erfasst.

Es kommen externe Seminare und Kurse in Betracht.

Weiterer Bedarf an Fort- und Weiterbildung kann sich u.a. ergeben aus:

- Wissenschaftlichen Fortschritten
- Weiterentwicklung des therapeutischen Konzeptes
- Stellenanforderungen
- Strategischen Planungen
- Änderungen der Anforderungen der Leistungsträger
- Vorgaben bzw. Änderungen sonstiger Anforderungen (Gesetze, Verordnungen o.ä.)
- Einführung neuer Software
- Rückmeldungen aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und dem Notfallmanagement.

12. Supervision

Interne Fallsupervision unter Leitung des*der Chefarztes*ärztin wird vierzehntäglich verpflichtend durchgeführt.

Externe Fallsupervision wird alle zwei Monate für alle Mitarbeitenden, die therapeutisch tätig sind, durchgeführt.

Supervision erfolgt durch ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeut*innen mit anerkannter Supervisionsausbildung (z.B. DGSv).

13. Haus- und Therapieordnung - Klinikregeln

Die Haus- und Therapieordnung stellt ein Regelwerk – die Klinikregeln (s. Anhang) – dar, das die Basis für einen respektvollen, wertschätzenden Umgang miteinander schafft. Dies gilt für die Rehabilitand*innen und das gesamte Team.

Ziele sind unter anderem:

- Rehabilitand*innen und Mitarbeitende vor vermeidbaren Gefährdungsmomenten zu schützen. So öffnen wir z.B. die Pakete im Beisein von Rehabilitand*innen, um zu vermeiden, dass sie mit alkoholhaltigen Lebensmitteln direkt konfrontiert werden.
- Einen klar strukturierten Tagesablauf sicher zu stellen. Es ist von hoher Bedeutung, das tägliche Leben (wieder) bewusst zu gestalten und nicht von den Gedanken, Gefühlen und Handlungsimpulsen, welche die Suchterkrankung generiert, getrieben zu werden. Wichtig sind auch zeitlich begrenzte Phasen der Ruhe und Freizeit, in denen das, was in der Therapie erfahren wurde, wirken und verarbeitet werden kann. Auch das Erleben von Gemeinschaft in der Freizeit spielt eine bedeutsame Rolle.

- Den Rahmen für das Zusammenleben in der therapeutischen Gemeinschaft so zu gestalten, dass Konflikte möglichst selten auftreten und, wenn sie denn da sind, schnell und reibungslos gelöst werden können. Die Einhaltung der Nachtruhe ist hier als wichtige Regel beispielhaft zu erwähnen.

Die Regeln in der Klinik sind klar, transparent und übersichtlich, der Umgang damit ist sicher, wertschätzend und konsequent. Sie bieten Orientierung und Sicherheit.

Literatur

- Adinoff B. Neurobiologic Process in Drug Reward and Addiction, *Harv. Rev. Psychiatry*, 12 (6), 305-320, 2004.
- Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 2014.
- Arbeitskreis OPD: OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik). Huber, Bern, 2009.
- Arbeitskreis OPD-KJ, OPD-KJ-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter). Huber, Bern, 2013.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, 2021.
- AWMF S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung, 2014.
- Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action*, Englewood Cliffs, New York, 1986.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). *Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen, Arbeitshilfe*, Frankfurt a.M., 2020
- BAR. *ICF-Praxisleitfaden 2*, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 2016.
- BAR. *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen*, Heft 12, Frankfurt a.M. 2006.
- BAR. *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*, Frankfurt a.M. 2004.
- Bischkopf J., Deimel D. *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Springer-Verlag, 2016.
- Bittner G. Psychoanalyse und das Handeln des Erziehers, In: *Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik*, 19, 77-89, 1966.
- Böhnisch L., Schefold W. *Lebensbewältigung. Soziale und pädagogische Verständigung an den Grenzen der Wohlfahrtsgesellschaft*, Juventa, Weinheim, 1985.
- Bollnow OF. *Existenzphilosophie und Pädagogik. Versuch über un stetige Formen der Erziehung*, Weitz, Stuttgart, 1959.
- Brisch KH. *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Klett-Cotta, 13. Aufl., 2015.
- Bühringer G. *Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen*. In: Margraf J (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 2, Springer, Berlin, 2000.
- Byron K. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169-198, 2005.
- Comer R. *Klinische Psychologie*, Akademischer Verlag, Heidelberg, 2001.
- Comings DE. Cannabinoid receptor gene (CNR1): Association with IV drug use, *Molecular Psychiatry*, 2, 1997.
- Datler W. *Bilden und Heilen. Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie*, Psychoanalytische Praxis, Empirie, Wien, 2005

DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2008, Neuland, Geesthacht, 2008.

DHS-Grundsatzpapier Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten, 2004.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht 2019, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/Drogen-_und_Suchtbericht_2019_barr.pdf (zuletzt abgerufen am 1.12.2020).

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Kapitel V; F), München, 2008.

DIMDI (Hrsg.). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deutschsprachige Fassung, München, 2005.

DRV-Bund. Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit, 2016

DRV-Bund: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Berlin, 2007.

DRV-Bund. Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – Abschlussberichte Band III – Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“ – Teilband 3 „Psychische und neurologische Erkrankungen“ – Arbeitsgruppe 1 „Sucht“ (Teil I – Seite 621-721), Berlin, 2006.

DRV-Bund. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen, 2. Fassung, Berlin, 2005.

Eberwein W. Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken, Thieme, Stuttgart 2009.

Fonagy P. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, Klett-Cotta, Stuttgart, 2004.

Fucke E. Lernziel: handeln können. Erfahrungen und Überlegungen zu einem erweiterten Bildungskonzept, Fischer, Frankfurt a.M., 1981.

Gadamer HG. Wahrheit und Methode, Mohr-Siebeck, Tübingen, 1972.

Gahleitner SB. Gunderson, C.L. (Hrsg.): Frauen, Trauma, Sucht, Asanger Verlag, 2008.

Gall R. Coolness-Training (CT), in: <http://www.coolness-training.de/fachartikel/>, (zuletzt abgerufen am 26.06.2015).

Garavan H et al. Cue-induced cocaine craving: neuroanatomical specificity for drug users and drug stimuli, *Am. J. Psychiatry*, 157, 1789-98, 2000.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinie), 2019.

Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Göttingen, 1994.

Grawe K. Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen, 2004.

Guilamo-Ramos V et al. Parental and school correlates of binge drinking among middle school students. In: *Journal Public Health* 95. pp. 894-899, 2005.

- Heigl-Evers A. Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurzzeittherapie bei Suchtkranken, Nicol, Kassel, 1977.
- Hörning M, Kretschmann-Weelink M. Ergebnisse der Vollerhebung NRW „Geistige Behinderung und Sucht“ In: Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch, Forum Sucht, Band 44, ab S.31, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster, 2012.
- Hoffmann D. et al. (Hrsg.): Freizeit Lernen, Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993.
- Hutchison KE et al. Olanzapine reduces craving for alcohol: a DRD4 VNTR polymorphism by pharmacotherapy interaction, Neuropsychopharmacology, 28, 1882-1888, 2003.
- Junghans H et al. Impaired serum cortisol stress response is a predictor for early relapse, Alcohol, 38,189-93, 2003.
- Kelz MB, Nestler EJ. Delta FosB: a molecular switch underlying long-term neural plasticity, Curr Opin Neurol, 13, 715-20, 2000.
- Kernberg OF. Schwere Persönlichkeitsstörungen, Klett-Cotta, Stuttgart-München, 2006.
- Kernberg OF. Innere Welt und äußere Realität, Klett-Cotta, Stuttgart-München, 1988.
- Klauß T Sucht - (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung? In: Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge, Materialien der DGSG, Band 7, Berlin, 2003.
- Klos H, Görge W. Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit, Hogrefe, 2009
- Knoll A. Sucht - was ist das? Blaukreuz, Kassel, 2002.
- Koob, GF, Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis, Neuropsychopharmacology, 24, 97-129, 2001.
- Krafeld FJ. Erfahrungsproduktion und Lebensbewältigung, Deutsche Jugend (1), 1-9, 1986.
- Kraus L, Augustin R, Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, Sucht 51, Sonderheft 3, 2005.
- Kretschmann-Weelink M. Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen, AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr, Gevelsberg, 2013.
- Kühn M. "Macht eure Welt endlich wieder zu meiner!", Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis, Juventa, Weinheim, 2009.
- Lehnert B. Behandlung von Sucht und Psychose. In: Dietrich-Bonhoeffer-Klinik (Hrsg.): Fachaufsätze zum 25-jährigen Jubiläum, DBK, Ahlhorn 2005.
- Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters, Science 278, 1997.
- Mann K, Löber S, Croissant B, Kiefer F. Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ein Manual zur Pharmako- und Psychotherapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2006.
- Martinić M, Measham F. Swimming with Crocodiles. The Culture of Extreme Drinking. ICAP Book Series on Alcohol in Society. London: Routledge, 2008.
- Meil WM., See RE. Lesions of the basolateral amygdala abolish the ability of drug associated cues to reinstate responding during withdrawal from self-administered cocaine, Behav. Brain Res., 87,139-48, 1997.

- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer-Verlag, 2017.
- Münder J. Beratung, Betreuung, Erziehung und Recht. Handbuch für Lehre und Praxis, Votum, Münster, 1991.
- NICE. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2011.
- Nuber U. Depression: die verkannte Krankheit, DTV, Frankfurt, 2006.
- Passet P. Gedanken zur Narzissmuskritik, in: Die neuen Narzissmustheorien: zurück ins Paradies, Syndikat, Frankfurt, 1981.
- Roediger E. Praxis der Schematherapie, Schattauer, Stuttgart 2009.
- Röhrs H. (Hrsg.). Bildung als Wagnis und Bewährung. Eine Darstellung des Lebenswerkes von Kurt Hahn, Quelle & Meyer, Heidelberg, 1966.
- Rost WD. Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett-Cotta, Stuttgart-München, 2001.
- Rothman RB, Blough BE, Baumann MH. Dual Dopamine/Serotonin Releasers as Potential Medications for Stimulate and Alcohol Addictions, AAPS Journal, 9 (1), E1-10, 2007.
- Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie, Schattauer, Stuttgart, 2013.
- Schiepek G. Neurobiologie der Psychotherapie, Schattauer, Stuttgart, 2003.
- Schober F, Peukert P, Wernz F, Batra A. Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen. Kohlhammer-Verlag, 2013.
- Schubert M, Theunissen G. Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 74. Jg., 312-325, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2005.
- Schuntermann MF. Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen, ecomed Medizin, Landsberg, 2020.
- Self DW, Nestler EJ. Relapse to drug-seeking: neuronal and molecular mechanisms, Drug & Alcohol Depend., 51, 49-60, 1998.
- Selye H. Stress. Bewältigung und Lebensgewinn, Piper, München, 1988.
- Simon FB. Die andere Seite der Gesundheit: Ansätze einer systematischen Krankheits- und Therapietheorie, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2001.
- Stolle et al. Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter: Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. In: Deutsches Ärzteblatt Int 106 (19). S. 323, 2009.
- Tielking K, Kuss G (Hrsg.). Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger, Oldenburg, 2003.
- Tölle R, Windgassen K. Psychiatrie, Springer, Berlin/Heidelberg, 2014.
- Trescher HG. Erziehungswissenschaft und Psychoanalyse, In: Neue Praxis (18), 455-464, 1988.
- Trescher HG. Theorie und Praxis der psychoanalytischen Pädagogik, Matthias-Grünwald, Mainz, 1992.
- UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2008.

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“. Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker, 2001.

Vogel H, Neuderth S. in: BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation): Berufsbezogene Maßnahmen in der Rehabilitation, Frankfurt 2000.

Vosshagen A. Männlichkeiten, Gender, Sucht und Arbeit, BUSS Vortrag ohne Bilder für Veröffentlichung, 2007, abrufbar unter: https://suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2007/07_vosshagen_gender.pdf (zuletzt abgerufen am 1.12.2020).

Wegscheider-Cruse S. Another Chance: Hope and Health for the Alcoholic Family, Science and Behavior Books, Los Altos, 1989.

Weidner J, Kilb R, Jehn O. Gewalt im Griff 3: Weiterentwicklung des Anti-Aggressivitäts- und Coolness-Trainings (Edition Sozial), Juventa, 2010.

Weidner J, Kilb R. Handbuch Konfrontative Pädagogik: Grundlagen und Handlungsstrategien zum Umgang mit aggressivem und abweichendem Verhalten, Juventa, 2011.

Weil H. Die Entstehung des deutschen Bildungsprinzips, Bouvier, Bonn, 1967.

World Health Organization (WHO). International classification of functioning, disability and health (ICF). Genf, 2001.

World Health Organization. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI, 2005.

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

Wrase J, Grüsser, SM, Heinz A. Reizinduziertes Alkoholverlangen, Nervenarzt, 77,1051-1063, 2006.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch, Junfermann, Paderborn 2008.

3. Verbotene Gegenstände

Auf Grund ihrer Gefährlichkeit dürfen Sie folgende Gegenstände nicht mitbringen:

- Waffen aller Art, insbesondere Messer
- Feuergefährliche Materialien, z. B. Klebemittel, Feuerzeugbenzin, Nitroverdünner, Benzin, Benzol etc.
- Alkoholhaltige Hygieneartikel, z.B. Mundwasser o.Ä.

Zudem werden weitere Gegenstände, die gegen unsere Klinikregeln verstoßen von Mitarbeitern der Fachklinik eingezogen. Diese werden Ihnen am Ende der Therapie wieder ausgehändigt.

4. Rauchen

In allen Gebäuden ist das Rauchen streng verboten!

Rauchen ist nur und ausschließlich in den Raucherzonen gestattet.

5. Lebensmittel

Der Besitz und der Verzehr folgender Lebensmittel und Getränke ist auf Ihrem Zimmer untersagt:

- kühlungspflichtige Lebensmittel
- Milchprodukte
- Fleisch oder Fisch.

Lebensmittel, die während des gesamten Klinikaufenthalts nicht gestattet sind:

- Malzbier, alkoholfreies Bier oder Sekt
- Energy-Drinks
- jegliche Getränke und Lebensmittel mit Alkohol.

Die Zubereitung und der Verzehr von Tee sind nur in der Teeküche Ihres Wohnbereichs erlaubt.

6. Medikamente

Ihre Medikamente bekommen Sie nach dem Essen im Pflegestützpunkt.

Morgens	7:45 Uhr
Mittags	12:45 Uhr
Abends	19:15 Uhr
Zur Nacht	21:30 Uhr.

Sie müssen Ihre Medikamente im Pflegestützpunkt abgeben und zu den vorgegebenen Zeiten dort einnehmen.

Nahrungsergänzungsmittel dürfen nicht im Zimmer aufbewahrt werden.

7. Therapeuten

Ihr Gruppentherapeut ist auch Ihr Bezugstherapeut. Bei Fragen oder persönlichen Angelegenheiten wenden Sie sich an ihn. Wenn Ihr Bezugstherapeut nicht da ist, wird er vertreten durch den Co-Therapeuten.

Wenn der Bezugstherapeut nicht im Haus oder nicht zu sprechen ist, ist tagsüber der diensthabende Mitarbeiter für Sie zuständig. Abends oder nachts wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der Nachtwache.

8. Zimmerordnung

In Ihrem Zimmer sollen Sie sich wohlfühlen. Gerne sollen Sie Bilder aufstellen oder an Ihre Pinnwand hängen. Das Beschädigen von Möbeln und Wänden ist untersagt. Ansonsten wird Ihnen die Kautions nicht zurückgezahlt und/oder Sie bekommen eine Rechnung und müssen den Schaden bezahlen.

9. Pakete

Pakete werden im Beisein des Personals geöffnet.

Wir wollen nicht, dass Ihnen schädliche Dinge, wie z. B. Alkohol, zugeschickt werden.

10. Fernsehen

Fernsehzeit Montag bis Freitag 19.15 - 22.30 Uhr

Fernsehzeit Samstag 13.30 - 23.30 Uhr

Fernsehzeit Sonntag 13.30 - 22.30 Uhr

Eigene Fernseher dürfen **nicht** mitgebracht werden.

11. Wertsachen

Für Wertgegenstände oder Bargeld nutzen Sie Ihr Schließfach im Schrank.

Denken Sie daran, Ihre Zimmertür abzuschließen, wenn Sie das Zimmer verlassen.

In der Verwaltung gibt es eine Sprechstunde für Geldangelegenheiten, wie zum Beispiel die Auszahlung von Bargeld oder das Wechseln von Geld.

Montags 12:45 Uhr

Donnerstags 12:45 Uhr.

12. Smartphone

Sie dürfen Ihr Smartphone in der Freizeit benutzen. In allen Veranstaltungen sowie zu den Mahlzeiten muss ihr Smartphone draußen oder ausgeschaltet bleiben. Klingelt oder vibriert ihr Smartphone während einer Veranstaltung oder den Mahlzeiten, müssen Sie es für drei Tage abgeben.

Sie dürfen nur ein Smartphone benutzen, alle weiteren Smartphones geben Sie bitte ab.

13. Paarbeziehungen

Wenn Sie eine Beziehung eingehen, sprechen Sie bitte mit Ihrem Therapeuten darüber.

14. Besuche auf dem Zimmer

Besuche auf den Patientenzimmern sind nicht erlaubt.

15. Geldangelegenheiten

Das Verleihen von Geld oder Gegenständen ist nicht erlaubt. Handel und Tauschhandel mit Geld oder Gegenständen ist verboten. Glücksspiele, Wetten oder Spiele um Geld oder Sachen sind ebenfalls verboten.

16. Unterhaltungselektronik

Sie dürfen mit Kopfhörer benutzen:

- Radio, CD-Player, MP3-Player, Laptop, Tablet und Smartphone.

Musik hören im Zimmer ist nur in Zimmerlautstärke und nicht zu den Nachtruhezeiten erlaubt.

In den Aufenthaltsräumen können Sie sich Bücher und Spiele ausleihen.

Das Mitbringen von eigenen Konsolen-Spielen ist untersagt. Die Klinik stellt Ihnen Spiele bereit.

17. Kontrollen

Sie werden von uns auf Alkohol, Medikamente oder Drogen getestet. Es werden auch Zimmerkontrollen gemacht. Bei diesen Kontrollen sind Sie dabei. Diese Kontrollen werden Ihnen vorher nicht angekündigt.

18. Körperpflege

Bitte achten Sie auf Ihre körperliche Hygiene. Gehen Sie täglich duschen und tragen Sie saubere Kleidung.

Während der Arbeitstherapie wird Arbeitsbekleidung getragen. Die Arbeitskleidung wird nicht in der Freizeit getragen.

19. Piercings und Tattoos

Während der Therapie dürfen Sie sich nicht piercen oder tätowieren lassen.

20. Waschen und Wäschetrocknen

Das Waschen und Wäschetrocknen auf den Zimmern ist nicht erlaubt.

Für das Waschen Ihrer Kleidung erhebt die Klinik eine monatliche Gebühr von 5€.

Die Waschzeiten hängen in Ihrem Zimmer aus.

21. Nachtruhe

Von 23.00 Uhr bis 06.00 Uhr ist Nachtruhe. Samstags und vor Feiertagen ist ab 24.00 Uhr Nachtruhe.

Während der Nachtruhe halten Sie sich im Zimmer auf. Bei Notfällen melden Sie sich bei der Nachtwache. Die Durchwahl am Patiententelefon für Notfälle ist die 35.

22. Erkrankungen

Wenn Sie krank werden und nicht an der Therapie teilnehmen können, brauchen Sie eine Krankschreibung durch den Arzt / die Ärztin. Wenn kein Arzt da ist, melden Sie sich im Pflegestützpunkt. Wenn Sie krankgeschrieben sind, haben Sie keinen Ausgang.

Wenn Sie auf einer Heimfahrt krank werden, müssen Sie uns sofort anrufen.

23. Heimfahrten

- Heimfahrten sind nach der 7. Woche möglich. Diese wird bei Ihrem zuständigen Therapeuten beantragt.
- Klären Sie bitte die Übernahme der Fahrtkosten vor der Heimfahrt. Hierbei kann Ihnen Ihr Therapeut helfen.
- Im Rahmen der Heimfahrt sind bis zu zwei Übernachtungen möglich.
- Wenn Sie auf Heimfahrt gehen, melden Sie sich am Pflegestützpunkt ab. Wenn Sie zurückkommen, melden Sie sich am Pflegestützpunkt an. Während der Heimfahrt bleiben die Zimmerschlüssel in der Klinik.

Schlussbemerkung

Mit dem Unterschreiben unserer Erklärung bei Aufnahme sind Sie mit unseren Klinikregeln einverstanden. Bitte halten Sie sich daran.

Änderungen oder Ergänzungen der Klinikregeln bleiben vorbehalten.

Handlungsleitlinien bei Verfehlungen von Patienten:

- Verspätung bei therapeutischen Veranstaltungen:

Zunächst mündliche Ermahnung, bei dreimal wiederholter und/oder starker Verspätung:
schriftliche Ermahnung

- Fehlen bei therapeutischen Veranstaltungen:

Einmalig mündliche Ermahnung, beim zweiten Fehlen schriftliche Ermahnung

- Fehlen bei Mahlzeiten und/oder Medikamentenausgabe:

Zunächst mündliche Ermahnung, bei dreimaliger Wiederholung schriftliche Ermahnung

- Verspätung oder Fehlen bei der Arbeitstherapie:

Nacharbeit der versäumten Zeit

Wird dies nicht geleistet, schriftliche Ermahnung

- Verstoß gegen die Ausgangsregelung:

Einmalig mündliche Ermahnung, bei Wiederholung schriftliche Ermahnung,
bei Verdacht Alkohol/Drogenscreening

- Mann/Frau treffen sich auf dem Zimmer:

Schriftliche Ermahnung

- Konsum von Malzbier bzw. alkoholfreiem Bier:

Schriftliche Ermahnung

- Rückfall:

Eine Woche Ausgangssperre, danach eine Woche begleiteter Ausgang.

Bei durchgehender Leugnung oder Idealisierung des Rückfalls ggf. Abmahnung/Entlassung

- Idealisierung von Suchtmitteln:

Thematisierung in der Gruppe verbunden mit der Aufforderung, die Idealisierung zu unterlassen

Bei Wiederholung schriftliche Ermahnung

- Tragen von Kleidung, die Gewalt/Alkohol/Drogen abbildet/verherrlicht:

Mündliche Ermahnung, bei Wiederholung schriftliche Ermahnung

- Konsum von Drogen/ Alkohol auf dem Klinikgelände:

Abmahnung

- Rauchen auf dem Zimmer:

Abmahnung, bei Wiederholung Entlassung

- Gezieltes Mobbing:

Therapievertrag, bei Wiederholung Abmahnung bzw. Entlassung je nach Einschätzung des Teams

- Bedrohung:

Abmahnung bzw. Entlassung je nach Einschätzung des Teams

- Vandalismus:

Abmahnung bzw. Entlassung je nach Einschätzung des Teams

- Gewaltanwendung:

Sofortige Entlassung noch am gleichen Tag, Einschalten der Polizei falls nötig

Zwei Abmahnungen haben in der Regel die Entlassung zur Folge.

Rückfallkonzept

Wenn ein*e Rehabilitand*in rückfällig wird, gilt folgendes Vorgehen:

Nach Bekanntwerden des Rückfalls sollte unmittelbar geklärt werden, ob die Entwöhnungsbehandlung unter den gegebenen Umständen fortgesetzt werden kann oder der*die Rehabilitand*in entlassen werden muss.

Kriterien für einen Verbleib in der Klinik sind:

- offener und ehrlicher Umgang mit dem Rückfall
- Bereitschaft der*des Rehabilitand*in sich mit dem Rückfall auseinanderzusetzen und die Therapie fortzusetzen
- Gesamtverhalten der*des Rehabilitand*in in der Klinik ist weiterhin für Mitrehabilitand*innen und Mitarbeitende tragbar

Kriterien, die für eine Entlassung aus der Einrichtung sprechen, sind:

- Unehrlichkeit und Verleugnung des Rückfalls
- Bagatellisierung oder Verweigerung über den Rückfall zu sprechen
- Prahlen mit dem Rückfall
- Verweigerung von Alkohol- und Urinkontrollen
- Anstiftung von Mitrehabilitand*innen zum Konsum, Weitergabe und/oder Handel mit Suchmitteln
- Geplanter oder wiederholter Rückfall

Verbleibt die*der Rehabilitand*in in der Klinik, ist zu beachten:

Dem*der Rehabilitand*in werden nach einem Rückfall je nach Möglichkeit oder Notwendigkeit Krisengespräche angeboten.

In der Regel Durchsuchung des Zimmers des*der Rehabilitand*in nach Alkohol/Drogen durch zwei Personen in Anwesenheit der*des Rehabilitand*in.

In der Regel Erteilung einer schriftlichen Abmahnung und/oder Ausgangsverbot für eine Woche. Die weitere Ausgangsregelung in Absprache mit der*dem Bezugstherapeut*in. Hat die*der Rehabilitand*in den Rückfall von sich aus offen gemacht, kann die Ausgangssperre vom*von der Bezugstherapeut*in individuell geregelt werden.

Eine schriftliche Stellungnahme zum Rückfall bzw. zu konkreten Fragen bezüglich des Rückfalls wird erwartet. In der nächsten Gruppensitzung (und in weiteren Sitzungen nach Bedarf) wird der Rückfall des*der Rehabilitand*in und die schriftliche Ausarbeitung Thema sein. Der*die zuständige Therapeut*in überprüft erneut, ob die Entwöhnungsbehandlung fortgesetzt werden kann.

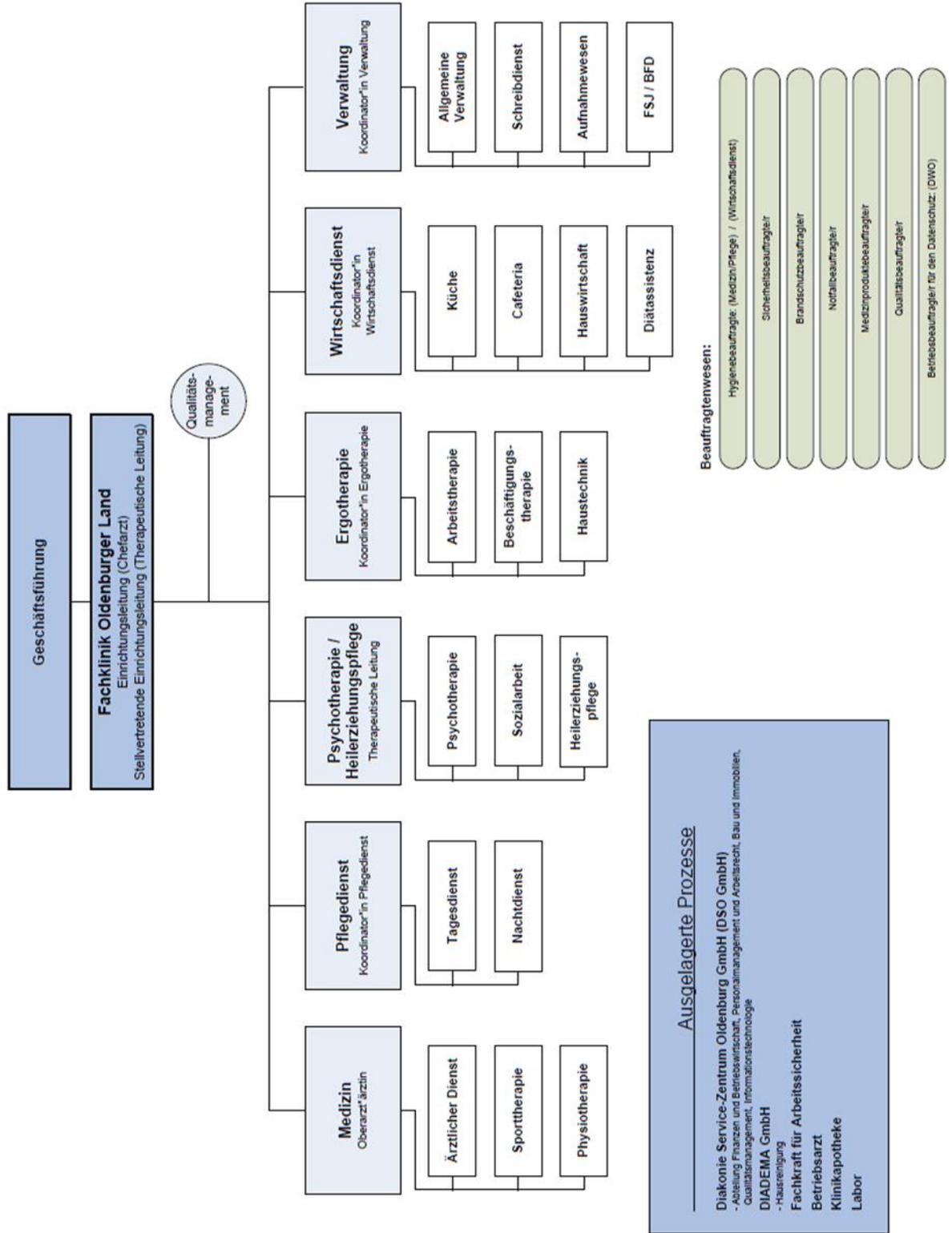
Mit dem*der Rehabilitand*in wird ggf. eine Probezeit vereinbart und/oder ein Therapievertrag geschlossen. Dieser kann individuelle bzw. differenzierte Auflagen, Vereinbarungen, Empfehlungen enthalten, um eine Fortführung der therapeutischen Arbeit zu ermöglichen und einen erneuten Rückfall zu verhindern.

Beispielwochenplan

		Fachklinik Oldenburger Land					
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück	8:30 – 9:30 Frühstück	8:30 – 9:30 Frühstück
	8:30 – 10:00 Gruppenpsychotherapie	8:30 – 10:00 Gruppenpsychotherapie	8:30 – 9:30 Früh-Sport	8:30 – 11:00 Arbeitstherapie	8:30 – 11:00 Lehrküche	Sport (nach Aushang)	
	11:15 – 12:00 Edukative Gruppe Medizin	10:30 – 12:00 Visite	10:30 – 11:30 Edukative Gruppe Psychotherapie	11:15 – 12:10 Edukative Gruppe Berufliche Fragen (2-wöchig)	11:15 – 11:45 Plenum		
	12:15 – 12:45 Mittagessen	12:15 – 12:45 Mittagessen	12:15 – 12:45 Mittagessen	12:15 – 12:45 Mittagessen	12:15 – 12:45 Mittagessen	12:15 – 12:45 Mittagessen	12:15 – 12:45 Mittagessen
	12:45 – 13:15 Sprechstunde Verwaltung	13:00 – 13:30 Sprechstunde Medizin	13:00 – 13:30 Sprechstunde Medizin	12:45 – 13:15 Sprechstunde Verwaltung	13:00 – 13:30 Sprechstunde Medizin		
	13:00 – 13:30 Sprechstunde Medizin	13:30 – 16:00 Arbeitstherapie	14:00 – 15:00 Edukative Gruppe Ernährung (4-wöchig)	13:00 – 13:30 Sprechstunde Medizin	13:00 – 13:30 Sprechstunde Medizin		
	13:30 – 16:00 Arbeitstherapie	17:45 – 18:45 Entspannung	15:00 – 16:30 Beschäftigungstherapie	13:30 – 14:30 Gruppenpsychotherapie	14:00 – 17:30 Aktive Freizeit	15:00 – 15:30 Kaffee	15:00 – 15:30 Kaffee
	16:15 – 17:00 Wirbelsäulen-Gymnastik			16:15 – 16:45 Treffpunkt Freizeit			
	18:30 – 19:15 Abendessen	18:30 – 19:15 Abendessen	18:30 – 19:15 Abendessen	18:30 – 19:15 Abendessen	18:30 – 19:15 Abendessen	18:30 – 19:15 Abendessen	18:30 – 19:15 Abendessen

Stand: 15.07.2022

Diakonisches Werk Oldenburg Fachklinik Oldenburger Land gemeinnützige GmbH
Fachklinik Oldenburger Land



Ausgelagerte Prozesse

Diakonie Service-Zentrum Oldenburg GmbH (DSO GmbH)
 - Abteilung Finanzen und Betriebswirtschaft, Personalmanagement und Arbeitsrecht, Bau und Immobilien,
 Qualitätsmanagement, Informations-technologie
DIADEMA GmbH
 - Hausreinigung
Fachkraft für Arbeitssicherheit
Betriebsarzt
Klinikapotheke
Labor

Beauftragtenwesen:

- Hygienebeauftragte (Medizin/Pflege) / (Wirtschaftsdienst)
- Sicherheitsbeauftragter
- Brandschutzbeauftragter
- Notfallbeauftragter
- Medizinproduktebeauftragter
- Qualitätsbeauftragter
- Betriebsbeauftragter für den Datenschutz (DWS)

