

Fachklinik Klosterwald gGmbH



Therapiekonzept

Stand: 28.10.2024

Inhalt	Seite
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Allgemeines	9
1. Einleitung	10
2. Beschreibung der Fachklinik Klosterwald	11
3. Rehabilitationskonzept	14
3.1 Theoretische Grundlagen	14
3.1.1 Definition	14
3.1.2 Das bio-psycho-soziale Modell	15
3.1.3 Neurobiologische Grundlagen des Abhängigkeitssyndroms	15
3.1.3.1 Das dopaminerge Belohnungssystem	15
3.1.3.2 Drogeninduzierte synaptische Plastizitätsprozesse	16
3.1.3.3 Entzug und negativer Affekt	16
3.1.3.4 Neurobiologische Risikofaktoren	17
3.1.4 Die Psychodynamik des Abhängigkeitssyndroms – psychoanalytische und tiefenpsychologische Grundlagen	17
3.1.4.1 Das Abhängigkeitssyndrom auf neurotischem Strukturniveau	18
3.1.4.1.1 Das Abhängigkeitssyndrom bei Borderliner-Persönlichkeitsorganisation	19
3.1.4.1.2 Suchterkrankung auf hohem Borderlineorganisations- niveau	20
3.1.4.1.3 Suchterkrankung auf niedrigem Borderlineorganisationsniveau	21
3.1.4.2 Suchterkrankte auf psychotischem Niveau	23
3.1.5 Verhaltenstherapeutische Grundlagen des Abhängigkeits- syndroms	23
3.1.5.1 Entstehungsbedingungen	23
3.1.5.2 Lerntheorien	24
3.1.5.2.1 Instrumentelles Konditionieren – operantes Lernen/ Konditionieren	24
3.1.5.2.2 Klassisches Konditionieren	24
3.1.5.2.3 Modelllernen (Imitationslernen)	24
3.1.5.2.4 Erwartungslernen	25
3.1.6 Soziokulturelle Grundlagen	25
3.1.7 Rückfallkonzept	26
3.1.7.1 Theoretische Grundlagen	27
3.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	28
3.2.1 Rehabilitationsindikationen	28
3.2.2 Rehabilitationskontraindikationen	29
3.2.3 Aufnahmevoraussetzung	30
3.3 Rehabilitationsziele	33

3.4	Rehabilitationsdauer	34
3.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	34
3.5.1	Case-Management	35
3.6	Rehabilitationsprogramm	36
3.6.1	Regelbehandlung	37
3.6.2	Kurzzeittherapie	37
3.6.3	Kombinationsbehandlung	37
3.6.4	Ganztägig ambulante Entlassungsform	38
3.7	Rehabilitationselemente	39
3.7.1	Aufnahmeverfahren	39
3.7.1.1	Zugangswege	39
3.7.1.2	Prästationäre Aufnahmeplanung und Therapiesteuerung	40
3.7.1.3	Stationäres Aufnahmemanagement	40
3.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	41
3.7.2.1	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF)	43
3.7.2.2	Pflegerische Rehabilitationsdiagnostik	46
3.7.2.3	Medizinische Rehabilitationsdiagnostik	47
3.7.2.4	Psychotherapeutische/Sozialtherapeutische Rehabilitationsdiagnostik	48
3.7.2.4.1	Differenzierte Indikationsstellung	48
3.7.2.4.2	Eingangsdagnostik	49
3.7.2.4.3	Verlaufsdagnostik	49
3.7.2.4.4	Abschlussbefundung	50
3.7.2.5	Arbeitstherapeutische Rehabilitationsdiagnostik	50
3.7.2.6	Sozialdienstliche Rehabilitationsdiagnostik	51
3.7.2.7	Rehabilitationsdiagnostiken der Sport- und Bewegungstherapie	52
3.7.3	Medizinische Behandlung	53
3.7.4	Psychotherapeutische und suchtttherapeutische Gruppen- und Einzelgespräche	54
3.7.4.1	Das Bezugsgruppensystem der Fachklinik Klosterwald	55
3.7.4.2	Allgemeine Wirkfaktoren in Gruppen	56
3.7.4.3	Psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie	57
3.7.4.3.1	Grundlegende Konstrukte psychodynamischer Gruppentherapie	58
3.7.4.3.2	Psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald	60
3.7.4.3.3	Tiefpsychologisch orientierte Suchtttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald	60
3.7.4.4	Verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie	61
3.7.4.4.1	Grundprinzipien der Verhaltenstherapie	61
3.7.4.4.2	Verhaltenstherapeutische Gruppen-	

und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald	62
3.7.4.4.3 Verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald	63
3.7.4.5 Psychoedukation/Psychoedukative Gruppenangebote	63
3.7.4.6 Indikationsgruppen	64
3.7.4.6.1 Psychodynamische Indikationsgruppen	65
3.7.4.6.2 Verhaltenstherapeutische Indikationsgruppen	65
3.7.4.6.3 Weitere Indikationsgruppen	66
3.7.4.7 Indikative Gruppenangebote	67
3.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	68
3.7.5.1 BORA-Zielgruppen	69
3.7.5.2 Hauptbereiche der arbeitsbezogenen Rehabilitation	70
3.7.5.2.1 Hauptbereich Bewerbungstraining und/oder Kommunikation mit dem Arbeitgeber	70
3.7.5.2.2 Hauptbereich Arbeitsprojekte	71
3.7.6 Ergotherapie	72
3.7.7 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	73
3.7.7.1 Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie	73
3.7.7.2 Entspannungsverfahren	78
3.7.8 Freizeitangebote	79
3.7.9 Case-Management und Sozialdienst	80
3.7.10 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	82
3.7.10.1 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining	82
3.7.10.2 Ernährung	82
3.7.11 Angehörigenarbeit	84
3.7.12 Rückfallmanagement	84
3.7.12.1 Rückfalldimensionen	84
3.7.12.1.1 Ich-Erleben des Rückfalls	84
3.7.12.1.2 Kontrollverlust	85
3.7.12.1.3 Arbeitsbündnis	85
3.7.12.1.4 Motivation zur Weiterbehandlung	86
3.7.12.1.5 Zusammenfassende Matrix	86
3.7.12.2 Bearbeitung des Rückfallgeschehens	87
3.7.12.2.1 Akutphase (Intoxikation)	87
3.7.12.2.2 Postakutphase (nach Detoxikation)	87
3.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege	88
3.7.13.1 Merkmale der aktivierend-therapeutischen Rehabilitationspflege	89
3.7.13.2 Ziele der aktivierend-therapeutischen Rehabilitationspflege	90
3.7.13.3 Pflegedienstleitung	90
3.7.13.4 Fortbildungen	90
3.7.14 Weitere Leistungen und Angebote	91
3.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	91
4. Personelle Ausstattung	93
4.1. Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter, interne und externe Supervision	93
5. Räumliche Gegebenheiten	95
6. Kooperation und Vernetzung	97

7. Maßnahmen der Qualitätssicherung	98
8. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	99
9. Notfallmanagement	100
9.1. Notrufanlage, Notfallmaßnahmen und- ablaufplan	100
9.2. Notfallfortbildung und -übungen	100
Literaturverzeichnis	102
Anhänge	107

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Ausgewählte Beispiele der Therapieplanung der Fachklinik Klosterwald unter Anwendung der ICF
- Tabelle 2: Organisatorische Einbindung der Indikationsgruppen in der Fachklinik Klosterwald
- Tabelle 3: Matrix über den Überblick über die Rückfalldimensionen

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Darstellung des Case-Managements in der Fachklinik Klosterwald
- Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsanweisung
Abs.	Absatz
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AED	Automatisch Externer Defibrillator
AFP	Akademie für Psychotherapie
ALG I	Arbeitslosengeld I
AMPA	α -Amino-3-Hydroxy-5-Methyl-4-Isoxazolepropionsäure
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Bado	Basisdokumentation
Bigema	Bindegewebsmassage
BMZ	Brandmeldezentrale
BORA	Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
BSG	Bundessozialgericht
BZA	Bezugsarzt
BZT	Bezugstherapeut
BMI	Body-Mass-Index
bus e. V.	Bundesverband Suchthilfe e. V.
bzw.	beziehungsweise
Ca ²⁺ Ionen	Calcium 2Plus Ionen
CMD	craniomandibuläre Dysfunktion
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DA	Dienstanweisung
deQus	Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V.
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DFÜ § 301	Datenfernübertragung nach § 301
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
d. h.	das heißt
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN EN	
ISO 9001:2015	Deutsches Institut für Normung Europäische Norm International Organization for Standardization
DP	Diplom Psychologe
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
DS	dorsales Striatum
DSO-EmK	Datenschutzordnung der Evangelisch-methodistischen Kirche
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
et al.	und andere
etc.	et cetera
ETM	evidenzbasiertes Therapie Modul
e. V.	eingetragener Verein
FAT	Feuerwehranzeigetableau

ff.	folgend
GdB	Grad der Behinderung
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ggf.	gegebenenfalls
HAMED II	Handwerklich-motorischer Eignungstest II
IC	Intercity
ICE	Intercity Express
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Auflage
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IDA	Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten
IPTJ	Instituts für Psychotherapie und Angewandte Psychoanalyse Jena
IuK	Informations- und Kommunikationstechnik
KMT	Klassische Massage Therapie
KTL	Katalog Therapeutischer Leistungen
MEOS	mesocortikolimbischen dopaminergen Belohnungssystems
MWT	Mehrfachwahlwortschatztest
NAcc	Nucleus Accumbens
NMDA	NMethyl-D-Aspartat
o. g.	oben genannt
OPD-2	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
Patfak	Patientenfaktorisierungsprogramm
PC	Personalcomputer
PFC	präfrontaler Kortex
PKW	Personenkraftwagen
PMR	Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
PSSI	Persönlichkeitsstil und Störungsinventar
QM	Qualitätsmanagement
Reha	Rehabilitation
RK	Rechtskammer
S.	Seite
SCL	Symptom-Checkliste
SGB	Sozialgesetzbuch
SKT	Syndrom-Kurz-Test
SN	Substantia Nigra
SRH	Stiftung Rehabilitation Heidelberg
StGB	Strafgesetzbuch
TLS e. V.	Thüringer Landesstelle für Suchfragen e. V.
u.	und
u.a.	unter anderem
UrhG	Urheberrechtsgesetz
usw.	und so weiter
UWM-Düsen	Unterwassermassagedüsen
VA	Verfahrensanleitung
vs.	versus
VS	ventral Striatum
VTA	ventrales tegmentales Areal
WHO	World Health Organization

WLAN
z. B.
ZI/R
zit. n.

Wireless Local Area Network
zum Beispiel
Zentrale Information und Rezeption
zitiert nach

Allgemeines

Im Folgenden soll zunächst ein allgemeiner Überblick über die Eckdaten des Konzepts der Fachklinik Klosterwald zur Orientierung gegeben werden.

Name der Einrichtung:

Fachklinik Klosterwald gGmbH

Leistungsform:

Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitation im stationären und ganztägig ambulanten Setting

Hauptindikation:

Rehabilitanden mit Substanzkonsumstörungen (Alkoholabhängigkeitssyndrom, Abhängigkeitssyndrome von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Schädliches Gebrauchsmuster von Alkohol, Medikamenten oder illegalisierten Drogen sowie Episode des schädlichen Substanzgebrauchs von Alkohol, Medikamenten und illegalisierten Drogen)

Träger, Rechtsform der Einrichtung:

Gemeinnützige GmbH, Gesellschafter ist die Bethanien Diakonissen-Stiftung mit Sitz in Frankfurt am Main

Anschrift:

Fachklinik Klosterwald gGmbH, Bahnhofstrasse 33, 07639 Bad Klosterlausnitz
E-Mail-Adresse: info@fachklinik-klosterwald.de
Internet-Adresse: www.fachklinik-klosterwald.de

Dienststellenleitung:

Kaufmännischer Geschäftsführer: Volker Stahl
Medizinischer Geschäftsführer/Chefarzt: Christoph Kern
Leitender Therapeut: DP Nikolaus Riemer
Pflegedienstleiterin/Leiterin Case-Management: Diana Köber

1. Einleitung

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit des vorliegenden Konzepts wird im Folgenden die männliche Form verwendet. Diese sprachliche Vereinfachung soll als wertfrei und geschlechtsneutral verstanden werden und beinhaltet keinerlei Benachteiligung anderer Geschlechter.

Dieses Konzept beschreibt die Fachklinik Klosterwald, die 1995 gegründet wurde und seither medizinische Rehabilitation für Patienten, die unter Substanzgebrauchsstörungen leiden, anbietet.

Unser Konzept basiert auf den gesetzlichen Grundlagen und Zielen der Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung (DRV) und Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die als Träger von Rehabilitation Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) durchführen gemäß § 5 SGB IX, § 6 SGB IX sowie nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX und § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V.

Eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt sich immer auf dem Boden einer Persönlichkeit, die wiederum ihre Entwicklungsgrundlage hat. Entsprechend wird die Dynamik der Abhängigkeitserkrankung ebenso bestimmt von den Eigenschaften der zugrunde liegenden Persönlichkeit und greift gleichermaßen in die Weiterentwicklung der Persönlichkeit ein. Die Folgen einer Abhängigkeitserkrankung sind also demnach vielgesichtig und oft gravierend. Die Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gesellschaft, einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben, ist gefährdet.

Das Therapieangebot der Fachklinik Klosterwald richtet sich an die Menschen, die sich entschlossen haben der Destruktion der Abhängigkeitserkrankung, die Arbeit an den Ursachen und den Folgen der Erkrankung entgegenzusetzen, um mit unserer Hilfe die Beeinträchtigungen der Teilhabe im gesamten Spektrum der Gesellschaft aufzuhalten, abzumildern, abzuwenden und aufzulösen.

Daher basiert die Behandlung der Fachklinik Klosterwald auf dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO, welches in seiner diagnostischen Grundlage nicht allein die kategorialen Elemente der ICD berücksichtigt, sondern die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit erfasst. Teilhabeorientierung, d. h. Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sind dabei die zentralen Ziele. Das hier vorliegende wissenschaftlich begründete Konzept wurde auf der Grundlage der Empfehlungen zur Konzepterstellung des federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Bund erstellt.

2. Beschreibung der Fachklinik Klosterwald

Die Fachklinik Klosterwald befindet sich im Kurort Bad Klosterlausnitz. Der Ort ist gemeinsam mit der Stadt Hermsdorf Mittelzentrum des Thüringer Holzlandes und liegt unweit des Hermsdorfer Kreuzes. Eingebettet von großen Waldflächen, die alle über ausgebaute Wanderwege verfügen, liegt die Fachklinik idyllisch in zentraler Lage des Kurortes. Der Ort befindet sich auf einem Plateau zwischen den Tälern der Saale im Westen und der Weißen Elster im Osten. Aufgrund dieser günstigen Lage befinden sich in den umgebenden Wäldern verbreitete Moorflächen, deren Erde seit 1929 für Heilzwecke genutzt und auch heute noch in den Kliniken des Ortes eingesetzt wird.

Bad Klosterlausnitz entwickelt sich seit 1876 zunächst zu einem beliebten Luftkurort für Sommerfrischler und Kurgäste in dem ab 1929 die Anwendung der Moorheilerde immer bedeutsamer wurde. Deshalb wurde 1932 der Titel „Bad“ durch die Thüringer Landesregierung verliehen. Bad Klosterlausnitz ist heute ein staatlich anerkanntes Heilbad. Patienten des Fachklinik Klosterwald erhalten eine Kurkarte, die sie zur Teilnahme an Veranstaltungen der Kurverwaltung zu ermäßigtem Preis bzw. kostenfrei berechtigt. Im Kurmittelhaus (Entfernung 1 km) steht kostenfrei Heilwasser (Calcium-Natrium-Sulfat-Wasser) zur Verfügung.

Der Kurort verfügt über ausgezeichnete Verkehrsanbindungen für den öffentlichen Personennah- und Personenfernverkehr - sowie für die Anreise mit privatem PKW. Der Bahnhof Hermsdorf-Bad Klosterlausnitz ist an der Mitte-Deutschland-Linie gelegen. Mindestens stündlich bestehen Zugverbindungen in Richtung Gera und Erfurt. Dreimal täglich gibt es eine direkte IC-Verbindung nach Kassel bzw. Düsseldorf/Köln. Erfurt, welches innerhalb einer Stunde erreichbar ist, ist ICE-Kreuzungsbahnhof der Verbindungen Berlin-München sowie Dresden-Frankfurt.

Durch die Anbindung an die Autobahnen A4 (Dresden-Frankfurt/Main) und A9 (Berlin-München) bestehen hervorragende Anreisemöglichkeiten mit dem PKW, für welche die öffentlichen Parkplätze im Kurort genutzt werden können. Bei der An- und Abreise unterstützen wir die Rehabilitanden, nach Anmeldung durch den klinikeigenen Fahrdienst, zum Beispiel durch Abholung aus der Entgiftungsbehandlung oder vom nahegelegenen Bahnhof Hermsdorf-Bad Klosterlausnitz.

Im Jahre 1895 wurde am Ort der heutigen Fachklinik ein Kurhotel eröffnet, welches 1921 von der bischöflich-methodistischen Kirche übernommen und als Kindererholungsheim, später als Sanatorium weitergeführt wurde. In der Zeit der DDR wurde zunächst eine Theologische Schule der evangelisch-methodistischen Kirche eröffnet, welche sich zu einem Theologischen Seminar weiterentwickelte. Das Theologische Seminar in Bad Klosterlausnitz war die Ausbildungsstätte für Pastoren dieser Freikirche. Mit der Wiedervereinigung Deutschlands kam es auch zur Vereinigung der Theologischen Seminare in Reutlingen und Bad Klosterlausnitz und die Ausbildung konnte wieder in Baden-Württemberg durchgeführt werden. Für die Mitarbeiter, die Gebäude und das Gelände suchte die evangelisch-methodistische Kirche nun eine neue Nutzung.

Die aufopferungsvolle Arbeit mit Patienten, die unter einer Sucht von Alkohol, so der damalige Begriff, litten, begann aber nicht in den Räumlichkeiten der heutigen Fachklinik, sondern im nahegelegenen Stadtroda, im damaligen Bezirkskrankenhaus

für Psychiatrie. Im Zuge der Umstrukturierungen nach der politischen Wende in der damaligen DDR wurde das Bezirkskrankenhaus zum Landesfachkrankenhaus, in welchem die bisherige Suchtbehandlung nicht fortgeführt wurde.

Die neue Perspektive zur Behandlung von Menschen, die unter einem Alkoholabhängigkeitssyndrom litten, war jetzt die Rehabilitation. Mit großem Engagement versuchten die Mitarbeiter der Abteilung Sucht des Bezirkskrankenhauses einen neuen Ort zur Verwirklichung ihrer Behandlungsideen zu finden. Diese Möglichkeit ergab sich in den Gebäuden des ehemaligen Theologischen Seminars der evangelisch-methodistischen Kirche.

Die Fachklinik Klosterwald wurde am 1. März 1992 als damals erste neu gegründete Suchtfachklinik in den neuen Bundesländern eröffnet, und die Arbeit mit den Patienten konnte unter neuen Perspektiven wieder aufgenommen werden. Einmalig in der Geschichte der neuen Bundesländer übernahm die evangelisch-methodistische Kirche die Trägerschaft einer Fachklinik. In den Jahren 1994 bis 1996 wurde ein moderner Neubau mit Schwimmhalle und Sporthalle errichtet und das ehemalige, heute denkmalgeschützte, Kurhotel von 1895 in den Jahren 1996 bis 1998 grundlegend saniert und modernisiert. Unterstützt wurden diese Entstehungsgeschichte von politischen und kirchlichen Entscheidungsträgern sowie der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Berlin, der heutigen DRV Bund.

Die Verbindung zwischen kirchlichem Träger und fachlicher Expertise prägt bis heute das diakonische Profil der Fachklinik Klosterwald.

Die Fachklinik Klosterwald ist als Rehabilitationsklinik Teil des Bereiches Seelische Gesundheit der Bethanien Diakonissen-Stiftung. Zur Behandlung von Rehabilitanden mit Substanzkonsumstörungen (Alkoholabhängigkeitssyndrom, Abhängigkeitssyndrome von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Schädliches Gebrauchsmuster von Medikamenten oder illegalisierten Drogen sowie Episode des schädlichen Substanzgebrauchs von Alkohol, Medikamenten und illegalisierten Drogen) stehen 112 stationäre Therapieplätze zur Verfügung.

Die Fachklinik Klosterwald bietet stationäre Entwöhnungstherapie mit einer Regelbehandlungszeit von 13 Wochen mit der Option einer Verlängerung um zwei Wochen an. Darüber hinaus haben Patienten die Möglichkeit, die Kurzzeittherapie und die Kombinationsbehandlung zu nutzen. Außerdem bieten wir die teilstationäre Entlassungsform an.

In der Fachklinik Klosterwald werden die Grundsätze der Inklusion großgeschrieben. Deshalb sind die Räumlichkeiten barrierefrei eingerichtet. Pflegerische Hilfestellungen, z. B. bei der Körperhygiene, An- und Auskleiden gehören zu unserem Standard. Alle Therapie- und Freizeiträume (inklusive Schwimmbad) sind behindertengerecht ausgestattet. Selbstverständlich sind alle Patientenzimmer und gefahrgeneigten Aufenthaltsräume mit Notrufen ausgerüstet. Der barrierefreie Zugang gemäß den Vorschriften der Sozialgesetzbücher und des Behindertengleichstellungsgesetzes ist gewährleistet.

Die Fachklinik Klosterwald ist ausgezeichnet mit den umliegenden Akutkrankenhäusern sowie niedergelassenen Fachärzten und Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe vernetzt. Unser Fahrdienst steht Patienten zur Kontaktaufnahme und Realisierung von Terminen zur Verfügung.

Ein zufriedenes Leben ist untrennbar mit einer sinnvollen Gestaltung desselben verbunden. Dies schließen spirituelle Angebote sowie eine aktive Ausformung der Freizeit mit ein. Dazu bieten wir Seelsorge in der Klinik an. Gottesdienste in den angrenzenden Gemeinden können genutzt werden. Die Schwimmbad-, Sauna-, Turnhallen- und Fitnessraumnutzung sowie der hausinterne Fahrradverleih stehen allen Rehabilitanden kostenfrei zur Verfügung. Darüber hinaus können eigene Fahrräder mitgebracht werden. Eine sichere Verwahrung wird gewährleistet. In unmittelbarer Nähe zur Fachklinik Klosterwald befindet sich die Kristalltherme mit ausgebauter Saunalandschaft, die von unseren Gästen mit Ermäßigung genutzt werden kann. Des Weiteren befinden sich unweit der Einrichtung eine Bowlingbahn, eine Minigolfanlage sowie ein Kino, diverse Restaurants und Einkaufsmöglichkeiten.

Aufgrund der günstigen Verkehrsanbindung bieten sich Ausflüge in die nahegelegenen Kulturhochstädte an. Entsprechend sind die nahegelegenen mitteldeutschen Kulturhochstädte Weimar, Jena, Erfurt, Naumburg, Leipzig und weitere problemlos erreichbar. Das Thüringer Schiefergebirge, Ausläufer des Thüringer Waldes, das Land der 1.000 Teiche bei Plothen sowie Elster- und Saaletal laden ebenfalls zu ausgedehnten Wanderungen, Achtsamkeitsübungen und zur Selbstfindung ein.

Das ausgezeichnet ausgebaute Wegenetz lädt zu Wanderungen, Joggen und Nordic Walking ein.

Die Fachklinik verfügt über mehrere Fernsehräume, ein Computerkabinett und ist weitestgehend mit WLAN ausgerüstet, welches den Patienten kostenfrei zur Verfügung gestellt wird.

Das Einzugsgebiet der Fachklinik Klosterwald ist überregional. Wir nehmen Patienten aus ganz Deutschland auf. Die Mehrheit unserer Patienten kommt aus Thüringen und den angrenzenden Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt. Der federführende und damit für alle Vertragsabschlüsse mit der Deutschen Rentenversicherung zuständige Leistungsträger ist die DRV Bund.

Die Fachklinik Klosterwald hat die Rechtsform der gemeinnützigen GmbH. Gesellschafter ist die Bethanien Diakonissen-Stiftung mit Sitz in Frankfurt am Main. Sie ist Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirchen in Mitteldeutschland, im Bundesverband für Suchtkrankenhilfe (bus e. V.), der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V. (TLS e. V.) und in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe (deQus).

3. Rehabilitationskonzept

In den folgenden Kapiteln wird das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Klosterwald ausführlich vorgestellt.

3.1. Theoretische Grundlagen

Nachfolgend werden die theoretischen Grundlagen erläutert.

3.1.1 Definition

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F) der Weltgesundheitsorganisation wird das Abhängigkeitssyndrom wie folgt definiert:

Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

In der entsprechenden Klassifikation finden sich die folgenden diagnostischen Leitlinien, die für alle Abhängigkeitserkrankungen gelten:

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie zum Beispiel Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß

der schädlichen Folgen im Klaren war und dass zumindest davon auszugehen ist.

3.1.2 Das Bio-Psycho-Soziale Modell

Für die Genese des Abhängigkeitssyndroms ist nach heutigem Stand der wissenschaftlichen Forschung davon auszugehen, dass dem Erscheinungsbild der Erkrankung multikausale ätiopathogenetische Prozesse zu Grunde liegen.

Unter Einbeziehung dieser Perspektive kann eine erfolgversprechende Therapie des Abhängigkeitssyndroms nur auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise basieren, welche biologische, psychische und soziale Grundlagen herausarbeitet und auf diese einwirken.

Daher gründet das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Klosterwald auf den bio-psycho-sozialen Modellvorstellungen der ICF, die eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) eines Rehabilitanden vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt ermöglicht.

3.1.3 Neurobiologische Grundlagen des Abhängigkeitssyndroms

Trotz der großen Bedeutung von Abhängigkeitserkrankungen für die gesellschaftliche Gesundheit und der mit ihnen verbundenen Kosten (Küfner, 2010) bleiben viele ihrer zugrunde liegenden Mechanismen unverstanden (Y. Yalachkow et al., 2010). Die Langzeitexposition eines Individuums gegenüber einer Droge ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Entstehung einer Suchterkrankung. Nur etwa zehn Prozent der Menschen, die ein Suchtmittel längere Zeit konsumiert haben, entwickeln eine schwere Suchterkrankung mit tiefgreifenden neurobiologischen Veränderungen. Viele der Betroffenen können trotz hoher Motivation zur Entwöhnung ihr Konsummuster nicht ändern und bleiben auch nach langer Abstinenzzeit rückfallgefährdet.

3.1.3.1 Das dopaminerge Belohnungssystem

Biologisch betrachtet besteht die Aufgabe des Belohnungssystems darin, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Verhaltensweisen zu erhöhen, welche dem Überleben oder der Reproduktion eines Individuums dienen. Das Belohnungssystem besteht aus Verschaltungen subkortikaler Areale untereinander (dorsales Striatum, Nucleus accumbens, ventrales Tegmentum, Hippocampus etc.) sowie mit dem Cortex. Von besonderer pathophysiologischer Bedeutung ist dabei, dass die in diesem Regelkreis vorkommenden Neurotransmitter (z. B. γ -Aminobuttersäure, Glutamat, Dopamin) in ihrer Funktion durch eine Droge beeinflusst oder sogar ersetzt werden können. Dies erhält das Suchtverhalten aufrecht und begünstigt einen späteren Rückfall (Baler & Volkow, 2006, aus Y. Yalachkow et al., 2010).

Eine zentrale Schaltstelle im Belohnungssystem stellen dopaminerge Neurone im ventralen Tegmentum dar. Alle süchtig machenden psychoaktiven Substanzen verstärken die Wirkung dopaminerge Neurone, die vom ventralen tegmentalen Areal (VTA) bzw. der Substantia Nigra (SN) in das ventrale Striatum/Nucleus Accumbens (VS/NAcc), das dorsale Striatum (DS) und den präfrontalen Kortex (PFC) projizieren

(Hyman, Malenka & Nestler, 2006). Dies führt bei den ersten Einnahmen der Droge zu einer erhöhten extrazellulären Dopaminkonzentration und korreliert mit dem subjektiven Erleben von Euphoriegefühlen (Breiter et al., 1997; Volkow et al., 1997). Diese Eigenschaft kann eine Substanz zu einer Droge machen.

Im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen reagiert das dopaminerge Belohnungssystem, zu dem die Projektionen vom tegmentalen Areal zum ventralen Striatum/Nucleus Accumbens gehören, also auf Drogen und Drogenreize mit gesteigerter Aktivität (Breiter et al., 1997; Childress et al., 2008). Die drogenassoziierten Reize gewinnen durch Prozesse der synaptischen Plastizität, die durch die drogeninduzierte Dopaminausschüttung stark gefördert werden, einen hohen prädiktiven Wert und werden als Indikatoren für eine bevorstehende Belohnung interpretiert (Redish, 2004).

Ein typisches Phänomen entstehender stoffgebundener Süchte ist, dass natürliche, gesundheitlich unbedenkliche Verstärker ihre stimulierenden Eigenschaften verlieren. Suchtmittel oder deren Schlüsselreize bewirken meist eine vielfach höhere Dopaminfreisetzung. Unter dieser Voraussetzung werden dann durch klassisches Konditionieren Belohnungsempfinden und Motivationsbildung bei Süchtigen neu ausgerichtet.

3.1.3.2 Drogeninduzierte synaptische Plastizitätsprozesse

Bei abhängigen Personen aktivieren Drogenreize auch sensorische Areale in okzipitalen, temporalen und parietalen Hirnbereichen (Yalachkov, Kaiser & Naumer, 2010). Die verstärkte neuronale Antwort in diesen Regionen führt möglicherweise zur größeren Bedeutsamkeit der Substanz sowie der damit assoziierten Stimuli und dadurch zu einem deutlichen Aufmerksamkeits- und Verhaltensbias.

Während einer anhaltenden Exposition gegenüber einem Suchtmittel vollziehen sich im gesamten zentralen Nervensystem auf zellulärer und molekularer Ebene Adaptionsvorgänge der verschiedenen Neurotransmittersysteme (Glutamat, Dopamin etc.). So verursacht die regelmäßige Einwirkung von Ethanol einen Auf- und Umbau von NMethyl-D-Aspartat (NMDA) - und α -Amino-3-Hydroxy-5-Methyl-4-Isoxazolepropionsäure-(AMPA)-Rezeptoren. Dabei werden unter anderem Untereinheiten mit hoher Permeabilität gegenüber Ca^{2+} -Ionen in Glutamatrezeptoren eingefügt und dadurch die Effektivität der Signalübertragung gesteigert. In der Folge ist eine Zunahme der exzitatorischen (glutamatergen) Neurotransmission zu beobachten, die für die Manifestation einer Sucht von zentraler Bedeutung ist. Solche substanzbedingten neuroplastischen Veränderungen sind globaler Natur und erfassen auch Hirnregionen, die an den verschiedenen Stadien einer Suchterkrankung beteiligt sind (Nucleus accumbens, dorsales Striatum, Amygdala, Hippocampus und präfrontaler Cortex).

3.1.3.3 Entzug und negativer Affekt

Im Verlauf einer Suchterkrankung ist zu beobachten, dass die Sensitivität des Belohnungssystems gegenüber einem Suchtmittel schwindet (Toleranzentwicklung). Sowohl klinische als auch präklinische Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Droge bei süchtigen im Vergleich zu nichtsüchtigen Individuen (Tieren und Menschen) eine geringere Dopaminfreisetzung im Belohnungssystem (insbesondere Nucleus accumbens und dorsales Striatum) verursacht. Diese Veränderungen liefern eine Erklärung dafür, warum zum einen, die euphorisierende Wirkung einer Droge nach

dem Erstgebrauch stetig abnimmt, d. h. der initiale Kick in der Regel nie wieder erreicht werden kann, und zum anderen „gewöhnliche“ oder „alltägliche“ Stimuli für Süchtige ihre befriedigende und motivierende Wirkung verlieren. Bei der Entstehung einer stoffgebundenen Sucht verfestigen sich diese Veränderungen und bestehen nach Beendigung des Drogenkonsums (z. B. im Rahmen einer stationären Entgiftungsbehandlung) lange fort.

Wenn ein Suchtmittel entzogen wird, treten nicht zwangsläufig schwere körperliche Entzugssymptome auf. Allerdings sind bei einer manifesten Suchterkrankung in einem solchen Fall regelhaft affektive Entzugssymptome zu beobachten. Für die Entstehung dieses emotionalen Zustands wird der sogenannten erweiterten Amygdala eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Diese Hirnregion, bestehend aus zentraler Amygdala, Kernen der Stria terminalis sowie des Nucleus accumbens, führt Signale aus Schaltkreisen zusammen, die mit der Verarbeitung von Stress sowie der Bildung von Motivation zu tun haben, und steuert so mittelbar (über die Weiterverarbeitung in nachgeordneten Schaltkreisen) zielgerichtetes Verhalten. Dieses System ist auch in der Lage, dopaminerge Neurone des ventralen Tegmentum zu inhibieren, also den Effekt von Verstärkern im Belohnungssystem an dieser Schlüsselstelle zu schwächen, weshalb es auch als „Antirewarding-System“ bezeichnet wird. Im Zuge eines anhaltenden Konsums von Suchtmitteln kommt es nicht nur zu einer Neujustierung des Belohnungssystems, sondern auch im Bereich der erweiterten Amygdala. Die Aktivierung des Antirewarding-Systems führt zu einem Anstieg der Stressanfälligkeit des betroffenen Individuums und einem vermehrten Auftreten negativer Emotionen (Koob, 2013). In dieser Phase des Abhängigkeitssyndroms, in der, die Wirksamkeit des Suchtmittels nachlässt, konsumieren Süchtige zunehmend mit der Motivation, dysphorische Zustände zu vermeiden. Sie erleben in diesem Stadium den Gebrauch einer Droge als lästig oder gar abstoßend. Dabei führt der Gebrauch des Suchtmittels zu einer kurzzeitigen Erleichterung, aber auch zu einer Vertiefung der beschriebenen Veränderungen im „Teufelskreis der Sucht“.

3.1.3.4 Neurobiologische Risikofaktoren

Bestimmte neurobiologische Risikofaktoren wie z. B. niedrige striatale D2-Rezeptorverfügbarkeit können die Wahrscheinlichkeit für die Initiierung des Konsums erhöhen und den Weg in die Abhängigkeitserkrankung bahnen. Somit könnte ein Risikofaktor für die Entwicklung der Sucht darin bestehen, dass Personen mit einer von Geburt an geringeren Anzahl von D2-Rezeptoren Drogenkonsum als angenehmer bewerten als Menschen mit einer höheren Anzahl. So wurde festgestellt, dass bei Menschen mit einer familiären Vorbelastung für Abhängigkeitserkrankungen eine höhere Verfügbarkeit von D2-Rezeptoren mit einem geringeren Suchtrisiko verbunden ist (Volkow, Wang, Begleiter et al., 2006).

Die Frage nach den individuellen, der Abhängigkeit vorausgehenden Bedingungen, bleibt jedoch neurobiologisch weitgehend unbeantwortet.

3.1.4 Die Psychodynamik des Abhängigkeitssyndroms – psychoanalytische und tiefenpsychologische Grundlagen

Aus psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Perspektive gibt es keine einheitlichen Entstehungsbedingungen, welche die Psychopathologie des Abhängigkeitssyndroms erklären. Auch gibt es für die Idee einer suchtspezifischen

Persönlichkeit keine Belege (Driessen, Hill, 1998). Vielmehr zeigt sich, dass ein komplexes Krankheitsbild differenziert betrachtet wird, da einem relativ homogenen Erscheinungsbild, heterogene ätiopathogenetische Prozesse vorausgingen (Kunzke, Strauß u. Burscheidt, 2002).

Daher ist es aus psychodynamischer Perspektive für die Therapie von essenzieller Bedeutung, dass die Persönlichkeitsstrukturen analysiert werden, die einem pathologischen Verhalten zugrunde liegen. Schließt man diesen Aspekt aus, oder beachtet man ihn zu wenig und betont stattdessen die Konzentration auf das beobachtbare Verhalten, wird vernachlässigt, dass ein eher gleich erscheinendes Syndrom verschiedene psychische Funktionen beziehungsweise Bedeutungen hat, die abhängig sind von den jeweiligen psychischen Strukturen (Kernberg, 1975; Kernberg, 2001).

Entsprechend dazu ist das psychoanalytische und tiefenpsychologische Verständnis des Abhängigkeitssyndroms charakterisiert durch die Betrachtung des einzelnen klinischen Bildes vor dem Hintergrund des jeweiligen Organisationsniveaus der Persönlichkeitsstruktur und somit von der Analyse der individuellen Entwicklungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Störung.

3.1.4.1 Das Abhängigkeitssyndrom auf neurotischem Strukturniveau

Rost (1987) interpretiert die Ergebnisse der frühen Versuche Freuds, die biochemischen Wirkungen des Kokains zu studieren, welches er ob seiner Wirkung selber einnahm und auch anderen empfahl, als klaren Hinweis darauf, dass eben nicht die biochemische Wirkung einer Droge allein über die Entstehung einer Sucht entscheidet, sondern immer die prämorbid Persönlichkeit des Konsumenten. Freud (1898, 1905) äußerte sich selber auch in diesem Sinne und ging davon aus, dass der Symptombildung der Suchterkrankung ein regressiver Prozess einerseits und ein Verschiebungsvorgang andererseits zugrunde liegen. Ursächlich kommt es zu einer Frustration libidinöser Triebe, die dann regressiv abgewehrt, oral aktualisiert und mittels Verschiebung auf ein Suchtmittel verlagert werden. Somit wird der Suchtmittelgebrauch zu einer Ersatzhandlung. In diesem Sinne handelt es sich beim pathologischen Konsum von Rauschmitteln um einen typischen Prozess der neurotischen Symptombildung auf der Grundlage der Triebpsychologie (Greenson, 1973; Loch, 1999).

Nicht selten handelt es sich dabei um Pathologien, bei denen der Suchtmittelkonsum nicht das hauptsächlichste Symptom ist. Kocher (2019) schlägt in diesen Fällen vor, von einer symptomatischen Suchterkrankung zu sprechen. Das Suchtmittel wird hier im Sinne einer Selbstmedikation verwendet, was dazu führt, dass es zu Überschneidungen mit anderen Symptomen kommt, welche der Primärsymptomatik der Pathologie des Patienten entstammen. Beispielsweise könnte es bei einer primären depressiven Symptomatik zum Suchtmittelleinsatz kommen, um einerseits der Tendenz zur Selbstentwertung entgegen zu wirken und diese andererseits zu verstärken bzw. zu agieren. Oder im Falle einer primären Zwangsneurose könnten Rauschmittel eingesetzt werden, um sich von bedrängenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen zeitweise zu befreien.

Andererseits entwickelt sich das Abhängigkeitssyndrom auch als primäre Symptomatik auf der Grundlage einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 2001; Caligor et al., 2010) beziehungsweise eines mittleren Strukturniveaus (OPD-2, 2006, 2013). Es handelt sich dabei um Patienten, die Fixierungen nach dem Erreichen der Objektkonstanz aufweisen (Kutter und Müller,

1999). Sie leiden an den phasenspezifischen analen, phallischen und ödipalen Konflikten zwischen den drei Instanzen des seelischen Apparates (Freud, 1923). Die Konflikthalte sind meist inzestuöser, ödipaler oder narzisstischer (auf höherem phallischem Niveau) Natur. Dabei werden oft Ängste vor aktiven männlichen Verhalten mit Hilfe einer passiven femininen oder infantilen Position abgewehrt oder ins Gegenteil verkehrt (Kutter und Müller, 1999).

Ist diese Form des Abhängigkeitssyndroms in eine Persönlichkeitsstörung eingebettet, handelt es sich um Persönlichkeitsstörungen die dem neurotischen Organisationsniveau (Kernberg, 2001; Caligor et al., 2010) zugeordnet werden. Auslösende Situationen sind häufig libidinöse Verführungs- oder Versagungssituationen, in denen die ungelösten infantilen Konflikte reaktiviert werden. Die durch die ödipalen oder narzisstischen Wünsche ausgelösten Kastrationsängste und/oder Schuldgefühle werden dann abgewehrt durch eine regressive Identifikation mit einem trinkenden Elternobjekt und mittels der direkten regressiv oralen Befriedigung. Die Folge ist eine angstfreie Triebbefriedigung (das Über-Ich wurde mittels Alkoholes ruhiggestellt) und/oder eine Verdrängung der Versagung (Freud, 1905). Die Befriedigung masochistischer Wünsche erfolgt dann im Nachgang durch ein nüchtern werdendes Über-Ich, welches Schuld- und Schamgefühle und eine körperliche Reaktion (Kater) auslöst, auf welche dann meist Unterwerfungsrituale folgen.

Die unbewusste Bedeutung des Suchtmittelensatzes ist eine Ich-Unterstützung bei der Abwehr (Verdrängung, Ungeschehen machen, Affektumkehr, Reaktionsbildung) der Versagenserlebnisse narzisstischer oder ödipaler Art.

Jedoch wies bereits Freud (1910) auch auf den beziehungsregulierenden Aspekt des Konsums hin. Er deutete auf den objektersetzenden Charakter des Suchtmittels hin und sprach vom Vorbild einer glücklichen Ehe.

3.1.4.1.1 Das Abhängigkeitssyndrom bei Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Kocher (2019) schlägt den Begriff der strukturellen Suchterkrankung vor. Der Suchtmittelgebrauch dient primär der Abwehr der Initialverstimmung beziehungsweise der Regulation struktureller Defizite (Kocher, 2019).

Der Begriff Initialverstimmung geht auf die Arbeiten von S. Rado (1934, zit. n. Rost, 1986) zurück. Der Autor beschreibt eine psychische Ausgangslage, die durch eine schwere Ich-Schwäche charakterisiert ist. Der Betroffene sieht sich affektiven Zuständen, die er als bedrohlich erlebt, nahezu hilflos ausgeliefert.

Eben jene Konstellation rückt das von Freud (1920, 1926) eingeführte Modell des Reizschutzes im Zusammenhang mit der Ätiologie traumatischer Neurosen in den Blick. Man liegt also nicht ganz falsch, die Idee des Reizschutzes beziehungsweise die Ermangelung desselben, als Folge der Intensität äußerer Reize zu verstehen, denen ein Individuum ausgesetzt ist. Dieser im Sinne eines Entwicklungsdefizites nicht oder kaum vorhandene oder später zerstörte Reizschutz darf als eine Basisidee der Konzeption der Ich-Struktur beziehungsweise der Ich-Struktur-Störung verstanden werden. Denn die Struktur des Ich stellt die Integration der Ich-Funktionen dar und repräsentiert die einschränkenden und regulierenden Kräfte bei der Entladung von Triebenergien (Rapaport, 1950).

Dieser von Rado beschriebene Zustand erinnert ebenfalls an das Modell der Grundstörung, die Balint (1968) als grundlegende Fehlordnung bedingt durch frühe pathologische Beziehungserfahrungen beschrieb und sie als die Wurzel aller Persönlichkeitsstörungen überhaupt benannte. In pathologischen Objektbeziehungen zu den wichtigen primären Bezugsobjekten werden dieselben nicht als schützend und empathisch erlebt, bewahren das Kind also nicht vor überwältigenden und potenziell traumatisierenden Affekten/Reizen (Winnicott, 1959).

Für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist es von essenzieller Bedeutung, dass die Affekte des Kindes von den wichtigen Bezugspersonen aufgenommen (containen) und so dem Kind widergespiegelt werden, dass es diese ertragen, zunehmend auch verstehen und integrieren kann, sie also vom bedrohlichen Charakter befreit sind (Fonagy et. al., 2002). Demgegenüber kommt es auf der Grundlage pathologischer Objektbeziehungen, in einem von chronischer Aggression charakterisiertem Entwicklungsmilieu, zu defizitären Entwicklungen der Persönlichkeitsstruktur. Diese ist gekennzeichnet durch eine Identitätsdiffusion anstelle eines integrierten Selbstkonzeptes und integrierten Konzeptes von Objekten, der Stagnation der Abwehrstrukturen auf frühem Niveau anstelle der Entwicklung reifer Abwehrmechanismen, einer defizitären Über-Ich-Struktur bis hin zur Über-Ich-Degeneration anstelle eines integrierten Über-Ich und schließlich dem Vorherrschen aggressiver und Angsteffekte als motivationale Grundlage (Kernberg, 2001; Clarkin et al., 2008; Kernberg, 2009; Caligor et al., 2010; Doering, 2016).

Entsprechend können wir in diesen Fällen von Patienten sprechen, die unter einem Abhängigkeitssyndrom leiden auf der Grundlage einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur (Rost, 1987).

3.1.4.1.2 Suchterkrankung auf hohem Borderlineorganisationsniveau

Fixierungen finden sich hier vor dem Erreichen der Objekt Konstanz d. h. in der Phase der Separation/Individuation, im 2 - 3. Lebensjahr. Dies ist die Phase, in welcher die Identitätsentwicklung durch Partialobjekte gekennzeichnet ist (Elzer, 2019).

Die Persönlichkeit dieser Patienten ist nach den Merkmalen der hohen borderline Struktur organisiert (Kernberg et al., 2001; Clarkin et al., 2008; Kernberg, 2009). Neben der narzisstischen, lassen sich auch dort die abhängigen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen einordnen (Kernberg, 2001; Clarkin et al., 2008; Kernberg, 2009). In der OPD würde das auf der Achse IV, dem mittleren bis niedrigem Strukturniveau, entsprechen (OPD-2, 2006).

Das essentielle Merkmal bei Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung oder einer narzisstischen Struktur ist das grandiose Selbst als zentrale Abwehrformation im Sinne einer unbewussten Identifikation mit allen Idealen in sich und den Objekten (Akhtar, 2001; Kernberg, 2009). Ausgangspunkt dieser Entwicklung sind Beziehungserfahrungen, die davon gekennzeichnet sind, dass das Kind nicht geliebt aber bewundert wurde. Diese Bewunderung muss aufrechterhalten werden, um nicht narzisstisch zusammenzubrechen (Kernberg, 1975, 2009).

Unter der Annahme Kohut's (1959, zit. n. Loch) über das Vorhandensein einer insuffizienten Ich-Struktur bei diesen Patienten, lässt sich sagen, dass durch das Suchtmittel die Wirkung archaischer Abwehrmechanismen wie Projektion, Leugnung und Spaltung verstärkt und damit ich-strukturelle Defizite kompensiert werden. Damit wird das Suchtmittel zum Selbstobjekt (Kohut, 1973, zit. n. Streeck; Leichsenring,

2009) bzw. zum Ersatz desselben in Ermangelung eines realen Selbstobjektes und damit dem Fehlen eines Ideal-Selbst (Rost, 1987). Somit gelingt es dem Patienten durch den Konsum des Suchtmittels, gewissermaßen die Lücken der Ich-Struktur wie mit einer „Plombe“ auszufüllen (Morgenthaler, 1974 zit. n. Rost, 1987) und so in der Lage zu sein, dass grandiose Selbst aufrechtzuerhalten. Wenn reale Personen zum Zwecke der Selbstregulation nicht zur Verfügung stehen, weil eine Beziehung abgebrochen oder Beziehungen grundlegend vermieden werden, nicht existieren und/oder nicht die entsprechende Tiefe erreichen, droht der narzisstische Kollaps, welcher dann mit Hilfe von Alkoholkonsum oder anderen Suchtmitteln reguliert werden kann (Streeck, Leichsenring 2009).

Entsprechend wird ein jederzeit verfügbares, aber im Falle der Droge, unbelebtes Objekt benötigt. Schlüssig sind dann auch Heigel-Evers Betrachtungen, dass dem Rückfall ein „realer oder symbolischer Objektverlust“ vorausging (1982, zit. n. Rost 1987). Auf dieses unbelebte Objekt, welches auch im Vergleich zum belebten Objekt nicht die Risiken von Auseinandersetzung und Objektverlust birgt, werden folglich die idealisierten Objekterwartungen projiziert. Sodann wird dieses „aufgeladene“ Objekt reintrojiziert bzw. inkorporiert was schließlich zur Stabilisierung des Selbstwertes bis hin zu narzisstischen Erhabenheitsgefühlen führt (Kutter und Müller, 1999). Damit schützen sich diese narzisstischen Suchtkranken aber auch vor schwerwiegenderen Pathologien (z. B. Psychosen, Perversionen). Ziel des Konsums ist die Aufrechterhaltung einer narzisstischen Omnipotenz und Autarkie durch ein antidepressiv wirkendes Mittel, welches Neid, Abhängigkeit und zwischenmenschliche Konflikte in Schach hält. (Kutter und Müller, 1999).

3.1.4.1.3 Suchterkrankung auf niedrigem Borderlineorganisationsniveau

Diese Patienten sind auf der frühen Phase der Symbiose und auf dem Übergang zur Separation/Individuation fixiert (Kutter und Müller, 1999; Elzer, 2019). Dies entspricht dem niedrigen borderline Niveau (Kernberg, 2001; Clarkin et al., 2008; Kernberg, 2009; Caligor, et al., 2010; Doering, 2016) oder dem Niveau mit geringer Integration der Struktur (OPD-2, 2006). Es handelt sich um Patienten, deren Identität zwar um differenzierte aber nicht integrierte Selbst- und Objektrepräsentanzen organisiert ist. Hier lassen sich borderline, schizoide, schizotype, paranoide und antisoziale Persönlichkeitsstörungen einordnen (Kernberg, 2001; Clarkin et al., 2008; Kernberg, 2009; Caligor et al., 2010; Doering, 2016).

Im Unterschied zu den narzisstischen Patienten auf hohem borderline Niveau wird in diesen Fällen nicht das pathologisch grandiose Selbst auf das Suchtmittel, sondern die gespaltenen Selbst- und Objektrepräsentanzen, wie bei jedem anderen belebten Objekt in deren Beziehungsgestaltung auch, projiziert. Somit stellt das Suchtmittel ein gespaltenes Objekt dar, welches einerseits idealisiert und andererseits destruktiv besetzt ist (Kutter und Müller, 1999).

Auslöser des Suchtmittelkonsums ist oft auch in diesen Fällen ein realer oder symbolischer Objektverlust, der aufgrund des Mangels an benignen Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht kompensiert werden kann. Die Initialverstimmung (Rado, 1934, zit. n. Rost, 1986) breitet sich aus und das Suchtmittel wird zum Selbstobjekt bzw. Introjekt, welches den strukturellen Mangel zunächst ausgleicht (Streeck, Leichsenring, 2009). Der Patient flüchtet vor seiner leidvollen Realität. Diese Flucht und die mit dem Konsum verbundene halluzinatorische Wirkung vermitteln dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit, die das verlorene Objekt ersetzt bis hin zur

Fantasie gänzlich ohne Objekte auskommen zu können. Das Suchtmittel als Idealobjekt verbindet sich mit der Fantasie einer stets verfügbaren, völligen Sicherheit und Stärke spendenden Objektes. Dies kann bis zur Konstitution eines narzisstischen Ich führen, dass nur sich selbst zur Befriedigung braucht und somit ohne Angst, Schuld, Neid und Abhängigkeit leben kann. Zwischen Fantasie und Realität lösen sich die Grenzen zunehmend auf, die Rauschrealität wird zur bevorzugten (Lürßen, 2001). Das heißt die schützende Wirkung des Suchtmittelkonsums besteht in einer Pseudo-Strukturveränderung. Das borderline Niveau wird durch das Suchtmittel quasi zum pseudo-narzisstischen Niveau entstellt, wohingegen der Suchtmittelkonsum bei Patienten mit narzisstischem Niveau selbiges stabilisiert und eine Dekompensation des grandiosen Selbst zunächst verhindert.

Das Suchtmittel verzerrt demnach sowohl die innere Realität der Identitätsdiffusion (Kernberg, 2001), maskiert das Alien-Self (Fonagy et al., 2002) als auch die schmerzliche äußere Realität.

Die zunächst projizierten und dann reintrojizierten negativen Selbst- und Objektanteile werden im weiteren Verlauf wirksam. Sie verbinden sich mit den bereits vorhandenen nicht integrierten Hass- und Neidrepräsentanzen. Das ideale Objekt verwandelt sich so zum destruktiven. Frühe chronisch aggressive Objektbeziehungen werden wiederholt. In dieser Phase kann es dazu kommen, dass die idealisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen wieder auf ein äußeres Objekt projiziert werden, um diese vor den negativen Anteilen zu schützen (Kutter und Müller, 1999). Die daraus resultierende Art der Beziehungsgestaltung führt zu Schuld- und Schamgefühlen und erneut zur destruktiven Selbstregulation, auf die wiederum mit dem Konsum des Suchtmittels reagiert wird, welcher dann Teil der Selbst- und Beziehungsregulation wird.

Es wird deutlich, dass die Wirkung des Suchtmittelkonsums zwei-phasisch ist. In der ersten Phase gelingt es dem Betroffenen durch den Konsum, seine regressiven Bedürfnisse durch den Rückzug in eine Fantasiewelt und damit die Flucht vor der bedrohlichen oder frustrierenden Realität zu befriedigen. Außerdem hat der Konsum auch das Ziel, selbstdestruktiven Zuständen zu entkommen und gewissermaßen Kontakt zur Realität halten zu können, jedoch auf der Grundlage eines narzisstisch verzerrten Selbstbildes. Gefühle innerer Leere, Selbstentwertung oder körperlicher Antriebslosigkeit, Ermattung und Apathie verwandeln sich zunächst in Vitalität und Mächtigkeit (Lürßen, 2001). In der zweiten destruktiven Phase dient der Suchtmittelkonsum der Aufrechterhaltung der Spaltung und auch der Möglichkeit, zumindest zeitweise eine Beziehung zu gestalten. Im weiteren Verlauf zerstören die destruktiven Anteile der zweiten Phase die euphorisierende, pseudonarzisstische Selbst- und Beziehungsregulation aus der ersten Phase.

Als Ursache für diese Organisation der Persönlichkeit sind Defizite in der Identitätsentwicklung im Sinne einer Identitätsdiffusion, Mentalisierungsdefiziten, einer defizitären Abwehrstruktur aber vorhandenem Realitätsbezug (Kernberg, 2001; Clarkin et al., 2008; Caligor et al., 2010; Kernberg, 2009; Fonagy et al., 2004) anzunehmen. In Anlehnung an Melanie Klein kann man von einem Steckenbleiben zwischen der paranoid-schizoiden und depressiven Position in einer borderline Position sprechen, welche dann mit Hilfe des Rauschmittels zu einer „besseren borderline Position“ zeitweilig verzerrt wird, um dann erneut in Destruktivität einzumünden. Dabei ist die Frage, ob die depressive Position erreicht werden kann, von der Erfahrung abhängig, dass die libidinös besetzten Objekte die Integration mit den aggressiv besetzten Objekten überleben (Klein, 1935; 1940 zit. n. Loch, 1999).

Dies gründet sich auf die Erfahrung der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung der primären Spaltung. Vor dem Hintergrund von Beziehungserfahrungen zu seinen wichtigen Bezugspersonen in einer Entwicklungsumwelt, die von chronischer Aggression charakterisiert war (Kernberg, 2001, 2009) bzw. die geprägt war von pathologischen Varianten elterlicher Affektspiegelung, welche die Entwicklung von Fähigkeiten zur Mentalisierung behinderten und somit sich ein mächtiges Alien-Self etablieren konnte (Fonagy et al., 2004), ist die Aufrechterhaltung der primären Spaltung die zentrale Abwehrformation.

3.1.4.2 Suchterkrankte auf psychotischem Niveau

Die Variante einer durch den Konsum von illegalen Drogen induzierten psychotischen Symptomatik soll hier nicht betrachtet werden.

Bei Patienten, die unter Formen von Schizophrenie leiden, etabliert sich der Konsum von Alkohol im Sinne einer Abwehr gegen die psychotische Symptomatik, wobei auch der Konsum eine psychotische Regression fördern kann (Kutter und Müller, 1999). Entsprechend der defizitären Abwehrstruktur dieser Patienten, ist der Einsatz von Drogen nachvollziehbar. Der Konsum von Rauschmitteln kann sowohl gegen die Positiv- als auch gegen die Minussymptomatik eingesetzt werden.

Entsprechend kann auch hier das Modell dienlich sein, mit Hilfe des Suchtmittelkonsums eine Pseudo-Strukturveränderung zu erreichen, die an die Wirkung des Suchtmittels gebunden bleibt.

Die vielschichtigen ätiopathogenetischen Modelle zur Schizophrenie sollen allerdings hier nicht behandelt werden.

3.1.5 Verhaltenstherapeutische Grundlagen des Abhängigkeitssyndroms

In den folgenden Kapiteln werden die verhaltenstherapeutischen Grundlagen des Abhängigkeitssyndroms ausführlich beschrieben.

3.1.5.1 Entstehungsbedingungen

Für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung existiert aus verhaltenstherapeutischer Sicht kein einheitliches Modell. Vielmehr geht man heute von multifaktoriell bedingten Prozessen der Entstehung und Aufrechterhaltung aus, welche interindividuell Einfluss auf den biologischen und psychischen Bereich haben (Feuerlein, 1975 in Burtscheidt, 2001). Sowohl die soziale Umwelt als auch das Suchtmittel sind hierbei entscheidende Faktoren. Dabei ist eine entsprechende Gewichtung der Entstehungsbedingungen essentiell.

Zu Beginn der Suchtentwicklung sind vorwiegend soziale Faktoren ausschlaggebend (ungünstiges Modellverhalten der Familie, invalidierendes Umfeld, Konsumverhalten in der Peergroup, soziale Randständigkeit). Im Verlauf gewinnen psychologische Merkmale an Bedeutung (problematische Persönlichkeitsmerkmale, Selbstunsicherheit, negatives Selbstbild, Kompetenzdefizite, dysfunktionale Grundannahmen).

Mit zunehmendem Suchtmittelkonsum nehmen die biologischen Faktoren an Einfluss zu. Besonderer Bedeutung kommt hierbei der genetischen Beschaffenheit einer Person, der Funktionalität des Belohnungssystems und der Art und Weise der Verstoffwechslung des Suchtmittels zu. In Bezug auf Alkohol kann beispielsweise die Alkoholverarbeitungskapazität der Leber (mikrosomales Ethanoloxidationssystem)

erblich bedingt sein, womit ein schnellerer Abbau von Alkohol im Körper und eine Häufung unangenehmer Nebenwirkungen einhergeht und in der Folge der Alkoholkonsum gesteigert wird. Eine Beteiligung des mesocortikolimbischen dopaminergen Belohnungssystems (MEOS) konnte vor allem bei Alkohol- und Stimulanzienkonsum nachgewiesen werden (Schnell, 2020). Aufgrund einer gesteigerten dopaminergen Transmission (Schnell, 2020) nimmt der Süchtige seinen erlebten Rausch als Belohnung wahr. Ein anhaltender Drogen- und Medikamentenkonsum bewirken neuroplastische Veränderung der Transmitterausschüttung und/oder der Rezeptorenanzahl im zentralen Nervensystem (Küffner, 2019) wodurch sowohl eine Sensitivierung als auch eine Toleranzentwicklung aufgrund von Gegenregulierungsmechanismen in Bezug auf die jeweilige Substanz entstehen.

3.1.5.2 Lerntheorien

Die Verhaltenstherapie sieht abhängiges Verhalten zum großen Teil als erlernt an. Dabei sind nachfolgende Formen des psychologischen Lernens wichtig, die nicht losgelöst voneinander auftreten, sondern parallel wirken.

3.1.5.2.1 Instrumentelles Konditionieren – Operantes Lernen/Konditionieren

Bei dem instrumentellen Lernen spielt das bereits oben genannte Belohnungssystem eine entscheidende Rolle. Die durch den Substanzkonsum vorwiegend am Anfang erlebte angenehme Konsequenz (z. B. Reduzierung von Angst, Unsicherheit oder Stress, Akzeptanz in der Peergroup) (Schuckit und Smith, 1997 in Küffner, 2020) wird durch die erhöhte Dopaminkonzentration im Belohnungssystem des Gehirns hervorgerufen, wodurch das Verhalten (hier Suchtmittelkonsum) häufiger ausgeführt wird. Der Süchtige entwickelt eine Verhaltensweise (Trinkverhalten), mit welcher er Auslöser für unangenehme Gefühle schon vorab vermeiden kann.

Die langfristig eintretenden aversiven Zustände des Konsums (psychisch, somatisch, psychosozial) führen zu einer erneuten Suchtmittelleinnahme, wodurch die Attraktivität des Suchtmittels steigt.

3.1.5.2.2 Klassisches Konditionieren

Die klassische Konditionierung ist besonders im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung entscheidend. Das Konsumverhalten wird ritualisierter, läuft automatisierter (cue reactivity) ohne rationale Kontrolle ab (Lindenmeyer, 2020). Hierbei ist die Reiz-/Reaktionskette des Verhaltens nach Pawlow entscheidend. Die im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum auftretenden neutrale Stimulus (NS) (z. B. Bierglas, Alkoholsymbole, Musik) werden aufgrund einer Sensitivierung des Belohnungssystems (Lindenmeyer, 2020) im Gedächtnis verankert, haben zukünftig eine Signalwirkung hinsichtlich des erlernten Verhaltens, werden zum konditionierten Stimulus (CS) und rufen ihrerseits Craving hervor.

3.1.5.2.3 Modelllernen (Imitationslernen)

Entscheidend ist hierbei laut A. Bandura (1979) die Beobachtung von bedeutsamen Vorbildern im Umgang mit dem Suchtmittel sowohl im familiären Rahmen, in der Peergroup als auch im sozialen Raum. Der Beobachter ahmt das Verhalten einer

anderen Person nach, wenn er ein positives Ergebnis erwartet, die ihm zur Verfügung stehenden Kompetenzen ausreichend erscheinen und er eine günstige Selbstbewertung bei der Nachahmung erwartet. Wenn das Nachahmen zu dem gewünschten Erfolg führt, wird über das Prinzip der operanten Konditionierung das Verhalten weiter aufrechterhalten.

3.1.5.2.4 Erwartungslernen

Das kognitive Modell der Sucht (modifiziert nach Beck et al. 1997, in Schnell, 2020) zeigt den Einfluss irrationaler Wirkungserwartungen auf das Konsumverhalten.

Aufbauend auf bestehenden Grundannahmen, welche z. B. durch Reize mit Signalcharakter über Klassische Konditionierung angeregt werden, treten damit zusammenhängende automatische Gedanken in den Vordergrund, welche Craving auslösen und so Weiterkonsum oder Rückfälle bewirken.

3.1.6 Soziokulturelle Grundlagen

Die Frage nach der Bewertung und damit auch nach dem Umgang mit dem Konsum von berauschenden Substanzen durch eine soziale Gesamtheit bzw. eine Gesellschaft ist ein Aspekt, der auf das individuelle Konsumverhalten einwirkt. Diese Interaktion ist aber keineswegs starr, sondern unterliegt Entwicklungen und somit dynamischen Anpassungen.

Beispielsweise galt der Konsum von Alkohol in unserem Kulturkreis lange als Ausdruck positiver und/oder sozial erwünschter Verhaltensweisen in Gruppen aber auch als Ausdruck spezifischer Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Schichten. Diese Betrachtungsweise eines erwünschten oder ritualisierten Konsums unter Berücksichtigung des jeweiligen sozialen Subkontextes bzw. Subsystems ist bis heute ausgeprägt vorhanden.

Parallel dazu entwickelte sich auch ein, wenn man so will, gesellschaftliches Gegengewicht, welches sich allerdings auch aus unterschiedlichsten Quellen speiste. Von religiös begründeten Verboten über moralische und/oder politische Haltungen, die von Entwertung bis zur Verfolgung reichten und reichen, bis zu Lifestyle und medizinischen Begründungen kann man alles finden.

Im Spannungsfeld dieser gesellschaftlichen Subsysteme überrascht es nicht, dass psychische Erkrankungen, aufgrund deren spezifischen Bedrohungscharakters, gesellschaftlichen Ausgrenzungen auch in Form von Idealisierungen/Romantisierungen ausgesetzt waren und sind.

So wundert es auch nicht, dass erst mit dem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG - 3 RK 63/66) 1968 „Alkoholismus“ als Krankheit in der Bundesrepublik Deutschland anerkannt wurde. Das bedeutete eine Anerkennung der zuvor bereits geleisteten Arbeit von Pflegenden und Forschenden, die sich nicht mit bloßen moralisch-religiösen oder politischen Haltungen zum Phänomen der „Trunksucht“ zufriedengaben. Unter anderem führte das in Deutschland dazu, dass sich die therapeutische Versorgung von Betroffenen in den letzten Jahrzehnten deutlich verbesserte und Stigmatisierungen zumindest abgemildert wurden.

Gleichermaßen bedeutet das aber auch, dass eine kontinuierliche Weiterarbeit und eine Erhaltung des Erreichten stattfinden muss, denn der oben bereits erwähnte Bedrohungscharakter, der - wie ebenfalls oben bereits skizziert - zu verschiedenen Gruppenphänomenen führt.

Darüber hinaus sind die Auswirkungen des pathologischen Substanzkonsums auf den Betroffenen und die Gesellschaft gravierend. Die Gefährdung und Zerstörung von Familien, Beziehungen, Karrieren und letztlich der physischen und psychischen Gesundheit können deutlich belegt werden (DHS Jahrbücher 2020, 2021, 2022). Allein schon aus diesen Fakten heraus ist die Notwendigkeit der Therapie von Substanzgebrauchsstörungen zur Wiederermöglichung und/oder der Verhinderung weiterer Beeinträchtigung der Teilhabe und Partizipation an der Gesellschaft klarer Auftrag der Gesellschaft an die politischen Entscheider und die Behandler im gesamten Spektrum der Suchtkrankenhilfe.

An dieser Stelle muss auch auf Prävention hingewiesen werden. Der Ausbildung hoher Schweregrade einer Substanzkonsumstörung mit einer entsprechenden Ausprägung der Krankheitsfolgen und einer Verselbstständigung der Erkrankung könnte durch ein möglichst frühzeitiges therapeutisches Angebot entgegengewirkt werden und zur Abwendung der bereits oben erwähnten gravierenden Auswirkungen für den Betroffenen und die Gesellschaft führen. Deshalb ist es aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, dass Betroffenen im Frühstadium einer Substanzkonsumstörung, die Möglichkeit einer Entwöhnungsbehandlung vorenthalten wird.

Der Einfluss gesellschaftlicher Faktoren auf die Entwicklung von psychischen Störungen ist ein schon langes diskutiertes Feld. Beispielsweise zeigen aktuellere Studien Zusammenhänge zwischen dem soziökonomischen Status und der Entwicklung von Depressionen (Lorant et al., 2002) oder weisen einen Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen nach (Min Luo et al., 2020).

Zu den sozialen Faktoren, die sich begünstigend auf die Entwicklung einer Substanzkonsumstörung auswirken, zählen heute eine gestörte Trinkkultur mit unklaren und unverbindlichen Regeln im Umgang mit Alkohol, Familienstrukturen bzw. eine spezifische familiäre Entwicklungsumwelt („Suchtfamilien“), ein niedriger sozialer Status und/oder ein sozialer Abstieg und ein Mangel an Ressourcen wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, eingeengte soziale Beziehungen, Beeinträchtigungen der Teilhabe (z. B. Gestaltung von Freizeit) (Kandale, Rugenstein, 2017).

Soziokulturelle Untersuchungen konnten zeigen, dass ein problematisches Trinkverhalten bei Jugendlichen häufiger vorkommt, wenn diese aus Familien kommen, in denen selber Alkohol konsumiert wird, das familiäre Umfeld unsicher ist und/oder wenn diese Peergruppen angehören, in denen Alkoholkonsum etabliert ist (Shucksmith et al., 1997; Wills et al., 1996).

Erst durch den soziokulturellen Fortschritt kam und kommt es zur Produktion und damit zur Verfügbarkeit von Substanzen, die eine pathogenetische Ausgangslage schaffen (DHS Jahrbuch, 2020). Substanzkonsumstörung, als Reaktion auf unsicher werdende oder zusammenbrechende kulturelle und soziale Strukturen, scheint auch eine mögliche Erklärung aus soziokultureller Sicht zu sein. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie sind beispielsweise bisher noch nicht untersucht.

3.1.7 Rückfallkonzept

In den folgenden Kapiteln wird das Rückfallkonzept der Fachklinik Klosterwald ausführlich beschrieben.

3.1.7.1 Theoretische Grundlagen

Die Behandlung in der Fachklinik Klosterwald ist abstinenzorientiert. Entsprechend wird der Konsum von Alkohol, nicht verordneten Medikamenten und illegalen Drogen nicht toleriert. Dies ist in der Hausordnung verankert und gilt für alle Patienten, Mitarbeiter und Besucher. Trotz dieser klaren Grundhaltung ist der Konsum der oben genannten Substanzen, insbesondere durch Patienten nicht auszuschließen und erfordert eine differenzierte Betrachtungsweise.

Ein Rückfall weist darauf hin, dass sich eine Phase der Stabilisierung verschlechtert hat, womöglich sogar der Patient destabilisiert ist. Diese „Verschlimmerung der Erkrankung“ muss, wie bei allen anderen Krankheiten auch, zu einer Verstärkung der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen führen (Büchner, 2009). Die bessere Zugänglichkeit in der psychosozialen Notlage des Rückfallgeschehens bietet Therapeuten und Mitarbeitern die Möglichkeit, mit dem Patienten intensiver in Berührung zu kommen und den Grundstein für die weitere Zusammenarbeit zu legen (Büchner, 2009). Das psychoanalytische Krankheitsverständnis des strukturellen Abhängigkeitssyndroms geht davon aus, dass der Konsum der Droge einerseits Folge der strukturellen Störung und andererseits als Bestandteil derselben diese schützt und stabilisiert (Kocher, 2019).

Im Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG 18.06.1968 – 3 RK 63/66) wurde erstmalig Alkoholismus als Krankheit in der Bundesrepublik Deutschland anerkannt. Dies beinhaltet, dass der Patient sich unter dem Einfluss körperlicher und psychischer Faktoren befindet, die er nicht kontrollieren kann. Im Widerspruch dazu merkte Wurmser (1990, zit. n. Büchner 2009) an, dass von den Patienten erwartet wird, sobald sie sich in therapeutische Behandlung begeben, „im Handumdrehen auf ihre krankhaften Handlungen und Haltungen willentlich zu verzichten, um alleine so der Vorteile der angebotenen Behandlung teilhaftig zu werden.“ Rost (1987) weist kritisch auf den darin enthaltenen Unterwerfungs- und Double-Bind-Charakter in Kliniken hin. Der Patient soll regressiv und klein sowie gleichermaßen erwachsen, kontrolliert und gesund sein. Gelingt ihm das nicht und er wird rückfällig, drohen ihm Liebesentzug bzw. der Verstoß aus der Klinik. Einerseits führe das zu formaler Anpassung und andererseits zum heimlichen „Tricksen“.

Der Genesungsprozess alkoholkranker Patienten ist nicht in Wochen und Monaten, sondern in Jahren zu bemessen. Er unterliegt Störungen und schließt, wie auch schon von den Anonymen Alkoholikern bemerkt, Rückfälle mit ein, die nicht automatisch zur Entlassung führen sollten (Büchner, 2009). Entsprechend dazu ist „die grundsätzliche Entlassung nach stationärem Rückfall im Rahmen des Verständnisses von Alkoholismus als einer Krankheit als Widerspruch in sich selbst anzusehen.“ (Körkel, 1995 zit. n. Büchner, 2009). Folglich forderten Röhling (1975, 1977, zit. n. Rost, 1987) und Bühling (1978, zit. n. Rost 1987) verständnisvoll und nicht strafend auf einen Rückfall zu reagieren. In einer Studie von Küfner und Feuerlein (1989) konnte gezeigt werden, dass die Rückfallquote für Patienten 18 Monate nach einer abgeschlossenen Entwöhnungstherapie bei 47% lag. Bei denjenigen Patienten, die aufgrund eines Rückfalls vorzeitig entlassen wurden, lag die Rückfallquote im selben Zeitraum nach der Therapie bei 95,5 % und bei denjenigen, die nach einem Rückfall weiterbehandelt wurden, bei 58 % (zit. n. Lauer et al. 1996).

Ein Konzept, dass bei Rückfällen als einzige Konsequenz die Entlassung nach sich zieht, führt bei alkoholabhängigen Menschen zur Unterwerfung und fördert die Vermeidung der Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik sowie deren zugrundeliegenden Persönlichkeitsstrukturen. Rückfälle im stationären Setting werden

dann dämonisiert, nicht offen gemacht und verlieren somit ihre Wichtigkeit in der therapeutischen Arbeit.

3.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

In den folgenden Kapiteln werden die in der Fachklinik Klosterwald bestehenden Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen ausführlich dargestellt.

3.2.1 Rehabilitationsindikationen

Bei Aufnahme müssen die Rehabilitanden abstinent von Alkohol und abhängig machenden Medikamenten sowie von anderen illegalen Substanzen sein.

Entscheidendes Kriterium für die Aufnahme in der Fachklinik Klosterwald unter den bereits beschriebenen indikativen Voraussetzungen ist die Rehabilitationsfähigkeit (DRV Bund, 2009).

Diese ist gegeben, wenn:

- die akutstationäre Diagnostik und Behandlung abgeschlossen ist,
- Reisefähigkeit besteht,
- eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für das strukturierte mehrstündige Behandlungsprogramm mit einem großen Anteil an Gruppenbehandlungen besteht.

Aufgrund der vorhandenen Fachkassen auf fachärztlich psychiatrischem, psychotherapeutischem und suchtherapeutischem Gebiet können leitliniengerechte Behandlungen für folgende Diagnosen in der Fachklinik Klosterwald angeboten werden:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2) (im Rahmen einer Medikamentenabhängigkeit)
- multiplen Substanzgebrauch, wenn der Alkoholkonsum oder der Konsum von Medikamenten im Vordergrund stehen
- psychischen Begleiterkrankung/psychische Komorbidität: affektive Störungen (ICD-10: F30.0, F31.0, F31.3, F31.6, F31.7, F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, F34); Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48); Essstörungen (ICD-10: F50), sofern kein schweres Krankheitsstadium vorliegt; Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60-69); Schizophrenie (ICD-10: F20 - 29), sofern kein akutes Krankheitsstadium vorliegt; Intelligenzminderung (ICD-10: F70, F71)
- somatische Begleiterkrankungen, sofern Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist

Bei bestehender Expertise wäre auch die Behandlung folgender Formen der Substanzkonsumstörungen möglich:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1)

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Sedativa oder Hypnotika: schädlicher Gebrauch (ICD-10: F11.1, F13.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: schädlicher Gebrauch (ICD-10: F12.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch (ICD-10: F14.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: schädlicher Gebrauch (ICD-10: F16.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulantien: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F15.1)

Die Behandlung der Substanzkonsumstörungen der Rehabilitanden sowie deren komorbider psychischer Störungen erfolgt in einem komplexen und integrativen suchtmmedizinischen und suchttherapeutischen sowie psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting.

Die täglich stattfindenden ärztlichen Sprechstunden erlauben eine kontinuierliche Diagnostik, Behandlung und Behandlungsplanung (ggf. konsiliarische Einbeziehung Externer). Durch die wöchentlichen psychotherapeutischen und suchttherapeutischen Einzelgespräche wird sichergestellt, dass ein Therapieprozess im einzeltherapeutischen Setting neben dem gruppenspezifischen Therapieprozess in Gang kommt. Ferner erfolgt hierüber eine kontinuierliche Prüfung und ggf. Erweiterung von Therapiezielen und Therapieplanung.

Wir teilen nicht die Ansicht, dass eine Entwöhnung von Alkohol und Nikotin gestaffelt erfolgen muss. Deshalb beinhaltet unser therapeutisches Angebot die Möglichkeit einer Tabakentwöhnung.

Die Fachklinik Klosterwald bietet ihren Rehabilitanden umfassende physiotherapeutische und sporttherapeutische Angebote unter Nutzung von Räumlichkeiten wie Turnhalle und Schwimmbad zur Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit sowie zur spezifischen Behandlung somatischer Beschwerden. Darüber hinaus eröffnet die besondere Lage der Fachklinik Klosterwald in einem Kurort mit ausgebauten Wanderwegen in großflächigen Waldgebieten sehr gute Möglichkeiten der Rekonvaleszenz von körperlichen Leistungseinbußen, die sich im Zusammenhang mit den psychischen Erkrankungen einstellen.

Gemäß den gesetzlichen Grundlagen behandeln wir Menschen ab dem 18. Lebensjahr. Eine Altersbegrenzung nach oben besteht nicht.

3.2.2 Rehabilitationskontraindikationen

Rehabilitanden mit den folgenden Einschränkungen können nicht in der Fachklinik Klosterwald aufgenommen und behandelt werden:

- Schwerwiegende somatische bzw. psychische Erkrankungen, die einer erweiterten Diagnostik und/oder akuten stationären Behandlung bedürfen
- akute Selbst- oder Fremdgefährdung, einschließlich Suizidalität
- ausgeprägte Intelligenzminderung (ICD-10 F72-73)
- Erkrankungen mit fortgeschrittener Hirnleistungsminderung (z. B. Demenz, ICD-10: F00, F01, F02, F03, F04, F06)

- körperliche Schädigungen oder soziale Beeinträchtigungen, die einer aktiven Teilnahme am Therapieangebot entgegenstehen
- ausgeprägte Multimorbidität und/oder Erkrankungen, die mit einem hohem Pflegebedarf einhergehen

3.2.3 Aufnahmevoraussetzung

Grundlegende Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer der Möglichkeiten, sich mit seinem Substanzgebrauch therapeutisch auseinanderzusetzen, ist, ein Problembewusstsein entwickelt zu haben. Damit ist gemeint, dass ein Betroffener ein Mindestmaß an Ich-dystonen Erleben seines Konsums und eine Veränderungsbereitschaft entwickelt hat.

Das Vorhandensein einer intrinsischen Motivation zur Abstinenz ist somit nicht zwingend erforderlich. Selbst Faktoren im sozialen Umfeld des Rehabilitanden, wie beispielsweise Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, familiäre Spannungen, Gespräche mit Angehörigen, Partnern, Freunden, Ärzten, Entzug der Fahrerlaubnis usw., können dazu führen, sein Konsumverhalten verändern zu wollen. In einem Stadium völliger Negation der Abhängigkeit oder des problematischen Konsumverhaltens ist ein therapeutischer Beziehungsaufbau kaum möglich.

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Durchführung einer Entwöhnungstherapie, insbesondere die Rehabilitationsfähigkeit, müssen gegeben sein.

Das System der Suchtkrankenhilfe in Deutschland bietet verschiedene Möglichkeiten eine Entwöhnungsbehandlung durchzuführen. Entsprechend dazu steht ein Betroffener zunächst vor der Entscheidung, welches Setting er als das geeignetste für die Therapie seiner spezifischen Substanzkonsumstörung erachtet. Er kann wählen zwischen einer stationären und einer ambulanten Entwöhnungstherapie sowie einer ganztätig ambulanten Variante.

In der Fachklinik Klosterwald werden die stationäre Entwöhnungstherapie und die ganztätig ambulante Entlassungsform angeboten. Außerdem ist eine Kombitherapie möglich, welche in klar definierten Behandlungsabschnitten sowohl ein stationäres, als auch ein ambulantes Modul enthält.

Laut den Vorschlägen der Deutsche Rentenversicherung Bund sollten bei der Auswahl der Behandlungsform folgende Kriterien Berücksichtigung finden (DRV, 2018):

- Ausmaß der bio-psycho-sozialen Störungen
- Beschaffenheit des sozialen Umfelds der Abhängigkeitskranken hinsichtlich einer unterstützenden Funktion
- berufliche Integration der Abhängigkeitskranken: Arbeitslosigkeit vs. Erwerbstätigkeit; Arbeitslosigkeit oder Nicht-Erwerbstätigkeit aus anderen Gründen schließen eine ambulante Entwöhnung nicht aus.
- Existenz einer stabilen Wohnsituation
- Fähigkeit der Rehabilitanden zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans
- Fähigkeit zur Einhaltung der Abstinenz
- Dauer und Intensität der Abhängigkeitserkrankung

- Einschätzung der Rehabilitanden und der betreuenden Suchtberatungsstelle

Die Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund sind hilfreich bei der Indikationsstellung im konkreten Einzelfall.

Das gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus dem Jahr 2011 (DRV, 2011) schlägt folgende Kriterien als Grundlage für die Indikationsstellung vor:

- Die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet können voraussichtlich ganztägig ambulant erfolgreich behandelt werden.
- Der Rehabilitand benötigt ein intensives und strukturiertes Behandlungsangebot.
- Der Rehabilitand ist fähig, in den therapiefreien Zeiten selbständig abstinent zu leben.
- Ein im Vergleich zur niedrigfrequenten ambulanten Rehabilitation relativ hochfrequenter Einsatz psycho- und sozialtherapeutischer und unterstützender Behandlungsmethoden ist erforderlich.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Das soziale Umfeld hat unterstützende Funktion.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der ganztägig ambulanten Rehabilitation vorhanden ist.
- Der Rehabilitand sollte ausreichend belastbar sein, um am Rehabilitationsprogramm teilnehmen zu können und während der ganztägig ambulanten Rehabilitation abstinent zu bleiben.
- Der Rehabilitand sollte in der Lage sein, die Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten) zu erreichen.

Im Einzelfall wird eine Gewichtung der verschiedenen Indikationskriterien unter Berücksichtigung der Gesamtsituation vorgenommen.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung bietet die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der aktuellen Lebenssituation im wörtlichen Sinne. Das Sich-auseinander-Setzen schafft eine Distanz, ein Sich-herausnehmen aus dem akuten Geschehen mit der Möglichkeit der Gewinnung einer Draufsicht und damit einer Übersicht. Diesen Vorteil bietet in jener Intensität nur eine stationäre Therapie. Die dadurch erzeugte Entlastung ermöglicht dem Rehabilitanden in der Fachklinik Klosterwald im Rahmen eines komplexen, multiprofessionellen Therapieangebots mit hochfrequenter Psycho- und/oder Suchttherapie, sozialtherapeutischer Betreuung, ärztlicher Versorgung und weiterer unterstützender Behandlungsmethoden, einschließlich Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter – BORA (DRV, 2014), die Erarbeitung einer Zukunftsstrategie mit dem klaren Ziel der Wiedererlangung und/oder Erhaltung der Teilhabe an der Gesellschaft, einschließlich der beruflichen Rehabilitation.

Aus dem oben Genannten wird aber auch ersichtlich, dass Entlastung hier nicht mit Vermeidung zu verwechseln ist, welche dann als Widerstand mittels Regression zu verstehen wäre, auf welchen therapeutisch zu reagieren ist.

Unter diesen Voraussetzungen stellt die stationäre Entwöhnungstherapie in der Fachklinik Klosterwald die Variante dar, welche den meisten Betroffenen auf der Grundlage einer komplexen Diagnostik eine individualisierte Therapie sowie eine differenzierte Planung der möglichen Weiterbehandlung bietet, die unter Umständen im ambulanten Setting erfolgt. Nach einer abgeschlossenen stationären Entgiftungsbehandlung ist die stationäre Entwöhnungstherapie eine der wichtigsten Stationen in der Bewältigung der Erkrankung. Die Rehabilitation in der Fachklinik Klosterwald wird dem originären Ziel, dem Erhalt und/oder der Wiedererlangung der Teilhabe, einschließlich der beruflichen Rehabilitation, gerecht und ermöglicht auch die Weichenstellung für ggf. fortzusetzende Behandlungen und weitere Teilhabeleistungen.

Zur differenzierten Indikationsstellung und Therapieplanung in der Fachklinik Klosterwald werden u. a. die Überlegungen des Moduls Abhängigkeitserkrankungen der OPD (OPD-2, Modul Abhängigkeitserkrankungen, 2013) berücksichtigt.

Dabei steht die Frage im Vordergrund, ob das Konsumverhalten vor allem der Aufrechterhaltung eines neurotischen Gleichgewichtes bzw. der Kompensation struktureller Defizite oder der Kompensation der Folgeerscheinungen des Konsums dient.

Mit dem Konstrukt der Suchtspirale wird ein Instrument der OPD bereitgestellt, welches die Dynamik der Erkrankung im Kontext der Grundpersönlichkeit des Betroffenen zu erkennen hilft. Dabei spielt die Erfassung des Ausmaßes der Verselbstständigung der Erkrankung eine wesentliche Rolle. Eine anschwellende Verselbstständigung der Erkrankung und deren Folgen überlagert die psychischen Ausgangsbedingungen zunehmend, was zur Folge hat, dass sich der Therapiefokus zunächst auf die Bearbeitung und Behandlung nämlicher Folgeerscheinungen konzentrieren muss.

Die Dimensionen der Suchtspirale sind:

- **Psychodynamische Funktion**
Hier wird differenziert eingeschätzt, ob sich Auslöser von Konsumverhalten erkennen lassen und wie fokussiert sich Auslöser und Konsumverhalten darstellen.
- **Gewöhnung**
Auf dieser Dimension wird abgewogen, wie hoch der Grad der Gewöhnung also der Umfang der Integration des Konsums als Bestandteil der Alltagsnormalität ist.
- **Konsumsteigerung**
Hier finden die Zunahme der Trinkmenge und die Wahllosigkeit der konsumierten Mittel seit Beginn des problematischen Konsums Berücksichtigung.
- **Schädigung**
Das Ausmaß organischer und kognitiver Schäden, emotionaler und Beziehungsstörungen sowie Störungen der sozialen und beruflichen Teilhabe werden darüber erfasst.

- Sekundäre Funktion (Kompensation der Folgen)
Hier wird eingeschätzt, inwieweit sich der Konsum insbesondere auf die Kompensation bereits eingetretener Folgen bezieht.
(OPD-2, Modul Abhängigkeitserkrankungen, 2013)

Insbesondere bei der Dimension „Schädigung“ wird die Nähe zur ICF deutlich, welche in der Fachklinik Klosterwald angewendet wird und die eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) eines Rehabilitanden vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt ermöglicht.

Einen weiteren Hinweis auf den Grad der Verselbstständigung der Substanzkonsumstörung scheint die Betrachtung des Schweregrades zu bieten. Unter Berücksichtigung der Kriterien der ICD-10 schlagen Albertini et al. (2013) die Einschätzung des Schweregrades auf einer Skala von 4 Abstufungen vor:

- 0 - Keine Problematik: Keines der Kriterien der ICD-10 trifft zu.
- 1 - Schädlicher Gebrauch: Ein bis zwei Kriterien der ICD-10 sind erfüllt.
- 2 - Abhängigkeit: Mindestens drei Kriterien der ICD-10 sind erfüllt.
- 3 - Starke Abhängigkeit: Mehr als drei Kriterien der ICD-10 sind erfüllt.
- 4 - Sehr starke Abhängigkeit: Alle sechs bzw. fast alle Kriterien der ICD-10 sind erfüllt
(OPD-2, Modul Abhängigkeitserkrankungen, 2013).

3.3 Rehabilitationsziele

S. Freud: „Das man sich nie etwas anderes zum Ziel einer Behandlung setzen wird als die praktische Genesung des Kranken, die Herstellung seiner Leistungs- und Genussfähigkeit.“ (Freud, 1903)

Globales Ziel ist die Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gesellschaft.

Im Einzelnen bedeutet das:

- Erhaltung oder Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe, unter der Voraussetzung, dass gesundheitliche und/oder Altersgründe dagegensprechen, Verhinderung von Pflegebedürftigkeit
- Erhaltung oder Wiedererlangung der Teilhabe an der Gesellschaft
- Entwicklung- und Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Erkennen und Verbessern maladaptiver Beziehungsmuster, neurotischer Konflikte und struktureller Einschränkungen
- Erkennen und Verbessern von Selbst- und Beziehungsregulationsstörungen
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Erkennen und Verbessern körperlicher Störungen
- Entwicklung zufriedenen, selbstbestimmten Leben
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Klärung sozialer Beziehungen
- Stabilisierung und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit

- Klärung von Sinn und Wertfragen, mit dem Ziel zufriedene Abstinenz
- Hinführung zu einer gesunden Lebensweise
- Einbeziehen der Angehörigen in die Behandlung

3.4 Rehabilitationsdauer

Die Fachklinik Klosterwald bietet stationäre Entwöhnungstherapien mit einer Regelbehandlungszeit von fünfzehn Wochen an. Darüber hinaus haben Patienten die Möglichkeit, den Rahmen einer Kurzzeittherapie mit einer Regelbehandlungszeit von acht Wochen, ebenfalls mit einer Verlängerungsoption von zwei Wochen, zu nutzen. Außerdem bieten wir eine Kombibehandlung und die teilstationäre Entlassungsform an.

Im Rahmen regelmäßiger Fallkonferenzen werden Therapieziele, Therapiemaßnahmen und Therapiefortschritt überprüft. Dabei kann in Abhängigkeit der persönlichen Anliegen und den gerechtfertigten Wünschen des Rehabilitanden eine individuelle Anpassung der Behandlungsdauer (Verlängerung oder Verkürzung) erfolgen. Die abschließende Entscheidung obliegt dem Chefarzt.

Die Vorgaben der Kostenträger (Budgetregelung, schriftliche Beantragung und Anzeige mittel DFÜ § 301) sind dabei bindend.

3.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

In der Fachklinik Klosterwald bieten wir eine individualisierte, zielgerichtete und vertragsbasierte Therapie an. Das bedeutet, jeden Rehabilitanden dabei zu unterstützen, seine individuellen Beeinträchtigungen und deren Folgen zu überwinden oder zumindest trotz derselben genuss- und arbeitsfähig zu leben, d. h. die Aneignung der Erkrankung zu fördern.

Entsprechend dazu erfolgt während der Aufnahme- und Diagnostikphase in der Fachklinik Klosterwald eine individuelle Erfassung der Beeinträchtigungen des Rehabilitanden. Dazu werden neben den Erstgesprächen zur Anamneseerhebung von medizinischen, sozialen sowie psychischen Beeinträchtigungen auch das Ausmaß der Verselbständigung der Erkrankung im Sinne der OPD (OPD-2, Modul Abhängigkeitserkrankungen, 2013) erhoben. Ebenfalls werden die Beeinträchtigungen der Teilhabe in anderen Bereichen gemäß ICF erfasst. Defizite in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktion und Beziehungen“, „Mobilität“, „Erziehung/Bildung“ und „Arbeit und Beschäftigung“ werden dabei differenziert.

Darüber hinaus erfolgt eine anspruchsvolle Diagnostik der individuellen Arbeitssituation auf der Grundlage des Konzeptes der beruflichen Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA).

Am Ende der Aufnahme- und Diagnostikphase wird mit dem Rehabilitanden auf der Grundlage der erhobenen Daten ein individueller Behandlungsplan entworfen. Im Rahmen von diagnostischen Einzelgesprächen werden individuelle Ziele in den Bereichen der Psychotherapie oder Suchttherapie, der Ergotherapie und Arbeitstherapie gemäß BORA (siehe Konzept BORA, 2023) erarbeitet und vereinbart. Eine Fallkonferenz mit der Fachlichen Leitung, bestehend aus Chefarzt, Leitendem Therapeuten, Leiterin Pflegedienst/Case-Management, sowie aufnehmendem Arzt

und Therapeuten gemeinsam mit dem Rehabilitanden schließt die Aufnahme- und Diagnostikphase ab.

Die zu Beginn der Therapie vereinbarten Ziele können während des Therapieprozesses modifiziert bzw. an den entsprechenden Prozessverlauf angepasst werden. Regelmäßige Fallkonferenzen während der wöchentlichen Besprechungen des Behandlerenteams begleiten diesen Prozess.

Ein wesentliches Element des Therapieprozess ist die Vorbereitung nachgehender Leistungen. Je nach eingangsdagnostischem Ergebnis wird mit dem Rehabilitanden ein individueller Therapieplan vereinbart, welcher schon frühzeitig mögliche Weiterbehandlungen im Blick hat und ggf. Weichenstellungen spätestens im letzten Drittel der Therapie im Rahmen des Entlassungsmanagements vorsieht.

Im Rahmen der Abschlussgespräche in den Bereichen, in welchen Ziele vereinbart wurden, werden mit den Rehabilitanden die Zielumsetzung und die Weiterarbeit an noch offenen oder zukünftigen Zielen abschließend besprochen.

3.5.1 Case-Management

Um der Komplexität der Rehabilitationsaufgaben im Therapieprozess gerecht zu werden, wurde in der Fachklinik Klosterwald ein Case-Management etabliert.

Aufgaben der Case-Managements:

- Fallmanagement - Optimierung der Hilfe im konkreten Fall
- Systemmanagement - Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich

Das Case-Management der Fachklinik Klosterwald gliedert sich wie folgt:

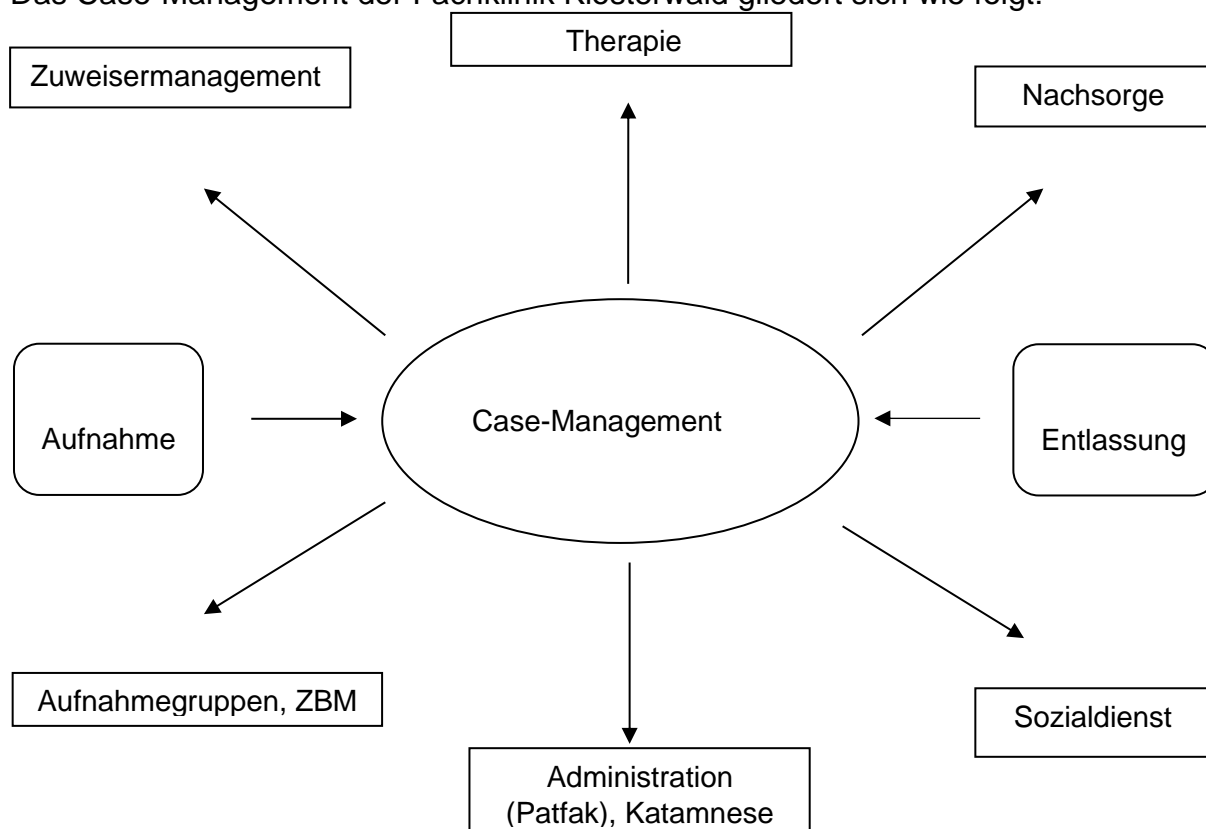


Abbildung 1: Darstellung des Case-Managements in der Fachklinik Klosterwald

3.6 Rehabilitationsprogramm

Die Fachklinik Klosterwald bietet stationäre Entwöhnungstherapie mit einer Regelbehandlungszeit von 13 Wochen, mit der Option einer Verlängerung um zwei Wochen. Darüber hinaus haben Patienten die Möglichkeit, den Rahmen einer Kurzzeittherapie mit einer Regelbehandlungszeit von acht Wochen ebenfalls mit einer Verlängerungsoption von zwei Wochen zu nutzen. Außerdem bieten wir Kombibehandlung und die teilstationäre Entlassungsform an.

In der Fachklinik Klosterwald werden die Grundsätze der Inklusion großgeschrieben. Deshalb sind die Räumlichkeiten barrierefrei eingerichtet. Pflegerische Hilfestellungen, z. B. bei der Körperhygiene, An- und Auskleiden gehören zu unserem Standard.

Die personelle Ausstattung der Fachklinik Klosterwald entspricht den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen (DRV, 2014) und dem Fazit zur Visitation des federführenden Leistungsträgers DRV Bund vom 11.04.2013 basierend auf 112 Rehabilitationsplätzen. Der Personalsollstellenplan 2013 findet sich im Anhang (siehe Seite 154).

Außerdem gründet die angebotene Therapie auf den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2016). Die dementsprechenden Wochentherapiepläne sind im Anhang dieses Konzepts beigefügt.

Den Rehabilitanden steht ein multiprofessionelles Team zu Verfügung. Eine reibungslose Rehabilitation gewährleisten:

- Fachärzte verschiedener Fachrichtungen
- Psychotherapeuten verschiedener Fachkunden
- Suchttherapeuten unterschiedlicher Zusatzqualifikationen
- Diplomsozialarbeiter
- Ergo- und Arbeitstherapeuten
- Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikationen
- Fachkrankenschwestern
- Pflegefachkräfte
- Heilerziehungspflegerin
- Diätassistentin und Diätköchin
- Mitarbeiter der Verwaltung
- Mitarbeiter der klinikinternen Küche
- Mitarbeiter der Hauswirtschaft, der Haustechnik und des Fahrdienstes
- Seelsorger(in)

Die Rehabilitationsbehandlung von Substanzkonsumstörungen in der Fachklinik orientiert sich an den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2009, 2014, 2016) und der aktuellen S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF, 2021).

Die Therapie umfasst verschiedene evidenzbasierte Therapieverfahren.

Dabei liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Herangehensweise in der Fachklinik Klosterwald auf der tiefenpsychologisch/psychoanalytischen Krankheitsverständnis, Diagnostik und Behandlung. Der tiefenpsychologische Behandlungsfokus wird ergänzt durch verhaltenstherapeutische Verfahren.

Entsprechend dazu gehören zu unserem Therapieangebot:

- Tiefenpsychologische Gruppen- und Einzelpsychotherapie
- Verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie
- Tiefenpsychologisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und einzeln
- Verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und einzeln
- Behandlung psychischer Komorbidität (siehe 3.2.1 Rehabilitationsindikationen)
- Tabakentwöhnung
- Training sozialer Kompetenz
- Musiktherapie
- Kreativtherapie
- Ergotherapie
- Setting zur Reintegration ins Arbeitsleben/Arbeitstherapie/BORA
- Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Sozialberatung
- Angebote zur körperlichen Konditionierung (Bewegungstherapie, Schwimmen, Nordic Walking, Fitnesstraining)
- Physiotherapie
- Anleitung zu Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)
- Behandlung und Mitbehandlung somatischer Komorbidität (siehe Indikation)
- Ernährungsberatung
- Angehörigenarbeit
- Seelsorgerische Angebote

3.6.1 Regelbehandlung

Eine Regelbehandlung in der Fachklinik Klosterwald beinhaltet eine Entwöhnungstherapie im stationären Setting mit einer Behandlungsdauer von mindestens 13 Wochen. Im Regelfall schließt sich eine ambulante Nachsorge in einer Psychosozialen Beratungsstelle an.

3.6.2 Kurzzeittherapie

Die Kurzzeittherapie in der Fachklinik Klosterwald beinhaltet eine Entwöhnungstherapie mit Fokus psychosoziale Destabilisierung und/oder Rückfall im stationären Setting mit einer Behandlungsdauer von mindestens 8 Wochen. Im Regelfall schließt sich ebenfalls eine ambulante Nachsorge in einer Psychosozialen Beratungsstelle an.

3.6.3 Kombinationsbehandlung

Mit dem Ziel, abhängigkeitskranke Menschen zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu befähigen, wurde im Jahr 2015 als zusätzliches Angebot die Möglichkeit einer Kombinationsbehandlung vereinbart. Die Grundlagen sind das

gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung (DRV, 2014), welches am 01. März 2015 in Kraft trat.

Ergänzend zur ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung wurde dieses einrichtungsübergreifende Angebot entwickelt, um die Vorteile der unterschiedlichen Rehabilitationsangebote zu vereinen. Besonders hervorzuheben ist die Möglichkeit, ein hohes Maß an Flexibilität und ein passgenaues Leistungsangebot für Rehabilitanden zu schaffen.

Die Kombinationsbehandlung gliedert sich in einen stationären und ambulanten Behandlungsabschnitt.

Struktur

In der Fachklinik Klosterwald kann im Rahmen der Kombinationsbehandlung der stationäre Behandlungsabschnitt absolviert werden. Die Therapiedauer beträgt acht Wochen. Die Rehabilitanden können problemlos in das bestehende Kliniksetting integriert werden.

Der nachfolgende ambulante Teil kann bundesweit in jeder dafür zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistung ist die Beantragung der Maßnahme beim zuständigen Leistungsträger.

Behandlungsziele

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen
- dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

Indikationskriterien

- soziale Voraussetzungen (Bindungen, Stützsysteme, soziale Strukturen) sind vorhanden, können wegen Rückfälligkeit und/oder anderer suchtmittelbedingter Krisen nicht zur Stabilisierung genutzt werden
- Rehabilitationsfähigkeit und Persönlichkeit des Rehabilitanden sind soweit ausgeprägt, dass die Kombination stationärer, ganztägig ambulanter und ambulanter Intervention aktiv genutzt werden können
- langfristige Abwesenheit bei einem vorhandenen Arbeitsplatz wird als problematisch angesehen
- Distanz vom sozialen Umfeld ist vorübergehend erforderlich
- Rehabilitationsziele für die unterschiedlichen Rehabilitationsformen sind benannt
- Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet können nach Stabilisierung im Verlauf der Rehabilitation voraussichtlich in anderen Rehabilitationsformen erfolgreich weiterbehandelt werden
- Rehabilitand benötigt nicht durchgehend ein intensiv strukturiertes Behandlungsangebot
- Rehabilitand ist fähig, in den therapiefreien Zeiten der ambulanten Phase selbstständig abstinent zu leben

3.6.4 Ganztägig ambulante Entlassungsform

Als ergänzendes therapeutisches Angebot bietet die Fachklinik Klosterwald den Rehabilitanden die Möglichkeit, die Therapie in den letzten drei Wochen ganztägig

ambulant zu absolvieren, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt werden (DRV, 2014). Die Rehabilitanden übernachten zu Hause und absolvieren von Montag bis Freitag die geplanten Rehabilitationsangebote in die Fachklinik.

Die Integration in eine andere Bezugsgruppe ist nicht erforderlich und somit die Behandlungskontinuität gewährleistet.

3.7. Rehabilitationselemente

Nachfolgend werden die Rehabilitationselemente der Fachklinik Klosterwald erläutert.

3.7.1 Aufnahmeverfahren

Aufnahmevoraussetzung für eine Therapie in der Fachklinik Klosterwald ist das Vorliegen einer Kostenzusage, die in der Regel von der Deutsche Rentenversicherung oder der Gesetzliche Krankenversicherung nach Beantragung erteilt wird. Zudem kommen auch andere Kostenträger wie die private Krankenversicherung, die Beihilfe, das Sozialamt in Frage. Auch Aufnahmen von Selbstzahlern sind möglich. Über verschiedene Zugangswege finden die Rehabilitanden in die Fachklinik.

Das Aufnahmeverfahren gliedert sich in eine prästationäre Aufnahmeplanung und das stationäre Aufnahmemanagement.

3.7.1.1 Zugangswege

Antragstellung durch eine Psychosoziale Beratungsstelle

Die Betroffenen stellen sich zur Beratung in einer Psychosozialen Beratungsstelle vor. Wenn die Indikation zur Entwöhnungsbehandlung gegeben ist, werden ein Sozialbericht und ein Ärztlicher Befundbericht (in der Regel durch den Hausarzt) erstellt und an den Kostenträger gesendet. Bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung sollte der Antragsteller unbedingt von seinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen und seine Wünsche und Bedürfnisse dem Kostenträger mitteilen.

Mit Übermittlung der Kostenzusage an den Antragsteller und die Fachklinik Klosterwald erfolgt die sofortige Kontaktaufnahme zum Rehabilitanden zur weiteren Planung der Aufnahme.

Direktverlegung

Die Betroffenen befinden sich bereits zu einer Entgiftungsbehandlung in einem Akutkrankenhaus. Gemeinsam mit den Mitarbeitern des Krankenhauses erfolgt die Antragstellung zur Entwöhnungsbehandlung. Ziel ist der nahtlose Übergang aus der Akut- in die Rehabilitationsbehandlung. Bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung sollte der Antragsteller ebenfalls von seinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen.

Antragsstellung einer Kombinationsbehandlung

Auf das Konzept der Kombinationsbehandlung wird ausführlich unter Punkt 3.6.3 eingegangen.

3.7.1.2 Prästationäre Aufnahmeplanung und Therapiesteuerung

Die prästationäre Aufnahmeplanung beginnt mit Eingang der Kostenzusage. Das Belegungsmanagement der Fachklinik Klosterwald prüft die Unterlagen auf Vollständigkeit, Plausibilität und Indikation. Sofern es sich nicht um eine Direktverlegung handelt, wird dem zukünftigen Rehabilitanden umgehend ein Aufnahmetermin angeboten und der klinikinterne Fragebogen (siehe Anhang, S. 133) zugesendet. Ggf. werden weitere medizinische Unterlagen angefordert. Bei Direktverlegungen erfolgt die Kontaktaufnahme mit der verlegenden Einrichtung durch das Belegungsmanagement. Die Akutklinik und die Fachklinik Klosterwald stimmen sich über den Aufnahmetermin ab. Die Abholung aus der Entgiftungseinrichtung erfolgt durch den klinikeigenen Fahrdienst.

Mit Bestätigung des Aufnahmetermins beginnt die Fachliche Leitung unter Berücksichtigung der bereits zugesendeten Unterlagen (Befundberichte, Sozialbericht) und des Fragebogens mit der prästationären Therapiesteuerung. Diese beinhaltet, dass die aus den Unterlagen ersichtlichen individuellen Ressourcen und Beeinträchtigungen unter Zuhilfenahme der ICF sowie der Grundlagen zur Indikationsstellung der OPD zur Entwicklung einer Indikationshypothese führen, welche die Basis für die individuelle Therapieplanung bildet.

3.7.1.3 Stationäres Aufnahmemanagement

Das stationäre Aufnahmemanagement beginnt mit der Ankunft des Rehabilitanden in der Fachklinik Klosterwald.

Nach der Begrüßung durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes erfolgt eine Atemalkoholkontrolle. Bei einem positiven Befund wird unter Hinzuziehung eines Arztes entschieden, ob die Aufnahme dennoch erfolgen kann. Wird dies verneint, bieten wir dem Rehabilitanden die Verlegung in eine Entgiftungseinrichtung an. Diese wird durch den klinikeigenen Fahrdienst realisiert. Lehnt der Betroffene das Angebot ab, bieten wir dem Rehabilitanden einen zeitnahen neuen Aufnahmetermin an. Bei einem negativen Atemalkoholbefund erfolgt die Aufnahme des Rehabilitanden durch den Pflegedienst.

Zum Prozess des stationären Aufnahmemanagements gehören:

Aufnahme durch den Pflegedienst:

Aufgaben:

- Entgegennahme mitgebrachter medizinischer Unterlagen und Medikamente
- Erstellung einer Rehabilitandenakte
- Vermittlung von Informationen zu weiteren Aufnahmeverfahren

Aufnahme durch den Ärztlichen Dienst:

Aufgaben:

- Somatische und psychiatrische Untersuchung
- Ärztliche Anordnungen in Rehabilitandenakte

Psychotherapeutische Aufnahme:

Aufgaben:

- Erhebung eines psychotherapeutischen Ersteindrucks unter Einbeziehung des OPD-Moduls für Abhängigkeitserkrankungen

Aufnahme durch das Case-Management:

Aufgaben:

- Aushändigung der Patienteninformationsmappe der Fachklinik Klosterwald, bestehend aus Therapievertrag, Hausordnung, Datenschutzordnung, Brandschutzordnung, Schwimmbadordnung, Saunaordnung, Turnhallenordnung, Fitnessraumordnung, Nutzungsordnung PC-Kabinett, Internet und WLAN, Informationen zur Fahrtauglichkeit (siehe Anhang, S 125)

Aufnahme durch die Verwaltung:

Aufgaben:

- Erstellung und Versand der Aufnahmemitteilung per Datenfernübertragung § 301 an den zuständigen Kostenträger
- Aushändigung von Patientenzimmer- und Postfachschlüssel
- Begleitung des Rehabilitanden auf das Patientenzimmer, Einweisung auf dem Patientenzimmer zu Notrufanlage, Brandschutz, Fluchtwege, Sammelplatz bei Alarmierung und Hygiene
- Hausrundgang und Informationsvermittlung über das Haus mit Vermerk auf Postfach, Informationstafeln, Aufnahmegruppenraum
- Einweisung Speisesaal mit Zuweisung des Sitzplatzes

Damit beginnt der Prozess der Rehabilitationsdiagnostik in der Fachklinik Klosterwald, der im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt wird und sich ausfolgenden Elementen zusammensetzt:

- Pflegerische Rehabilitationsdiagnostik
- Medizinische Rehabilitationsdiagnostik
- Psychotherapeutisches oder sozialtherapeutisches Erstgespräch und Rehabilitationsdiagnostik
- Arbeitstherapeutische Rehabilitationsdiagnostik
- Sozialdienstliche Rehabilitationsdiagnostik

3.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik in der Fachklinik Klosterwald folgt dem bio-psycho-sozialen Modell, womit sowohl die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der Substanzkonsumstörung der Rehabilitanden erfasst werden.

Die Diagnosen werden gemäß der internationalen Klassifikation der Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 erhoben (ICD-10-GM, 2000).

Über den kategorialen Ansatz des ICD hinaus gilt es aber auch, die Interaktion der Beeinträchtigungen auf den unterschiedlichen Ebenen (Funktion – Aktivität – Teilhabe) sowie die damit verknüpften individuellen Auswirkungen derselben zu erheben und auf die Ressourcen des Rehabilitanden zu fokussieren. Die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF), die die wechselseitigen Beziehungen zwischen Krankheit und ihren Folgen auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells betrachtet, ermöglicht die Erfassung von Kontextfaktoren, teilhabeorientierte Faktoren, Aktivitäten, Körperfunktionen, Gesundheitsproblemen und individuellen Ressourcen.

Die differenzierte und präzise Diagnostik der individuellen Beeinträchtigungen auf den bio-psycho-sozialen Ebenen erfolgt in mehreren Zwischenschritten:

- somatische Diagnostik
- psychische Diagnostik
- soziale Diagnostik
- arbeitsbezogene Diagnostik
- Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Wie unter dem Punkt Prästationäre Aufnahmeplanung und Therapiesteuerung (3.7.1.2) beschrieben, werden die durch die DRV zur Verfügung gestellten Unterlagen noch vor der Aufnahme in der Fachklinik Klosterwald gesichtet und im Rahmen einer Fallkonferenz diskutiert. Durch diesen ersten Schritt erfolgt bereits vor Aufnahme ein Screening bezüglich physischer, psychischer, sozialer und beruflicher Problemlagen und Beeinträchtigungen, welches in die Therapiesteuerung einfließt.

Zusätzlich wird den Rehabilitanden mit dem Einladungsschreiben ein hausinterner Fragebogen (siehe Anhang, S.130) zugesandt, welcher ebenfalls auch auf die Erfassung möglicher Beeinträchtigungen abzielt. Außerdem werden die Rehabilitanden gebeten, Lebensläufe oder andere Dokumente zur Aufnahme mitzubringen.

Ab dem Tag der Aufnahme in die Fachklinik Klosterwald beginnt die EDV-unterstützte Diagnostikphase im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit aufbauend auf ICD, ICF und der Basisdokumentation. Wie bereits im Kapitel 3.7.1.3 Stationäres Aufnahmemanagement dargestellt, erfolgen die Aufnahmeverfahren.

Als dann folgen in den nächsten Tagen der stationären Entwöhnungsbehandlung weitere Diagnostik und Erhebungen, wie die medizinisch-pflegerische Aufnahmeuntersuchung, Basisdokumentation, das Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten, das Erstgespräch mit den Arbeits- und Ergotherapeuten, soziale Diagnostik sowie Ersteinschätzung durch die Physiotherapeuten.

3.7.2.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF)

Im Jahr 2001 stellte die WHO in Ergänzung zur ICD-10 eine standardisierte und ressourcenorientierte Klassifikation vor, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF) (DIMDI, 2005).

Basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell gliedert sich die ICF in zwei Teile mit je zwei Komponenten:

- Teil 1 – Funktionsfähigkeit und Behinderung
 - Körperfunktionen und –strukturen
 - Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

- Teil 2 – Kontextfaktoren
 - Umweltfaktoren
 - Personenbezogene Faktoren

Im Teil 1 – Funktionsfähigkeit und Behinderung - werden unter Körperfunktionen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich psychologischen Funktionen erfasst. Die Körperstrukturen beinhalten die anatomischen Teile des Körpers und ihre Bestandteile.

Die Aktivität beschreibt die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung einer Person. Demgegenüber beinhaltet die Partizipation (Teilhabe) das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Teil 2 – Kontextfaktoren – stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen die beiden Komponenten Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Unter Umweltfaktoren werden die materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Faktoren verstanden. Letztere stehen in Wechselwirkung mit den Komponenten aus Teil 1.

Personenbezogene Faktoren beschreiben den speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person. Sie umfassen Eigenschaften des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, berufliche Ausbildung, Beruf und Lebensstil. Die personenbezogenen Faktoren werden im Gegensatz zu den anderen Komponenten nicht in der ICF klassifiziert, werden aber mit aufgenommen, um ihren Einfluss auf die Ergebnisse der anderen Komponenten aufzuzeigen.

In Abbildung 2 wird dargestellt, welche Rolle die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personenbezogenen Faktoren) in diesem Prozess spielen.

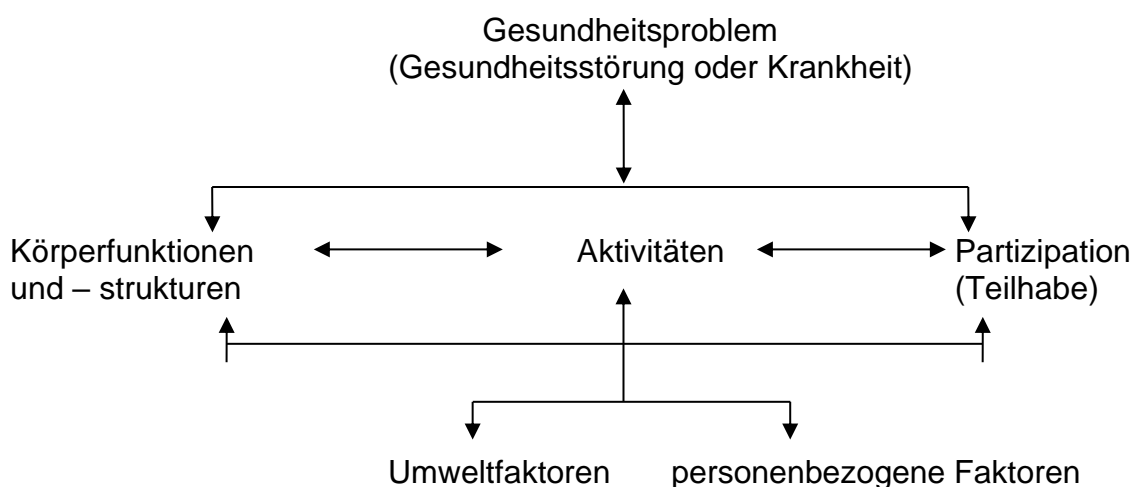


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Ausgehend von der ICF ist das Globalziel der Rehabilitation in der Fachklinik Klosterwald die Überwindung bzw. Minimierung von Beeinträchtigungen der Teilhabe der Rehabilitanden in den verschiedenen Lebensbereichen. Dazu zählen berufliche Problemlagen, auf welche insbesondere im Rahmen der berufsbezogenen Rehabilitation (BORA) eingegangen wird. Psychische Störungen sind Gegenstand der psycho- und suchttherapeutischen Interventionen. Somatisch bedingte Teilhabestörungen werden vor allem im medizinisch-pflegerischen Bereich therapiert. Auf soziale Problemlagen wird im Rahmen der sozialdienstlichen Arbeit und des Case-Managements Einfluss genommen. Die erarbeiteten Therapieziele und abgeleiteten Maßnahmen werden in regelmäßigen Fallkonferenzen unter Einbeziehung der Rehabilitanden überprüft und ggf. angepasst. Der Therapieprozess wird fortwährend dokumentiert.

Der Schweregrad einer Substanzkonsumstörung, der unter anderem über die Dimension Schädigung der Suchtspirale der OPD gemessen wird, und das Ausmaß organischer und kognitiver Schäden, emotionaler und Beziehungsstörungen sowie Störungen der sozialen und beruflichen Teilhabe erfasst, stellt sich in den von der ICF genannten Kontextfaktoren und ihrer Komponenten dar. Dabei geht ein ansteigender Schweregrad der Substanzkonsumstörung mit immer schwerwiegenderen Teilhabestörungen, bei gleichzeitig abnehmenden Ressourcen des Rehabilitanden, einher. Somit wird deutlich, dass die Arbeit in der Fachklinik Klosterwald immer der Prävention dient.

Daher leiten sich für die Therapieplanung und -steuerung in der Fachklinik Klosterwald Implikationen ab, die exemplarisch in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt werden:

Tabelle 1 – Ausgewählte Beispiele der Therapieplanung der Fachklinik Klosterwald unter Anwendung der ICF

ICF-Komponente	ICF-Kapitel	Folge der Substanzkonsumstörung	Therapieelemente der Fachklinik Klosterwald
Körperfunktionen und Körperstrukturen	b1: Mentale Funktionen	Drang nach Suchtmitteln, Fehlende Motivation, eingeschränktes Selbstvertrauen	Psychotherapie, Suchttherapie,
	b5: Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	Verdauungsstörungen, gastrointestinale Beschwerden, Gewichtsabnahme, Durchfälle, Diabetes mellitus Typ3	Ärztliche Behandlung, Pflegerische Unterstützung, Ernährungsberatung, Sonderkost,
	b7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	Frakturen nach Unfall unter Alkoholisierung, verminderte Muskelkraft, Störung der Bewegungsmuster beim Gehen	Physiotherapie, Bewegungstherapie
Aktivitäten und Partizipation	d1: Lernen und Wissensanwendung	Problemlösestörungen, Unfähigkeit Entscheidungen zu treffen	Ergotherapie, BORA, ADL, kognitive Training, Sozialberatung
	d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Einschränkungen in der täglichen Routine, eingeschränkte psychische Belastbarkeit, mangelndes Verantwortungsbewusstsein bis zu antisozialem Verhalten, defizitäre Stressresilienz	Stationäres Setting, Gruppentherapiesetting, Psychotherapie, Suchttherapie, Entspannungsverfahren, BORA, Training sozialer Kompetenzen, ADL
	d3: Kommunikation	erschwerter Kommunikation durch Einengung auf den Substanzgebrauch	Psychotherapie, Suchttherapie, BORA, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Belastungserprobungen, Angehörigenarbeit
	d7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Interpersonelle Interaktionen leiden unter der Substanzkonsumstörung: Substanzgebrauchsstörung ist eine Beziehungsstörung	Psychotherapie, Suchttherapie, BORA, Bewegungstherapie, Soziales Kompetenztraining, Angehörigenarbeit

	d9: Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung fortschreitende Vernachlässigung von Freizeitgestaltung, Hobbys und Interessen	durch Psychotherapie, Suchtherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie, angeleitete Gruppenfreizeit, aktive Kontakte zu Selbsthilfe, Vereinen, Kirchengemeinde, Seelsorge
Umweltfak- toren	e3: Unterstützungen und Beziehungen	Beziehungsstörungen in Partnerschaft und erweiterter Familie, im Freundeskreis und beruflich	Angehörigenarbeit: Paargespräche, Angehörigenseminare, Kontakte zum Arbeitgeber, BORA, Besuch von Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zur Suchtberatungsstelle

3.7.2.2 Pflegerische Rehabilitationsdiagnostik

Die Pflegerische Rehabilitationsdiagnostik in der Fachklinik Klosterwald beginnt mit dem Tag der stationären Aufnahme des Rehabilitanden, begleitet den gesamten Therapieprozess und wird kontinuierlich mit verschiedenen Instrumenten durchgeführt.

Zur Eingangsdiagnostik gehören:

- Atemalkoholkontrolle
- Drogenscreening
- Erhebung der Vitalparameter, Gewicht, Größe und ggf. Bauchumfang
- Erhebung von Risikofaktoren (Allergien, Kostformen, Unterstützungsbedarf)
- Dokumentation der mitgebrachten Medikamente
- Pflegeplanung
- Protokollerstellung (z. B. Sturzprotokoll)

Nach der ärztlichen Aufnahme schließt die pflegerische Rehabilitationsdiagnostik bei Aufnahme mit der Ausarbeitung der ärztlichen Anordnungen aus der Patientenkurve ab.

Die Durchführung der pflegerischen Rehabilitationsverlaufsdagnostik erfolgt in enger Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst der Fachklinik Klosterwald. Kontinuierlich werden überprüft:

- Atemalkoholkontrolle
- Drogenscreening
- Erhebung der Vitalparameter, Gewicht, Größe und ggf. Bauchumfang
- Anpassung der Protokolle und daraus folgend der Maßnahmen

Alle erhobenen Parameter der pflegerischen Rehabilitationsdiagnostik werden EDV-gestützt erfasst und dokumentiert. Dadurch ist gewährleistet, dass alle am individuellen Therapieprozess des Rehabilitanden beteiligten Berufsgruppen die notwendigen Informationen erhalten. Diese Daten fließen in die regelmäßig stattfindenden Visiten und Fallkonferenzen ein, und erlauben die Anpassung der individuellen Behandlungsplanung.

3.7.2.3 Medizinische Rehabilitationsdiagnostik

Die medizinische Rehabilitationsdiagnostik beginnt bereits prästationär mit der Sichtung der vorliegenden medizinischen Unterlagen. Am Tag der Aufnahme des Rehabilitanden erfolgt die medizinische Aufnahmeuntersuchung.

Erhebungen im Rahmen der medizinischen Aufnahmeuntersuchung:

- aktuelle Beschwerden des Rehabilitanden
- rehabilitationsrelevante Erkrankungen
- medizinische Risikofaktoren
- Unfälle oder Arbeitsunfälle in der Vergangenheit
- durchgeführte Diagnostik
- rehabilitationsrelevante Befunde und Diagnosen aus vorangegangenen Gutachten/Krankenunterlagen
- bisherige Behandler des Rehabilitanden (Hausärzte, Fachärzte, Suchtberatungsstelle, Institutsambulanzen, stationäre Einrichtungen, etc.)
- Medikamente bei Aufnahme
- Aktuelle vegetative Anamnese
- Aktueller Status der Arbeitsfähigkeit
- Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in Beruf und kurz vor der Aufnahmesituation
- Erhebung des Kerndatensatzes „medizinischer Teil“
- Aufnahmeuntersuchung allgemein ärztlich, neurologisch, psychiatrisch mit jeweiliger Erstellung eines Untersuchungsbefundes
- Blutdruck und Pulsmonitoring
- Feststellung des BMI
- Aufnahmelabor
- bei Bedarf EKG

Im Ergebnis der medizinischen Eingangsuntersuchung, die unter den oben beschriebenen Rahmenbedingungen stattfindet, um sozialmedizinischen Fragestellungen zu genügen, wird ein differenziertes Anforderungs- und Fähigkeitsprofil aus sozialmedizinischer Sicht erstellt und den Fallkonferenz in der Aufnahmephase vorgestellt.

Die Erstellung der Rehabilitationsdiagnosen erfolgt anhand der ICD-10. Alle Angaben werden EDV-gestützt dokumentiert und sind somit allen am individuellen Therapieprozess des Rehabilitanden beteiligten Berufsgruppen zugänglich.

Zusätzliche medizinische Untersuchungen erfolgen in Abhängigkeit vom individuellen Behandlungsbedarf des Rehabilitanden. Im Rahmen von Kooperationsbeziehungen

sind Konsultationen externer Fachärzte (Internist, Augenarzt, Dermatologe, Neurologe, HNO-Arzt, Orthopäde, Gynäkologe) und von Fachzahnärzten möglich. Weiterführende Diagnostik, wie Sonografie, Gastroskopie, Spirometrie, Langzeit- und Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, können durchgeführt werden.

Alle erhobenen Parameter der medizinischen Rehabilitationsdiagnostik werden EDV-gestützt erfasst, fortlaufend dokumentiert und validiert. Diese Daten werden in die regelmäßig stattfindenden Visiten und Fallkonferenzen berücksichtigt und erlauben die Anpassung der individuellen Behandlungsplanung.

Im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung werden die Ergebnisse der ärztlichen Behandlung in der sozialmedizinischen Epikrise am Ende der Rehabilitation berücksichtigt. Ebenso werden dazu die Erhebungen und Verlaufsdocumentationen sowie Ergebnisdokumentationen anderer Fachdisziplinen wie beispielsweise Gruppentherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie und Arbeitstherapie herangezogen, sodass, diese Maßnahmen nicht einzig der Versorgung und Therapie des Rehabilitanden dienen, sondern auch einer gutachterlichen Bewertung.

3.7.2.4 Psychotherapeutische/sozialtherapeutische Rehabilitationsdiagnostik

Auch die psychotherapeutische/sozialtherapeutische Rehabilitationsdiagnostik beginnt bereits prästationär. Die Sichtung der vorliegenden Unterlagen gibt einen ersten Eindruck über den medizinischen und sozialen Status des Rehabilitanden. Außerdem können psychische Beeinträchtigungen und ggf. therapeutische Vorerfahrungen ersichtlich werden.

Spätestens am 2. Tag nach Aufnahme des Rehabilitanden erfolgt die Erhebung des psychotherapeutischen Erstkontaktes.

3.7.2.4.1. Differenzierte Indikationsstellung

Durch konkretes Erfragen von Beschwerden und Problemlagen, durch das Erfassen szenischer Informationen sowie der Reflexion von Gegenübertragung und Übertragungsvorläufern wird der Frage der differenzierten Indikation nachgegangen, mit dem Ziel einer am klinischen Erscheinungsbild adaptierten Integration in eine Bezugsgruppe.

Die Kriterien des OPD Moduls für Abhängigkeitserkrankungen (OPD-2, Modul Abhängigkeitserkrankungen, 2013), welche das Konsumverhalten unter der Frage beurteilen, ob selbiges vor allem der Aufrechterhaltung eines neurotischen Gleichgewichtes bzw. der Kompensation struktureller Defizite oder der Kompensation der Folgeerscheinungen des Konsums vorrangig dient und wie weit die Aneignung der Erkrankung beim Rehabilitanden vorangeschritten ist, stellen eine zentrale Größe dar. Der Erfassung des Schweregrades der Abhängigkeitserkrankung, der Verselbstständigung und der Aneignung derselben wird dabei besonderes Augenmerk zuteil. Wie bereits erwähnt, überdeckt eine anschwellende Verselbstständigung der Erkrankung und deren Folgen die psychischen Ausgangsbedingungen zunehmend, was entsprechend den Therapiefokus zunächst auf die Bearbeitung und Behandlung nämlicher Folgeerscheinungen zentriert. Darüber hinaus wird der Grad der Aneignung der Erkrankung beurteilt, deren unterschiedliche Stadien einen Indikator für die Änderungsmotivation des Rehabilitanden darstellt, welcher ebenfalls den Fokus der Therapie bestimmt.

Besonderes Ausgenmerkt wird ebenfalls auf die Prüfung von Suizidalität, die Beurteilung des Strukturniveaus und die Frage nach komorbiden psychischen Störungen gelegt.

Überdies sind aber auch die Zusammensetzung der Bezugsgruppe zum Zeitpunkt des Therapieantritts, die Person des Bezugstherapeuten, klinische Erfahrung, die Dynamik der Gruppe des therapeutischen Teams u. a. von entscheidender Bedeutung für die differenzierte Indikationsstellung in der Fachklinik Klosterwald.

Diese Daten werden in einer Fallkonferenz vorgetragen und bilden gemeinsam mit den Erhebungen anderer Bereiche (Medizin, Arbeitstherapie, Sozialarbeit) die Grundlage für die Therapieplanung und –steuerung.

3.7.2.4.2 Eingangsdiagnostik

Im Rahmen der psychotherapeutischen/sozialtherapeutischen Aufnahmeuntersuchung werden ausführliche Suchtmittelanamnesen und Sozialanamnesen einschließlich psychischer, sozialer und berufliche Problemlagen erhoben. Außerdem werden Komponenten der ICF erfasst. Die subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und der Teilhabe im Beruf und Alltag, sowie die persönlichen Stärken des Rehabilitanden werden erhoben.

Des Weiteren werden die Daten des psychotherapeutischen Ersteindrucks vertieft exploriert. Psychometrische Testverfahren kommen ebenfalls zum Einsatz.

Beispielsweise wird das Persönlichkeitsstil und Störungsinventar (PSSI) (1997), welches ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert, von jedem Pateinten beantwortet.

Bei Auffälligkeiten im Bereich der Kognition werden die folgenden Tests durchgeführt: Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT) (1995) misst das allgemeine verbale Intelligenzniveau objektiv und weitgehend unabhängig von psychischen Störungen. Der Syndrom Kurztest (SKT) (1996) ermöglicht die Quantifizierung von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und erlaubt Aussagen hinsichtlich des Vorliegens eines hirngorganischen Psychosyndroms.

Der Benton (1994) ist ein Testverfahren zur Überprüfung des unmittelbaren Behaltens von visuell räumlichen Stimuli. Er eignet sich zur Erfassung und Abschätzung von erworbenen Hirnschädigungen und dementiellen Erkrankungen.

Im weiteren Verlauf der Aufnahme- und Diagnostikphase in der Fachklinik Klosterwald erhebt der Bezugstherapeut die biografische Anamnese und erstellt je nach Fachkunde eine psychodynamische Hypothese bzw. eine Verhaltensanalyse des Rehabilitanden.

Die Psychotherapeutische/sozialtherapeutische Eingangsdiagnostik endet mit der Formulierung der individuellen Therapieziele auf der Grundlage der Diagnostik, die gemeinsam mit dem Patienten erfolgt.

3.7.2.4.3 Verlaufsdiagnostik

Auf die Aufnahme- und Diagnostikphase folgt die Bezugsgruppenphase und damit der Beginn der Therapiearbeitsphase.

In diesem Abschnitt des Therapieprozesses arbeiten die Rehabilitanden an ihren Therapiezielen. Hier erfolgt die Integration in Indikationsgruppen und andere indikative

Angebote. Der Schwerpunkt der beruflichen Rehabilitation findet ebenfalls in diesem Abschnitt der Behandlung statt.

Die Bezugstherapeuten prüfen stetig den Therapieverlauf im Rahmen der wöchentlichen Einzelgespräche und der Reflexion der Gruppensitzungen.

Darüber hinaus finden regelmäßige Fallkonferenzen, Intervention zu Einzelfällen oder spezifischen Gruppenkonstellationen sowie die Chefarztvisiten statt, in denen individuelle Therapieprozesse kritisch diskutiert und Therapieziele ggf. angepasst werden.

In diesen Gremien werden auch etwaig notwendige weiterführende diagnostische Verfahren angeordnet, wie beispielsweise psychotherapeutische Konsile.

Die psychotherapeutische/sozialtherapeutische Verlaufsdagnostik ist ein stetiger, den Therapieprozess begleitender Faktor der Rehabilitation in der Fachklinik Klosterwald.

3.7.2.4.4 Abschlussbefundung

Im Rahmen des Abschlussgespräches mit dem Bezugstherapeuten werden der Therapieprozess kritisch reflektiert, die psychische Stabilität des Rehabilitanden exploriert und nochmals die Erreichung der individuellen Therapieziele besprochen.

Dabei können Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden und der Einschätzung des Therapeuten auftreten, die gemeinsam reflektiert werden.

Abschließend findet eine Bestandsaufnahme der Planung nachgehender Leistungen, wie beispielsweise der ambulanten Nachsorge, statt.

3.7.2.5 Arbeitstherapeutische Rehabilitationsdiagnostik

Die arbeitstherapeutische Aufnahmeuntersuchung dient der Erhebung einer ausführlichen Arbeits-Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Erfassung der beruflichen Problemlagen. Aus diesen Daten, dem klaren Manual von BORA folgend, leitet der Arbeitstherapeut die BORA-Zielgruppe für den jeweiligen Rehabilitanden ab.

Im Speziellen erfasst der Arbeitstherapeut neben dem beruflichen Werdegang des Rehabilitanden, eine genaue Beschreibung dessen Arbeitsplatzes bzw. dessen letzten Arbeitsplatzes, sowie den Umfang der letzten beruflichen Tätigkeit. Darüber hinaus werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten zwölf Monaten einschließlich der Erhebung der bedingenden Diagnose bzw. Diagnosen erhoben.

Zur Komplettierung der diagnostischen Daten wird vor dem Gespräch mit dem Rehabilitanden der hausinterne Fragebogen zu Bildung und Erwerb ausgehändigt und in der später folgenden Aufnahmeuntersuchung gemeinsam durchgegangen.

Die arbeitstherapeutische Aufnahmeuntersuchung wird durch die Ergo- und Arbeitstherapeuten in Form von Einzelgesprächen durchgeführt, die individuell und EDV-gestützt vereinbart werden.

Während der Aufnahme- und Diagnostikphase erhebt der Arbeitstherapeut die folgenden berufsbezogenen und arbeitsplatzbezogenen Daten des Rehabilitanden:

- Erhebung der Arbeits- und Berufsanamnese
- Erfassung der Arbeitssituation des Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation

Auf der Grundlage von Fallkonferenzen im interdisziplinären Kompetenzteam, in welchen die Ergebnisse der sozialmedizinischen Diagnostik und psychotherapeutischen Einschätzung zu den Erhebungen des Arbeitstherapeuten einfließen, werden die zu verfolgenden individuellen Feinziele besprochen und im Hinblick auf die Einleitung von weiteren Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration beurteilt. Auf der Grundlage des BORA-Manuals wird in diesem Rahmen die BORA-Zielgruppe geprüft und abschließend festgelegt.

Die Ergo- und Arbeitstherapeuten verfügen über jahrelange Erfahrung in der Erstellung von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen. Ein individuell konzipierter Einschätzungsbogens ist u. a. dafür entwickelt worden (siehe Anhang, S.157). Die standardisierte Erhebung der Fähigkeiten und Anforderungen von Rehabilitanden erfolgt in der Fachklinik Klosterwald mit Hilfe des Verfahrens HAMED II, welches zur Ermittlung und Darstellung von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen zur Eingliederung Leistungsabhängiger und Menschen mit Behinderung dient. Dieses Verfahren wird von geschulten Mitarbeitern der Arbeitstherapie durchgeführt.

Die Anwendung eines standardisierten Verfahrens ermöglicht insbesondere die Verwendung der Daten zu Vergleichszwecken mit anderen Rehabilitationseinrichtungen und den Gebrauch derselben von Therapeuten außerhalb der Fachklinik Klosterwald.

Vor dem Hintergrund der Zusammenschau der Daten über die berufliche Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden mit dem Ziel der beruflichen Reintegration kann im Zusammenhang mit der Erfassung der individuellen Bedarfe eine vertiefte Messung von Fähigkeiten der beruflichen Leistungsfähigkeit notwendig sein. Eine entsprechende Anweisung zur Durchführung einer solchen Messung erteilt der Bezugsarzt dem Arbeitstherapeuten. Der Arbeitstherapeut plant und führt diese Messung unter Zuhilfenahme entsprechender Assessments durch und dokumentiert die Ergebnisse. In der Fachklinik Klosterwald kommt zu diesem Zweck insbesondere das standardisierte Verfahren IDA zum Einsatz.

Alle erhobenen Parameter der arbeitstherapeutischen Rehabilitationsdiagnostik werden EDV-gestützt erfasst und dokumentiert. Diese Daten fließen in die regelmäßig stattfindenden Visiten und Fallkonferenzen ein und erlauben die Anpassung der individuellen Behandlungsplanung. Die Ergebnisse der beruflichen Rehabilitation sind wesentlicher Bestandteil bei der Bewertung der Erwerbsprognose des Rehabilitanden in der sozialmedizinischen Epikrise am Ende der Rehabilitation.

Für eine ausführliche Darstellung der Umsetzung von BORA in der Fachklinik Klosterwald verweisen wir auf unser gesondertes, bereits vorliegendes BORA-Konzept (Stand 9/2023).

3.7.2.6 Sozialdienstliche Rehabilitationsdiagnostik

Die Erhebung der Basisdokumentation mittels EDV erfolgt innerhalb der ersten stationären Woche der Therapie.

Sie umfasst folgende Punkte:

Beschreibung der Erhebung der Basisdokumentation (Bado)

- vorliegende rechtliche Betreuung: wenn ja, Kontaktaufnahme zum entsprechenden Betreuer und Betreuungsurkunde anfordern, anschließend Ergänzung der Aufgabengebiete
- Soziodemografische Erhebung
 - Wohnform
 - Schulden
 - Pflege/Grad der Behinderung (GdB)

Beschreibung der Erfassung sozialer Problemlagen

- in Dokumentation bei Aufnahme hinterlegt:
 - z. B. prekäres Arbeitsverhältnis, ohne festen Wohnsitz, drohende Haft, Einrichten eines Patientenkontos, Beantragung von Leistungen im Rahmen von Übergangsgeld oder Bürgergeld
- Erfassen der Stammdaten (Sozialdaten, Kontaktdaten etc.): beruflicher Stand/Perspektive feststellbar und im Verlauf zu entwickeln
- zusätzlich durch angelegte/abgespeicherte Dokumente nachvollziehbar

Einbeziehung der Rehabilitanden im Rahmen der Aufnahmephase

- Erfragen des Rehabilitanden, ob Aufenthaltsbescheinigungen notwendig sind
- Anforderung von Leistungsbescheiden oder notwendiger Unterlagen
- Sozialdienstvorstellung in Aufnahmewoche 1

3.7.2.7 Rehabilitationsdiagnostiken der Sport- und Bewegungstherapie

Die körperliche Leistungsfähigkeit und die Belastbarkeit der Rehabilitanden wird im Rahmen einer Eingangsdiagnostik während der Aufnahme- und Diagnostikphase in der Fachklinik Klosterwald erfasst.

Im Rahmen von zwei Therapieeinheiten werden koordinative und konditionelle Fähigkeiten, Stand- und Gangsicherheit, sowie Werfen und Fangen beurteilt. Dabei wird auf sensomotorischer, sozioemotionaler und kognitiver Ebene gearbeitet. Ebenso spielen Kontaktaufnahme, Kennenlernen, Beobachten und Integrieren eine Rolle.

Danach erfolgt eine Unterteilung in drei Leistungsklassen:

- Bewegungstherapie eins - Rehabilitanden ohne relevante konditionelle und koordinative Einschränkungen
- Bewegungstherapie zwei - Rehabilitanden mit leichten konditionellen und koordinativen Einschränkungen
- Bewegungstherapie drei (Hockergymnastik) - Rehabilitanden mit erheblichen konditionellen und/oder koordinativen Einschränkungen, Gleichgewichtsstörungen, Gangunsicherheiten, medizinische Indikation (z. B. bei Leberzirrhose)

Ein Wechsel zwischen den unterschiedlichen Bewegungsgruppen ist in Abhängigkeit der Therapiefortschrittes möglich.

3.7.3 Medizinische Behandlung

Nach der bereits am Aufnahmetag durchgeführten Aufnahmeuntersuchung (siehe 3.7.2.3) verbleiben die Rehabilitanden bis zur Entlassung im Bezugsarztsystem. Dies bedeutet, dass alle Rehabilitanden einer Bezugsgruppe von demselben Arzt betreut werden.

In das Bezugsarztsystem sind alle Ärzte der Fachklinik Klosterwald einbezogen. Zu den Aufgaben gehören nach der medizinischen Eingangsdiagnostik, die medizinische Betreuung, die Festlegung weiterer diagnostischer Maßnahmen, die medikamentöse Behandlungsplanung, die Anordnung physikalischer Behandlungen, die Anordnung apparativer Diagnostik, die Veranlassung konsiliarischer Untersuchung sowie die Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. Für spezielle medizinische Fragestellungen stehen externe Kooperationspartner zur Verfügung. Bei interkurrenten Erkrankungen sind wir prinzipiell bemüht, den Rehabilitationsprozess nach Möglichkeit gar nicht oder so kurz als möglich zu unterbrechen.

Ärztliche Leitung

Die ärztliche Leitung der medizinischen Abteilung hat der Chefarzt der Fachklinik Klosterwald. Der Chefarzt ist zudem Teil der Dienststellenleitung und trägt somit die Verantwortung für die medizinische und therapeutische Behandlung. Er führt regelmäßig Chefarztvisiten durch und leitet die interne Supervision und Fallbesprechungen.

Wöchentlich erfolgen durch den Chefarzt geleitete sozialmedizinische Fallkonferenzen, an denen alle Ärzte der Einrichtung teilnehmen. Neben Diskussion ausgewählter Patientenfälle erfolgt in diesem Rahmen die Festlegung der abschließenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vor Entlassung.

Visiten-, Sprechstunden- und Vertretungsregelung

Alle Bezugsärzte bieten wochentägliche Sprechstunden an. Bei akuten Beschwerden außerhalb der Sprechzeiten erfolgt die Anmeldung über den Pflegedienst. Visiten erfolgen regelmäßig entsprechend eines festgelegten Rhythmus. Die Vertretung der Ärzte untereinander ist in einem Vertretungsplan geregelt.

Rufbereitschaften

Für die Einrichtung besteht eine ärztliche Rufbereitschaft. Somit ist eine fortlaufende ärztliche Versorgung gewährleistet. Bei Bedarf erfolgt die Hinzuziehung externer medizinischer Dienste. Durch Kooperation mit einem örtlichen Taxiunternehmen kann eine ständige Fahrbereitschaft bereitgestellt werden, um ggf. Patienten in einer örtlichen Notfallaufnahme vorzustellen, sofern keine Inanspruchnahme eines Notarztes erforderlich ist.

Psychoedukation und Ernährungsberatung

Zum medizinischen Ansatz gehört die Anleitung zu gesundheitsbewusstem Verhalten, die Aufklärung über Suchtentwicklung und Suchtfolgen sowie die angemessene Handhabung funktioneller und psychosomatischer Beschwerden. Im Rahmen der Aufnahme- und Diagnostikphase bieten erfahrene Fachärzte dazu wöchentlich Vorträge an. Die Beratung zur Ernährung und deren Optimierung erfolgt über die Diätassistentin der Fachklinik nach Initiierung durch die medizinische Sprechstunde.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die fachärztliche medizinische Behandlung wird unterstützt durch die Gesundheits- und Krankenpfleger. Die Pflege (z. B. die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, Ausgabe von Medikamenten oder das Anlegen von Verbänden), die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings und der Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit gehören u. a. zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. Bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen wirken die Gesundheits- und Krankenpfleger umfassend mit. Die Medikamentenausgabe wird vom Pflegeteam nach ärztlicher Anordnung durchgeführt.

Jeder Arzt nimmt an den wöchentlichen Besprechungen des Behandlungsteams teil. Die Dokumentation erfolgt EDV-gestützt fortlaufend in der elektronischen Patientenakte.

Externe Kooperationen

Aufgrund der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen unterhalten wir enge Kooperationsbeziehungen zu ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen. Die internistische Mitbetreuung ist durch die Innere Abteilung des Asklepios Fachklinikums Stadtroda gewährleistet. Einmal wöchentlich können dort, nach Anmeldung, internistische Konsiliaruntersuchungen durchgeführt werden. Die Auswertung der EKG-Ableitungen erfolgt ebenfalls dort. Im Rahmen einer erweiterten Diagnostik kann auch die dort vorhandene apparative Diagnostik (Sonografie, Langzeit-RR, Langzeit-EKG) genutzt werden.

Bei akuten interkurrenten Erkrankungen, welche die Rehabilitationsfähigkeit nicht gefährden, können ambulante Vorstellungen in augenärztlichen, HNO-ärztlichen, dermatologischen, orthopädischen, chirurgischen, urologischen, gynäkologischen und fachzahnärztlichen Praxen vermittelt werden. Gewachsene Kooperationsbeziehungen bestehen neben dem Asklepios Fachklinikum Stadtroda auch zu den Waldkliniken Eisenberg (Innere Abteilung, Unfallchirurgie, Orthopädie), zum SRH Waldklinikum Gera und zum Universitätsklinikum Jena, welche sich in unmittelbarer Nähe zur Fachklinik Klosterwald befinden.

3.7.4 Psychotherapeutische und Suchttherapeutische Gruppen- und Einzelgespräche

Die Wirksamkeit einer stationären Gruppenpsychotherapie entspricht der Wirksamkeit einer stationären Einzelpsychotherapie. Der Einfluss eines spezifischen Therapiesettings, eingebettet in ein komplexes, multiprofessionelles, stationäres Therapieangebot auf den individuellen Erfolg oder Misserfolg einer Therapie, ist jedoch methodisch nicht klar differenzierbar (Pöhlmann et al., 2006, zit. n. Haubl, in Strauß u. Mattke, 2018).

Daher bildet das psychoanalytisch integrative Modell (Janssen u. Sachs, 2018) das Fundament des psychotherapeutischen/therapeutischen Verständnisses und der psychotherapeutischen Herangehensweise der Fachklinik Klosterwald.

In diesem Modell wird die gesamte Klinik als Setting betrachtet, in welchem die Rehabilitanden ihre pathologischen Objektbeziehungsmuster reinszenieren. Das multipersonale Beziehungsfeld der Klinik dient als Projektionsfläche, auf welcher die pathologischen Selbst- und Objektrepräsentanzen der Rehabilitanden externalisiert werden und sich in verschiedenen gestalteten Formen wiederholen. Dadurch kann ein Rehabilitand beispielsweise die Übertragung verfolgender und idealisierter Qualitäten gespaltener Objektbeziehungsrepräsentanzen auf verschiedene Mitarbeiter verteilen. Somit ist die Übertragung nicht allein auf den Übertragungsraum der Bezugsgruppe

und des Bezugstherapeuten begrenzt. Dies kann insbesondere hilfreich sein, wenn es gilt, die positiv besetzten Selbst- und Objektrepräsentanzen vor den negativ besetzten zu schützen und dennoch einen Integrationsraum zur Verfügung zu haben, der beide Qualitäten toleriert. Möglich wird dies, weil der interdisziplinäre Austausch in der Fachklinik Klosterwald es erlaubt, derartig aufgespaltene Übertragungen im Team sichtbar zu machen und zu integrieren. Dadurch wird dem Rehabilitanden geholfen, sich dieser Übertragungen bewusst zu werden und sich mit dem Team als integriertes Ganzes zu identifizieren. Das unterstützt ihn dabei, neue Beziehungsmuster mit Hilfe des haltgebenden Systems bestehend aus Bezugsgruppe und Bezugstherapeut mit den Angeboten von Gruppentherapie und Einzelgespräch in Kombination zu entwickeln.

Der Realraum des Settings Klinik erlaubt wiederum, dass Grenzen gesetzt werden, die uneingeschränktes Agieren verhindern sowie Struktur und Halt geben.

Den Rehabilitanden werden in der Fachklinik Klosterwald psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie sowie tiefenpsychologisch orientierte Suchttherapie in Gruppen- und Einzelgesprächen geboten.

Darüber hinaus bieten wir verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie sowie verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in Gruppen- und Einzelgesprächen an.

Die schulenspezifische Gruppentherapie und Einzeltherapie finden wöchentlich für jeden Rehabilitanden beginnend mit der Aufnahme- und Diagnostikphase statt.

Jeder Bezugstherapeut führt sowohl die Gruppentherapien als auch die Einzeltherapie durch.

Dabei arbeiten die Suchtherapeuten unter Supervision der approbierten Psychotherapeuten einschließlich des Leitenden Therapeuten.

Die Fachteams der Fachklinik Klosterwald sind entsprechend organisiert. Jeweils zwei Psychotherapeuten, die sich vertreten können, bilden die fachliche Teamleitung eines Teams, bestehend aus Psychotherapeuten und Suchttherapeuten einer Fachklinik bzw. vertieften Weiterbildung. Die fachliche Gesamtleitung der Gruppen- und Einzeltherapien obliegt dem Leitenden Therapeuten.

Therapeutische Leitung

Die therapeutische Leitung der Abteilung Therapie hat der Leitende Therapeut der Fachklinik Klosterwald. Er ist außerdem Teil der Dienststellenleitung und entsprechend verantwortlich und weisungsbefugt. Gemeinsam mit dem Chefarzt führt er regelmäßig Chefarztvisiten durch und leitet die interne Supervision und Fallbesprechungen.

Wöchentlich erfolgen durch den Leitenden Therapeuten geleitete therapeutischen Fallkonferenzen, an denen alle Bezugstherapeuten der Einrichtung teilnehmen. In diesem Rahmen werden ausgewählter Patientenfälle diskutiert und Vorschläge für eine individuelle Therapieplanung erarbeitet.

3.7.4.1 Das Bezugsgruppensystem der Fachklinik Klosterwald

Nach Abschluss der Aufnahme und Diagnostikphase werden die Rehabilitanden in ihre Bezugsgruppen integriert, in denen gemäß der jeweiligen Fachklinik bzw. Qualifizierung der Bezugstherapeuten Therapie angeboten wird.

Die Frage nach der Indikationsstellung für eine Bezugsgruppe wurde bereits ausführlich dargestellt (vgl. 3.2.3, 3.5, 3.7.2.4.1.1).

In der Bezugsgruppe findet die Arbeitsphase des Therapieprozesses statt. Die Rehabilitanden arbeiten an den in der Aufnahme- und Diagnostikphase entwickelten individuellen Rehabilitationszielen. Die Konzeption folgt dem psychoanalytisch integrativen Ansatz, der einerseits die Klinik als Großgruppe bzw. Setting in die Einzelbehandlung einbezieht, sodass jedes interpersonelle Erleben unter gruppen- und psychodynamischen Aspekt verstanden wird. Darüber hinaus bedeutet dies, dass die unterschiedlichen Therapiemaßnahmen integrativ angeboten werden und entsprechend wirken können.

Zusätzlich zur Bezugsgruppe sind die Rehabilitanden in Indikationsgruppen integriert. Diese können einerseits fachkundlich mit der jeweiligen Bezugsgruppe verschränkt sein. Andererseits ist die Teilnahme an einer Indikationsgruppe mit fachlich komplementärer Ausrichtung zur Bezugsgruppe möglich und gewünscht. Damit wird beispielsweise gewährleistet, dass Rehabilitanden, die in ihrer Bezugsgruppe ein psychodynamisches Psychotherapieangebot haben, an einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Indikationsgruppe teilnehmen können.

Außerdem finden während der Bezugsgruppenphase die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gemäß des BORA-Konzeptes der Fachklinik Klosterwald statt.

3.7.4.2 Allgemeine Wirkfaktoren in Gruppen

Nach MacKenzie (2005) können folgende allgemeine Wirkfaktoren in Gruppen aufgeführt werden (zit. n. Strauß & Mattke 2018):

Supportivität

Die Zugehörigkeit zur Gruppe vermittelt das Gefühl, Teil einer Gemeinschaft zu sein. Altruismus und Hoffnung auf Veränderung werden erlebbar, Kohäsion kann spürbar werden.

Selbstöffnung und Katharsis

Persönlich bedeutsames inneres und äußeres Erleben kann ausgedrückt und kommuniziert werden. Es entsteht eine emotionale Beteiligung an dem, was in der Gruppe ausgedrückt wird.

Interpersonelles Lernen

Die Gruppe bietet Möglichkeiten zu wechselseitigen Lernerfahrungen. Darunter fällt auch die Erfahrung einer kooperativen Arbeitshaltung, das Einhalten sozialer Regeln und gegenseitiger Respekt.

Psychologische Arbeit

Hierunter werden verfahrensspezifische Methoden verstanden, die zum Ziel haben, im Gruppenprozess verfahrensspezifische Veränderungsdynamiken zu initiieren und zu vertiefen.

Mattke (Strauß & Mattke, 2018) macht deutlich, was unter verfahrensspezifischen Gruppentherapien zu verstehen ist und wie sie sich unterscheiden. Durch eine spezifische Behandlungstechnik, z. B. psychodynamische oder verhaltenstherapeutische Techniken und eine entsprechende spezifische therapeutische Haltung werden unter einer dann schulenspezifischen Nutzung der allgemeinen Wirkfaktoren, spezielle Wirkmechanismen in Gang gesetzt.

3.7.4.3 Psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie

Psychodynamische Gruppentherapien zielen darauf ab, dass durch die Verwendung von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandskonstellationen dysfunktionale Objektbeziehungsmuster reinszeniert werden, um diese bewusst zu machen und durcharbeiten, mit dem Ziel, neue funktionale Beziehungserfahrungen zu machen und diese zu verinnerlichen (Strauß & Mattke, 2018).

Dabei kommen drei grundlegende Interventionstechniken zum Einsatz:

- Klarifikation
- Konfrontation
- Deutung oder Antwort

Bevor die Rehabilitanden in ihre Bezugsgruppe integriert werden, erfolgen im Rahmen der ersten Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten vorbereitende Gespräche für die bevorstehende Gruppentherapie. In diesen Gesprächen werden die Rehabilitanden ausführlich über die Behandlung und ihre Diagnosen aufgeklärt. Außerdem werden die Rahmenbedingungen der Gruppentherapie besprochen, so dass der Rehabilitand weiß, wie er sich in der Gruppe verhalten soll, zu welchem Zweck dieses Verhalten dient und was die Aufgabe des Bezugstherapeuten und seine ist. Dies beinhaltet unter anderem, dass der Rehabilitand über die Minimalstrukturierung und die Grundregel der freien Interaktion informiert wird.

Minimalstrukturierung

Von Seiten des Bezugstherapeuten erfolgen im Rahmen der Gruppentherapie keine Verhaltensregulierung oder inhaltliche Vorgaben im Hinblick auf die interpersonellen Interaktionen. Einzige Grenzen sind die Zumutbarkeit und die Bedingung der Interaktion durch Sprache (Heigel-Evers et al. 1994, zit. n. Bilitza 2008; Heigel-Ever & Heigel, 1975, zit. n. Elzer und Gerlach 2019). Damit werden regressive Prozesse gefördert.

Die Minimalstrukturierung findet ihren Widerhall in der Haltung und der Aufgabe des Bezugstherapeuten und der Grundregel der freien Interaktion.

Grundregel der freien Interaktion

Diese Grundregel bezieht sich auf die Aufgaben der Gruppenteilnehmer, d. h. der Rehabilitanden der entsprechenden Bezugsgruppe. Deren Aufgabe ist es, ihre Gedanken zu sich und zu den Interaktionen mit anderen freimütig zu äußern. Dies können Gedanken, Vorstellungen, Fantasien, Gefühle, Träume und bestimmte Szenen aus dem Hier und Jetzt aber auch aus der Vergangenheit sein (Janssen & Sachs, 2018). Eine Formulierung dieser Grundregel könnte lauten: „Versuchen Sie möglichst zu sagen, was immer Ihnen in den Sinn kommt, auch wenn Sie glauben, das sei vielleicht unpassend oder gehöre nicht in die Gruppe.“ (Streeck & Leichsenring, 2009).

Aufgabe des Gruppenleiters/Bezugstherapeuten

Die Aufgabe des Gruppenleiters besteht vor allem darin, den Gruppenprozess zu begleiten, zu kommentieren. Dabei setzt er die Techniken Klarifikation, Konfrontation und Deutung/Antwort ein. Außerdem ist es seine Aufgabe drauf zu achten, dass die Rahmenbedingungen der Gruppe eingehalten werden (Janssen & Sachs, 2018)

Im Folgenden werden zunächst grundlegende Konstrukte psychodynamischer Gruppentherapie kurz erläutert, bevor die darauf fußenden Angebote der Fachklinik Klosterwald vorgestellt werden.

3.7.4.3.1 Grundlegende Konstrukte psychodynamischer Gruppentherapie

Die Gruppe als Ganzes – Gruppenanalyse

W.R. Bion (1971) entwickelte aus den Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch kranken Soldaten das Konzept der Gruppenanalyse (zit. n. Janssen & Sachs, 2018).

In dieser Konzeption wird die Gruppe als Ganzes bzw. als Einheit verstanden, die in Beziehung zum Gruppenleiter tritt. Außerdem wird in der Gruppe zwischen zwei Strukturebenen unterschieden. Die Arbeitsgruppe umfasst jene Ebene die realitätsorientiert ist, Aufgaben erledigt und Ich-bestimmt wird. Die Ebene der Grundannahmen, repräsentiert die unbewussten Übertragungswünsche der Gruppe auf den Gruppenleiter. Diese Übertragungswünsche sind Wiederholungen früher Selbst-Objekt-Relationen, welche im Kontext der Gruppe reinszeniert werden. Dabei handelt es sich um orale und narzisstische Wünsche und Bedürfnisse der einzelnen Gruppenmitglieder, die in der Übertragung auf die Gruppe und dem Gruppenleiter zum Ausdruck kommen.

Am Beginn zeigen sich die Wünsche nach Abhängigkeit von einem versorgenden Objekt. Da diese vom Gruppenleiter nicht erfüllt werden, kommt es zum Kampf gegen und Flucht vor dem Gruppenleiter. Der Gruppenleiter ist dann der Feind, dem aggressiv begegnet wird. Dem folgt die Gruppe der Paarbildung, was mit dem Bedürfnis verbunden ist, einen Erlöser zu (er)zeugen der die erlebten Konflikte lösen soll.

Die Aufgabe des Gruppenleiters ist die Arbeitsgruppenebene zu halten. Er wird also die regressiven Gruppenphänomene, die zur Abwehr von Ängsten dienen, deuten und damit bewusst machen.

Die gruppenanalytische Psychotherapie – Matrix einer Gruppe

Foulkes (1974) entwickelte das Konzept der Matrix einer Gruppe. Darunter verstand er das Netzwerk von interpersonalen, intrapsychischen und transpersonalen Beziehungen und Übertragungen der Individuen einer Gruppe. Die Gruppenmatrix ist nicht von Beginn an vorhanden, sondern entsteht erst im Verlauf des Gruppenprozesses. Dadurch war es ihm möglich, den Einzelnen als Teil der Gruppe und in seiner individuellen Entwicklung betrachten zu können. In die Gruppentherapie wurde so auch eine soziale Dimension eingeführt. Der Einzelne wurde nicht allein durch seine individuelle Entwicklungsgeschichte bestimmt betrachtet, sondern auch durch die Einflüsse der sozialen Umwelt der Gruppe (Scheid-Gerlach in Elzer & Gerlach, 2019).

Aus der Perspektive, dass die prägenden familiären Erfahrungen als gruppale internalisierte Objektbeziehungen betrachtet werden können, werden diese auch als soziale Inszenierungen in der Gruppensituation wiederholt. Die Therapie besteht in der Analyse der Gruppenmatrix bzw. der unbewussten Kommunikationsprozesse d. h. in der Aufdeckung der familiären, interkulturellen und aktuellen Beziehungs- und Übertragungsebenen (Janssen & Sachs, 2018).

Insbesondere die Erweiterung der klassisch psychoanalytischen bipersonalen Übertragungsszene zu einer multipersonalen Übertragung in der Gruppe, ist durch das Konzept der Gruppenmatrix möglich.

Das Göttinger Modell

Dieses Konzept psychoanalytischer Gruppenpsychotherapie basiert insbesondere auf den Arbeiten von Heigel-Evers & Heigel (1973). Die Erkenntnis, dass die klassische Psychoanalyse nicht für alle Patienten und Patientengruppen geeignet war, beeinflusste die Entwicklung einer differenzierteren Herangehensweise auf der Grundlage psychoanalytischer Theorie und Therapie. Vor allem die Behandlung von psychiatrischen Patienten mit überwiegend interpersonellen Störungen betraf diese Einschränkung (Streeck & Leichsenring, 2009).

Das Göttinger Modell unterscheidet drei Ebenen der Gruppe, auf welche der Gruppenleiter mit unterschiedlichen Methoden fokussieren kann (Janssen & Sachs, 2018).

• **Ebenen**

- Ebene der manifesten Aktion: Verhaltensregulierung der Gruppenmitglieder über Normen
- Ebene der latenten Aktion: unbewusste gemeinsame soziale Abwehrmanöver und Übernahme von soziodynamischen Funktionen
- Ebene der unbewussten Fantasien: Erleben der Gruppe als Entität über gemeinsame unbewusste Fantasien.

Entsprechend dieser drei Ebenen werden drei verschiedene Methoden der Gruppenpsychotherapie differenziert.

• **Methoden**

- Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie:
Diese Methode fokussiert auf die Ebene I. Es geht also um die Arbeit an den manifesten Aktionen und dem dazugehörigen Rollenverständnis. Besonders strukturell gestörte Patienten, die ein Setting und eine Struktur benötigen, welche die Regression eindämmt, profitieren von dieser Methode. Dies betrifft Rehabilitanden mit einem hohen Grad der Schwere und Verselbstständigung des Abhängigkeitssyndroms bei geringem Grad der Aneignung.
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:
Diese Methode fokussiert, insbesondere auf die Ebene II und partiell auf die Ebene III. Hier geht es um die Arbeit an den unbewussten Konflikten in der Gruppeninteraktion. Ein regressionsförderndes und gleichermaßen begrenzendes Setting ist hilfreich. Für Rehabilitanden bei denen die Arbeit an den unbewussten Ursachen der Erkrankung im Vordergrund steht, ist diese Herangehensweise besonders geeignet.
- Analytische Gruppenpsychotherapie:
Diese Methode fokussiert auf die Ebene III. Die Arbeit an Übertragungsprozessen und unbewussten Gruppenfantasien stehen hier im Vordergrund.

3.7.4.3.2 Psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald

Das Angebot für psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald basiert auf den unter 3.7.4.3 dargelegten Grundlagen.

Ausgehend vom psychoanalytisch integrativen Verständnis (siehe 3.7.4) wird in der Gruppenpsychotherapie und in der Einzelpsychotherapie an der unbewussten Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und/oder der strukturellen Defizite mit Hilfe der Betrachtung von Übertragung, Gegenübertragung, Widerstandsarbeit und/oder mit Hilfe von interpersonellen/interaktionellen Techniken gearbeitet.

In der Gruppenarbeit in halbgeschlossenen Gruppen sind die Prozesse der manifesten Interaktionen, der unbewussten Übertragung- und Gegenübertragung und die Betrachtung der Gruppe als Ganzes Ausgangspunkte und Foki der therapeutischen Arbeit. Minimalstrukturierung und die grundlegenden Interventionstechniken Klarifikation, Konfrontation, Deutung oder Antwort stellen zentrale Merkmale des Rahmens dar.

Die Gruppe bildet dabei den engeren szenischen Rahmen, in welchem die Rehabilitanden ihre unbewussten pathologischen Objektbeziehungsmuster externalisieren und aktualisieren. Auf Beziehungsstörungen und interpersonelle Schwierigkeiten wird innerhalb der Gruppe durch Interventionen des Therapeuten und den übrigen Rehabilitanden der Gruppe reagiert. Dies fördert das Bewusstmachen auch nichtsprachlicher Verhaltensweisen und setzt einen Reflexionsprozess in Gang. Die Aufdeckung jener unbewussten Psychodynamik und die Nutzung des Gruppensetting sowie des Einzelsetting als Reflexions- und Erfahrungsraum für die Entwicklung funktionalerer Varianten der Selbst- und Beziehungsregulation bilden den Kern der therapeutischen Veränderungsdynamik.

Dabei wird insbesondere in der Gruppenarbeit die Gruppe als Ganzes als auch die Analyse der Gruppenmatrix fokussiert. Im sozialen Mikrokosmos Gruppe können auf der Basis interpersoneller Beziehungen korrigierende Erfahrungen gemacht werden (Strauß & Mattke, 2018).

Die Einzeltherapie ist als fokale Therapie definiert. Begrenzte regressive Prozesse werden therapeutisch genutzt. Klarifikation, Konfrontation, Deutung und Durcharbeiten sind die Techniken der Wahl, begleitet von einer stetigen Widerstandsarbeit. Dazu kommen supportive Techniken, Techniken im Sinne eines Hilfs-Ichs.

Eine weitere Technik, die zum Einsatz kommen kann, ist die ressourcenorientierte Vorgehensweise und die Erlebnisaktivierung (Grawe, et. al., 2001), bei der ebenfalls Übertragungsprozesse aktiviert und gedeutet werden können.

3.7.4.3.3 Tiefenpsychologisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (siehe 3.7.4.3.1) kommt in der tiefenpsychologisch orientierten Suchttherapie im Gruppen als auch im Einzelsetting zum Einsatz.

Die Grundannahmen dieser Methode Respekt, Präsenz und Akzeptanz (Heigl-Evers & Ott, 2002) bilden die Basis der therapeutischen Herangehensweise. Minimalstrukturierung, die Grundregeln der freien Interaktion sowie die Techniken Klarifikation, Konfrontation und Antwort sind die Grundlagen des therapeutischen

Handels. Außerdem kommen Interventionen im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion und supportive Techniken zum Einsatz.

Dem psychoanalytisch-integrativen Verständnis folgend, wird die gesamte Klinik als Übungsrealität verstanden (Diekmann & Albertini, 2009).

Das Alkoholabhängigkeitssyndrom wird als Ausdruck eines unbewussten destruktiven Bewältigungsversuchs von Beziehungsstörungen zu Anderen oder zum Selbst verstanden. Sucht ist das Ergebnis gescheiterter Kompensation und verstärkt die Spirale aus psychischem, physischem und sozialem Elend (Krystal & Raskin, 1983; Burian, 2003).

Es geht also um die Arbeit an den manifesten Aktionen und dem dazugehörigen Rollenverständnis. Besonders strukturell gestörte Rehabilitanden, die ein Setting und eine Struktur benötigen, welche die Regression eindämmt, profitieren von dieser Methode. Dies betrifft Rehabilitanden mit einem hohen Grad der Schwere und Verselbstständigung des Abhängigkeitssyndroms bei geringem Grad der Aneignung.

3.7.4.4 Verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie

Die Verhaltenstherapie ist eine wissenschaftlich fundierte Form der Psychotherapie, basierend auf psychologischen Lerntheorien, zur Behandlung verschiedener psychischer Störungen und psychosomatischer Erkrankungen und damit auch der Substanzkonsumstörungen.

Geschichtlich entwickelte sich die Verhaltenstherapie aus der Schule des Behaviorismus in den 50iger Jahren des 20. Jahrhunderts, in der das beobachtbare Verhalten in den Mittelpunkt gestellt wurde.

Die Verhaltenstherapie verfügt heute über ein weites Spektrum von Methoden und Techniken (mehr als 50 verhaltenstherapeutische Einzelverfahren).

In der Verhaltenstherapie werden die Beschwerden des Rehabilitanden nicht als Ausdruck einer zugrundeliegenden Störung (vs. tiefenpsychologisches und medizinisches Krankheitsmodell) betrachtet, sondern als problematische Verhaltensweisen, deren Bedingungen verstanden und verändert werden müssen.

Dementsprechend geht man davon aus, dass die Therapie auf die Veränderung der das Verhalten steuernden Bedingungen abzielen muss (Hiller, Leibing, Leichsenring, Sulz, 2010). Dabei werden aber auch frühere Erfahrungen berücksichtigt, um die aktuelle Problemstellung zu erfassen.

Bedingungen

- Prädispositionierende
- Auslösende
- Aufrechterhaltende

In der Verhaltenstherapie geht es darum, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.

3.7.4.4.1 Grundprinzipien der Verhaltenstherapie

Zu den Grundprinzipien der Verhaltenstherapie zählen die Kontinuitätsannahme, die Lerntheorie und die Verhaltensbeobachtung (Hiller, Leibing, Leichsenring, Sulz, 2010; A. Batra et. al., 2012).

Kontinuitätsannahme

Ein bestimmtes Verhalten wird nicht allein durch sein Auftreten beurteilt, sondern es wird beobachtet und beurteilt unter der Berücksichtigung definierter Variablen.

Diese sind:

- Häufigkeit des Verhaltens
- Intensität des Verhaltens
- Umstände unter denen das Verhalten auftritt

Lerntheorie

Der lerntheoretische Ansatz wurde bereits ausführlich im Abschnitt „Theoretische Grundlagen“ beschrieben.

Im Kontext der Therapie und vor allem mit Bezug auf die Veränderbarkeit von Verhalten ist die Grundannahme der Lerntheorie von Bedeutung. Diese besagt, dass jedes Verhalten erlernt wurde und somit auch wieder verlernt werden kann.

Verhaltensbeobachtung

Das Prinzip der Verhaltensbeobachtung ist vor allem im Sinne des methodologischen Behaviorismus das wichtigste Prinzip therapeutische Veränderungen erfassbar und evaluierbar zu machen.

3.7.4.4.2 Verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald

Die verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald folgt den Grundprinzipien der Verhaltenstherapie Richtlinienverfahrens. Ziel der verhaltenstherapeutischen Verfahren ist die Symptomreduktion und damit die Verminderung der dysfunktionalen Reaktionen sowie der Aufbau alternativer, funktionaler Verhaltensweisen und deren Stabilisierung.

Indiziert für den Bereich Verhaltenstherapie sind demnach Rehabilitanden, bei welchen dysfunktionale Copingstrategien in Bezug auf ihr Abhängigkeitssyndrom im Vordergrund stehen. Diese könnten sein dysfunktionales Denken, Fühlen, Erleben und Handeln als Ursache für die Aufrechterhaltung des pathologischen Konsumverhaltens (P. Fiedler, 1999).

In den Gruppen- und Einzeltherapien geht es um die Förderung von Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeit und die Erarbeitung neuer Denk- und Verhaltensweisen.

Die Gruppentherapie findet der Bezugsgruppe statt, die im halbgeschlossenen Setting organisiert ist. Der Bezugstherapeut, der die wöchentlichen Einzelgespräche mit den Rehabilitanden der Bezugsgruppe führt, ist auch gleichermaßen der Gruppentherapeut der Bezugsgruppe.

Die Diagnostik erfolgt mittels Eigen- und Fremdanamnese, Differenzialdiagnostik bezüglich komorbider Störungen, Verhaltensbeobachtung und Verhaltensanalyse.

Alle klassischen Interventionstechniken der Verhaltenstherapie kommen sowohl im Gruppen- wie auch im Einzelsetting zum Einsatz. Im Einzelnen sind das Psychoedukation, Motivational Interviewing, Ablehnungstraining, Modelllernen, Problemlösetraining (z. B. Skilltraining), operante Verfahren (positive und negative Verstärkung, Shaping, Prompting, Beschränkung, in sensu Konfrontation, angeleitete in vivo Konfrontation (Cue-Exposure), Erstellen eines Notfallplans, Verhaltens- und Situationsanalyse/SORCK-Modell, Ressourcenaktivierung, Rollenspiele, kognitive Umstrukturierung, Selbstkontrollverfahren (Hilfe zur Selbsthilfe),

Entspannungsverfahren, Systematische Desensibilisierung, Selbstsicherheitstraining, problemorientiertes Arbeiten (J. Margraf und S. Schneider, 2018).

3.7.4.4.3 Verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald

Die verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald hat einen sozialtherapeutischen, pädagogischen, beratenden und unterstützenden Ansatz. Der Schweregrad und der Grad der Verselbstständigung der Substanzkonsumstörung der Rehabilitanden dieser Gruppe sind i. d. R. hoch, der Grad der Aneignung eher gering ausgeprägt. Die psycho-sozialen Folgen der Substanzkonsumstörung bilden den Behandlungsfokus dieser Rehabilitanden. Schwerpunkt der Behandlung ist somit einerseits die Beratung und Aufklärung über das Krankheitsbild im Rahmen einer sozialpädagogisch-verhaltenstherapeutischen Herangehensweise. Andererseits werden die Rehabilitanden bei der Bewältigung sozialer Problemlagen/Teilhabestörungen unterstützt.

Entsprechend dazu ist dieses Gruppen- und Einzelsetting indiziert für Patienten, bei denen insbesondere psychosoziale Folgen der Substanzkonsumstörung im Vordergrund stehen, wie z. B. Obdachlosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, Überschuldung, sowie kognitive Einschränkungen.

In halbgeschlossenen Gruppen und in der Einzeltherapie kommen vor allem Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung und Biographiearbeit (Miller & Rollnick, 2004) sowie Sozialberatung und -unterstützung zum Einsatz. Darüber hinaus werden Rehabilitanden im Sinne einer Hilfeplanung bei der Bewältigung von individuellen psychosozialen Problemlagen unterstützt. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Kliniksozialdienst, externen Dienstleistern, wie Jobcentern, der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe, der Schuldnerberatung sowie Betreuungs- und Bewährungshilfe und der Eingliederungshilfe ist dabei unumgänglich. Hauptaufgabe ist die therapeutische Begleitung der Rehabilitanden bei der Entwicklung einer abstinenzstärkenden Alltagsstruktur.

Die Gruppen- und Einzelarbeit basiert auf den Phasen des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung nach J. O. Prochaska und C.C. Di Clemente (1986). In der Phase der Absichtsbildung werden der Weg in die Sucht und die Kriterien der Abhängigkeit (ICD-10-GM, 2000) genutzt, um Diskrepanzen aufzudecken. In der Phase der Vorbereitung wird über die Auseinandersetzung mit dem Gewinn und Verlust des Konsums, eine Entscheidung zur Veränderung getroffen (Körkel, GK Quest Akademie 2009). Vom Zaudern zum Handeln (Schneider, 2013) beschreibt die Phase der Handlung. Soziales Kompetenztraining, Expositions- und Rollenspiele (Hinsch & Pfingsten, 2007) werden dazu hilfreich eingesetzt.

Ein weiterer wichtiger Themenschwerpunkt ist die Rückfallprophylaxe mit der Erarbeitung von Risiko- und Schutzfaktoren (Körkel & Schindler, 2003).

Zusätzlich erhalten die Rehabilitanden dieser Bezugsgruppen Kognitives Training und Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).

3.7.4.5 Psychoedukation/Psychoedukative Gruppenangebote

Psychoedukation ist ein essentieller Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Bezugsgruppen und Indikationsgruppen. Der Bezugs- oder Indikationsgruppentherapeut vermittelt den Rehabilitanden aktiv Wissen über die Merkmale (Symptome), die Ursachen und die Behandlungsmöglichkeiten des

Abhängigkeitssyndroms aber auch anderer psychischer Erkrankungen, die komorbid diagnostiziert wurden. Ziel ist, die Rehabilitanden dabei zu unterstützen, ihre Erkrankung besser verstehen und angemessen mit ihr umgehen zu können.

Während der Aufnahme- und Diagnostikphase werden allen Rehabilitanden psychoedukative Angebote zuteil.

Aber auch in der Angehörigenarbeit spielt Psychoedukation eine wichtige Rolle. Insbesondere im Rahmen von Angehörigenseminaren aber auch bei Angehörigengesprächen wird Wissen über die Erkrankung des Rehabilitanden an Angehörige vermittelt.

3.7.4.6 Indikationsgruppen

Im Gegensatz zum Bezugsgruppensystem der Fachklinik Klosterwald, welches Rehabilitanden zentriert ist, sind die Indikationsgruppen themenzentriert. Die Indikationsgruppe kann mit der jeweiligen psychotherapeutischen Fachklinik der Bezugsgruppe verschränkt sein oder ihr komplementär gegenüberstehen. Die Teilnahme von Rehabilitanden an mindestens einer Indikationsgruppe ist fester Bestandteil des Therapierahmens. Die Entscheidung, an welcher Indikationsgruppe der jeweilige Rehabilitand teilnimmt, hängt von den individuellen Therapiezielen ab und wird immer mit dem Rehabilitanden geplant und beschlossen.

Tabelle 2: Organisatorische Einbindung der Indikationsgruppen in der Fachklinik Klosterwald

Psychodynamische Indikationsgruppen	Verhaltenstherapeutische Indikationsgruppen
Musiktherapie	Soziale Kompetenz
Kreativtherapie	

Darüber hinaus bieten wir weitere Indikationsgruppen und ergänzende indikative Gruppenangebote an.

Die ergänzenden indikativen Gruppenangebote finden im Gegensatz zu den Indikationsgruppen nicht ausschließlich in einer festen Gruppenstruktur statt. Außerdem folgen diese Gruppen keinem festen zeitlichen Rhythmus, sondern können bedarfsweise geplant und durchgeführt werden.

Weitere Indikationsgruppen

Tabakentwöhnung
 Kognitives Training
 Autogenes Training
 Tiergestützte Therapie
 Sinnfragen
 Gemeinsames Kochen gruppenübergreifend

Indikative Gruppenangebote

Gemeinsames Singen
 Gemeinsames Kochen in der Bezugsgruppe

3.7.4.6.1 Psychodynamische Indikationsgruppen

Musiktherapie

- Inhaltliches Konzept: Förderung der Selbstwahrnehmung, der Wahrnehmungserweiterung und Wahrnehmungsdifferenzierung; Förderung des Selbstausdrucks; Wahrnehmen und Beschreiben von Gedanken, Körperwahrnehmungen, Stimmungen und Gefühlen; Lernen, eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen und durchzusetzen, Anregung von sozialen Interaktionen in der Gruppe zum Trainieren der Eigen- und Fremdwahrnehmung; Psychomotorische Aktivierung; Anregung kreativer Gestaltungsfreude; Handlungsformen: Instrumentalimprovisation mit Orffschen oder ähnlich leicht spielbaren Instrumenten sowie Regulative Musiktherapie (Wahrnehmungstraining mit klassischer Musik).
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine offene Gruppe.
- Indikation: Rehabilitanden mit Einschränkungen in der: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Beziehungsfähigkeit, Einschränkungen in der Affektwahrnehmung, Rehabilitanden mit interpersonellen Defiziten.
- Kontraindikation: Rehabilitanden mit massiven kognitiven Einschränkungen, Demenzen und psychotischem Erleben.

Kreativtherapie

- Inhaltliches Konzept: Die Kreativtherapie wird in der Fachklinik Klosterwald, insbesondere in Form von Maltherapie, in der psychodynamisch arbeitenden Bezugsgruppen angeboten.
Im Vordergrund stehen dabei die symbolische Bedeutung, die verwendeten Materialien (Farben, andere) und der Malprozess. Hergestellt werden entweder Gruppen- oder Einzelbilder, die entweder von den der gesamten Gruppe gemeinsam oder den Rehabilitanden der Gruppe einzeln gestaltet werden.
In der auf eine Maltherapie folgenden Gruppenpsychotherapiesitzung werden die Bilder gemeinsam besprochen und gedeutet. Die Gestaltungsthemen hängen von der jeweiligen Gruppendynamik ab.
- Indikation: Rehabilitanden der psychodynamischen Therapiegruppen.
- Kontraindikation: Akutes psychotisches Erleben, schwere dissoziative Zustände, schweres Agieren.
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe.

3.7.4.6.2 Verhaltenstherapeutische Indikationsgruppen

Soziale Kompetenz

- Inhaltliches Konzept: Ziele der Indikationsgruppe bestehen darin, Selbstsicherheit, Abgrenzungsfähigkeit, kommunikative Fähigkeiten und Problemlösekompetenzen zu fördern. Sie richtet sich vorrangig an Personen mit selbstunsicheren und abhängigen Persönlichkeitsanteilen. Schwerpunkte sind unter anderem die Erarbeitung selbstsicheren Verhaltens in Abgrenzung zu selbstunsicheren und aggressiven Verhaltensweisen und erste Versuche zur Umsetzung im Rollenspiel, weiterhin die Wahrnehmung und das Ausdrücken von Gefühlen und das Vier-Ebenen-Modell der Kommunikation.
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine offene Gruppe.
- Indikation: Für selbstunsichere Personen mit Abgrenzungsdefiziten und geringem Selbstwertgefühl ist diese Indikationsgruppe besonders geeignet.

- Kontraindikationen: Antisoziale Persönlichkeitsstruktur oder Persönlichkeitsstörung

3.7.4.6.3 Weitere Indikationsgruppen

Tabakentwöhnung

- Inhaltliches Konzept: Das verhaltenstherapeutische Behandlungskonzept dieser Indikationsgruppe zielt auf die Beratung und Aufklärung der Gefahren des Tabakkonsums, der Motivation und konkreten Hilfestellung zur Tabakabstinenz. Der Aufbau orientiert sich am evaluierten Leitfaden: „Ja, ich werde rauchfrei“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Auflage 10.100.02.20).
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe mit aufeinander aufbauenden Themenkomplexen.
- Indikation: Rehabilitanden mit Motivation zur Tabakentwöhnung, Rehabilitanden mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. COPD, chronisches Asthma bronchiale), auf ärztliche Verordnung.
- Kontraindikation: fehlende Compliance.

Kognitives Training

- Inhaltliches Konzept: Ein sozial-kommunikatives Training kognitiver Funktionen zur Verbesserung der Konzentration, der Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung, des Denkens, der Sprache und aller Gedächtnisfunktionen. Die Übungen sind eingebettet in ein spezielles autonomiezentriertes pädagogisches Konzept, das ein stressfreies und denkförderndes Vorgehen ermöglicht und ebenso interessante Sachverhalte aus der erlebbaren Umwelt beinhaltet. Das Training in der Gruppe fördert soziale Kontakte, die Kommunikationsfähigkeit und erhöht durch Erfolgserlebnisse das Selbstwertgefühl und das Selbstbild des Patienten (Stengel & Ladner-Merz, 2019).
- Gruppenstruktur: offene Gruppe.
- Indikation: Patienten mit neuropsychologischen Einschränkungen.
- Kontraindikation: erhebliche Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit, Beeinträchtigung der elementaren Wahrnehmungsfähigkeit, keine ausreichende Gruppenfähigkeit, deutliche Einschränkungen in den Kulturtechniken.

Autogenes Training

- Inhaltliches Konzept: Anliegen der Indikationsgruppe ist es, die Patienten durch die Einführung in die Grundstufe des autogenen Trainings, mit der Methode bekannt zu machen und sie zum selbstständigen Trainieren zu motivieren.
- Indikation: Alle Patienten, die motiviert sind eine Entspannungsmethode zu erlernen und/oder Probleme im Bereich der Eigenwahrnehmung haben und keine Kontra-Indikation aufweisen
- Kontraindikation: psychotische Erkrankungen, Demenzen, posttraumatische Belastungsstörung
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe.

Tiergestützte Therapie

- Inhaltliches Konzept: Die Behandlung findet auf der Grundlage des sensomotorisch-perzeptiven, motorisch-funktionellen und psychisch-funktionellen Ansatzes unter Einbeziehung von Tieren statt. Dabei soll der Einsatz des Tieres die Zielsetzung der Behandlung durch den Bewegungsdialog, das Beziehungsangebot und den unmittelbaren Erfahrungsraum unterstützen sowie andere Behandlungsmethoden ergänzen. Die Schwerpunkte liegen hier in den Bereichen Sensorik, Motorik, Wahrnehmung, Beziehungsgestaltung und Verhalten. Erlernen von sozialen Spielregeln, Erlernen von angemessenen Konfliktlösungsstrategien, Aufbau von Beziehungen und Vertrauen in der triadischen Beziehungsstruktur im therapeutischen, individuellen Bereich, Interaktion zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern sind dabei die Schwerpunkte.
Außerdem ist der Abbau von Angst und die Entwicklung von Vertrauen, die Förderung der Konzentration, Förderung von Selbsteinschätzung und Selbstwirksamkeit sowie Aufbau von Motivation und Mut Inhalte der Gruppe. Des Weiteren zählen Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, die Förderung des Raum-Lage-Empfindens und von Rhythmus sowie Balance zu den Inhalten.
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe.
- Indikation: Insbesondere Rehabilitanden mit interpersonellen Defiziten, Defiziten in der Selbst- und Beziehungsregulation, Angststörungen, Entwicklungsstörungen, affektive Störungen.
- Kontraindikation: massiv eingeschränkte Mobilität, Infektionserkrankungen, Allergien gegen Tierhaare oder Speichel.

Sinnfragen

- Inhaltliches Konzept: Spirituelles Angebot zur Beschäftigung mit Sinnfragen des Lebens vor dem Hintergrund der Substanzkonsumstörung, Erleben von Spiritualität als Ressource.
- Gruppenstruktur: Bei dieser Indikationsgruppe handelt es sich um eine offene Gruppe.
- Indikation: Die Suche nach Seelsorge und Auseinandersetzung mit Spiritualität.
- Kontraindikation: keine.

Gemeinsames Kochen gruppenübergreifend

- Inhaltliches Konzept: Unter Anleitung der Diätassistentin bereiten die Rehabilitanden einer Bezugsgruppe in der barrierefrei ausgestatteten Lehrküche eine ausgewogene Mahlzeit zu. Dieses Gruppenangebot dient neben der Motivation sich ausgewogen und gesund zu ernähren, auch der Förderung der Fähigkeiten in Beziehung zu treten.
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe.
- Indikation: alle Rehabilitanden.
- Kontraindikation: keine.

3.7.4.7 Indikative Gruppenangebote

Gemeinsames Singen

- Inhaltliches Konzept: Ein zusätzliches Angebot der Musiktherapie, das im Rahmen des Therapieplans von Gruppentherapeuten gezielt angefordert

werden kann. Ziel dieses Gruppenangebotes ist es sich auf Ungewohntes einlassen zu können, Singen als Selbstausdruck zu erfahren und Gefühle zuzulassen.

- Gruppenstruktur: Bei diesem Angebot handelt es sich um eine offene Gruppe.
- Indikation: alle Rehabilitanden.
- Kontraindikation: keine.

Gemeinsames Kochen in der Bezugsgruppe

- Inhaltliches Konzept: Unter Anleitung der Diätassistentin bereiten die Rehabilitanden einer Bezugsgruppe in der barrierefrei ausgestatteten Lehrküche eine ausgewogene Mittagsmahlzeit zu. Dieses Gruppenangebot dient neben der Motivation sich ausgewogen und gesund zu ernähren, auch der Förderung der Entwicklung von Gruppenkohäsion.
- Gruppenstruktur: Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe.
- Indikation: alle Rehabilitanden.
- Kontraindikation: keine.

3.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Teilhabe zu ermöglichen oder wieder zu ermöglichen ist ein zentrales Ziel der Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Klosterwald.

Teilhabe bedeutet aber auch den damit verbundenen Anforderungen nachkommen zu können. Die Erwartungen, die eine moderne Arbeitswelt an die Rehabilitanden stellt, wie hohe Flexibilität in Bezug auf Zeit und Ort, Arbeits- bzw. Termindruck, Bereitschaft und Fähigkeit zum lebenslangen Lernen- und Weiterbilden, Zeitarbeit um nur einige zu nennen, sind eben auch Einstiegshürden und Belastungen für Rehabilitanden, die unter einem Substanzkonsumstörung leiden, die Ängste auslösen und die Abstinenzbemühungen der Rehabilitanden gefährden. Die Ermöglichung der Teilhabe allein reicht also nicht aus diese auch in der Zeit nach der Therapie umsetzen zu können.

Daher gehören ebenfalls die Analyse der individuellen erwerbsbezogenen Problemlagen und die Vorbereitung und Unterstützung der Rehabilitanden auf die Anforderungen der modernen Arbeitswelt, um den Transfer in die Zeit nach der Therapie zu ermöglichen, zu den zentralen Zielen der beruflichen Rehabilitation in der Fachklinik Klosterwald.

Das Konzept der Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), welches darauf fußt, den Zusammenhang zwischen den jeweiligen Problemlagen und dem bestehenden Arbeitsverhältnis oder dem angestrebten Arbeitsplatze herzustellen, ist für die Herangehensweise in der Fachklinik Klosterwald eine optimale Grundlage.

Mit dem Ziel der (Re-)Integration des Rehabilitanden in das Berufsleben, wird dieser Bezug zur Arbeit über den gesamten Behandlungsverlauf aufrechterhalten. Demzufolge werden dem Rehabilitanden im Rahmen des suchtspezifischen Behandlungsangebotes der Fachklinik Klosterwald, die Inanspruchnahme verschiedener erwerbsbezogener Interventionen ermöglicht. Diese dienen vor allem

der Anregung zur Auseinandersetzung mit dem subjektiven beruflichen Verhalten sowie den individuellen Bewertungen und Erlebensprozessen.

Wie eingangs schon erwähnt gründet die diagnostische Beurteilung unserer Rehabilitanden nicht allein auf der Basis der standardisierten Kriterien des ICD, sondern auch auf der ICF. Gemäß diesen Einschätzungen sind die Förderung positiver Aktivitäten einschließlich der Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe und der Teilhabe am Arbeitsleben als wichtige Faktoren zu betrachten, welche die Reduktion der Symptomatik fördern und zur Stabilisierung der Rehabilitanden führen können. Damit tragen sie zur Stärkung des physischen und psychischen Wohlbefindens sowie zur Erreichung des originären Rehabilitationsgedanken bei.

3.7.5.1 BORA-Zielgruppen

Die Bestimmung der BORA Zielgruppe ermöglicht die Ableitung der individuellen Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung für die arbeitsbezogene Rehabilitation im Kontext der arbeitsbezogenen Interventionen der Fachklinik Klosterwald.

Folgende BORA-Zielgruppen werden abgeleitet:

BORA-Zielgruppe 1

Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.

- Empfehlung
 - keine spezifischen berufsbezogenen Behandlungsangebote erforderlich.

BORA-Zielgruppe 2

Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.

- Empfehlung
 - Diagnostik: eine spezifische Erfassung und wo immer möglich eine Verbesserung der individuellen berufsbezogenen Problemlage, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern.
 - Maßnahmen: insbesondere Leistungen aus den Bereichen Problembewältigung am Arbeitsplatz, interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Arbeitstherapie und Ergotherapie.

BORA-Zielgruppe 3

Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I). Auch Erwerbstätige, die während einer Krankschreibung arbeitslos werden (zum Beispiel befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag). Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, zwar noch einen Arbeitsplatz haben, aber ALG I oder Bürgergeld beziehen.

- Empfehlung
 - Diagnostik: systematische Erfassung und wo immer möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse, um sie möglichst dauerhaft in dem Erwerbsleben wiederinzugliedern.

- Maßnahmen: insbesondere Leistungen aus den Bereichen Umgang mit Ängsten und Konflikten, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Assessment- und Fallmanagementverfahren und gegebenenfalls Gespräche mit dem Reha-Fachberater sind indiziert

BORA-Zielgruppe 4

Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von Bürgergeld).

- Empfehlung
 - Diagnostik: systematische Erfassung und wo immer möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse, um wieder eine Eingliederung in das Erwerbsleben zu fördern.
 - Maßnahmen: Leistungen der Zielgruppe BORA 3 und Therapieangebote wie Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation, interne Belastungserprobung und Einleitung weitergehender Maßnahmen (zum Beispiel Adaption) kommen in Frage.

BORA-Zielgruppe 5

Nicht-erwerbstätige Rehabilitanden, die bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner

- Empfehlung
 - Diagnostik: systematische Erfassung und gezielte Förderung der individuellen beruflichen Neigungen und Potentiale
 - Maßnahmen: Je nach Unterstützungsbedarf werden die therapeutischen Leistungen angeboten, die auch für Rehabilitanden der Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 vorgehalten werden.

3.7.5.2 Hauptbereiche der arbeitsbezogenen Rehabilitation

Die Angebote der arbeitsbezogenen Rehabilitation in der Fachklinik Klosterwald gliedern sich in zwei Hauptbereiche:

- Bewerbungstraining und/oder Kommunikation mit dem Arbeitgeber
- Arbeitsprojekte

3.7.5.2.1 Hauptbereich Bewerbungstraining und/oder Kommunikation mit dem Arbeitgeber

Zum Hauptbereich Bewerbungstraining und/oder Kommunikation mit dem Arbeitgeber gehören folgende arbeitsbezogene Gruppenangebote der beruflichen Rehabilitation:

PC-Grundkurs

- Inhaltliches Konzept

Die Rehabilitanden haben die Möglichkeit, Grundkenntnisse am PC zu erwerben, aufzufrischen oder auszubauen (Umgang mit dem Betriebssystem Windows, Benutzung von Textverarbeitungs- oder Tabellenkalkulationsprogrammen wie z. B. Word und Excel, Anwendung des Internets).

- Gruppenstruktur
Es handelt es sich um eine offene Gruppe.
- Indikation
Alle Rehabilitanden, insbesondere der BORA-Zielgruppen 3 und 4
- Kontraindikation
Keine

Bewerbungstraining

- Inhaltliches Konzept
Die Inhalte des Bewerbungstrainings sind das Erstellen einer Bewerbungsmappe auf der Grundlage aktuell erwarteter Formate und Stile. Dazu gehören ein Lebenslauf und eine Bildungs- und Erwerbsbiografie, ein Anschreiben mit Verweisen auf Zeugnisse und Empfehlungen sowie ein Bewerbungsfoto. Bewerbungsnotwendige Dokumente, wie Zeugnisse usw. werden digitalisiert und in einer professionellen Form angeordnet. Außerdem werden die Rehabilitanden im Anfertigen von Kurzbewerbungen bzw. Anzeigen und deren digitaler Veröffentlichung und heute gängigen Plattformen im Internet geschult.
- Gruppenstruktur
Es handelt es sich um eine offene Gruppe.
- Indikation
Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 3 und 4
- Kontraindikation
Keine

3.7.5.2.2 Hauptbereich Arbeitsprojekte

Dieser Hauptbereich beinhaltet mehrere Maßnahmen der berufsbezogenen Rehabilitation in der Fachklinik Klosterwald, die insbesondere Arbeitserprobungen darstellen und in Abhängigkeit von den individuellen erwerbsbezogenen Problemlagen und der BORA-Zielgruppe verordnet, geplant und durchgeführt werden.

Alle Rehabilitanden absolvieren ein oder mehrere Arbeitsprojekte im Verlauf ihrer Therapie. Ziel der Arbeitsprojekte ist die Durchführung berufsbezogener Belastungserprobungen. Somit soll einerseits der Wieder- und/oder Neueinstieg in das Berufsleben erleichtert sowie andererseits die berufliche Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden durch Arbeits- und Ergotherapeuten gemessen und beurteilt werden. In der arbeitstherapeutischen Therapieplanung, die auf der erwerbsbezogenen Eingangsdiagnostik fußt, wird entsprechend der BORA-Zielgruppe die Koordination und Organisation der Teilnahme des jeweiligen Rehabilitanden an einem oder mehreren Arbeitsprojekten durchgeführt.

Die aufgrund der beruflichen Problemlagen geplanten beruflichen Belastungserprobungen werden über die organisierte Zeitdauer des jeweiligen Arbeitsprojektes vom fachlich geschulten Personal der Fachklinik Klosterwald

unmittelbar begleitet und beurteilt. Dabei ist die Simulation eines Arbeitstages von bis zu 8 Stunden möglich. Die in den Arbeitsprojekten zu absolvierenden berufsbezogenen Belastungen können individuell angepasst werden. Dies erlaubt ein Austesten von Grenzen, das Überwinden von Ängsten und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und persönlichen Stärken.

In den Arbeitsprojekten wird an folgenden allgemeinen Zielen gearbeitet:

- Überprüfung berufsspezifischer Kompetenzen und Ressourcen
- Überprüfung des körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsvermögens
- Überprüfung von Leistungsbereitschaft und sozialer Anpassungsfähigkeit (Motivation, Pünktlichkeit, Sorgfalt, Teamarbeit und Zuverlässigkeit)
- Erfassung der beruflichen Eingliederungschancen
- Überprüfung von bisherigen Behandlungserfolgen und von neu erworbenen sozialen Kompetenzen
- Prüfung und Training von Konfliktbewältigungsstrategien

Folgende Arbeitsprojekte gehören zum Programm der beruflichen Rehabilitation der Fachklinik Klosterwald:

- Ergotherapie
- Therapiewerkstatt
- Gemeinschaftsdienst Servicebereich
- Patientenkiosk
- Arbeitsplatz in der Hausmeisterei
- Arbeitsplatz in der Hauswirtschaft
- Assistenz bei Vor- und Zubereitung der Mahlzeiten
- Büroarbeitsplatz/ Patientenbibliothek
- Projekt Fahrradverleih
- Projekt Patienteninformation und Koordination von Freizeitangeboten
- Betreuung und Verwaltung der Ausleihe von Sportgeräten und Gesellschaftsspielen
- Berufliche Praktika

Die in der Fachklinik Klosterwald bestehenden teilhabebezogenen Interventionen für die berufliche Rehabilitation werden im gesonderten BORA-Konzept unserer Einrichtung ausführlich dargestellt.

3.7.6 Ergotherapie

Die Gestaltungstherapie ist ein wichtiger Teil des Gesamtkonzeptes und ein Mittel für den Rehabilitanden, sich selbst und seine Welt zu entdecken, um daraus eine Beziehung zwischen Beidem herzustellen. Durch kreative Prozesse können auf der Handlungsebene Lösungswege gefunden werden, die in anschließenden Reflexionsgesprächen verbalisiert werden. Langfristig können zudem Erfahrungen im kreativ-gestalterischen Bereich zu einer Erweiterung sinnvoller Freizeitmöglichkeiten führen. Es stehen verschiedene Materialien, wie Ton, Peddigrohr, Farben und Emaille zur Verfügung. Oft haben die Rehabilitanden wenig Selbstvertrauen und glauben über keinerlei Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfügen. Durch die oben genannten

Therapieelemente kann die persönliche Kreativität erfahren und weiterentwickelt werden. Zugrundeliegende seelische Konflikte werden dem Rehabilitanden emotional erlebbar gemacht und können im Rahmen der Psychotherapie thematisiert werden. Kennzeichnend sind die Erfahrungen, einmal mit dem Material selbst und vor allem die Selbsterfahrung der eigenen Verhaltens- und Leistungsmuster. Diese spiegelt sich in den Rubriken „instrumentelle Grundarbeitsfähigkeiten und sozio-emotionale Grundarbeitsfähigkeiten" wider. Die Gestaltungstherapie wird von den Ergotherapeuten des Hauses durchgeführt.

3.7.7 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Im folgenden Kapitel werden die Angebote der Sport- und Bewegungstherapie sowie die Entspannungsverfahren der Fachklinik Klosterwald dargestellt.

3.7.7.1 Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie

Die Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie der Fachklinik Klosterwald ist eine nach den neuesten fachlichen Gesichtspunkten eingerichtete Abteilung mit allen für eine effektive Therapie notwendigen Ausstattungen.

Sie bietet den Rehabilitanden der Fachklinik Klosterwald die Möglichkeit zur Verbesserung ihres körperlichen und psychischen Befindens sowie zur Prävention möglicher künftiger Störungen. Damit folgt dieses Therapieangebot, unter Anwendung der ICF dem bio-psycho-sozialen Ansatz der WHO, indem der Lebenshintergrund des Rehabilitanden, die umgebungs- und die personenbezogenen Faktoren integriert. Durch die Verbesserung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit leistet die Sport- und Bewegungstherapie einen wichtigen Betrag zur beruflichen Rehabilitation. Die Berücksichtigung der Kontextfaktoren dient der Verbesserung der sozialen Teilhabe.

Feste Bestandteile des Wochentherapieplanes der Fachklinik Klosterwald sind:

Bewegungstherapie

- **Inhaltliches Konzept**
Ziel ist die Förderung einer differenzierten Selbstwahrnehmung und das Erleben eines positiven Körpergefühls, auch unter Bedingungen einer Erkrankung und/oder Behinderung. Belastung und Aktivierung sollen therapeutisch einer unerwünschten, primär auf Schonung bedachten Passivität entgegenwirken. Die Rehabilitanden werden daher grundsätzlich zur aktiven Muskeltätigkeit angeregt. Gleichzeitig muss darauf geachtet werden, dass eine Überlastung und Überaktivierung vermieden wird, um eine Balance von Anspannung und Entspannung zu erreichen. Die Bewegungstherapie in der Gruppe bietet gleichwohl eine gute Möglichkeit des sozialen Lernens. Insbesondere innerhalb der spielorientierten Sport- und Bewegungstherapie, ergeben sich eine Vielzahl von Situationen, in denen die Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten gefördert werden können. Außerdem dient die Bewegungstherapie zur Anregung, Sport als geeignetes Mittel zur Freizeitgestaltung zu entdecken bzw. wieder zu entdecken und diesen, nach Beendigung der Therapiezeit, in seinen Alltag zu integrieren.
- **Gruppenstruktur**
Es handelt sich um eine offene Gruppe mit drei Leistungsstufen.

- Indikation
Alle Rehabilitanden
- Kontraindikation
 - Akute Schmerzen
 - Akuter Schwindel
 - Ausgeprägte Gang- und Standunsicherheit

Wassergymnastik

- Inhaltliches Konzept
Wassergymnastik ist eine Form des Trainings im Wasser, die Ausdauer, Kraft und Koordination fördert, ohne die Gelenke einer hohen Druckbelastung auszusetzen. Durch reduziertes Körpergewicht und steuerbare Belastungsintensität ist sie ein ideales Training bei Beschwerden am Bewegungsapparat, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (mit medizinischer Vor- und Begleituntersuchung), Osteoporose, Rheuma und Asthma sowie für Schwangere, Ältere, Untrainierte und Übergewichtige. Wassergymnastik bietet Spaß und Abwechslung, da es viele verschiedene Übungen gibt, die mit oder ohne Hilfsmittel durchgeführt werden können. Sie kann in flachem oder tiefem Wasser stattfinden, je nach Schwimmfähigkeit und Zielsetzung. In flachem Wasser ist der Auftrieb geringer, aber die Stabilität höher. In tiefem Wasser ist der Auftrieb höher, aber die Stabilität geringer. Wassergymnastik ist für alle Altersgruppen geeignet, da die individuelle Belastung und das Tempo angepasst werden.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe im Bezugsgruppensystem.
- Indikation
 - Haltungsschwächen
 - Muskel- und Bindegewebsschwächen
 - erhöhter Muskeltonus
 - Varikosis
 - Übergewicht
 - Hypotonie
 - Arthrose (insbesondere im Hüft- und Kniebereich)
 - Rheuma (Arthritis außerhalb akuter Schübe)
 - Wirbelsäulensyndrome (Bandscheibenleiden, Verschleißerscheinungen)
 - Osteoporose
- Kontraindikation
 - Infektionserkrankungen
 - offene Wunden oder Entzündungen
 - Blasen- oder Darmschwäche
 - massive Hypertonie
 - Angina Pectoris
 - fehlende Anfallsfreiheit bei Epilepsie
 - Chlorallergie

Folgende Indikativangebote der Sport- und Bewegungstherapie bestehen in der Fachklinik Klosterwald:

Rückenschule

- Inhaltliches Konzept
In der Rückenschule erlernt der Rehabilitand das rückengerechte Liegen, Aufstehen, Sitzen und Stehen, sowie günstige Bewegungsabläufe beim Bücken, Heben, beim Tragen und Absetzen. Lockerungsübungen für den Alltag, Übungen zur Kräftigung der stabilisierenden Muskulatur und entlastende Abstützmechanismen für die Wirbelsäule werden erarbeitet. Die eigene Motivation und vorhandene Bewegungsabsichten werden reflektiert und ein persönliches Fazit zur Rückengesundheit wird gezogen.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe mit maximal 12 Rehabilitanden.
- Indikation
 - nicht-operationsbedürftige Diskopathie
 - Bandscheibenvorwölbungen (Diskus Protrusion) und Bandscheibenvorfälle
 - craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)
 - degenerative Veränderungen der Wirbelsäule
 - Skoliose, Segmentinstabilitäten, Spondylolisthesis
 - Lumbago/Lumbalgie
 - Osteoporose
 - Osteochondrose der Wirbelsäule (Morbus Scheuermann)
 - Rückenschmerzen
 - Spondylose
 - z. T. rheumatische Gelenkerkrankungen
 - präventiv
- Kontraindikation
 - Akute Schmerzen
 - Ösophagusvarizen

Therapeutisches Schwimmen

- Inhaltliches Konzept
Therapeutisches Schwimmen ist ein Therapieverfahren, welches die besonderen Eigenschaften des Wassers nutzt. Unter Einbeziehung des Auftriebs und des Widerstandes ergeben sich zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten.
Grundsätzlich ist Schwimmen das perfekte Ganzkörpertraining und zählt zu den gesündesten Bewegungsformen überhaupt. Im Gegensatz zu anderen Therapieformen, schont diese die Gelenke, trotz hoher Belastung der Muskulatur (Kraft und Ausdauer).
Ebenso kann Unruhe durch Schwimmen besser reguliert werden, denn das Element Wasser hat zudem in der Regel eine beruhigende Wirkung auf Körper und Geist.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe mit maximal 8 Rehabilitanden.
- Indikation
 - Chronische Rückenschmerzen
 - Arthrosen der unteren Extremität
 - Unruhezustände
 - zur Steigerung der Kondition, Koordination

- Kontraindikation
 - Akute Schmerzen
 - offene Wunden
 - Mykosen
 - Chlorallergie

Terraintraining

- Inhaltliches Konzept
Durch das Terraintraining werden primär eine verbesserte Ausdauerleistungsfähigkeit sowie eine Stabilisierung des Immunsystems angestrebt. Ein Absinken der Pulswerte, eine verbesserte Durchblutung des Herzmuskels, eine höhere Sauerstoffaufnahme, eine Vergrößerung des Atemvolumens, eine Verbesserung der Stoffwechselfvorgänge im Körper und eine schnellere Erholungsfähigkeit sind wichtige nachweisbare Ergebnisse einer gesteigerten Ausdauerleistungsfähigkeit.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe.
- Indikation
 - Rehabilitanden mit eingeschränkter Ausdauerleistung
 - Unterstützung der Gewichtsreduktion
 - kardialen Vorerkrankungen
 - Diabetes mellitus
 - affektiven Störungen
- Kontraindikation
 - Rehabilitanden mit eingeschränkter Wegefähigkeit

Nordic Walking

- Inhaltliches Konzept
Durch diese Ausdauersportart, bei dem schnellen Gehen durch den Einsatz von zwei Stöcken im Rhythmus der Schritte unterstützt wird und die Kondition und Koordination gefördert. Zudem handelt es sich um eine Ausgleichssportart, die der Entspannung und Erholung zuträglich ist. Die Bewegung in der freien Natur im Gruppenbezug fördert Wahrnehmung und soziale Interaktionsfähigkeit.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe.
- Indikation
 - Rehabilitanden mit eingeschränkter Ausdauerleistung
 - Unterstützung der Gewichtsreduktion
 - kardiale Vorerkrankungen
 - Diabetes mellitus
 - affektiven Störungen
- Kontraindikation
 - Rehabilitanden mit eingeschränkter Wegefähigkeit

Fitnessstraining

- Inhaltliches Konzept
Das Training umfasst die Erarbeitung eines individuellen Trainingsplanes mit abgestimmten Übungen an verschiedenen Reha-Sport-Geräten.

Ausschlaggebend für die Wahl des Trainings ist die individuelle Ausgangssituation (z. B. Übergewicht, geringe Kondition) und Zielsetzung (z. B. Gewichtsreduktion, Konditionierung) des Rehabilitanden.

- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe.
- Indikation
Alle Rehabilitanden, sofern keine Kontraindikation besteht.
- Kontraindikation
Fortgeschrittene körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen

Fitnessstraining Frauen

- Inhaltliches Konzept
Genderspezifisches Angebot mit gleichem Inhalt wie Fitnessstraining.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe.
- Indikation
Weibliche Rehabilitanden, sofern keine Kontraindikation besteht.
- Kontraindikation
Fortgeschrittene körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen

Aktivgruppe

- Inhaltliches Konzept
Sport- und Bewegungsangebot in der Gruppe zur Aktivierung
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe.
- Indikation
Alle Rehabilitanden, sofern keine Kontraindikation besteht.
- Kontraindikation
Fortgeschrittene körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen

Ausgleichsschwimmen

- Inhaltliches Konzept
Körperliche Konditionierung, Spannungsabbau
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe.
- Indikation
Psychomotorische Unruhe- und Spannungszustände
- Kontraindikation
Keine ausreichende körperliche Belastbarkeit

Koordinationstraining

- Inhaltliches Konzept
Die Bewegungskoordination sichert die Bewältigung bestimmter Anforderungen im Alltag, im Arbeitsprozess und in der Freizeit. Damit ist sie eine wichtige Voraussetzung für die Teilhabe, Lebensbefähigung und Lebensqualität – und das bis ins hohe Alter.
Gut ausgebildete koordinative Fähigkeiten bringen deutliche Vorteile beim motorischen Lernen. Das bedeutet, dass man sich neue Bewegungen und

Techniken (z. B. in einer Sportart) viel einfacher und schneller aneignen kann und die Optimierung dieser Techniken einfacher fällt.

In der Fachklinik Klosterwald ist das Koordinationstraining, insbesondere für körperlich schwächere Patienten mit bereits bestehenden Einschränkungen, geeignet, um die Orientierungsfähigkeit, Gleichgewichtsfähigkeit, Reaktionsfähigkeit oder Rhythmisierungsfähigkeit zu beüben.

- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine offene Gruppe mit maximal 10 Rehabilitanden.
- Indikation
 - Gleichgewichtsstörungen
 - Polyneuropathie
 - ausgeprägte Ataxie
- Kontraindikation
 - Sturzneigung
 - akute Schmerzen
 - akuter Schwindel

Physiotherapeutische Einzelbehandlungen können bei Indikation in Anspruch genommen werden. Die Indikation wird durch den Bezugsarzt gestellt. Grundsätzlich erfolgte nach ärztlicher Anordnung eine physiotherapeutische Eingangsdagnostik und danach eine Rückmeldung durch den Physiotherapeuten an den Bezugsarzt. Der Therapieverlauf wird EDV-gestützt dokumentiert.

Folgende Einzelanwendungen können durchgeführt werden:

- Krankengymnastik (zur Mobilisierung, Kräftigung)
- Manualtherapie
- Wassergymnastik
- Moorpackungen
- Massagetherapie (KMT/Bigema/Segmentmassage/Colonmassage)
- Manuelle Lymphdrainage
- Ultraschallanwendungen
- Elektrotherapie/Strombehandlung
- spezielle Atemgymnastik

3.7.7.2 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren tragen zu Gelassenheit und Wohlbefinden bei. Sie trainieren die Sinneswahrnehmung und das Körpererleben, verringern körperliche und geistige Anspannung und helfen somit Stressresilienz zu fördern.

Folgende Entspannungsverfahren werden in der Fachklinik Klosterwald angeboten:

Autogenes Training

- Inhaltliches Konzept
Anliegen der Indikationsgruppe ist es, die Rehabilitanden durch die Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings, mit der Methode bekannt zu machen und sie zum selbstständigen Trainieren zu motivieren.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe in Kursstruktur, in einem Zeitraum von 4 Wochen.

- Indikation
Rehabilitanden, die motiviert sind eine Entspannungsmethode zu erlernen und/oder Probleme im Bereich der Eigenwahrnehmung haben und keine Kontraindikation aufweisen
- Kontraindikation
Rehabilitanden mit psychotischen Erkrankungen, Demenzen, posttraumatische Belastungsstörung

Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PMR)

- Inhaltliches Konzept
Hierbei geht es darum, nacheinander verschiedene Muskelgruppen anzuspannen, die Spannung einige Sekunden lang zu halten und anschließend die Muskeln wieder zu entspannen. Die primäre Wirkung ist eine generell nachlassende Anspannung des Körpers. Die einsetzende Entspannung lockert nicht nur die betreffenden Muskelgruppen, sondern ist auch psychisch spürbar und hilft, die Nerven zu beruhigen. Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson kann im Sitzen und im Liegen angewendet werden. Generell lässt sich sagen, dass dieses Entspannungsverfahren immer dort zur Anwendung kommt, wo Rehabilitanden sich übermäßig anstrengen oder anspannen. Aber auch im Alltag kann sie ein hilfreiches Instrument sein, zum Beispiel zum Einschlafen.
- Gruppenstruktur
Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe im Bezugsgruppensystem.
- Indikation
Alle Rehabilitanden
- Kontraindikation
Keine

3.7.8 Freizeitangebote

Eine sinnerfüllte Freizeitgestaltung fördert den Genesungsprozess und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und ist daher ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Die Fachklinik Klosterwald stellt dafür die Voraussetzungen und ggf. Anleitung zur Verfügung. Die Möglichkeiten sind vielfältig.

Die Nutzung von Schwimmbad, Sauna, Turnhalle und Fitnessraum der Fachklinik Klosterwald sowie der klinikeigene Fahrradverleih und der Verleih von Nordic-Walking Stöcken stehen allen Rehabilitanden kostenfrei zur Verfügung. Darüber hinaus können eigene Fahrräder mitgebracht werden. Eine sichere Verwahrung wird gewährleistet.

In unmittelbarer Nähe zur Fachklinik Klosterwald befindet sich die Kristalltherme mit ausgebauter Saunalandschaft, die von unseren Rehabilitanden genutzt werden kann. Des Weiteren befinden sich unweit der Einrichtung eine Bowlingbahn, eine Minigolfanlage, ein Fitnesszentrum, sowie ein Kino, diverse Restaurants und Einkaufsmöglichkeiten. Sowohl in Bad Klosterlausnitz als auch in Hermsdorf gibt es mehrere Friseur- und Kosmetiksalons.

In den ortansässigen Rehakliniken und Museen werden regelmäßig Kulturveranstaltungen angeboten. Der Kurpark lädt zum Verweilen und zu Open-Air-

Veranstaltungen ein. Das ausgezeichnet ausgebaute Wegenetz in der unmittelbaren Umgebung der Fachklinik Klosterwald bietet hervorragende Bedingungen für Wanderungen, Joggen und Nordic Walking.

Aufgrund der günstigen Verkehrsanbindung bieten sich Ausflüge in die nahegelegenen mitteldeutschen Kulturhochstädte Weimar, Jena, Erfurt, Naumburg, Leipzig mit öffentlichen Verkehrsmitteln an. Das Thüringer Schiefergebirge, Ausläufer des Thüringer Waldes, das Land der 1.000 Teiche bei Plothen sowie Elster- und Saaletal laden ebenfalls zu ausgedehnten Wanderungen, Achtsamkeitsübungen, Waldbaden, Meditation und zur Selbstfindung ein.

Die Fachklinik Klosterwald verfügt über mehrere Fernseh- und Begegnungsräume, ein Computerkabinett und ist weitestgehend mit WLAN ausgerüstet, welches den Rehabilitanden kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Neben der klinikeigenen Bibliothek kann die Ortsbibliothek genutzt werden.

Die Lehrküche der Fachklinik Klosterwald steht unseren Rehabilitanden zur aktiven Freizeitgestaltung zur Verfügung.

3.7.9 Case-Management und Sozialdienst

Psychosoziale Unterstützungsbedarfe im Prozess der Rehabilitation ergeben sich bei komplikationsreichen Verläufen und durch soziale Konsequenzen, die mit der Erkrankung verbunden sind.

Das Case-Management bietet ein Angebot über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg. Beratungen der Mitarbeiter dieses Bereiches der Fachklinik Klosterwald zielen insbesondere auf die psychosozialen Folgen von Krankheit und ihre Auswirkungen auf den Alltag, den Beruf und die nachgehenden Versorgungssysteme. Die Anforderungen an Beratung im Kontext von Krankheit und Rehabilitation sind daher vielschichtig. Dazu gehört vor allem die Betrachtung der beruflichen, sozialen und/oder finanziellen Problemlagen. Rehabilitanden benötigen einen behutsamen Umgang in Bezug auf die Kommunikationsform, die Auswahl der Beratungsthemen sowie im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung.

Das Case-Management in der Fachklinik Klosterwald ist die Schnittstellenkompetenz im komplexen (Sozial)Leistungssystem. Es steuert den Aufnahme- und Entlassungsprozess, die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche und übt Controllingfunktion aus.

Case-Management in der Fachklinik Klosterwald ist eine am individuell zu ermittelndem Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise und verfolgt primär das Ziel der Erhaltung und Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben.

Kernelemente sind personensorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses. Die Ausgestaltung des Fallmanagements ist wesentlich vom fördernden und hemmenden Einfluss der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren abhängig. Diese sind in der Ausgestaltung der Fallarbeit zu berücksichtigen. Der Ansatz ist fachlich nur umsetzbar, wenn das Case-Management im Einzelfall adäquat in die Organisation und in das regionale

Versorgungssystem eingebunden wird.

Aufgabe der Rehabilitationsfachberatung ist, die sozialen, persönlichen und beruflichen Probleme des Rehabilitanden zu verstehen und ggf. zu mindern. Darüber hinaus gilt es, geeignete Wiedereingliederungsformen mit dem Rehabilitanden zu erarbeiten und zu realisieren sowie adäquate Kostenträgerregelungen herbeizuführen, um diese Maßnahmen durchführen zu können.

Durch enge Vernetzung und Kooperationen mit externen Dienstleistern und Institutionen (z. B. mit verschiedenen Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Integrationsfachdiensten) erhalten Rehabilitanden, die für ihre individuellen Lebenssituationen geeigneten Unterstützungen. Die Rehabilitanden werden, soweit notwendig, in der Klärung der Punkte unterstützt, wobei sie zu möglichst eigenständiger Arbeit angehalten werden. Die vorhandenen Ressourcen im Umfeld des Rehabilitanden werden hierbei ermittelt und im Rahmen des Rehabilitationsprozesses nutzbar gemacht.

Es obliegt dem Case-Management, die Rahmenbedingungen für die richtige Auswahl, die zeitliche Organisation und die notwendigen Verknüpfungen der bestimmten Maßnahmen in Kooperation mit allen Beteiligten herzustellen, diese zu kommunizieren und ihre Umsetzung zu überwachen.

Fallbezogene Vorgehensweise

Je nach Bedarfssituation des Rehabilitanden werden der praktischen Ausgestaltung des Fallmanagements in der Fachklinik Klosterwald verschiedene Intensitätsstufen unterschieden:

- Stufe 1: Beratung und Begleitung ohne umfassende Koordination (hohe Anschlussfähigkeit an derzeitige Praxis der Reha-Beratung)
- Stufe 2: Beratung, Begleitung und Koordination auf Basis bestehender Versorgungspfade und Netzwerkstrukturen (bei häufig wiederkehrenden, ähnlichen Fallkonstellationen mit erhöhter Bedarfslage)
- Stufe 3: Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination auf Basis neuer Netzwerkstrukturen (bei komplexer, schwierig abzuschätzender Bedarfslage).

Die Durchführung des Fallmanagements basiert auf einer standardisierten Phasenstruktur und gliedert sich in die nachfolgenden Inhaltsbereiche (Löcherbach, 2018)

- Fallidentifikation
- Bedarfsermittlung
- Reha-/Teilhabeplanung Überwachung und Steuerung der Leistungen
- Abschluss und Evaluation

Im Rahmen der täglich angebotenen Sozialdienstsprechstunden werden den Rehabilitanden bei Problemstellungen Beratung und Unterstützung nach dem Konzept „Empowerment in der sozialen Arbeit“ angeboten. Der Begriff „Empowerment“ umfasst hier Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht und Autonomie (Herriger, 2020).

Die Aufgaben des Case-Managements/Sozialdienstes in der Fachklinik Klosterwald umfassen:

- Erstellen von Aufenthaltsbescheinigungen
- Beantragung von Übergangsgeld, Krankengeld
- Klärung des Krankenversicherungsschutzes
- Beantragung Grad der Behinderung
- Einrichtung Patientenkonto
- Begleitung zu Vorstellungsterminen (Fahrten)
- Beantragung von Hilfe zum Lebensunterhalt, Bürgergeld, Rundfunkgebühren- und Zuzahlungsbefreiung, Fahrtkostenerstattung
- Telefonkontakte zu Kooperationspartnern aller Art (Sozialamt, Jobcenter)
- Organisation von Vorstellungsrunden (Wohnheim, Adaption)
- Kontaktvermittlung zu Fachberatung (Rente, Wohnungslosenhilfe, berufliche Reha, Schwangerenberatung)
- Kontakt mit Justizorganen
- Unterstützung bei Vorbereitungen für die Schuldenregulierung
- Koordinieren von stufenweiser Wiedereingliederung ins Berufsleben

3.7.10 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Zentrale Inhalte der Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung sind einerseits die Vermittlung von Kenntnissen über die Substanzkonsumstörung und deren Folgeerkrankungen sowie andererseits ausgewogener Ernährung und Auswirkungen auf die Gesundheit.

3.7.10.1. Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining

Wöchentlich finden für alle Rehabilitanden im Rahmen der Aufnahme- und Diagnostikphase mehrere Veranstaltungen zur Gesundheitsbildung in der Fachklinik Klosterwald statt. Inhaltlich werden Themen wie substanzbezogene somatische Folge- und Begleiterkrankungen, ausgewählte psychische Störungsbilder, Stressbewältigung, Aufklärungen über die Gefahren des Nikotinkonsums und unterstützende Angebote der Fachklinik sowie gesunde Ernährung behandelt. Die Veranstaltungen werden von Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen (Ärzte, Pflegefachkräfte, Diätassistentin) geleitet.

Medizinische Angebote zu Gesundheitstraining werden unter Punkt 3.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege ausführlich beschrieben.

3.7.10.2 Ernährung

Das Ernährungsangebot der Fachklinik Klosterwald richtet sich nach den Ernährungsregeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE, 2019) und garantiert allen Rehabilitanden eine alkoholfreie und vollwertige Ernährung.

Aufgrund des hohen Stellenwertes gesunder Ernährung in unserer Einrichtung ist die Ernährungsberatung ein Angebot, welches allen Rehabilitanden zur Verfügung steht. Durch entsprechende Fachkräfte (Diätberaterin, Diätköchin) wird Ernährungsberatung einzeln und/oder als Gruppenangebot ermöglicht.

Folgende Gruppenangebote zur Ernährung bestehen in der Fachklinik Klosterwald:

Psychoduktion Ernährung

Während der Aufnahme- und Diagnostikphase erhalten alle Rehabilitanden im Rahmen der Psychoedukation umfassende Informationen durch die Diätassistentin über die Grundsätze der gesunden Ernährung.

Kochen in der Bezugsgruppe

Dieses Angebot wurde bereits unter 3.7.4.6.3 beschrieben.

Darüber hinaus stehen folgende indikative, ernährungsspezifische Angebote zur Verfügung:

Ausgewogene Ernährung

- Inhaltliches Konzept:
Vermittlung von Wissen über die Bedeutung und Zubereitung gesunder und ausgewogener Speisen, Informationen über Nährstoffe und diätetische Kostformen, Küchenhygiene, die Lagerung von Lebensmitteln, das Servieren und Anrichten von Speisen
- Gruppenstruktur:
Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe mit vier Therapieeinheiten.
- Indikation:
Vernachlässigung gesunder Ernährung aufgrund der Substanzkonsumstörung Rehabilitanden, die bisher kaum Erfahrungen in der Vor- und Zubereitung von gesunden Speisen haben
- Kontraindikation:
Keine

Gesunde Ernährung:

- Inhaltliches Konzept:
Es handelt sich um eine Gruppe von Patienten mit gleicher bzw. ähnlicher medizinischer Indikation. Die Gruppe wird krankheitsspezifisch ausgesucht und zusammengestellt. So kann gewährleistet werden, dass Patienten mit gleichem oder ähnlichem Krankheitsbild einer Gruppe zugeteilt werden und spezifisch und krankheitsgerecht auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingegangen wird.
Vermittlung von Wissen über die Bedeutung und Zubereitung gesunder und ausgewogener Speisen, Informationen über Nährstoffe und diätetische Kostformen, Küchenhygiene, die Lagerung von Lebensmitteln, das Servieren und Anrichten von Speisen. Weitergabe von Informationen zu Ernährungs- und Stoffwechselstörungen sowie Folgen von Leberzirrhose und chronischen Pankreatiden
- Gruppenstruktur:
Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe mit vier Therapieeinheiten.
- Indikation:
Patienten, mit ähnlicher bzw. gleicher medizinischem Krankheitsbild
- Kontraindikation:
keine

Einzelernährungsberatung

Die individuellste Form der Beratung ist die Einzelberatung, welche dann genutzt wird, wenn individuelle Ernährungsprobleme nicht in einem Gruppenangebot bearbeitet werden können oder vertieft werden sollen. Dabei handelt es sich um eine ärztliche Einzelverordnung.

Zu den behandelnden Themen gehören:

- Ernährungsstörungen (Adipositas, Mangelernährung)
- Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus, Hyperlipidämien)
- Folgen von Leberzirrhose oder chronischen Pankreatitiden
- Nahrungsmittelallergien und Intoleranz auf Nahrungsmittelzusätze

3.7.11 Angehörigenarbeit

Die Einbeziehung der Angehörigen als Mitbetroffene ist wichtig, um den Genesungsprozess zu unterstützen. Einmal monatlich bieten wir Angehörigenseminare an. Die Einladung zu den Seminaren erfolgt ausschließlich nach vorheriger Zustimmung des Rehabilitanden.

Darüber hinaus können auf Initiative des Rehabilitanden Gespräche erfolgen, zwischen dem Betroffenen und Angehörigen unter Moderation des Bezugstherapeuten. Der gleiche Modus gilt für Arztgespräche.

3.7.12 Rückfallmanagement

Rückfallprävention ist essentielles Anliegen aller Interventionen im gesamten Rehabilitationsprozess in der Fachklinik Klosterwald.

Die Auseinandersetzung mit Rückfallereignissen folgt in der Fachklinik Klosterwald einem differenzierten Rückfallkonzept. Die theoretischen Grundlagen desselben wurden bereits unter 3.1.7 Rückfallkonzept ausführlich dargestellt.

Im Folgenden sollen die Aspekte des klinischen Umgangs mit Rückfallereignissen genauer beschrieben und erläutert werden.

3.7.12.1 Rückfalldimensionen

In Anlehnung an das Modell von Büchner (2009) gehen wir davon aus, dass ein Rückfall mehrere Dimensionen beinhaltet, die in der Aufarbeitung des Geschehens betrachtet und berücksichtigt werden müssen, um eine Entscheidung über die Weiterbehandlung treffen zu können.

3.7.12.1.1 Ich-Erleben des Rückfalls

Ich-syntone

Ich-syntone Rückfälle treten auf, wenn ein Patient seine Erkrankung sowie die damit verbundene Notwendigkeit einer Abstinenz anzweifelt und somit Alkohol oder andere Drogen testweise oder lustbezogen konsumiert. Das kann dazu führen, dass der Patient den Eindruck gewinnt, seinen Konsum kontrollieren zu können, falls der Patient keinen Kontrollverlust erlebt. Dies erhärtet den Zweifel an der Abstinenznotwendigkeit

und stellt ein kaum überwindbares Hindernis für die Fortsetzung einer auf Abstinenz gerichteten Therapie dar.

Gelingt es dagegen einen Zugang zu dem Patienten zu entwickeln, dann muss eine intensive Rückfallaufarbeitung erfolgen, mit dem Fokus, die intrapsychischen Strukturen des Patienten bewusst zu machen.

Ich-dyston

Ich-dystone Rückfälle erfolgen unter dem Einfluss nicht steuerbarer psychischer Kräfte. Dabei handelt es sich um erneute Bewältigungsversuche psychischer Notsituationen mit Hilfe von Suchtmitteln. Die Fortsetzung der Therapie mit einer intensiven Arbeit am Rückfallgeschehen mit dem Fokus der o. g. Bewältigungsversuche scheint in diesen Fällen indiziert.

3.7.12.1.2 Kontrollverlust

Die Dimension Kontrollverlust ist von Bedeutung, weil sie eine bestimmbare Größe der Schwere des Rückfalls darstellt. Er ist gekennzeichnet durch die verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, das heißt über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, verdeutlicht dies, dass oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird, als geplant, oder an einem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren (ICD 10, Diagnostische Kriterien F1x.2). Zusätzlich ist die durch den Substanzkonsum induzierte Enthemmung des Verhaltens als Kontrollverlust zu werten. Dadurch ausgelöste Schuld- und Schamgefühle sind schon während des akuten Rückfallgeschehens und spätestens nach Abklingen der Intoxikation als wichtige Motivationen zu beachten. Dieses „Therapeutische Fenster“ eröffnet somit die Möglichkeit eines vertieften therapeutischen Zugangs.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass ein Kontrollverlust immer auch darauf hindeutet, auf welchem Regressionsniveau das Rückfallgeschehen stattfand. Je stärker der Kontrollverlust desto schwerer die Regression und desto schwerer die zugrundeliegende Störung (Rost, 1987, Lürßen, 2001).

3.7.12.1.3 Arbeitsbündnis

Rost (1987) weist darauf hin, dass der Patient mit einem Rückfall einen realen oder symbolischen Objektverlust agiert, „aber ebenso agiert die Institution durch Liebesentzug oder Entlassung des Patienten. Die Therapeuten schützen sich so vor ihren eigenen Gefühlen der Kränkung und der Enttäuschung ...“.

Diese Dimension hinterfragt die grundsätzliche Möglichkeit der therapeutischen Beziehungsgestaltung nach dem Rückfall.

Widerstand, der zu analysieren ist:

- Übertragungswiderstand: Das Widerstreben des Patienten, eine Beziehung zum Therapeuten gestalten oder beenden zu wollen.
- Gegenübertragungswiderstand: Der vom Patienten im Therapeuten ausgelöste Widerstand, eine Beziehung zum Patienten gestalten oder beenden zu wollen.

- Therapeutenwiderstand: Widerstreben des Therapeuten, eine Beziehung zum Patienten auf der Grundlage persönlicher Konflikte des Therapeuten gestalten oder beenden zu wollen.

Widerstandsreaktionen könnten beispielsweise sein:

- Narzisstische Kränkungen
- Verlassen der technischen Neutralität, u. a. Bestrafungsimpulse, Pädagogisierende Haltungen
- Erleichterungsgefühle seitens des Therapeuten
- Patienten nicht loslassen können
- Patient kann sich nicht von Therapie trennen
- Verschlossenheit des Patienten
- Erneuter Substanzkonsum der Patienten bzw. Symptomagieren

3.7.12.1.4 Motivation zur Weiterbehandlung

Unabdingbare Voraussetzung zur Weiterbehandlung ist die Motivation des Patienten, im Rahmen der therapeutischen Beziehung und in der Beziehung zur Therapiegruppe intensiv sein Rückfallereignis aufzuarbeiten. Zu beachten ist das Ausmaß sekundären Krankheitsgewinns sowie bestehender Scham- und Schuldgefühle des Patienten, da sie Einfluss auf die Motivation zur Weiterbehandlung haben.

3.7.12.1.5 Zusammenfassende Matrix

Die in Tabelle 3 dargestellte Matrix soll einen Überblick über die Rückfalldimensionen geben.

Tabelle 3 - Matrix über den Überblick über die Rückfalldimensionen:

Dimensionen des Rückfalls	Kontrollverlust	Beziehungs-gestaltung zum Patienten	Motivation zur Weiterbehandlung
Ich-synton	ja	offen	ja
			nein
		verschlossen	ja
			nein
	nein	offen	ja
			nein
		verschlossen	ja
			nein
Ich-dyston	ja	offen	ja
			nein
		verschlossen	ja
			nein
	nein	offen	ja
			nein
		verschlossen	ja
			nein

3.7.12.2 Bearbeitung des Rückfallgeschehens

Im folgenden Abschnitt wird die Bearbeitung des Rückfallgeschehens dargelegt.

3.7.12.2.1 Akutphase (Intoxikation)

Indikation zur Weiterbehandlung im Haus oder Notwendigkeit der Verlegung ist grundsätzlich vom klinischen Eindruck abhängig; die endgültige Entscheidung trifft der zuständige Arzt.

3.7.12.2.2 Postakutphase (nach Detoxikation)

Das Behandler-team, bestehend aus Bezugstherapeut und Bezugsarzt, treffen gemeinsam mit dem Patienten Schutzmaßnahmen, um die labile psychische Situation

des Patienten zu berücksichtigen. Schutzmaßnahmen können beispielsweise sein: Ausgangssperre, tägliche Alkoholkontrollen etc. Auf der Grundlage der unter 3.1 ausgeführten theoretischen Vorbemerkungen und unter 3.2 beschriebenen Rückfalldimensionen beurteilt das Behandlersteam die individuelle Notfallsituation des Patienten.

Nach mehreren Gesprächen mit dem Patienten trifft das Behandlersteam nachfolgend innerhalb von fünf Werktagen eine Entscheidung über die Weiterbehandlung.

Falls nötig, kann durch das Behandlersteam eine Rückfallkonferenz einberufen werden. Diese wird vom Behandlersteam geleitet und organisiert. Sie besteht aus den eingeladenen Mitarbeitern anderer Bereiche, die an der Behandlung des Patienten mitwirkten.

Ziel der Rückfallkonferenz ist die Entgegennahme von Rückmeldungen der jeweiligen Mitarbeiter, um die Entscheidungsfindung des Behandlerteams zu unterstützen.

In einem zweiten Schritt kann, falls nötig, der Patient zur Rückfallkonferenz geladen werden, um sein Erleben der Rückfallsituation zu schildern. Bei der Abwägung, ob von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, muss die emotionale Krisensituation des Patienten besonders berücksichtigt werden.

Die Entscheidung über eine Weiterbehandlung des Patienten bleibt aber dem Behandlersteam unterstellt. Sofern dennoch keine einmütige Entscheidung getroffen werden kann, ist die Fachliche Leitung (Leitender Therapeut, Chefarzt) umgehend einzubeziehen. Der Fachlichen Leitung obliegt es, Einmütigkeit herzustellen.

In Abhängigkeit von der getroffenen Entscheidung leiten sich die weiteren Maßnahmen ab.

Kommt es zu der Entscheidung die Behandlung weiterzuführen, erarbeitet das Behandlersteam ein Weiterbehandlungskonzept, mit dem Fokus der Aufarbeitung des Rückfallgeschehens. Dies bedeutet primär, die Bewusstmachung der psychischen Grundlagen des Rückfalls. Des Weiteren ist zu prüfen, wie lange getroffene Schutzmaßnahmen (Ausgangssperre, Alkoholkontrollen) für den Patienten weiter aufrecht zu erhalten sind.

Bei weiteren Rückfällen ist dieser Prozess neu zu durchlaufen und die Situation neu zu bewerten.

3.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege

Pflegerische Interventionen sind Teil des Rehabilitationskonzepts und nutzen die alltagsnahen Aktivitäten für Aktivierung, Selbstständigkeitsförderung und Anleitung.

Teilhabe, individuelle Bedürfnisse und eine starke Bezugnahme auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sind für die Pflege in der Rehabilitation maßgeblich. In vollem Einverständnis mit der deutschen Sozialgesetzgebung, der aktuellen S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF, 2021) streben wir für unsere Rehabilitanden trotz ihrer jeweiligen Beeinträchtigungen, bestmögliche Teilhabe am Leben an.

Der medizinische Bereich der Fachklinik Klosterwald ist ein Schwerpunkt der Rehabilitation in der Fachklinik Klosterwald. Sämtliche medizinischen Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen werden von hier aus organisiert.

Alle Aufgaben der therapeutischen Pflege werden in enger Zusammenarbeit aller Therapiebereiche für jeden Rehabilitanden geplant und umgesetzt. Die Mitarbeiter

dieses Bereiches arbeiten nah an den Rehabilitanden und übernehmen dadurch auch wichtige Aufgaben in enger Kooperation mit dem ärztlichen Dienst und dem therapeutischen Bereich.

Mit unserem 24-stündigen Pflegemanagement unterstützen sie den Erfolg aller medizinisch-therapeutischen Maßnahmen. Zudem ist der diensthabende Arzt telefonisch erreichbar, um in Krisenfällen kurzfristig eingreifend tätig werden zu können. Damit sind die Mitarbeiter des medizinischen Bereiches gemeinsam mit dem diensthabenden Arzt die zentrale Anlaufstelle für Patienten außerhalb des Regelbetriebs der Klinik.

Im Zentrum der pflegerischen Anwendungen steht eine starke Bezugnahme auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Je nach therapeutischer Richtung, sowie der Kompetenzen und Zielsetzungen des Patienten, werden wesentliche Aktivitäten wie z. B. Ankleiden, Körperpflege, Kontinenz, Nahrungsaufnahme Schritt für Schritt gefördert.

Darüber hinaus bestehen folgende Aufgaben der Mitarbeiter des medizinischen Bereiches: im Erstkontakt mit den Patienten, der Einführung und der pflegerischen Aufnahme neuer Patienten, in Vitalzeichenkontrollen, im Ausarbeiten der Patientenkurven, im Stellen und in der Ausgabe von Medikamenten.

Zudem führen sie Kontrollen auf Substanzkonsum durch und unterstützen Ärzte bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Abstinenzkontrollen sind regelmäßig und verpflichtend und werden nach einem festgelegten Schema über den Behandlungszeitraum verteilt sowie auch unregelmäßig, d. h. spontan durchgeführt.

Des Weiteren sind die Pflegekräfte zuständig für die Dokumentation und die Sprechstundenorganisation und für die Rehabilitanden oft erste Ansprechpartner. Damit kommt ihnen eine definierende Rolle hinsichtlich Atmosphäre und Qualität zu. Die pflegerischen Angebote und Aufgaben zielen weiterhin ab auf Information und Motivation, auf Eigenverantwortung und Selbständigkeit und auf Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Maßnahmen reichen hierbei von:

- Anleitung
- Schulung
- Beaufsichtigung
- bis hin zur vollen oder teilweisen Übernahme von Grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten

3.7.13.1 Merkmale der aktivierend-therapeutischen Rehabilitationspflege

- die therapeutische Pflegehandlung
- die beobachtende Wahrnehmung von Rehabilitanden
- die Kommunikation und Beziehungsarbeit mit den Rehabilitanden
- die Wahrnehmung von individuellen Bedürfnissen und Zielen von Rehabilitanden, die multiprofessionelle Teamarbeit nach individuell abgestimmten Reha- und Therapiezielen
- die Beratung und Anleitung von Rehabilitanden

- die Pflegeüberleitung und Nachsorgekonzeption für die häuslich-ambulante oder institutionelle Weiterversorgung von Rehabilitanden

3.7.13.2 Ziele der aktivierend-therapeutischen Rehabilitationspflege

- Vermeidung weiterer Folgeschäden der jeweiligen Grunderkrankung
- die Förderung vorhandener Fähigkeiten
- der Erhalt, die Wiederherstellung und die Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Rehabilitanden, um diesen trotz ihrer Einschränkungen zur größtmöglichen Selbstständigkeit zu verhelfen

3.7.13.3 Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleitung organisiert und koordiniert alle Abläufe des Pflegebereichs, der Fachklinik Klosterwald in fachlicher, organisatorischer sowie personeller Hinsicht. Des Weiteren gehört die Koordination der internen und externen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen ihrer Zuständigkeitsbereiche zu ihren Aufgaben, die Erstellung der Dienstpläne (Wochen-, Jahresplanung), Dienstanweisungen und Arbeitsanordnungen.

Sie ist außerdem Teil der Dienststellenleitung und entsprechend verantwortlich und weisungsbefugt. Darüber hinaus ist sie die Leiterin der Abteilung Case-Management und der Ernährungsberatung.

Regelmäßig erfolgen durch die Pflegedienstleitung geleitete Besprechungen, in denen sowohl organisatorische Abläufe als auch Rehabilitandenfälle aus pflegerischer, sozialdienstlicher oder ernährungsspezifischer Sicht diskutiert und besprochen werden.

Zudem ist sie erster Ansprechpartner bei Fragen die Hygiene, die Medizinprodukte und die Küchenkommission der Fachklinik betreffend.

3.7.13.4 Fortbildungen

Regelmäßig stattfindende Fortbildungen bieten den Mitarbeitern der Pflege, die stetige Möglichkeit ihr Wissen zu vertiefen und neue Pflege- und Behandlungsmethoden kennen zu lernen. Fortwährende Weiterbildung unserer Pflegefachkräfte und moderne Pflegeprozesse sichern eine fachgerechte Pflege nach aktuellen Standards.

Es wird darauf geachtet, dass alle Mitarbeiter die Grundlagen der Versorgung haben. Dies ermöglicht der Fachklinik das Anbieten einer durchgehend hohen Pflegequalität. Die Mitarbeiter der Fachklinik Klosterwald sind besonders geschult in folgenden Bereichen:

- Psychiatrischer Pflege
- Hygiene
- Medizinprodukte
- Wundmanagement
- Praxisanleitung
- Deeskalation

3.7.14 Weitere Leistungen und Angebote

Rehabilitatives Angebot für chronische mehrfachgeschädigte Abhängige (CMA-Bereich)

Das Therapieprogramm ermöglicht die Berücksichtigung besonderer Einschränkungen dieser Rehabilitanden. Grundvoraussetzung ist die Rehabilitationsfähigkeit.

Rehabilitanden müssen für das strukturierte Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Klosterwald psycho-physisch belastbar sein.

Vor Vergabe eines verbindlichen Aufnahmetermins durch das zentrale Belegungsmanagement der Fachklinik Klosterwald für die geplante Rehabilitationsmaßnahme benötigen wir aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten folgende Informationen zum Rehabilitanden:

- Ausmaß der körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen
- Medikation
- Unterstützungsbedarf, z. B. bei der Körperpflege, Wegefähigkeit, Orientierung
- Heil- und Hilfsmittelversorgung, z. B. Rollator, Rollstuhl, Versorgung mit Inkontinenzmaterial

Nach Abschluss der Aufnahme- und Diagnostikphase, in deren Rahmen eine Überprüfung der Rehabilitationsfähigkeit erfolgt, werden die Rehabilitanden in die soziotherapeutisch ausgerichteten Bezugsgruppen integriert.

Bei nicht vorhandener Rehabilitationsfähigkeit kann die Aufnahme nicht realisiert werden. Sofern eine Aufnahme erfolgte, muss eine Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgen.

Mitarbeit eines Seelsorgers

Zum multiprofessionellen Team der Fachklinik Klosterwald gehört ein Seelsorger. Die Begleitung unserer Rehabilitanden in seelischen, geistlichen und lebensgestalterischen Fragen wird so sinnvoll ergänzt. Wöchentliche Andachten, Bibelstunden, Gesprächsabende, Kontakte zu den örtlichen Kirchengemeinden sowie die Gestaltung von Festen im Jahreskreis sind für unsere Patienten wertvolle Angebote zur Unterstützung ihrer Genesung.

Zudem leitet der Klinikseelsorger die Indikationsgruppe Sinnfragen.

3.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Träger einer Entwöhnungstherapie ist die gesetzliche Rentenversicherung. Diese bewilligen Leistungen zur Rehabilitation, mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und/oder der Abwendung einer drohenden Beeinträchtigung derselben eines Rehabilitanden.

Die berufliche Rehabilitation, welche auf einer individuellen und damit indikationsgerechten Diagnostik, Behandlung und Beratung fußt, ist damit ein genuiner Bestandteil der Entwöhnungstherapie. Eine aktive Teilnahme des Rehabilitanden an diesen rehabilitativen Maßnahmen dient somit einerseits der Sicherstellung des Behandlungserfolges und ist andererseits Voraussetzung für die Gewährung von

Leistungen zur Teilhabe. Kommt der Rehabilitand seiner Mitwirkungspflicht an diesen therapeutischen Maßnahmen nicht nach, ist die Rehabilitationsmaßnahme zu beenden.

Entscheidendes Kriterium für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik Klosterwald ist die Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden. Sofern diese nicht gegeben ist, ist die Maßnahme zu beenden.

Gravierende Verstöße gegen die Hausordnung führen zur sofortigen Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik Klosterwald aus disziplinarischen Gründen. In diesen Fällen wird der Leistungsträger umgehend informiert,

Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Rehabilitanden sowie zu hohen Folgekosten. Mit einer frühzeitigen, interdisziplinären und einrichtungsübergreifenden Entlassungsplanung wird dazu beigetragen, Versorgungskontinuität herzustellen. Deshalb erhält jeder Rehabilitand der Fachklinik Klosterwald eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung. Die Steuerung dieses Prozesses obliegt dem Case-Management.

Prinzipiell erfolgt eine Orientierung der Rehabilitanden auf weiterführende suchtspezifische Behandlungsmaßnahmen, insbesondere ambulante Nachsorge, als auch regelmäßiger Besuch einer Selbsthilfegruppe. Bei der Vermittlung von Kontakten sind wir behilflich. Als Kooperationspartner stehen uns die Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V. (TLS e. V.), Psychosoziale Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen der Region zur Verfügung.

4. Personelle Ausstattung

Die Personalausstattung in der Fachklinik Klosterwald ist festgelegt durch den Sollstellenplan der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2014). Dreimal im Jahr erfolgt eine Abstimmung der Personalausstattung der Reha-Klinik mit dem federführenden Rentenversicherungsträger, der DRV Bund. Zur besseren Umsetzung der BORA wurde mit Einreichung des ersten BORA Konzeptes der Fachklinik Klosterwald jeweils eine zusätzliche Stelle im Bereich der Ergotherapie und im Bereich des Sozialdienstes besetzt.

Das Team, das für Behandlung und Diagnostik zuständig ist, setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen (Stand August 2024):

- Chefarzt: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Ärzte der Klinik: Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Assistenzärztin
- Bezugstherapeuten: psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Sozialpädagogen mit VDR anerkannter Zusatzausbildung im Bereich der Suchttherapie
- Sozialdienst: Diplom-Sozialarbeiter und Sozialpädagogen
- Ergo- und Arbeitstherapie: Ergotherapeuten, Arbeitstherapeut
- Physiotherapeuten
- Pflegedienst: Fachkrankenschwestern für Psychiatrie, Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilerziehungspfleger
- Diätassistentin

Für intensive gerätemedizinische Diagnostik und Behandlung bestehen Kooperationsverträge mit ärztlichen Partnern im Saale-Holzland-Kreis sowie Jena und Gera.

Die Teilnahme an regelmäßigen internen Fortbildungen der Fachklinik Klosterwald wie auch außerhalb der Reha-Klinik ist gewährleistet.

Die Mitarbeiter der Ergo- und Arbeitstherapie sowie des Sozialdienstes haben hohe Kompetenzen bezüglich der Vermittlung von PC-Trainingsmaßnahmen und in der Beratung hinsichtlich Bewerbungsaktivitäten.

Die Ergo- und Arbeitstherapeuten verfügen über jahrelange Erfahrung in der Erstellung von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen. Ein individuell konzipierter Einschätzungsbogen ist u. a. dafür entwickelt worden. Die standardisierte Erhebung der Fähigkeiten und Anforderungen von Rehabilitanden erfolgt in der Fachklinik Klosterwald mit Hilfe des Verfahrens HAMED II, welches zur Ermittlung und Darstellung von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen zur Eingliederung Leistungsabhängiger und Menschen mit Behinderung dient. Dieses Verfahren wird von geschulten Mitarbeitern durchgeführt. Die Anwendung eines standardisierten Verfahrens ermöglicht insbesondere die Verwendung der Daten zu Vergleichszwecken mit anderen Rehabilitationseinrichtungen und den Gebrauch derselben von Therapeuten außerhalb der Fachklinik Klosterwald.

4.1 Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter, interne und externe Supervision

Das multiprofessionelle Arbeitsteam der Fachklinik Klosterwald zeichnet sich durch seine klare Arbeitsstruktur und die enge Zusammenarbeit der verschiedenen

Berufsgruppen in Sub-Teams aus. Dadurch ist eine fachlich fundierte und professionsübergreifende Kommunikationskultur als gewachsenes Gut entstanden.

Für den regelmäßigen interdisziplinären Austausch stehen in der Fachklinik Klosterwald folgende Elemente zur Verfügung:

- tägliche Fallkonferenzen zur Indikationsstellung
- wöchentliche Teambesprechung mit allen therapeutisch tätigen Mitarbeitern
- wöchentliche Besprechung der Rehabilitanden mit ergo- und arbeitstherapeutischem Fokus, inklusive der BORA-spezifischen Fragestellungen und Besprechung der individuellen Ziele der einzelnen Rehabilitanden mit Möglichkeit der Zielmodifikation
- wöchentliches ergo- und arbeitstherapeutisches Planungsgespräch
- interne Supervision der Kollegen
- fachärztliche Visiten
- Chefarztvisiten
- Supervision alle 4 - 6 Wochen durch externen Supervisor

In der Fachklinik Klosterwald werden interne und externe von der Landesärztekammer zertifizierte Weiterbildungen angeboten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden angehalten, regelmäßig an den angebotenen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

Außerdem verfügt der Chefarzt der Fachklinik Klosterwald über eine Weiterbildungsermächtigung für ein Jahr Psychiatrie/Psychotherapie, erteilt von der Landesärztekammer Thüringen.

5. Räumliche Gegebenheiten

Das Gesamtgebäude der Fachklinik Klosterwald gliedert sich in ein Bestandgebäude aus dem Jahr 1895, der Altbau und einen 1996 eröffneten Neubau. Insgesamt verfügt die Einrichtung über siebzig Rehabilitandenzimmer, achtundzwanzig Mitarbeiterbüros und acht Gruppentherapieräume. Neben Gruppentherapieräumen, die ebenfalls als Rückzugsorte und zur aktiven Freizeitgestaltung genutzt werden können, gibt es im gesamten Klinikgebäude weitere Begegnungsorte.

Die Fachklinik Klosterwald ist eingebettet in einen Park mit verschiedenen Sitzgelegenheiten, Musikpavillon, Grill- und Lagerfeuerplatz, Volleyballfeld und Tischtennisplatten. Die Umgebung der Klinik wird für ausgedehnte Wanderungen unter therapeutischen Gesichtspunkten oder Nordic Walking genutzt.

Rehabilitandenzimmer

Der Großteil der Einzel- und Zweibettzimmer verfügt über möblierte Balkone oder Terrassen, von denen aus den Rehabilitanden die wunderbare Aussicht in die einladende Natur des Kurortes genießen können. Selbstverständlich sind die wohnlich gestalteten Rehabilitandenzimmer mit Dusche und WC, Telefon, Notruf- und Schließanlage sowie mit Wertfach ausgestattet. Barrierefreiheit ist grundsätzlich in allen Zimmern gegeben.

Speisesaal und Klinikküche

Für die Einnahme der Speisen stehen den Rehabilitanden vier Speiseräume zur Verfügung. Die Herstellung der Mahlzeiten erfolgt in der klinikeigenen Küche.

Weitere Funktionsräume

- **Gruppentherapieräume**
Die Fachklinik Klosterwald verfügt über Gruppentherapieräume, die den fachlichen Anforderungen der angebotenen Therapie genügen. Alle Räume sind barrierefrei zugänglich.
- **Ergotherapie- und Arbeitstherapieräume**
Die Abteilung der Ergo- und Arbeitstherapie verfügt über spezielle Therapieräume, z. B. Therapiewerkstatt, Ergotherapie, Lagerräume, Fahrradverleih, Bibliothek, Patienteniosk. Für eine ausführliche Beschreibung der Funktionsräume der Ergo- und Arbeitstherapie verweisen wir auf das gesonderte BORA-Konzept der Fachklinik Klosterwald.
- **Behandlungsräume und Notfallzimmer**
Für die Behandlung von Grund-, Begleit- und interkurrenten Erkrankungen sowie für diagnostische Maßnahmen stehen in der Fachklinik Klosterwald mehrere Behandlungsräume zur Verfügung. Entsprechend der Vorgaben des Leistungsträger wird ein Notfallzimmer vorgehalten.
- **Sport- und Physiotherapie**
Die Physiotherapie umfasst 3 Behandlungsräume für Einzel- oder Kleingruppenbehandlung. Für die Sport- und Bewegungstherapie stehen eine Mehrzweckhalle, ein Bewegungsbad, ein Fitnessraum sowie eine Außenanlage zur Verfügung. Mehrzweckhalle, Schwimmbad, Fitnessraum

und eine Sauna können von den Rehabilitanden in der Freizeit genutzt werden.

- **Lehrküche**
Die Fachklinik Klosterwald verfügt über eine Lehrküche mit mehreren Arbeitsplätzen, die zum Teil barrierefrei gestaltet sind. Neben der therapeutischen Nutzung, steht diese nach Absprache unseren Rehabilitanden zur aktiven Freizeitgestaltung zur Verfügung.
- **PC-Kabinett**
Das hauseigene PC-Kabinett mit insgesamt sieben Arbeitsplätzen ist mit Internetzugang und einem Drucker ausgestattet, welches den Rehabilitanden zur Verfügung steht.
- **Waschsalon**
Dieser befindet sich im Kellergeschoss der Fachklinik Klosterwald und ist mit vier Maschinen, vier Trocknern sowie Bügeleisen ausgestattet.
- **Fahrradabstellraum**
Zusätzlich zum Fahrradverleih bieten wir die Möglichkeit zur sicheren Verwahrung privater Fahrräder an.

Begegnungsräume

Folgende Begegnungsorte können von Rehabilitanden darüber hinaus genutzt werden:

- Freizeit- und Fernsehräume
- Multimedial ausgerüstete Vortragsräume
- Patientenkiosk/Foyer und Atrium
- Bibliothek
- Patiententeeküche
- Außengelände

6. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Klosterwald versteht sich als Teil des gesamten deutschen Versorgungssystems psychisch Kranker. Wir engagieren uns bei der Weiterentwicklung der Versorgungssysteme und wenden uns aktiv gegen die Stigmatisierung dieser Menschen. Als Teil einer Behandlungskette pflegen wir intensive Kooperationsbeziehungen zu allen Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringern.

Des Weiteren engagieren wir uns gesundheitspolitisch, durch aktive Mitgliedschaft in folgenden Verbänden, Institutionen und Arbeitsgemeinschaften:

- Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus e. V.)
- Diakonie Mitteldeutschland
- Thüringer Landesstelle für Suchtfragen (TLS e. V.)
- Landesärztekammer Thüringen – Suchtausschuss
- Gemeindepsychiatrischer Verbund Saale-Holzland-Kreis

Die Fachklinik Klosterwald arbeitet mit vielen regionalen Kooperationspartnern in enger Vernetzung zusammen. Therapeutische und ärztliche Mitarbeiter führen im Rahmen der qualifizierten stationären Entgiftungsbehandlung in den Akutkrankenhäusern der Region Schulungen zum Thema Entwöhnungsbehandlung durch. Durch unsere klinikeigenes Case- Management bestehen enge Kooperationsbeziehungen zu den Kliniksozialdiensten und Psychosozialen Beratungsstellen. Wir befinden uns mit unseren Kooperationspartnern im kontinuierlichen Austausch im Rahmen von Fachtagen, Qualitätszirkeln und Arbeitsgemeinschaften sowie Tagungen.

Regelmäßig stellen sich den Rehabilitanden unserer Einrichtung Leistungserbringer poststationärer Maßnahmen vor. Dazu zählen Psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, das Lotsennetzwerk Thüringen, Adaptionseinrichtungen, Einrichtungen für besondere Wohnformen und das Berufsförderungswerk Thüringen vor.

Im Rahmen der Ausbildung von Fachkräften bestehen Kooperationsvereinbarungen mit folgenden Partnern:

- Instituts für Psychotherapie und Angewandte Psychoanalyse Jena (IPTJ)
- Akademie für Psychotherapie Erfurt (AfP)
- Universitätsklinikum Jena
- Ernst-Abbe-Hochschule Jena

7. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Fachklinik Klosterwald ist zertifiziert gemäß DIN EN ISO 9001:2015. Die Zertifizierungsaudits werden jährlich durch den Zertifizierungsdienstleister CERT iQ GmbH durchgeführt. Außerdem erfolgen interne Audits des Qualitätsmanagementsystems der Fachklinik Klosterwald im Verlauf des Jahres durch die Mitglieder des Qualitätszirkels.

Darüber hinaus wird die Qualität der Rehabilitationsleistungen der Fachklinik durch die Instrumente der Reha-Qualitätssicherung der deutschen Rentenversicherung regelmäßig gemessen und überprüft.

Die Instrumente zur Reha Qualitätssicherung sind:

- Sozialmedizinischer Verlauf
- Peer Review
- Rehabilitanden Befragung
- KTL-Auswertung
- ETM-Auswertung
- Einrichtungsvisitationen
- Beurteilung der Laufzeit der Reha-Entlassungsberichte
- Prüfung der Einhaltung der Reha-Therapiestandards

Die Deutsche Rentenversicherung informiert regelmäßig über die Ergebnisse der Reha Qualitätssicherung. Gegebenenfalls eruierte Verbesserungspotenziale können dann umgehend auf die Agenda gesetzt werden, um die hohe Qualität der therapeutischen Leistungen zu erhalten und auszubauen. Des Weiteren erfolgen regelmäßige Visitationen durch die Deutsche Rentenversicherung Bund als federführendem Leistungsträger.

Im Handbuch des Qualitätsmanagements der Fachklinik Klosterwald ist der gesamte Rehabilitationsprozess, einschließlich der beruflichen Rehabilitation und BORA, verankert.

8. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Eine geordnete und klar beschriebene Kommunikationsstruktur ist die unerlässliche Grundvoraussetzung, wenn Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen erfolgreich zusammenarbeiten wollen.

Die interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit der Fachklinik Klosterwald erfolgt unter der Gesamtverantwortung des Chefarztes. Der Leitender Therapeut und der leitende Oberarzt vertreten den Chefarzt bei Abwesenheit.

Chefarzt, Leitender Therapeut und die Leiterin des Case-Management/Pflegedienstleiterin bilden das Gremium der Fachlichen Leitung. Der kaufmännische Geschäftsführer stellt gemeinsam mit der Fachlichen Leitung die Dienststellenleitung.

Kommunikationsstruktur

Ein regelmäßiger interdisziplinärer Austausch ist durch folgende Kommunikationsstruktur gewährleistet:

- Dienststellenleitung: einmal wöchentlich
- Fachteams: einmal wöchentlich
- Bezugsgruppenteams: einmal wöchentlich
- Teamleiterbesprechung: einmal wöchentlich
- Interdisziplinäre Besprechung: einmal wöchentlich
- Dienstübergaben: täglich
- Küchenkommission: einmal pro Quartal
- Hygienekommission: zweimal jährlich
- Arbeitsschutzkommission: einmal pro Quartal

Diese Sitzungen werden QM-konform protokolliert und archiviert.

Schweigepflicht und Datenschutz

Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Entsprechende Belehrungen und Schulungen erfolgen mindestens einmal jährlich und werden schriftlich dokumentiert.

Der zukunftsorientierte Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik (IuK-Technik) dient dem Wohle der Mitarbeiter und Rehabilitanden der Fachklinik Klosterwald. Die allgemeinen Datenschutzbestimmungen ergeben sich aus der Ordnung über den Datenschutz der Evangelisch-methodistischen Kirche in Deutschland (DSO-EmK). Entsprechend des § 27 DSO-EmK hat die Fachklinik Klosterwald geeignete technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten. Der entsprechende Nachweis hierüber wird geführt.

Klinik- und Therapieorganisation

Die detaillierte Beschreibung der verschiedenen spezifischen Aufgaben der benannten Gremien und deren Mitglieder sowie die Struktur der Besprechungen sind in den Stellenbeschreibungen, in den Geschäfts- und Zuständigkeitsordnungen und im Qualitätsmanagementhandbuch der Fachklinik Klosterwald dokumentiert.

9. Notfallmanagement

Bestandteil des Qualitätsmanagement-Handbuchs ist eine Anleitung zum Notfallmanagement. Darin ist geregelt, wie in einem medizinischen Notfall zu reagieren ist, welche Maßnahmen vor Ort ergriffen werden müssen und wie die weitere Notfallversorgung einzuleiten ist. Diese Abläufe sind allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachklinik Klosterwald bekannt.

Ziel ist es, für alle Rehabilitanden und Mitarbeiter ein professionelles und stets funktionierendes Notfallmanagement vorzuhalten. Die zur Verfügung stehende Verfahrensbeschreibung wird einmal jährlich auf Aktualität geprüft und ggf. überarbeitet.

9.1 Notrufanlage, Notfallmaßnahmen und- ablaufplan

Sämtliche Bereiche der Fachklinik Klosterwald, in denen sich Rehabilitanden aufhalten können, sind mit einer zentralen Notrufeinrichtung ausgestattet. Die Fachklinik verfügt zusätzlich, zu den fest installierten Notruftasten, über eine zentrale Notrufnummer zur Alarmierung der diensthabenden Pflegekraft von jedem Telefonanschluss der Klinik aus. In den Therapie- und Behandlungsräumen ist eine Sichttafel „Vorgehen bei medizinischen Notfällen“ ausgehängt. Dort ist der Ablauf der im Notfall zu ergreifenden Maßnahmen leicht verständlich zusammengefasst.

Bei Auslösen des Notrufes wird die Alarmierung an die Diensttelefone (stationär und mobil) der diensthabenden Pflegekraft weitergeleitet. Durch die zentrale Notrufanlage ist sofort erkennbar, in welchem Zimmer der Notruf ausgelöst wurde. Die Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes übernehmen grundsätzlich die Erstversorgung des Rehabilitanden unter Hinzuziehung des ärztlichen Dienstes.

Ist der medizinische Notfall nicht mit den Mitteln der Fachklinik Klosterwald zu bewältigen, erfolgt umgehend die Alarmierung der Rettungsleitstelle Jena. Über diese werden Rettungswagen und Notarzt angefordert. Entsprechende Vereinbarungen bestehen mit der Rettungsleitstelle in Jena.

Einem frühen Einsatz eines Automatischen Externen Defibrillators (AED) kommt im Falle eines Notfalles eine entscheidende Bedeutung zu. Aus diesem Grund befindet sich dieser in der Fachklinik zentral zugänglich im Eingangsbereich. Weitere spezifische Notfallausrüstung, wie Notfallkoffer und medizinischer Sauerstoff, sind im Pflegebereich gelagert und werden vom Pflegepersonal zum Einsatzort bei Alarmierung mitgebracht.

Darüber hinaus wird ein geeigneter Ort mit der Möglichkeit zur Überwachung und Notfallversorgung vorgehalten.

Außerhalb der Präsenzzeiten des ärztlichen Dienstes besteht eine telefonische Rufbereitschaft, welche mittels Dienstplans monatlich geregelt ist.

9.2 Notfallfortbildung und -übungen

Notfallmaßnahmen werden regelmäßig oder bei größeren Änderungen auf Einhaltung und korrekte Umsetzung überprüft.

Hierfür werden die Mitarbeiter der Fachklinik im gesetzlich vorgegebenen Rhythmus in Brandschutz- und Notfallmaßnahmen von Brandschutz- und Notfallbeauftragten geschult.

Die Notfallschulungen mit den Schwerpunkten Verhalten im Notfall, Alarmierung, Grundlagen des Herzstillstandes, kardiopulmonale Reanimation und Defibrillation,

praktische Übungen am Phantom, ggfs. Defibrillator-Training und Einweisung in die Notfallausrüstung werden federführend durch das Deutsche Rote Kreuz des Saale-Holzland-Kreises durchgeführt. Die Maßnahmen werden zielgruppengerecht in Theorie und Praxis vermittelt.

Brandmeldungen in der Fachklinik Klosterwald werden automatisch und ohne Zeitverzögerung an die Feuerwehralarmierungsstelle Jena gemeldet. Gleichzeitig erfolgt eine interne Alarmierung von Rehabilitanden und Mitarbeitern über einen Signalton. Die Brandmeldezentrale (BMZ), das Feuerwehranzeigetableau (FAT) und alle notwendigen Laufkarten werden im Eingang der Fachklinik vorgehalten. Alle Ausgänge und Rettungswege sind durch Sicherheitszeichen gut sichtbar gekennzeichnet.

Die Mitarbeiter werden mindestens jährlich arbeitsplatzspezifisch in Brandschutzmaßnahmen unterwiesen. Diese Unterweisung schließt auch Maßnahmen gegen Entstehungsbrände und das Verhalten im Gefahrenfall (Gebäuderäumung, Sammelplatz usw.) ein. Auf Grundlage der Flucht- und Rettungspläne werden in angemessenen Zeitabständen Räumungs- und Brandschutzübungen durchgeführt.

Literaturverzeichnis:

- Akhtar, S. (2001): Narzisstische und Borderline – Persönlichkeitsstörungen: zwei verwandte Bilder. In: Kernberg. O. F.; Dulz. B.; Sachsse. U. (2001): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 Modul. Verlag Hans Huber, Bern.
- Balint, M. (1968): The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. London: Tavistock
- Batra, A. et. al. (2012): Verhaltenstherapie: Grundlagen-Methoden-Anwendungsgebiete. Thieme Verlag, Stuttgart
- Benton, A. L. (1994): Der Benton-Test, Manual, Deutsche Version. Verlag Hans Huber, Bern.
- Burian, W. (Hg.) (2003): Auf der Suche nach dem guten Objekt. Psychoanalytische Blätter Bd.24. Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Burtscheidt, W. (2001): Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Ein Therapiemanual. Berlin, Heidelberg: Springer
- Caligor, E.; Kernberg. O. F.; Clarkin. J. F. (2010): Übertragungsfokussierte Psychotherapie bei neurotischer Persönlichkeitsstruktur. Schattauer, Stuttgart.
- Childress, A. R., Ehrman, R. N., Wang, Z., Li, Y., Sciortino, N., Hakun, J. O'Brian, C. P. (2008): Prelude to passion: Limbic activation by "unseen" drug and sexual cues. PLoS One, 3(1), e1506.
- Clarkin, J. F.; Yeomans. E.; Kernberg. O. F.; (2008): Psychotherapie der Borderline - Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis, 2019, Thieme Verlag KG, Stuttgart
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT): S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen; Februar 2021, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>; [21.02.2023]
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2020): DHS Jahrbuch Sucht. Pabst, Lengerich
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2021): DHS Jahrbuch Sucht. Pabst, Lengerich
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2022): DHS Jahrbuch Sucht. Pabst, Lengerich
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: DIMDI; 2005 <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>; [22.02.2023]
- Dieckman, A.; Albertini, V. (2009): Psychoanalytisch-interaktionelle Suchttherapie in der Klinik-Erfahrungen mit einer einheitlichen therapeutischen Haltung. In: Bilitza, K. W. (Hg.) (2009): Psychotherapie der Sucht. Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Doering, S. (2016): Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP). Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Driessen, M.; Hill, A. (1998): Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie 3. In: Arbeitskreis OPD (Hrsg.)

- (2013): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Modul Abhängigkeitserkrankungen. Verlag Hans Huber, Bern.
- DRV (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV Berlin.
 - DRV (2011). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011. DRV. Berlin.
 - DRV (2014). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. DRV. Berlin
 - DRV (2014). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung. DRV. Berlin
 - DRV (2016). Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. DRV Berlin.
 - Einsle, F.; Hummel, K. V. (2015): Kognitive Umstrukturierung: Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
 - Elzer, M. (2019): Psychoanalytische Theorie der Entwicklung. In: Elzer, M.; Gerlach, A. (2019): Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen.
 - Erzigkeit, H. (1996): Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen, SKT Manual. Geromed, Witten.
 - Fiedler, P. (1999): Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Beltz, Weinheim.
 - Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta
 - Franke, G.H. (2002): Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis-Deutsche Version-Manual (2., rev. U.erw. Aufl.). Beltz Test GmbH, Göttingen.
 - Freud, S. (1898): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. In: S. Freud. (2000): GW. Studienausgabe. Bd. V. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
 - Freud, S. (1903): Die Freudsche psychoanalytische Methode. Studienausgabe, Ergänzungsband. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
 - Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: S. Freud. (2000): GW. Studienausgabe. Bd. V. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
 - Freud, S. (1910): Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens II. In: S. Freud. (2000): GW. Studienausgabe. Bd. V. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
 - Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. In: S. Freud. (2000): GW. Studienausgabe. Bd. III. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
 - Freud, S. (1926): Hemmung, Symptom und Angst. In: S. Freud. (2000): GW. Studienausgabe. Bd. VI. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
 - Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. In: S. Freud. (2000): GW. Studienausgabe. Bd. III. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
 - Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2001.
 - Greenson, R. R. (1973): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart. (2007).

- Heigel – Evers A., Heigel F.: Gruppentherapie: Interaktionell-tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) -psychoanalytisch. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. (1973); 7: 132-157.
- Heigel –Evers A., Ott, J. (Hg.) (2002): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Theorie und Praxis. Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Herriger, N. (2020). Empowerment in der sozialen Arbeit (6. Aufl.). Stuttgart, Kohlhammer GmbH.
- Hinsch, R., Pfingstee, U. (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 5 vollständig überarbeitete Auflage. Beltz, Weinheim.
- Hyman, S. E., Malenka, R. C. & Nestler, E. J. (2006): Neural mechanisms of addiction: The role of reward-related learning and memory. Annual Review of Neuroscience, 29, 565–598.
- Kernberg, O. F. (1975): Borderline Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt. (2009).
- Kernberg, O.F. (2001): Borderline – Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg. O. F.; Dulz. B.; Sachsse. U. (2001): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart.
- Kernberg, O. F. (2001): Die übertragungsfokussierte Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline – Persönlichkeitsorganisation. In: Kernberg. O. F.; Dulz. B.; Sachsse. U. (2001): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart.
- Kernberg, O. F. (2001): Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. In: Kernberg. O. F.; Dulz. B.; Sachsse. U. (2001): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart.
- Kernberg, O. F. (2009): Hass, Wut, Gewalt und Narzissmus. In: Ermann. M. (Hrsg.) (2012): Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik
- Kocher. K. (2019): Zur Psychodynamik der Sucht. In: Elzer. M.; Gerlach. A. (2019): Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Koppenhöfer, E. (2018): Genussverfahren: Techniken der Verhaltenstherapie. Beltz, Weinheim.
- Körkel, J. (2009): Quest Akademie, Seminarunterlagen.
- Körkel, J., Schindler, Ch. (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, „Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.T“. Springer, Berlin Heidelberg
- Kringelbach, M. L. & Berridge, K. C. (2009): Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. Trends in Cognitive Sciences, 13, 479–487.
- Koob GF (2014): Addiction as a stress surfeit disorder. Neuropharmacology. 76, 370-382.
- Kuhl, J., Kazem, M. (1997): Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI). Handanweisung. Hogrefe, Göttingen.
- Küfner, H. (2010): Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 53, 271–283.
- Krystal, H.; Raskin, H. A. (1983): Drogensucht – Aspekte der Ich-funktion. Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Küfner, H. (2019): Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Drogen und Medikamenten. In Leibing E., Hiller W., Sulz S. K. D. (Hg.) Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie. Göttingen, Mainz, München: Psychosozial-Verlag. S. 209 – 230

- Kunzke, D.; Strauß, B.; Burscheidt, W. (2002): Zur Wirksamkeit der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Alkoholismus. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 38: 35-70. In: Bilitza, K. W. (Hrsg) (2009): *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kutter, P.; Müller, T. (1999): *Psychoanalyse der Psychosen und Persönlichkeitsstörungen*. In: Loch, W. (1999): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. S. Hirzel Verlag, Stuttgart, Leipzig.
- Lehrl, S. (1995): *Mehrfachwahl-wortschatz-Intelligenztest, MWT-B*. Medizinische Verlagsgesellschaft, Balingen.
- Lindenmeyer, J. (2019): *Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol*. In Leibing E., Hiller W., Sulz S. K. D. (Hg.) *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie*. Göttingen, Mainz, München: Psychosozial-Verlag. S. 195 – 208
- Loch, W. (1999): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. S. Hirzel Verlag, Stuttgart, Leipzig.
- Löcherbach, P. (2018) *Fallmanagement in der Rentenversicherung – Vorstellung eines Entwicklungsprojektes und die Bedeutung für die Praxis der Rehabilitation; Beitrag D14-2018 unter www.reha-recht.de; 15.05.2018*
- Lürßen, E. (2001): „Eines langen Tages Reise in die Nacht“ Der psychische Rückzug der Borderline – Persönlichkeit in die Drogenwelt. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (2001): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart.
- Lüscher, C., Malenka, R. C. (2011): Drug-evoked synaptic plasticity in addiction: from molecular changes to circuit remodeling. *Neuron*, 69, 650–663.
- Margraf, J. und Schneider, S. (Hrsg.) (2018): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer-Verlag, Berlin.
- Miller, N. S. & Gold, M. S. (1994): Dissociation of “conscious desire” (craving) from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 99–106.
- Miller, W. R., Rollnik, S. (2004): *Motivierende Gesprächsführung*. Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.E. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behaviors. Process of change* (S. 3-27). New York: Wiley
- Rapaport, D. (1950): *Die Autonomie des Ich*. In: Kutter, P.; Roskamp, H. (Hrsg.) (1974): *Psychologie des Ich*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Reinecker, H., Lakatos, A., Kaimer, P.: *Lern- und verhaltenspsychologische Krankheitslehre*. In: Hiller, W., Leibing, E., Leichenring, F., Sulz, S. (Hrsg.) (2010): *Lehrbuch der Psychotherapie (Band 1)*. CIP-Medien, München.
- Rost, W. D. (1986): *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Psychosozial-Verlag, Gießen. (2009).
- Robbins, T. W., Ersche, K. D. & Everitt, B. J. (2008): Drug addiction and the memory systems of the brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 1–21.
- Schnell, T. (2020): *Verhaltenstherapie der Sucht*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schneider, R. (2013): *Die Suchtfibel, Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit*. 17. Korrigierte Auflage. Schneider Verlag.

- Schultz, W. (2011): Potential vulnerabilities of neuronal reward, risk, and decision mechanisms to addictive drugs. *Neuron*, 69, 603–617.
- Schultz, W., Dayan, P. & Montague, P. R. (1997): A neural substrate of prediction and reward. *Science*, 275, 1593–1599.
- Stengel, F., Ladner-Merz, S. (2019): *Merken-Denken-Erinnern: Kognitives Training nach der Stengel-Methode*. 4. Auflage, memo Verlag, Stuttgart
- Streeck, U., Leichsenring, F. (2009): *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Begleiter, H., Porjesz, B., Fowler, J. S., Telang, F., Thanos, P. K. (2006): High levels of dopamine D2 receptors in unaffected members of alcoholic families: Possible protective factors. *Archives of General Psychiatry*, 63, 999–1008.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fischman, M. W., Foltin, R. W., Fowler, J. S., Abumrad, N. N., Shea, C. E. (1997): Relationship between subjective effects of cocaine and dopamine transporter occupancy. *Nature*, 386, 827–830.
- WHO Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling unter Mitarbeit von E. Schulte-Markwort. 4. Auflage. Huber, 2000 Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D., Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J. Abnorm. Psychol.*, 105(2), 166-180.
- Winnicott, D. W. (1959): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Psychosozial-Verlag, Gießen. (2008).
- Yalachkov, Y., Kaiser, J. & Naumer, M. J. (2010): Sensory and motor aspects of addiction. *Behavioural Brain Research*, 207, 215–222.

Anhang:**Therapiemappe:**

Hausordnung für Patienten, Besucher und Angehörige	107
Patientenordnung	110
Nutzungsordnung Turnhalle	113
Schwimmbad- und Saunaordnung	115
Fitnessraumordnung	120
EDV-Nutzungsordnung	122
Fahrtauglichkeit	126
Therapievereinbarung	127

Qualitätsmanagementaufzeichnungen:

A.2_I Aufnahmemanagement	130
B.2_I VA Gruppen- und Einzeltherapie	133
A.3_I AA Entlassungsmanagement	137
A.1_1 Aufnahme-Fragebogen	139
B.3_40 Bewertungsbogen AT	142
Brandschutzordnung inklusive Alarmplan	143
Notfallplan	158
Personalsollstellenplan 2013	161
Grundriss der Einrichtung	163
Muster-Therapieplan der Aufnahmephase 1	173
Muster-Therapieplan der Aufnahmephase 2	174
Therapieplan der Gruppe A1	175

Hausordnung für Patienten, Besucher und Angehörige

Präambel

Die Behandlung kranker Menschen erfordert gegenseitige Rücksichtnahme. Die nachfolgende Hausordnung ist daher für alle Personen, die sich in der Fachklinik Klosterwald aufhalten, verbindlich. Die Hausordnung soll die Sicherheit und Ordnung im Hinblick auf eine ungestörte Patientenversorgung sowie auf den sicheren Betrieb der Einrichtungen, Apparate, Geräte und maschinellen Anlagen gewährleisten. Die Hausordnung ist auf den gesamten Bereich des Klinikums einschließlich der Außenanlagen anzuwenden.

§ 1 Allgemeine Verpflichtungen

- a. Die Anweisungen des Klinikpersonals sind zu befolgen.
- b. Der Aufenthalt in der Klinik erfordert im Interesse aller Patienten besondere gegenseitige Rücksichtnahme und besonderes Verständnis.
- c. Im Interesse aller ist im gesamten Klinikbereich unnötiger Lärm zu vermeiden. Von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr ist Ruhezeit. Während dieser Zeit wird um erhöhte Rücksichtnahme gebitten.
- d. Verunreinigungen der Räume, Wege, Gartenanlagen und des sonstigen Klinikgeländes sind zu vermeiden. Für Abfälle sind die vorbestimmten Behälter zu nutzen.
- e. Alle Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände sind pfleglich und schonend zu behandeln. Technische Anlagen dürfen nur ihrem Zweck entsprechend verwendet werden. Sicherheitseinrichtungen dürfen nicht beschädigt, verstellt oder funktionsuntüchtig gemacht werden.
- f. Der Konsum alkoholischer Getränke, Cannabis und/oder illegaler Drogen ist in der Klinik, auf dem Klinikgelände und für alle Rehabilitanden im Rahmen der gesamten Zeitspanne der Therapie strengstens untersagt. Das schließt Belastungsheimfahrten und jegliche Form therapiefreier Zeit mit ein. Dies gilt auch für an alkoholische Getränke angelehnte Genussmittel (z.B. alkoholfreies Bier u. dgl.).
- g. In den Räumen der Klinik besteht ein generelles Rauchverbot. Dies schließt E-Zigaretten mit ein. Das Rauchen in den Räumlichkeiten der Klinik ist grundsätzlich untersagt. Auf dem Klinikgelände darf nur an den hierfür ausgewiesenen Raucherbereichen geraucht werden.
- h. Aufgrund erhöhter Brandgefahr sind Feuer, offenes Licht (z.B. Anzünden von Kerzen) und Feuerwerkskörper sowie der Betrieb von privaten Heiz- und Kochgeräten innerhalb der Klinik untersagt.
- i. Die auf dem Klinikgelände ausgewiesenen Parkplätze stehen ausschließlich Mitarbeitern der Fachklinik Klosterwald zur Verfügung. An den Wochentagen im

Zeitraum von 16:30 Uhr - 17:30 Uhr und an den Wochenenden im Zeitraum von 12:30 Uhr - 17:30 Uhr können freie Parkflächen kostenlos von Besuchern genutzt werden.

j. Zum Be- und Entladen von Fahrzeugen bei An- und Abreise können die Ladenflächen an den Haupteingängen genutzt werden.

k. Auf dem Klinikgelände gelten die Regeln der Straßenverkehrsordnung. Widerrechtlich in Park- und Halteverbotszonen (insbesondere in Rettungsdienst- oder Feuerwehrzufahrten) abgestellte Fahrzeuge werden zur Gewährleistung eines sicheren Klinikbetriebes und zur Sicherstellung der internen Prozesse kostenpflichtig abgeschleppt.

l. Film-, Fernseh-, Ton-, Video- und Fotoaufnahmen, die zur Veröffentlichung bestimmt sind, bedürfen der ausdrücklichen Erlaubnis der betroffenen Patienten und der Klinikleitung. Grundsätzlich sind die Persönlichkeitsrechte zu wahren

m. Betteln, Werben, Feilbieten von Waren, Auftritte, Veranstaltungen, Verteilen von Prospekten, Zeitschriften, Handzetteln und Fremdwerbemitteln jeglicher Art sowie parteipolitische Betätigung sind im gesamten Klinikbereich untersagt. Ausnahmen bedürfen der Erlaubnis der Klinikleitung.

n. Der Aufenthalt in Räumen des Betriebs- und Wirtschaftsbereiches sowie in den Räumen des Klinikpersonals ist Patienten und Besuchern nicht gestattet.

o. Untersagt ist ebenfalls das Verwenden von Kennzeichen verfassungswidriger Organisationen.

p. Das Mitbringen von Topfpflanzen und Tieren ist nicht gestattet. Ausgenommen hiervon sind Therapie- und Blindenführhunde und Mitarbeiterhunde unter der Beachtung der hierfür geltenden Bestimmungen und in gesondert ausgewiesenen Bereichen (z.B. Gartenhäuschen), nach vorheriger Beantragung bei der Geschäftsführung.

q. Der Aufenthalt in Räumen des Betriebs- und Wirtschaftsbereiches, in Kellergängen sowie in den Räumen des Klinikpersonals ist Besuchern nicht gestattet.

§ 2 Besondere Regelungen für Patienten

Die gesonderte Patientenordnung ist in der Begrüßungsmappe zu finden. Sie ersetzt nicht diese Hausordnung.

§ 3 Besondere Regelungen für Besucher

a. Es ist nicht erwünscht, dass Personen, die selbst oder im häuslichen Umfeld unmittelbar von Infektionen, z.B. Durchfall, Erkältung betroffen sind, Kranke besuchen.

b. Die Besucher werden gebeten das Patientenzimmer zu verlassen, wenn pflegerische oder ärztliche Tätigkeiten anstehen.

- c. Die Besucher werden gebeten, den Anweisungen des Klinikpersonals Folge zu leisten.

§ 4 Wertsachen, Fundsachen, Diebstahl

- a. Die Klinik übernimmt für den Verlust der eingebrachten Wertsachen grundsätzlich keine Haftung. Es wird empfohlen, nur die notwendigsten Dinge für den Klinikaufenthalt mitzubringen.
- b. Fundstücke sind an der Zentralen Information / Rezeption oder im Schwesternzimmer ab- zugeben. Hier werden sie für eine Woche aufbewahrt, danach werden die Fundstücke im eigenen Fundbüro der Klinik für einen Monat aufbewahrt und danach an Bedürftige ausgegeben.
- c. Sollten kleinere persönliche Dinge, wie Kleidung im Patientenzimmer, vergessen worden sein, so ist hier direkt das Schwesternzimmer zu kontaktieren.
- d. Diebstähle sind umgehend dem Pflegepersonal zu melden und ggf. polizeilich anzuzeigen.

§ 5 Ahndung bei Verstößen gegen die Hausordnung

- a. Patienten, die gegen die Bestimmungen der Hausordnung verstoßen, die Sicherheit des Versorgungsauftrages oder den ordnungsgemäßen Ablauf des Klinikums stören, können aus der stationären und ambulanten Behandlung ausgeschlossen werden.
- b. Begleitpersonen, Besucher und andere Personen können bei Verstößen gegen die Hausordnung vom Klinikgelände verwiesen werden.
- c. Bei groben Verstößen gegen diese Hausordnung kann ein Hausverbot ausgesprochen werden.
- d. Für vorsätzliche oder fahrlässige Beschädigungen von Klinikeigentum kann Schadenersatz verlangt werden.

Chefarzt Christoph Kern
Med. Geschäftsführer

Patientenordnung

Besondere Regelungen für Patienten

1) Mitwirkungspflicht:

Der Therapieplan, sowie therapeutische Vereinbarungen und ärztliche Verordnungen sind bindend. Die Patienten sind verpflichtet, sich an die im Therapieplan und in der Hausordnung geregelten Abläufe zu halten und in ihrer Therapie aktiv mitzuwirken.

2) Gewalt:

Bei renitenten und/oder gewalttätigen Patienten behält sich die Klinik in Notsituationen vor, die Polizei zu verständigen. Die Androhung und/ oder Ausübung von Gewalt können zur vorzeitigen Beendigung der Therapie führen. Hierzu zählen ausdrücklich auch verbale und nonverbale Interaktionen.

3) Vereinnahmende Beziehungen:

Vereinnahmende Beziehungen gefährden den Therapieerfolg. Deshalb dürfen diese nicht ausgelebt werden. Bahnt sich eine derartige Beziehung an, muss diese in der Therapie thematisiert und bearbeitet werden, um ein vorzeitiges Therapieende vermeiden zu können. Zu den vereinnahmenden Beziehungen zählen sexuelle Beziehungen, Partnerschaften, aggressive Beziehungen und ähnliche.

4) Patientenzimmer:

Patientenzimmer sind persönliche Rückzugsorte, deshalb sind dort gegenseitige Besuche nicht gestattet.

Während der ärztlichen Visiten und der allgemeinen Zeit der Bettruhe müssen sich die Patienten in ihren Zimmern aufhalten.

5) Ausgang:

Ab dem 4. Tag in der Klinik ist Ausgang grundsätzlich möglich, es sei denn, ärztliche oder therapeutische Anordnungen stehen dem entgegen.

Ärztliche, therapeutische und pflegerische Anordnungen sowie Behandlungen haben stets die oberste Priorität. Sie sind verpflichtet diese einzuhalten. Wenn sich Patienten während ihrer Freizeit außerhalb der Klinik aufhalten, begeben sie sich aus dem Haftungsbereich der Klinik. Die Patienten dokumentieren ihren Ausgang und ihre Rückkehr im Ausgangsbuch.

Ausgangszeiten:

Montag – Freitag: 14:30 - 21:00 Uhr

Samstag: 12:30 - 21:00 Uhr

Sonntag: 08:45 - 21:00 Uhr

Eine Verlängerung der Ausgangszeit ist im Einzelfall möglich. Sie muss beim Bezugstherapeuten angezeigt und abgesprochen werden.

Das vorübergehende Verlassen des Klinikgeländes außerhalb der Ausgangszeiten bedarf der Erlaubnis des behandelnden Arztes und des Bezugstherapeuten. Ist die Erlaubnis erteilt müssen sich diese Patienten beim zuständigen Pflegepersonal abmelden und ins Ausgangsbuch eintragen.

6) Besuch:

Nach der ersten Woche können Sie Besuch in den öffentlichen Bereichen der Klinik empfangen.

Besuchszeiten in der Klinik:

Mittwoch und Freitag: 14:30 - 17:30 Uhr

Samstag: 12:30 - 17:30 Uhr

Sonntag: 08:45 - 17:30 Uhr

7) Heil- und Arzneimittel:

Patienten dürfen während ihres Klinikaufenthaltes nur die von den Ärzten der Klinik verordneten oder akzeptierten Heil- und Arzneimittel verwenden. Selbstmedikation gefährdet den Behandlungserfolg. Ausnahmen müssen mit den behandelnden Ärzten und Bezugstherapeuten abgesprochen werden. Im Notfall ist die diensthabende Schwester zu konsultieren.

8) Patienten mit infektiösen Erkrankungen:

Patienten mit infektiösen Erkrankungen dürfen das Patientenzimmer nur mit Genehmigung des Arztes bzw. des Pflegepersonals und unter Beachtung der angeordneten Maßnahmen verlassen. Grundsätzlich hat sich jeder Patient zu seiner Behandlung oder zur Verhütung von Ansteckungen den angeordneten Hygiene- bzw. Isoliermaßnahmen zu unterziehen.

9) Verpflegung von Patienten:

Die Verpflegung der Patienten richtet sich nach dem allgemeinen Speiseplan oder nach besonderer ärztlicher Anordnung.

Verderbliche Lebensmittel dürfen aus hygienischen Gründen nicht auf den Patientenzimmern aufbewahrt und verzehrt werden. Nutzen Sie zur Lagerung derartiger Lebensmittel die vorgesehenen Kühlschränke auf den Etagen.

Eine Abmeldung von den Mahlzeiten ist punktuell möglich.

10) Benutzung von Mediengeräten und Betrieb privater elektrischer Geräte:

Bei der Benutzung von Mediengeräten ist darauf zu achten, dass die täglichen Abläufe der Klinik und die Ruhe der anderen Patienten nicht gestört werden. Die Benutzung von mobilen Endgeräten (z.B. Smartphone) ist grundsätzlich während der Therapien verboten.

Der Anschluss und Betrieb privater elektrischer Geräte (z.B. Heizgeräte, Wasserkocher, Klimageräte etc.) ist in der Klinik nicht erlaubt. Hiervon ausgenommen sind Geräte, die der Körperpflege dienen (z.B. Föhn, Rasierapparat, Zahnbürsten). Bildschirme und Monitore sind bis zu einer Größe von max. 24 Zoll gestattet.

11) Patientenschließfächer:

Die Patientenschließfächer dienen ausschließlich zur Aufbewahrung und Weiterleitung von Dokumenten, Briefen und ähnlichem Schriftverkehr. Eine Zweckentfremdung im Sinne der Nutzung der Schließfächer zur Aufbewahrung anderer Gegenstände als die Benannten ist untersagt.

12) Zustellung von Postsendungen

Wenn Sie die Möglichkeit nutzen, sich an die Adresse der Fachklinik Klosterwald Briefe, Pakete, Päckchen etc. senden zu lassen, dann ist es zwingend erforderlich zusätzlich Ihren Namen in der Adresszeile anzugeben, sodass bei Eingang der Sendung in der Fachklinik Klosterwald eine eindeutige Zuordnung zum Empfänger der Sendung möglich ist. Findet sich hingegen auf einer Sendung lediglich die Adresse der Fachklinik, so wird diese Sendung geöffnet werden müssen. Stellt sich dabei heraus, dass der Inhalt der Sendung nicht von der Fachklinik Klosterwald bestellt wurde oder in keinem anderen Zusammenhang mit den dienstlichen Abläufen der Klinik steht, wird die Sendung zurückgesendet.

Es ist streng untersagt bei kostenpflichtigen Bestellungen die Fachklinik Klosterwald als Rechnungsadresse anzugeben. Die Fachklinik ist für nicht eingegangene oder nicht zugestellte oder nicht bezahlte Sendungen nicht haftbar.

Nutzungsordnung Turnhalle der Fachklinik Klosterwald

1.Zweck

Ziel dieser Ordnung ist es, allen Nutzerinnen und Nutzern die Nutzung der Turnhalle und Sportgeräte zu gewährleisten. Um den Erhalt der Geräte zu wahren sind einige Regeln unumgänglich.

2.Geltungsbereich

Fachklinik Klosterwald gGmbH

3.Verantwortlichkeiten

Klinikleitung

4.Festlegungen

Folgende Regeln sind bei jeder Nutzung zwingend einzuhalten:

4.1 Haftung:

Die Fachklinik Klosterwald gGmbH behält sich Folgendes vor: Bei fahrlässigen oder vorsätzlichen Beschädigungen der hauseigenen Geräte haftet der Patient ggf. in voller Höhe für den Schaden.

4.2 Turnschuhe:

Nur Turnschuhe oder festes Schuhwerk mit sauberen Sohlen sind für die Nutzung der Turnhalle zulässig. Patienten ohne Sportschuhe oder festes Schuhwerk (keine Schlappen) dürfen die Halle aus Gründen der Hygiene und Unfallgefahr nicht nutzen.

4.3 Sportbekleidungen:

Als Sportkleidung gilt atmungsaktive, bequeme Funktionskleidung, die genügend Bewegungsraum für die Sportaktivitäten lässt. Enge Jeans, Gürtel, Kleider, Röcke etc. sind daher ungeeignet.

4.4 Sicherheitsvorschriften

Schmuck: Ketten, Ringe, Arm- und Halskettchen, Armbänder, Gürtel und Uhren müssen abgelegt werden. Ohringe, Ohrstecker und Piercings im Kopfbereich sind abzunehmen oder abzukleben.

Brillen: Brillenträger sollten eine Sportbrille oder eine vergleichbare Brille (Kunststoffgläser und flexible Bügel mit „Verlierschutz“) tragen, um das Verletzungsrisiko zu minimieren.

Notausgänge: Die Notausgänge sind durch eine beleuchtete Beschilderung über den entsprechenden Türen gekennzeichnet. Diese Türen sind stets frei zugänglich zu halten und nicht zuzustellen mit z.B. Hockern, Matten, Tischtennisplatten.

Notruf: In der Turnhalle und im Wartebereich davor, gibt es Notrufknöpfe (roter Signalknopf). Wenn Sie die Turnhalle betreten befindet sich rechts neben der

Geräteraumtür ein Notrufknopf (ROT), unterhalb der senkrecht angebrachten Lichtknopfleiste. Im Wartebereich, vor der Turnhalle, befindet sich ein weiterer beschilderter Notrufknopf. Sollte sich ein Patient oder Mitarbeiter z. B. eine massive Sportverletzung zuziehen, kann der Notrufknopf gedrückt werden.

Tore: Die Tore sind ausschließlich unter Aufsicht für Therapiezwecke zu nutzen.

Netzanlage: Die Ständerfüße der Netzanlage sind vor Beginn des Spieles mit Matten abzudecken.

Boxsack: Die Benutzung des Boxsackes ist nur mit Boxhandschuhen oder Bandagen gestattet. Es sei denn es wird ausschließlich mit den Beinen gearbeitet. Beachten Sie bitte den Aushang mit Hinweisen zum Boxtraining.

4.5 Wertsachen

Grundsätzlich haftet jeder Patient selbst für seine Wertgegenstände.

4.6 Umsichtiges Verhalten

Sportgeräte: Bitte gehen Sie schonend mit den Sportgeräten und sonstiger Ausstattung der Halle um. Die Gruppe nach Ihnen wird es zu schätzen wissen. Besonderes Augenmerk ist auf Geräteausgabe und Rücknahme, sowie Ordnung zu richten, damit Geräte, wie Bälle oder auch Tischtennisplatten nicht liegen bzw. stehen bleiben.

Ausleihe: Sollten Sie sich Geräte ausleihen steht eine Auswahl an Geräten in der Arbeits- und Ergotherapie sowie in der Physiotherapie zur Verfügung. Natürlich können Sie auch Ihre eigenen Geräte (z.B. Tischtenniskellen etc.) nutzen.

Geräteräume: Geräteräume sind keine Aufenthaltsräume. Patienten haben sich dort nicht aufzuhalten.

4.7 Nutzungszeiten

Die Zeiten der Nutzung in der Freizeit entnehmen Sie bitte dem Aushang an der Turnhallentür.

5.Mitgeltende Formulare/Dokumente

B.2_4 Therapie und Therapievereinbarung

6.Qualitätsaufzeichnungen

Schwimmbad- und Saunaordnung

§ 1 Zweck

Die Schwimmbad- und Saunaordnung dient der Sicherheit, Ordnung und Sauberkeit im gesamten Schwimmbad- und Saunabereich, einschließlich Eingang und Außenanlage. Diese Ordnung wird in der Aufnahmephase ihres stationären Aufenthaltes besprochen. Jeder Patient ist nach der Unterweisung verpflichtet, die Regelungen dieser Schwimmbad- und Saunaordnung einzuhalten. Als Nachweis der Unterweisung dient die Unterschrift jedes Patienten in der Therapievereinbarung.

§ 2 Verbindlichkeit

Die Schwimmbad- und Saunaordnung sowie die geltende Haus- und Patientenordnung sind für die Nutzer verbindlich.

Das Personal übt das Hausrecht aus. Anweisungen des Personals oder weiterer Beauftragter ist Folge zu leisten. Patienten, die gegen die Schwimmbad- und Saunaordnung verstoßen, können dessen verwiesen werden.

Die Schwimmbad- und Saunaordnung gilt für den allgemeinen Bade- und Saunabetrieb. Bei Sonderveranstaltungen oder Nutzung durch bestimmte Personengruppen (z. B. Schul- und Vereinsschwimmen) können Ausnahmen zugelassen werden, ohne dass es einer Aufhebung der Schwimmbadordnung bedarf.

§ 3 Allgemeines

Eckdaten Schwimmbecken

Größe: 16m x 8m Tiefe: 1,30m

Wassertemperatur: zwischen 28 und 29,5°C

Im Schwimmbecken befindet sich rundherum ein Handlauf.

§ 4 Zutritt

Schwimmbad und Sauna stehen grundsätzlich jedem Patienten der Fachklinik Klosterwald gGmbH nach Kenntnisnahme der aktuell gültigen Schwimmbadordnung zur Verfügung und können nach ärztlichem Einverständnis genutzt werden. Dies wird aktenkundig dokumentiert.

Aus Sicherheits- und Haftungsgründung ist es nicht gestattet Schwimmbad und Sauna allein zu nutzen. Der Zutritt ist ab 3 Personen gestattet.

Der Zutritt ist nicht gestattet für:

- Patienten ohne ärztliches Einverständnis
- Patienten mit ansteckenden Krankheiten oder offenen Wunden
- Patienten, die unter Einfluss berauschender Mittel stehen

Der Zutritt ist nur unter folgenden Voraussetzungen gestattet:

- Tragen extremistischer Symbole (z.B. rechts- oder linksextremistisch, solche Symbole auf der Haut sind abzudecken (z.B. wasserfestes Pflaster)

§ 5 Öffnungszeiten

Schwimmbad:

Zusätzlich zu den im Therapieplan ausgewiesenen Schwimmzeiten gelten folgenden Öffnungszeiten:

Dienstag bis Freitag 8.15 Uhr bis 08.45 Uhr

Montag bis Donnerstag 15.00 Uhr bis 21.00 Uhr

Freitag 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr

Samstag, Sonntag und an Feiertagen 07.00 Uhr bis 21.00 Uhr

Sauna:

Die Nutzung ist nur nach vorheriger Anmeldung möglich. Diese muss am Nutzungstag bis 14.00 Uhr erfolgen.

Männer Mo. und Mi. ab 15.00 Uhr / ab 18.00 Uhr gemischte Sauna

Frauen Di. und Do. ab 15.00 Uhr / ab 18.00 Uhr gemischte Sauna

Freitag 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr

Samstag, Sonntag und an Feiertagen 15.00 Uhr bis 21.00 Uhr

Die Öffnungszeit schließt das Aus- und Ankleiden ein. Schwimmbad und Sauna sind mit Ende der Öffnungszeit zu verlassen.

Die Klinikleitung behält sich vor Zutrittsvoraussetzungen und Öffnungszeiten zu ändern.

§6 Reinigung

Reinigung Schwimmbad, Damen- und Herrenumkleide:

Montag bis Freitag 6.15 Uhr – 8.00 Uhr.

Sonntag werden die Umkleiden zwischen 10.00 Uhr und 11.00 Uhr gereinigt.

Reinigung Sauna:

Montag bis Freitag 11.30 Uhr – 12.15 Uhr

Sonnabend in der Zeit von 10.00 Uhr -11.00 Uhr

Zu den Reinigungszeiten ist eine Nutzung von Schwimmbad und Sauna nicht gestattet.

§7 Verhaltensregeln

1. Allgemeine Verhaltensregeln

- (1) Der Aufenthalt im Nassbereich des Schwimmbades ist nur in Badekleidung ohne Taschen gestattet.

- (2) Seitliches Einspringen, das Hineinstoßen oder Werfen anderer Personen in die Becken ist untersagt.
- (3) Das Betreten und Verlassen des Schwimmbeckens ist ausschließlich über die Schwimmbadterrasse gestattet.
- (4) Sollten Ihnen Mängel auffallen, melden Sie uns diese bitte umgehend (z.B. grobe Verschmutzung, defekter Fön usw.).
- (5) Notrufknöpfe- sind rot gekennzeichnet neben der Treppe und an der langen Wandseite im Schwimmbad Richtung Physiotherapie
- (6) Erste-Hilfe-Kasten- befindet sich neben dem Notrufknopf an der Wandseite
- (7) Nichtschwimmer- Rehabilitanden geben dies bitte beim Arzt an, sind in der klassischen Wassergymnastik trotzdem herzlich willkommen
- (8) Epileptiker- es besteht die Gefahr des Ertrinkens durch einen Krampfanfall – Hilfe über Notrufknopf sofort anfordern! Zusätzliche Hilfe am Hilfsbedürftigen birgt die Gefahr des Ertrinkens des Helfers, da beim unkontrollierten Krampfen/Festhalten große Kräfte wirken, auch für erfahrene Schwimmer
- (9) UWM-Düsen (Unterwassermassage- können mittels Knopfs im Wasser angestellt werden, auf Seite der Schwalldusche (Fensterseite)

2. Zusätzliche Verhaltensregeln

- (1) Die Nutzer haben alles zu unterlassen, was den guten Sitten sowie dem Aufrechterhalten der Sicherheit, Ruhe und Ordnung zuwiderläuft.
- (2) Die Einrichtungen des Schwimmbades und der Sauna einschließlich der Leihartikel sind pfleglich zu behandeln. Bei nicht zweckentsprechender Benutzung oder Beschädigung haftet der Nutzer für den entstandenen Schaden.
- (3) Das Schwimmbad und die Sauna dürfen nicht mit Straßenschuhen betreten werden.
- (4) Nutzern ist es nicht gestattet, Musikinstrumente, Ton- oder Bildwiedergabegeräte und andere Medien zu benutzen.
- (5) Das Fotografieren und Filmen fremder Personen und Gruppen ohne deren Einwilligung ist nicht gestattet.
- (6) Vor der Benutzung des Schwimmbades, der Sauna und des Kaltwasserbeckens muss eine Körperreinigung (Duschen) vorgenommen werden. Rasieren, Nägel schneiden, Haare färben u. Ä. ist nicht erlaubt.
- (7) Jeder Nutzer hat sich auf die in einem Badebetrieb typischen Gefahren durch gesteigerte Vorsicht einzustellen.

§ 8 Haftung

- (1) Die Fachklinik haftet grundsätzlich nicht für Schäden durch Nutzer. Dies gilt nicht für eine Haftung wegen Verstoßes gegen eine wesentliche Vertragspflicht

und für eine Haftung wegen Schäden des Nutzers aus einer Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit sowie ebenfalls nicht für Schäden, die der Nutzer aufgrund einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Pflichtverletzung des Betreibers erleidet. Wesentliche Vertragspflichten sind solche, deren Erfüllung die ordnungsgemäße Durchführung des Vertrages überhaupt erst ermöglicht und auf deren Einhaltung der Nutzer regelmäßig vertrauen darf.

- (2) Als wesentliche Vertragspflichten des Betreibers zählt insbesondere, aber nicht ausschließlich, die Benutzung der Badeeinrichtung, soweit diese nicht aus zwingenden betrieblichen Gründen teilweise gesperrt ist.
- (3) Dem Nutzer wird ausdrücklich geraten, keine Wertgegenstände mit in das Bad, die Sauna oder den Umkleebereich mitzunehmen. Von Seiten der Fachklinik werden keinerlei Bewachung und Sorgfaltspflichten für dennoch mitgebrachte Wertgegenstände übernommen. Für den Verlust von Wertsachen, Bargeld und Bekleidung haftet die Fachklinik nur nach den gesetzlichen Regelungen. Dies gilt auch bei Beschädigung der Sachen durch Dritte.

II. Ergänzende Bestimmungen für die Nutzung der Sauna

§ 1 Zweck und Nutzung der Saunaanlage

- (1) Die Saunaanlage dient der Gesundheitsförderung und der Erholung. Hierzu gibt es Empfehlungen des Deutschen Sauna-Bundes e. V.
- (2) Die Saunaanlage ist ein textiltreier Bereich. In bestimmten Bereichen (z. B. Ruheräume) gelten besondere Bestimmungen.

§2 Eckdaten Sauna

- 60°C (Kleines Saunarium) für Anfänger
- 90°C für Fortgeschrittene
- Aufgüsse sind nicht erlaubt
- 3 Personen pro Zeitfenster sind notwendig

§ 2 Verhalten

- (1) Die Benutzung der Sauna ist nur unbekleidet gestattet.
- (2) Ruheliegen dürfen nur mit einem Bademantel oder mit einer trockenen, körpergroßen Unterlage benutzt werden.
- (3) Liegen im Saunabereich dürfen nicht mit Handtüchern, Taschen oder anderen Gegenständen dauerhaft belegt werden.
- (4) Saunen mit Holzbänken sind nur mit einem ausreichend großen Liegetuch zu benutzen, das der Körpergröße entspricht. Die Holzteile dürfen nicht vom Schweiß verunreinigt werden.

- (5) Technische Einbauten (z. B. Heizkörper, Beleuchtungskörper, Saunaheizgeräte einschließlich deren Schutzgitter und Messfühler) dürfen nicht mit Gegenständen belegt werden.
- (6) Badeschuhe dürfen in Saunaräumen nicht getragen werden.
- (7) Aus Gründen gegenseitiger Rücksichtnahme sind in Saunen laute Gespräche, Schweißschaben und/ oder Bürsten nicht erlaubt. Hauteinreibungen/Peelings mit selbst mitgebrachten Mitteln wie Salz, Honig u. ä. sind unzulässig.
- (8) In Ruheräumen müssen sich die Nutzer rücksichtsvoll und ruhig verhalten.
- (9) In der Saunaanlage ist Telefonieren, Fotografieren und Filmen nicht gestattet. Elektronische Medien, mit denen man fotografieren und/oder filmen kann (z. B. Smartphone, Tablet), dürfen nicht mitgebracht und benutzt werden.
- (10) Getränke (bei Nutzung der Sauna) dürfen nur zum eigenen Verzehr mitgebracht und nur in den ausgewiesenen Bereichen verzehrt werden. Zerbrechliche Behälter (z. B. Behälter aus Glas oder Porzellan) dürfen nicht mitgebracht werden.
- (11) Der Außenbereich der Sauna ist nur für den Aufenthalt der Saunierenden
- (12) Die Tür zum Schwimmbad ist offen.
- (13) Notrufknopf: befindet sich für beide Saunen neben der Tür (innen), achten Sie auf Körpersignale und übertreiben Sie nicht
- (14) Schmuck legen Sie bitte ab, da Verbrennungsgefahr besteht.

Fitnessraumordnung

1. Zweck

Ziel dieser Ordnung ist es, allen Nutzerinnen und Nutzern einen angenehmen Aufenthalt im Fitnessraum zu gewährleisten

2. Geltungsbereich

Fachklinik Klosterwald gGmbH.

3. Verantwortlichkeiten

Klinikleitung

4. Festlegungen

Grundsätzlich gelten folgende Regelungen bei Nutzung des Fitnessraumes:

1. Im Fitnessraum hat sich jeder so zu verhalten, dass Sicherheit, Sauberkeit und Ordnung gewährleistet sind. Ein sportliches und faires Miteinander von Trainierenden, Kursleitenden und ist gewünscht.
2. Die Möglichkeit des Trainings an den Geräten erfolgt ausschließlich nach vorheriger Einweisung durch die Mitarbeiter der Physiotherapie und die tatsächliche Nutzung auf eigene Gefahr. Zur Unfallvermeidung ist ausschließlich mit mindestens einem unmittelbaren Trainingspartner zu trainieren. Aus Sicherheitsgründen kann eine Benutzung des Raumes durch Einzelpersonen nicht genehmigt werden.
3. Die Mindestanzahl an Patienten beträgt 3 Patienten
Die Maximalanzahl an Patienten beträgt 6 Patienten
4. Das Entwenden von Klinikeigentum und fremden Eigentum sowie mutwillige Beschädigung von Materialien oder Räumlichkeiten, führen zu einer polizeilichen Anzeige.
5. Alle Anlagen, Einrichtungen und Geräte sind pfleglich zu behandeln. Auftretende Schäden und Mängel sind unverzüglich den Mitarbeitern der Physiotherapie zu melden.
6. Bei Fragen, Problemen, eventuellen Schäden oder Hinweisen ist das Personal der Physiotherapie zu konsultieren.
7. Bei Verstößen gegen die Regelungen macht die Geschäftsleitung vom Hausrecht gebrauch.

Alle Nutzerinnen und Nutzer sind verpflichtet:

- sich ordentlich und rücksichtsvoll zu verhalten
- saubere Wechselsportschuhe zu tragen
- Die Bedienungsanleitungen für die Übungen an den Geräten sind zu beachten und einzuhalten
- Freihanteln sind nur auf den dafür vorgesehenen Gummimattenbereich zu nutzen und nicht im freien Fall auf den Boden fallen zu lassen

- Gewichte und Kurzhanteln sind nach dem Training auf die dafür vorgesehenen Halterungen zurückzulegen
- Beschädigungen sind unverzüglich beim Personal der Physiotherapie anzuzeigen bzw. im Hausmeisterbuch zu dokumentieren (bei Abwesenheit der Physiotherapie)
- Getränke sind ausschließlich in PET-Flaschen mitzuführen, Glasflaschen sind wegen Verletzungsgefahr nicht gestattet, der Verzehr von Speisen ist untersagt
- für mitgebrachte Taschen, Kleidung und Wertsachen wird keine Haftung übernommen
- beim Verlassen des Raumes sind die elektronischen Fitnessgeräte auszuschalten
- aus hygienischen Gründen sind an den Übungsgeräten Handtücher zu verwenden/unterzulegen
- Die Multifunktionsgeräte dürfen ohne Genehmigung nicht umgebaut werden
- Übungen dürfen nur auf den dafür vorgeschriebenen Stationsplätzen durchgeführt werden
- Beim Auflegen der Gewichte ist die Scheibenfolge zu beachten (große Scheiben innen)
- Die Scheiben an den Hantelstangen sind immer zu fixieren
- Übungen in Gewichtheber-Techniken (z.B. Reißen usw.), sowie Übungen die die eigene Sicherheit und die der Mitbenutzer gefährden, sind untersagt
- Die Lagerung der Hanteln erfolgt nur auf den dafür vorgesehenen Gummimatten
- Die Lagerung der Scheiben erfolgt nur auf den Scheibenigeln
- Klemmen müssen nach Beendigung des Trainings von den Hantelstangen genommen werden
- Benutzte Geräte sind nach Nutzung mit entsprechender/bereitgestellter Wischdesinfektion zu reinigen

5. Mitgeltende Formulare / Dokumente

B.2_4 Therapie und Therapievereinbarung

6. Qualitätsaufzeichnungen

B.7_16 Checkliste Fitnessraum

EDV-Nutzungsordnung

Ziel dieser Ordnung ist es, die Nutzung der EDV-Möglichkeiten (Hard- wie Software) für einen sinnvollen und gewissenhaften Umgang zu regeln.

2. Geltungsbereich

Fachklinik Klosterwald gGmbH.

3. Verantwortlichkeiten

Klinikleitung

4. Festlegungen

4.1 Präambel

Die nachfolgende Nutzungsordnung stellt wichtige Grundregeln im Umgang mit Computern der Fachklinik Klosterwald durch Patienten auf.

Insbesondere müssen Nutzer darauf achten, dass

- mit den Computern der Fachklinik und dazugehörigen Geräten sorgfältig umgegangen wird,
- die persönlichen Zugangsdaten für die Computernutzung (Passwort) geheim gehalten und ausschließlich vom jeweiligen Nutzungsberechtigten verwendet werden,
- fremde Rechte und insbesondere das Urheberrecht beachtet werden, vor allem das Materialien, die von anderen Personen stammen, nicht veröffentlicht werden und dass kein unberechtigter Download von Musikdateien, Spielen etc. erfolgt.
- illegale Inhalte weder veröffentlicht noch im Internet aufgerufen werden,
- persönliche Daten (Name, Geburtsdatum, Personenfotos) von Patienten und sonstigen Personen nicht unberechtigt im Internet veröffentlicht werden.

Die Fachklinik Klosterwald übernimmt keine Mithaftung für finanzielle und rechtliche Folgen eines Fehlverhaltens (z. B. Verletzungen von Presse- und Urheberrecht, Installation von nicht lizenzierter Software, illegales Anbieten von Software, usw.).

Die vorliegende Nutzungsordnung ist für alle Nutzer verbindlich. Mit Betreten des PC-Kabinetts verpflichten sich die Nutzer zur Einhaltung dieser Ordnung. Benutzern, die gegen diese Nutzungsordnung verstoßen, wird der Zutritt zum PC-Kabinett untersagt.

4.2 Anwendungsbereich

Die Regelungen gelten für die Nutzung der Computer, Computerdienstleistungen und Netzwerke, die von der Fachklinik betrieben werden. Hierzu zählen insbesondere die Nutzung der von der Fachklinik gestellten Computer in den Computerräumen sowie die Nutzung zentraler Server-Dienste der Fachklinik.

4.3 Nutzungsberechtigte

Die im Computerraum bereitgestellte Hard- und Software steht ausschließlich Patientinnen und Patienten oder entsprechend autorisiertem Personal zur Verfügung. Die Nutzung des PC-Kabinetts ist ausschließlich diesen Personen gestattet.

Die genannten Computer und Dienste der Fachklinik können grundsätzlich im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten von allen Patienten unter Beachtung der nachfolgenden Bestimmungen genutzt werden, soweit die Computer nicht im Einzelfall besonderen Zwecken vorbehalten sind.

Die Benutzung kann eingeschränkt, (zeitweise) versagt oder (zeitweise) zurückgenommen werden, wenn nicht gewährleistet erscheint, dass die betreffende Person ihren Pflichten als Nutzer nachkommen wird.

4.4 Beschädigung der Geräte

Alle im PC-Kabinett aufgestellten Geräte sind mit größter Sorgfalt zu behandeln. Störungen und Defekte jeglicher Art sind vom Benutzer direkt bei den PC-Kabinett-Betreuern (Mitarbeiter Haustechnik) oder über das Handwerkerbuch zu melden. Selbsthilfe ist in keinem Falle zulässig und strikt untersagt.

Die vorsätzliche Beschädigung von Sachen ist strafbar und kann zur Anzeige gebracht werden. Wer schuldhaft Schäden verursacht, hat diese zu ersetzen. Darüber hinaus kann der handelnden Person die weitere Nutzung dieser Geräte auf Dauer oder für einen bestimmten Zeitraum untersagt werden.

4.5 Abruf von Internet-Inhalten

Die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die des Strafrechts und Urheberrechts sind zu beachten. Alle gesetzwidrigen Aktivitäten sind verboten.

Dies betrifft insbesondere, aber nicht ausschließlich:

- das Ausspähen von Daten (§202a StGB)
- die Datenveränderung (§303a StGB) und Computersabotage (§303b StGB)
- die Verbreitung pornographischer Darstellungen (§184 StGB), sowie der Abruf, Besitz und die Weitergabe kinderpornographischer Darstellungen (§184b StGB)
- Verbreitung von Propagandamittel verfassungswidriger Organisationen (§86 StGB) und Volksverhetzung (§130 StGB)
- Ehrdelikte, wie Beleidigung oder Verleumdung (§§ 185 ff. StGB)
- Strafbare Urheberrechtsverletzungen, z.B. durch urheberrechtswidrige Vervielfältigung von Software (§§ 106 ff. UrhG)

4.6 Veröffentlichung von Inhalten im Internet

Illegale Inhalte

Es ist untersagt, pornografische, gewaltverherrlichende, rassistische, jugendgefährdende, beleidigende oder sonst strafrechtlich verbotene Inhalte im Internet zu veröffentlichen, zu versenden oder sonst zugänglich zu machen. Ferner

dürfen Inhalte, die dem Ansehen oder dem Erscheinungsbild der Fachklinik schaden, nicht verbreitet werden.

Kommerzielle und parteipolitische Werbung sind untersagt.

Veröffentlichung fremder urheberrechtlich geschützter Inhalte

Texte, (gescannte) Bilder oder sonstige urheberrechtlich geschützte fremde Inhalte (z.B. Audio- und Videodateien) dürfen nur mit Zustimmung des Urhebers oder der sonstigen Rechteinhaber im Internet veröffentlicht werden. Gemeinfreie Werke (insbesondere amtliche Fassungen von Gesetzen, Verordnungen, Erlassen und Bekanntmachungen sowie Werke, bei denen die Schutzfrist abgelaufen ist) dürfen jedoch ohne Erlaubnis im Internet veröffentlicht werden.

Beachtung von Bildrechten

Das Recht am eigenen Bild ist zu beachten. Die Veröffentlichung von Fotos im Internet ist nur gestattet mit der Genehmigung der abgebildeten Personen, im Falle der Minderjährigkeit zusätzlich von deren Erziehungsberechtigten.

4.7 Datenschutz, Fernmeldegeheimnis

Aufsichtsmaßnahmen, Administration

Die Fachklinik ist zur Erfüllung ihrer Aufsichtspflicht berechtigt, den Datenverkehr zu speichern und zu kontrollieren. Darüber hinaus können bei der Inanspruchnahme von Computersystemen oder Netzwerken die zur Sicherung des Betriebs, zur Ressourcenplanung, zur Verfolgung von Fehlerfällen und zur Vermeidung von Missbrauch erforderlichen personenbezogenen Daten elektronisch protokolliert werden. Die Administratoren sind berechtigt, zum Zwecke der Aufrechterhaltung eines ordnungsgemäßen Netzwerkbetriebes (z.B. technische Verwaltung des Netzwerkes, Erstellung zentraler Sicherungskopien, Behebung von Funktionsstörungen) oder zur Vermeidung von Missbräuchen (z.B. strafbare Informationsverarbeitung oder Speicherung) Zugriff auf die Daten der Nutzer zu nehmen, sofern dies im jeweiligen Einzelfall erforderlich ist. Gespeicherte Daten werden spätestens zu Beginn eines neuen Jahres gelöscht. Dies gilt nicht, wenn Tatsachen den Verdacht eines schwerwiegenden Missbrauches der klinischen Computer begründen. Die Fachklinik wird von ihren Einsichtsrechten nur in Fällen des Verdachts von Missbrauch und bei verdachtsunabhängigen Stichproben Gebrauch machen.

Die Wahrung des Fernmeldegeheimnisses im Sinne des § 88 TKG wird gewährleistet. Die Administratoren haben die ihnen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit für die vorgenannten Systeme bekannt gewordenen Daten geheim zu halten. Zulässig sind Mitteilungen, die zum Betrieb der Rechner und Dienste, zur Erstellung von Abrechnungen, zur Anzeige strafbarer Handlungen und zur Durchführung von Ordnungsmaßnahmen erforderlich sind.

4.8 Folgende grundsätzliche Verhaltensrichtlinien gelten:

- Das Installieren von Software ist untersagt. Falls zusätzliche, nicht installierte Software benötigt wird, ist dies rechtzeitig mit dem Poolverantwortlichen abzustimmen.
- Bei Anwesenheit der PC-Kabinett-Betreuer ist diesen Folge zu leisten, dies betrifft auch die Aufforderung zum unverzüglichen Verlassen des PC-Kabinetts auf Grund eines Verstoßes gegen die Nutzungsordnung.
- Die Arbeitsplätze sind sauber und aufgeräumt zu verlassen.
- Die Stühle sind nach Verlassen des Arbeitsplatzes an die Tische zu stellen.
- Störungen durch laute Gespräche und Telefonate sind zu vermeiden.
- Jegliches Entfernen von Ausstattungsgegenständen ist verboten.
- Speicherung von Daten: Jeder Benutzer hat selbst für die Sicherung seiner Daten zu sorgen.
- Das Kopieren von installierter Software ist untersagt.
- Die Nutzer haben die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

4.9 Schlussvorschriften

Inkrafttreten

Diese Nutzungsordnung ist Bestandteil des Therapievertrages. Alle Nutzungsberechtigten werden zu Beginn der Therapie über die Inhalte dieser Nutzungsordnung informiert.

5. Mitgeltende Formulare / Dokumente

B.2_4 Therapie und Therapievereinbarung
DSO EmK

6. Qualitätsaufzeichnungen

A.2_1 Fahrtauglichkeit

Hinweise und Richtlinien für die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bei Abhängigkeitserkrankungen

1. Abhängigkeitssyndrom und Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen

Bei einem substanzbezogenen Abhängigkeitssyndrom (Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen, Schnüffelstoffen) besteht, gemäß geltender Vorschriften (Begutachtungsleitlinien des gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin von 2000, Fahrerlaubnis-Verordnung, Hrsg. Bundesministerium der Justiz) keine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen.

2. Führerscheinstelle

Die Führerscheinstelle darf nur von einem substanzbezogenen Abhängigkeitssyndrom ausgehen bei Vorliegen eines ärztlichen Gutachtens. Ein solches Gutachten darf die Behörde nur einfordern, wenn Tatsachen die Annahme einer Alkoholabhängigkeit begründen oder die Fahrerlaubnis wegen Alkoholabhängigkeit entzogen war oder sonst zu klären ist, ob Abhängigkeit nicht mehr besteht (§ 11 Abs. 2 Satz 3 der Fahrerlaubnisverordnung).

3. Nachweis- und Meldepflicht bei vorhandenem Führerschein

Es besteht keine Pflicht zur Selbstanzeige oder zur Anzeige durch Institutionen (z.B. Fachklinik, Psychiatrie) bei der Führerscheinstelle. Alle Informationen, die Sie ihren Behandlern geben, unterliegen der Schweigepflicht.

4. Dauer der Aufhebung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen

„Nach Abhängigkeit (Entwöhnungsbehandlung): wenn Abhängigkeit nicht mehr besteht und in der Regel ein Jahr Abstinenz nachgewiesen ist“ (§11 FeV, Anlage 4).

5. Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung:

In der Anlage 4, §11 FeV wird bei der Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen auf eine abgeschlossene Entwöhnungstherapie verwiesen. Entsprechend würden Entgiftungen nicht ausreichen, um wieder fahrtauglich zu werden.

6. Rückfälle:

Rückfälle bewirken eine erneute Aufhebung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen.

7. Führerscheinentzug:

Wurde Ihnen der Führerschein durch eine Verwaltungsbehörde im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung entzogen, erfolgt nach einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung i.d.R. eine MPU.

Therapievereinbarung der Fachklinik Klosterwald gGmbH

Nach ausführlichen Informationen über die Bedingungen einer stationären Entwöhnungstherapie wird zwischen

Fachklinik Klosterwald gGmbH
Bahnhofstrasse 33, 07639 Bad Klosterlausnitz

und

Frau/Herrn.....geb.am

Wohnhaft.....

nachfolgend Patient genannt

die Durchführung einer stationären Entwöhnungstherapie beim Patienten vereinbart.

Für die Dauer der Behandlung wird vereinbart:

Präambel

Mit der Aufnahme einer Entwöhnungstherapie kommt es zum Abschluss einer Therapievereinbarung.

In dieser verpflichtet sich der Patient zur aktiven Gestaltung der Therapie und der Einhaltung der Therapierahmenbedingungen (Hausordnung, sämtliche Nutzungsordnungen, Belehrung zur Fahrtauglichkeit, Schweigepflicht, individuelle ärztlich-pflegerische und therapeutische Anordnungen, sonstige Vereinbarungen und Regelungen zu organisatorischen Abläufen), um den Erfolg der Behandlung zu ermöglichen. Die behandelnden Therapeuten, Ärzte und Pflegenden verpflichten sich zum professionellen Handeln gemäß ihrer Qualifikation mit aller Sorgfalt und entsprechend dem Stand der aktuell wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Schweigepflicht und Datenschutz

Grundsätzlich unterliegt alles, was Sie den Mitarbeitern der Fachklinik Klosterwald anvertrauen, der gesetzlich geregelten Schweigepflicht (§203 StGB). Ausnahmen gelten für gesetzlich geregelte Datenübermittlungen an Ihren Leistungsträger. Gemäß Patientenrechtegesetz haben Sie ein Recht auf Akteneinsicht. Da die Einsicht in Behandlungsunterlagen auch von Bedeutung für die therapeutische/ärztliche Beziehung ist, bitten wir Sie, Ihr Anliegen mit uns zu besprechen. Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht für Behandlungsunterlagen beträgt mind. 10 Jahre.

Vertraulichkeit, Diskretion und Supervision

Eine erfolgreiche Therapie ist insbesondere davon abhängig, inwieweit es Ihnen gelingt, frei über sich zu sprechen. Damit Sie sich frei äußern können, ist der Schutz des therapeutischen Raumes unabdingbar. Die durchgeführten Therapiestunden werden dokumentiert. Sollte im Einzelfall ein Kontakt mit Außenstehenden notwendig oder von Ihnen gewünscht sein, müssen Sie Ihren Therapeuten von der Schweigepflicht entbinden.

Therapeuten und Ärzte sind zur Sicherung der Qualität ihrer Arbeit verpflichtet, sich fortzubilden und mit Kollegen über ihre Arbeit zu sprechen (Supervision/Intervision).

Dies geschieht in respektvoller und anonymisierter Form entsprechend Ihrer persönlichen Würde.

Wichtige Lebensentscheidungen

Durch den intensiven therapeutischen Prozess können Wünsche nach Veränderung Ihrer aktuellen Lebenssituation geweckt werden. In jedem Fall ist es notwendig, etwaige Lebensentscheidungen (Arbeitsplatz/Berufswechsel, Heirat, Trennung, Umzug etc.) nicht zu treffen, bevor Sie diese nicht ausführlich in der Therapie bearbeitet und in ihrer Bedeutung verstanden haben.

Therapierisiken

Psychotherapie ist wissenschaftlich belegt wirksam. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich Ihre Beschwerden verbessern oder sogar ganz verschwinden ist entsprechend gut. Grundsätzlich gibt es jedoch auch das Risiko einer vorübergehenden Verschlechterung der Befindlichkeit. Durch den intensiven therapeutischen Prozess kann es (vor allem zu Beginn und zum Ende der Behandlung) zu einer Zunahme von körperlichen oder seelischen Symptomen oder auch zu einer Belastung der Partnerbeziehung oder anderer Beziehungen kommen. Es ist wichtig, dass Sie mit Ihrem Therapeuten darüber sprechen und gemeinsam überlegen, welche Ursachen dafür verantwortlich sind und welche Schritte ggfs. einzuleiten sind. Bitte zögern Sie damit nicht, wenn Ihnen Zweifel an der Art der Behandlung oder dem Erfolg kommen. Änderungen Ihrer Medikamente, insbesondere auch Psychopharmaka, Änderungen in der Dosierung oder weitere med. Interventionen werden ausschließlich durch Klinikärzte realisiert.

Beendigung und Abbruch oder Verlängerung der Therapie

Die Dauer der Therapiezeit wird in der Regel vom zuständigen Leistungsträger vorgegeben. Wenn Sie erwägen, die Therapie vorzeitig zu beenden oder den Wunsch haben die Therapiedauer zu verlängern, bitten wir Sie, dies umgehend mit Ihrem Therapeuten zu besprechen, damit wir die Möglichkeit haben, die Gründe für Ihre Überlegung gemeinsam zu verstehen. Auch wenn Sie sich letztlich dafür entscheiden sollten, die Therapie nicht fortzusetzen, ist es für Sie von großer Bedeutung, sich gemeinsam ausreichend Zeit zu nehmen, über Ihre Gründe zu sprechen und sich zu verabschieden.

Die Veränderung der Therapiedauer muss dem zuständigen Kostenträger mitgeteilt werden.

Einverständnis

Ich erkläre, über die hier aufgeführten Regeln informiert worden zu sein, sie ganz umfänglich verstanden zu haben und stimme ihnen zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/
gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Vertreter der Fachklinik
Klosterwald

Mitgeltende Dokumente / Formulare

- 2_1 Hausordnung
- 8.1_3 Patientenordnung
- 8.1_12 Schwimmbad- und Saunaordnung
- 8.1_13 Fitnessraumordnung
- 8.1_15 Nutzungsordnung Lehrküche
- 8.1_16 EDV-Nutzungsordnung
- 8.1_17 Nutzungsordnung Waschmaschinen
- 8.1_18 Nutzungsordnung Turnhalle
- A.2_1 Fahrtauglichkeit

Qualitätsaufzeichnungen

- 8.1_14 Checkliste Fitnessraum

A.2_I Aufnahmemanagement

Aufnahmemanagement

1. Zweck

Diese Arbeitsanweisung (AA) regelt den Ablauf der Patientenaufnahme (Aufnahmemanagement) in der Fachklinik Klosterwald gGmbH (FK).

2. Geltungsbereich

Diese AA gilt für sämtliche am Aufnahmeprozess beteiligten Mitarbeiter der FK.

3. Verantwortlichkeiten

Chefarzt, Leitender Therapeut, Pflegedienstleiterin, Leiterin Case Management

4. Festlegungen

Die stationäre Patientenaufnahme beginnt mit dem Erstkontakt am Tag 1, leitet in die pflegerische, ärztliche, administrative Aufnahme sowie die Aufnahme durch das Case Management am gleichen Tag über. Am Tag 2 erfolgt eine Begrüßungsvisite durch die Fachliche Leitung, in deren Ergebnis die zukünftige Stammgruppe festgelegt wird. Im weiteren Verlauf erfolgen die therapeutischen Aufnahmen durch Bezugstherapeut und Arbeitstherapeut. Mit der BORA-Eingruppierung endet der Aufnahmeprozess.

5. Ablauf Patientenaufnahme

5.1. Patientenerstkontakt

- Empfang und Begrüßung durch die Mitarbeiter der Zentralen Information / Rezeption (ZI/R) und Überleitung in den Pflegerischen Bereich dort erfolgen
- Überprüfung der Reha-Fähigkeit (Atemalkoholtest, Hinweise auf Entzugssyndrom, körperliche oder kognitive Einschränkungen, Ausschluss akuter Infektionszeichen) durch Pflegedienst, ggf. Hinzuziehung eines Arztes
- Bei bestehender Reha-Fähigkeit erfolgt Patientenaufnahme

5.2. Patientenaufnahme

5.2.1. Aufnahme durch den Pflegedienst

- Freischaltung des Patienten in Patfak
- Anlage Patientenkurve inkl. Patientenstammblatt
- Erhebung medizinischer Parameter in Patfak
- Aushändigung und Einweisung in „Informationsblatt Anreisetag“
- Entgegennahme mitgebrachter medizinischer Unterlagen und Medikamente
- Dokumentation aller durchgeführten Maßnahmen in Patfak
- Aktualisierung Bettentafel
- Terminierung Atemalkoholkontrollen
- Weiterleitung zur Ärztlichen Aufnahme, ZI/R, Case Management
- Ausarbeitung der Ärztlichen Anordnungen

5.2.2. Aufnahme durch den Ärztlichen Dienst

- Erhebung der allgemeinen und klinischen Anamnese unter Berücksichtigung der Vorunterlagen und der Reha-Relevanz
- Körperliche Aufnahmeuntersuchung und Erhebung des psychischen Befundes
- Stellung der Aufnahme Diagnosen
- Festlegung der Medikation

- Anordnung von Laboruntersuchungen, diagnostischen Maßnahmen
- Erläuterung der Anordnungen
- Dokumentation aller durchgeführten Maßnahmen
- Weiterleitung der Patientenkurve an den Bereich Pflege zur Ausarbeitung
- Weiterleitung sämtlicher Vorbefunde an den Schreibdienst

5.2.3. Aufnahme durch das Case Management

- Patfak:
 - o Überprüfung der Basis-, Sozial- und Adressdaten und Komplettierung
 - o Dokumentation der Anreiseart
 - o Erstellen eines Patientenfotos
 - o Anlegen des Therapieplanes Aufnahmephase 1 und 2
 - o Anlegen der Muster-Bado
 - o Erhebung der Basisdokumentation Punkte 2.3., A.08, 2.3.4
- Aushändigung der Begrüßungsmappe
- Erstellen von Aufenthaltsbescheinigung
- Erfassen notwendiger Antragstellung zur wirtschaftlichen Sicherung

5.2.4. Aufnahme durch die ZI/R

- Erstellung der Aufnahmemitteilung und Ausdruck
- Patfak:
 - Versand der Aufnahmemitteilung per DFÜ §301 an Kostenträger, ggf. postalisch
- Schlüsselübergabe Patientenzimmer und Patientenpostfach
- Begleitung des Patienten auf das Patientenzimmer
 - o Zimmertelefon
 - o Schwesternnotruf
 - o Brandschutz
- Ersteinweisung
 - o Einweisung in den Speisesaal und Zuweisung des Sitzplatzes
 - o Hinweis auf Abmeldung bei Abwesenheit am Wochenende
 - o Patientenpostfach
- Hausrundgang am Folgetag 14.00 Uhr mit Vermerk auf
 - o Schwesternzimmer und Therapieraum
 - o Infotafel Hauptstraße
 - o Physiotherapie und Schwimmbad / Sauna/Turnhalle
 - o Sammelplatz bei Feueralarm
 - o Notrufknöpfe für Patienten
 - o Zimmer Chefarzt + Sekretariat
 - o Postfächer für Tagebücher
 - o Briefkasten Postausgang Patienten
- Dokumentation und Archivierung

5.2.5. Begrüßungsvisite

- Teilnehmer: Fachliche Leitung, Bezugstherapeuten der Aufnahmephase, Seelsorger
- Begrüßung und Vorstellung der Anwesenden
- Überprüfung der Behandlungsindikation und der geplanten Gruppenzuweisung
- Festlegung abzuleitender Maßnahmen und finale Zuweisung der Bezugsgruppe

- Dokumentation der Bezugsgruppe in Patfak (Stammdaten/Basisdaten) durch ZBM
- Information über Bezugsgruppe durch Aufnahmetherapeuten per E-Mail an BZA, BZT, Case Management, Pflegedienst, ZBM, Leitung Rechnungswesen, nachfolgend Einbuchen des Therapieplanes Bezugsgruppe durch Case Management

5.2.6 Therapeutische Aufnahme

5.2.6.1. Aufnahme durch Aufnahmetherapeuten

- Einführung in den Klinikalltag
- Weiterführung der Basisdokumentation in Patfak
- Abschluss der Therapievereinbarung

5.2.6.2. Aufnahme durch Bezugstherapeuten

- Erstkontakt
- Fortwährende Überprüfung und Aktualisierung der Basisdokumentation in Patfak
- Erhebung des Verlaufes der Reha-relevanten Beeinträchtigungen, Biografischen Anamnese, Krankheitsverständnis und Informationsstand, Sozialanamnese mit Kontextfaktoren, Sozialversicherungsrechtlicher Status

5.2.6.3. Aufnahme durch Arbeitstherapeuten

- Aushändigung des Fragebogens zu Bildung und Erwerb
- Dokumentation in Patfak: Beruflicher Werdegang, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitsplatzbeschreibung
- BORA-Eingruppierung und Dokumentation in Patfak

6. Mitgeltende Formulare / Dokumente

A.2_II AA Aufnahme- und Orientierungsphase

B.6_I VA Case-Management

B.1_3 Informationsblatt Anreisetag

E.2_II Datenübermittlung an Dritte

E.4_III DA Fahrdienste

Prozess Aufnahmemanagement

Prozess Aufnahme durch den Pflegedienst

Prozess Aufnahme durch den Ärztlichen Dienst

Prozess Aufnahme Case Management

Prozess Aufnahme Verwaltung

Prozess Aufnahme Therapie

Prozess Aufnahme Arbeitstherapie

7. Qualitätsaufzeichnungen

- Berichte zur Qualitätssicherung der DRV
- Interne Rehabilitandenbefragung deQus
- Rehabilitandenbefragung Psychosomatik/Sucht stationär

B.2_I VA Gruppen- und Einzeltherapie

1. Zweck

Diese Verfahrensanweisung (VA) regelt die Gruppen- und Einzeltherapie in der Fachklinik Klosterwald

2. Geltungsbereich

Fachklinik Klosterwald gGmbH

3. Verantwortlichkeiten

Leitender Therapeut

Bezugstherapeuten

4. Festlegungen

4.1 Psychotherapeutische und Suchttherapeutische Gruppen- und Einzelgespräche

Den Rehabilitanden werden in der Fachklinik Klosterwald psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie sowie tiefenpsychologisch orientierte Suchttherapie in Gruppen- und Einzelgesprächen geboten.

Darüber hinaus bieten wir verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie sowie verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in Gruppen- und Einzelgesprächen an.

Die schulenspezifische Gruppentherapie und Einzeltherapie finden wöchentlich für jeden Rehabilitanden beginnend mit der Aufnahme- und Diagnostikphase statt.

Jeder Bezugstherapeut führt sowohl die Gruppentherapien als auch die Einzeltherapie durch.

Dabei arbeiten die Suchttherapeuten unter Supervision der approbierten Psychotherapeuten einschließlich des Leitenden Therapeuten.

Die Fachteams der Fachklinik Klosterwald sind entsprechend organisiert. Jeweils zwei Psychotherapeuten, die sich vertreten können, bilden die fachliche Teamleitung eines Teams, bestehend aus Psychotherapeuten und Suchttherapeuten einer Fachkunde bzw. vertieften Weiterbildung. Die fachliche Gesamtleitung der Gruppen- und Einzeltherapien obliegt dem Leitenden Therapeuten.

Therapeutische Leitung

Die therapeutische Leitung der Abteilung Therapie hat der Leitende Therapeut der Fachklinik Klosterwald. Er ist außerdem Teil der Dienststellenleitung und entsprechend verantwortlich und weisungsbefugt. Gemeinsam mit dem Chefarzt führt er regelmäßig Chefarztvisiten durch und leitet die interne Supervision und Fallbesprechungen.

Wöchentlich erfolgen durch den Leitenden Therapeuten geleitete therapeutischen Fallkonferenzen an denen alle Bezugstherapeuten der Einrichtung teilnehmen. In diesem Rahmen werden ausgewählter Patientenfälle diskutiert und Vorschläge für eine individuelle Therapieplanung erarbeitet.

4.2 Das Bezugsgruppensystem der Fachklinik Klosterwald

Nach Abschluss der Aufnahme und Diagnostikphase werden die Rehabilitanden in ihre Bezugsgruppen integriert, in denen gemäß der jeweiligen Fachkunde bzw. Qualifizierung der Bezugstherapeuten Therapie angeboten wird.

Die Frage nach der Indikationsstellung für eine Bezugsgruppe wird unter C.7 _1 dargestellt.

In der Bezugsgruppe findet die Arbeitsphase des Therapieprozesses statt. Die Rehabilitanden arbeiten an den in der Aufnahme- und Diagnostikphase entwickelten individuellen Rehabilitationszielen (C.7_4). Die Konzeption folgt dem psychoanalytisch integrativen Ansatz, der einerseits die Klinik als Großgruppe bzw. Setting in die Einzelbehandlung einbezieht, sodass jedes interpersonelle Erleben unter gruppen- und psychodynamischen Aspekt verstanden wird. Darüber hinaus bedeutet dies, dass die unterschiedlichen Therapiemaßnahmen integrativ angeboten werden und entsprechend wirken können.

Zusätzlich zur Bezugsgruppe sind die Rehabilitanden in Indikationsgruppen (C.7_2) integriert. Diese können einerseits fachkundlich mit der jeweiligen Bezugsgruppe verschränkt sein. Andererseits ist die Teilnahme an einer Indikationsgruppe mit fachlich komplementärer Ausrichtung zur Bezugsgruppe möglich und gewünscht. Damit wird beispielsweise gewährleistet, dass Rehabilitanden, die in ihrer Bezugsgruppe ein psychodynamisches Psychotherapieangebot haben, an einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Indikationsgruppe teilnehmen können.

Außerdem finden während der Bezugsgruppenphase die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gemäß des BORA-Konzeptes der Fachklinik Klosterwald statt.

4.3 psychodynamische Gruppen- und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald

Ausgehend vom psychoanalytisch integrativen Verständnis wird in der Gruppenpsychotherapie und in der Einzelpsychotherapie an der unbewussten Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und/oder der strukturellen Defizite mit Hilfe der Betrachtung von Übertragung, Gegenübertragung, Widerstandsarbeit und/oder mit Hilfe von interpersonellen/interaktionellen Techniken gearbeitet.

In der Gruppenarbeit in halbgeschlossenen Gruppen sind die Prozesse der manifesten Interaktionen, der unbewussten Übertragung- und Gegenübertragung und die Betrachtung der Gruppe als Ganzes Ausgangspunkte und Foki der therapeutischen Arbeit. Minimalstrukturierung und die grundlegenden Interventionstechniken Klarifikation, Konfrontation, Deutung oder Antwort stellen zentrale Merkmale des Rahmens dar.

Die Gruppe bildet dabei den engeren szenischen Rahmen, in welchem die Rehabilitanden ihre unbewussten pathologischen Objektbeziehungsmuster externalisieren und aktualisieren. Auf Beziehungsstörungen und interpersonelle Schwierigkeiten wird innerhalb der Gruppe durch Interventionen des Therapeuten und den übrigen Rehabilitanden der Gruppe reagiert. Dies fördert das Bewusstmachen auch nichtsprachlicher Verhaltensweisen und setzt einen Reflexionsprozess in Gang. Die Aufdeckung jener unbewussten Psychodynamik und die Nutzung des Gruppensetting sowie des Einzelsetting als Reflexions- und Erfahrungsraum für die Entwicklung funktionalerer Varianten der Selbst- und Beziehungsregulation bilden den Kern der therapeutischen Veränderungsdynamik.

Die Einzeltherapie ist als fokale Therapie definiert. Begrenzte regressive Prozesse werden therapeutisch genutzt. Klarifikation, Konfrontation, Deutung und Durcharbeiten sind die Techniken der Wahl begleitet von einer stetigen Widerstandsarbeit. Dazu kommen supportive Techniken, Techniken im Sinne eines Hilfs Ichs.

4.4 Tiefenpsychologisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode kommt in der tiefenpsychologisch orientierten Suchttherapie im Gruppen als auch im Einzelsetting zum Einsatz.

Die Grundannahmen dieser Methode Respekt, Präsenz und Akzeptanz bilden die Basis der therapeutischen Herangehensweise. Minimalstrukturierung, die Grundregeln der freien Interaktion sowie die Techniken Klarifikation, Konfrontation und Antwort sind die Grundlagen des therapeutischen Handelns. Außerdem kommen Interventionen im Sinne einer Hilfs Ich Funktion und supportive Techniken zum Einsatz.

Es geht um die Arbeit an den manifesten Aktionen und dem dazugehörigen Rollenverständnis. Besonders strukturell gestörte Rehabilitanden, die ein Setting und eine Struktur benötigen, welche die Regression eindämmt, profitieren von dieser Methode. Dies betrifft Rehabilitanden mit einem hohen Grad der Schwere und Verselbstständigung des Abhängigkeitssyndroms bei geringem Grad der Aneignung.

4.5 Verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzelpsychotherapie in der Fachklinik Klosterwald

Ziel der verhaltenstherapeutischen Verfahren ist die Symptomreduktion und damit die Verminderung der dysfunktionalen Reaktionen sowie der Aufbau alternativer, funktionaler Verhaltensweisen und deren Stabilisierung.

Indiziert für den Bereich Verhaltenstherapie sind demnach Rehabilitanden bei welchen, dysfunktionale Copingstrategien in Bezug auf ihr Abhängigkeitssyndrom im Vordergrund stehen. Diese könnten sein dysfunktionales Denken, Fühlen, Erleben und Handeln als Ursache für die Aufrechterhaltung des pathologischen Konsumverhaltens. In den Gruppen- und Einzeltherapien geht es um die Förderung von Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeit und die Erarbeitung neuer Denk- und Verhaltensweisen.

Die Gruppentherapie findet der Bezugsgruppe statt, die im halbgeschlossenen Setting organisiert ist. Der Bezugstherapeut, der die wöchentlichen Einzelgespräche mit den Rehabilitanden der Bezugsgruppe führt ist auch gleichermaßen der Gruppentherapeut der Bezugsgruppe.

4.6. Verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald

Die verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie in der Gruppe und Einzel in der Fachklinik Klosterwald hat einen sozialtherapeutischen, pädagogischen, beratenden und unterstützenden Ansatz. Der Schweregrad und der Grad der Verselbstständigung der Substanzkonsumstörung der Rehabilitanden dieser Gruppe sind i.d.R. hoch, der Grad der Aneignung eher gering ausgeprägt. Die psycho-sozialen Folgen der Substanzkonsumstörung bilden den Behandlungsfokus dieser Rehabilitanden. Schwerpunkt der Behandlung ist somit einerseits die Beratung und Aufklärung über das Krankheitsbild im Rahmen einer sozialpädagogisch-verhaltenstherapeutischen Herangehensweise. Andererseits werden die Rehabilitanden bei der Bewältigung sozialer Problemlagen/Teilhabestörungen unterstützt.

Entsprechend dazu ist dieses Gruppen- und Einzelsetting indiziert für Patienten bei denen insbesondere psychosoziale Folgen der Substanzkonsumstörung im Vordergrund stehen, wie z.B. Obdachlosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, Überschuldung, sowie kognitive Einschränkungen.

Zusätzlich erhalten die Rehabilitanden dieser Bezugsgruppen Kognitives Training und Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).

4.7 Psychoedukation/Psychoedukative Gruppenangebote

Psychoedukation ist ein essentieller Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Bezugsgruppen und Indikationsgruppen. Der Bezugs- oder Indikationsgruppentherapeut vermittelt den Rehabilitanden aktiv Wissen über die Merkmale (Symptome), die Ursachen und die Behandlungsmöglichkeiten des Abhängigkeitssyndroms aber auch anderer psychischer Erkrankungen, die komorbid diagnostiziert wurden. Ziel ist, die Rehabilitanden dabei zu unterstützen ihre Erkrankung besser verstehen und angemessen mit ihr umgehen zu können.

Während der Aufnahme- und Diagnostikphase werden allen Rehabilitanden psychoedukative Angebote zuteil.

4.8 Indikationsgruppen

Im Gegensatz zum Bezugsgruppensystem der Fachklinik Klosterwald, welches Rehabilitanden zentriert ist, sind die Indikationsgruppen themenzentriert. Die Indikationsgruppe kann mit der jeweiligen psychotherapeutischen Fachklinik der Bezugsgruppe verschränkt sein oder ihr komplementär gegenüberstehen. Die Teilnahme von Rehabilitanden an mindestens einer Indikationsgruppe ist fester Bestandteil des Therapierahmens. Die Entscheidung, an welcher Indikationsgruppe der jeweilige Rehabilitand teilnimmt, hängt von den individuellen Therapiezielen ab und wird immer mit den dem Rehabilitanden geplant und beschlossen.

5. Mitgeltende Formulare / Dokumente

B.1_III Dokumentation therapeutischer Leistungen

C.7_1 Indikationsstellung

C.7_2 Indikationsgruppe

C.7_3 Hauptprozess Therapie

C.7_4 Therapieziele

C.7_5 Rückfalldokumentation

Konzept der Fachklinik Klosterwald

6. Qualitätsaufzeichnungen

PATFAK

A.3_I AA Entlassungsmanagement

Patientenentlassung

1. Zweck

Diese Arbeitsanweisung (AA) regelt den Ablauf der Patientenentlassungen in der Fachklinik Klosterwald gGmbH.

Ziel des Entlassungsmanagements ist die Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Weiterversorgung des Patienten.

2. Geltungsbereich

Diese AA gilt für sämtliche am Entlassungsprozess beteiligten Mitarbeiter der FK.

3. Verantwortlichkeiten

Geschäftsführung, Chefarzt, Therapeutischer Leiter, Pflegedienstleiterin, Zentrales Belegungsmanagement (ZBM), Zentrale Info/ Rezeption (ZI/R), Case Management (CM), Rechnungswesen (RW)

4. Festlegungen

Das Entlassmanagement koordiniert die Überleitung von Patienten aus der stationären Behandlung in eine Anschlussversorgung. Voraussetzung für eine optimale Entlassungsplanung und -durchführung ist eine transparente und strukturierte Zusammenarbeit aller Berufsgruppen.

Grundsätzlich beginnt die Entlassungsplanung bereits bei Aufnahme des Patienten innerhalb der ersten zwei Wochen in den Aufnahmegruppen durch den Case Manager in Absprache mit dem ZBM. Der Entlassungstermin orientiert sich an der bewilligten Rehabilitationsmaßnahme und dem therapeutischen Verlauf.

Nachfolgend sind die Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen im Entlassungsprozess aufgeführt. Dabei wird in allgemeine und spezifische, sich an der Entlassungsart orientierende, Maßnahmen unterschieden.

4.1 Reguläre Patientenentlassungen

Häuslichkeit, ambulant, teilstationär – 2.Stufe Reha (Adaption) – stationäre Nachsorge – ambulante Fortführung der Reha

Administrative Patientenentlassung

Case Management

- Kontrolle Nachsorge 7 Tage vor ET
(ggf. Antrag auf Änderung der Leistungsfähigkeit)
- EDV-gestützte Patientenbefragung mittels deQus Fragebogen 7 Tage vor ET

A&E / ZIR

- Entlassungspapiere für Ärzte und Therapeuten 7 Tage vor ET
zur Unterschrift vorbereiten/ erstellen/ zusammentragen
- Entlassungspapiere für Patienten erstellen und aushändigen 7 Tage vor ET
(Checkliste)
- Nachsorgeantrag komplettieren, Unterschriftleistung einholen 1 Tag vor ET
Gegenstände und Dokumente einbehalten ET
Schlüssel, Checkliste (Kontrolle)
- Patientenakte (Papier) für Schreibdienst zusammenstellen ET

- 301-Protokollkontrolle und Versand ET
- Archivierung post ET

Patientenentlassung durch den Therapeuten

- Info an Suchtberatungsstelle über Entlassungstermin 14 Tage vor ET
- Therapeutisches Abschlussgespräch letzte ThW
- Therapeutische Abschlussberichtserstellung 1 Tag nach ET

Patientenentlassung durch den Pflegedienst

- Pflegerische Abschlussuntersuchung letzte ThW
- Aushändigung persönlicher Sachen ET
- Medikamentenplan sowie Medikamente für 3 Tage aushändigen ET
- Akte zusammenstellen und Übergabe an ZI/R ET
- Aktualisierung Bettentafel ET
- Aktualisierung Abgangsliste ET
- Ggfs. Organisation Transport 7 Tage vor ET

Ärztliche Patientenentlassung

- Ärztliche Abschlussuntersuchung und -gespräch letzte ThW
- Kurzbriefferstellung für weiterbehandelnden Arzt/ Hausarzt 1 Tag vor ET
- Feststellung Arbeits-(un-)fähigkeit 3 Tage vor ET

4.2 Irreguläre Entlassungen (Rückfall, Entgiftung, Abbruch)

Abbruch der Therapie

- Info an diensthabenden Arzt und BZT (wenn unter der Woche), sofort
- per Telefon oder Eintrag EDV sofort
- pflegerische Abschlussuntersuchung sofort
- Revers Unterschrift sofort
- Akte zusammenstellen und Übergabe an ZI/R nach 24 Stunden

Entgiftung

- Organisation Bett zur Entgiftung sofort
- Krankenhauseinweisung ausstellenlassen sofort
- Pflegeüberleitung und Unterschrift sofort
- Organisation Fahrdienst sofort

Rückfall

- Entscheidung über Fortsetzung der Therapie durch Kleinteam und nutzen von Rückfallkonzept spätestens nach 7 T

4.3 Umgang mit Verlängerungen

- Information durch BZT an ZBM, CM spätestens vier Wochen vor der regulären Entlassung per Mail sofort

A.1_1 Aufnahme-Fragebogen

Name, Vorname

Anschrift

XX.XX.XXXX
036601 85937

Sehr geehrter,

bevor Sie ihre Therapie in der Fachklinik Klosterwald antreten, bitten wir Sie, noch einige Fragen zu beantworten, um einen möglichst reibungslosen Ablauf der Aufnahme in unserer Klinik zu gewährleisten.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinem Außenstehenden ohne Ihre Einwilligung zugänglich gemacht.

Der nachfolgende Fragebogen soll dazu dienen, Ihnen verbindlich einen Behandlungsplatz zusagen zu können. Daher bitten wir Sie, diesen schnellstmöglich auszufüllen und per Post, Mail oder Fax (036601 85910) zurück zu senden.

Ihre Kontaktdaten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Haben Sie einen festen Wohnsitz?

- ja
 nein wohnungssuchend Strafvollzug

Wie möchten Sie künftig kontaktiert werden?

Telefon:

Telefon mobil:

E-Mail:

Betreuende Suchtberatungsstelle:

ggf. Betreuer:

Persönliche Hinweise, Bemerkungen, Fragen

1. Sind Sie aktuell abstinent?
 - nein
 - ja letzter Konsumtag: _____
2. Hatten Sie bereits eine Entgiftungs- oder qualifizierte Entzugsbehandlung?
 - nein
 - ja wann zuletzt: _____ wo: _____
3. Hatten Sie bereits eine Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitationsbehandlung)?

- nein
 ja wann: _____ wo: _____

4. Haben Sie einen Grad der Behinderung oder einen entsprechenden Antrag gestellt?
 nein ja, wann: _____

5. Haben Sie im Vorfeld der Reha einen EM-Rentenanspruch gestellt?
 nein ja, wann: _____

6. Benötigen Sie Unterstützung?

- nein
 ja im Alltag: Körperpflege
 Nahrungsaufnahme
 Pflegebett

Mobilität: Rollstuhl Rollator Gehhilfen

7. Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? Bitte denken Sie auch an Vitamine, Insulin, etc.

- nein ja

(Fügen Sie, falls vorhanden, einen aktuellen Medikamentenplan bei. Alternativ können Sie Ihre Medikamente auf dem Bogen vermerken. Vielen Dank!)

Wie ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule qualifizierter Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss Abitur
 andere Form _____

8. Haben Sie eine abgeschlossene Ausbildung?

- nein ja, welche: _____

9. Sind Sie derzeit berufstätig?

- ja derzeitiger Beruf: _____

- nein ALG I Bürgergeld Krankengeldbezug
 Altersrente EM-Rente

Bitte bringen Sie am Aufnahmetag Ihren Lebenslauf in tabellarischer Form mit. Vielen Dank!

10. Bestehen aktuell soziale Probleme?

- nein
 ja,
 Wohnungslosigkeit
 Schulden
 anstehende Gerichtsverhandlungen

Datum:

Unterschrift

Legende:

BZT Bezugstherapeut
CM Case Management
ET Entlassungstag
RW Rechnungswesen
ThW Therapiewoche BZT
ZBM Zentrales Belegungsmanagement
ZIR Zentrale Info/ Rezeption

5. Mitgeltende Formulare / Dokumente

A.1_I VA ZBM
A.3_1 Erklärung vorzeitige Entlassung
A.3_2 Abgangsliste
A.3_3 Katamnesebogen
A.3_4 Fahrauftrag
B.6_I VA Case Management
C.13_4 Entlassplanung Pflegedienst
C.5_6 Entlassplanung Rechnungswesen
C.9_2 Entlassplanung Schreibdienst
C.14_1 Entlassplanung ZIR

6. Qualitätsaufzeichnungen

Information zum Entlassbericht G820
Patientenbefragung deQus

B.3_40 Bewertungsbogen AT
Erfüllung der Aufgaben in der Arbeitstherapie

Gruppe:			
Patient:			
Team:			
	selten	häufig	immer
Pünktlichkeit			
Einhalten von Regeln / Vorgaben			
Kommunikation			

	1	2	3	4	Bemerkungen
Auffassung					
Merkfähigkeit					
Teamfähigkeit					
Kritikfähigkeit					
Antrieb					
Ausdauer					

	1	2	3	4	Bemerkungen
Auffassung					
Merkfähigkeit					
Teamfähigkeit					
Kritikfähigkeit					
Antrieb					
Ausdauer					

Brandschutzordnung Teil A

Nach DIN 14096

Für das Objekt:

Fachklinik Klosterwald

Bahnhofstraße 33

07639 Bad Klosterlausnitz



Brandschutzordnung Teil B

Nach DIN 14096

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Teil A
3. Brandverhütung
4. Brand- und Rauchausbreitung
5. Flucht- und Rettungswege
6. Melde- und Löscheinrichtungen
7. Verhalten im Brandfall
8. Brand melden
9. Alarmierung und Anweisungen beachten
10. In Sicherheit bringen
11. Löschversuch unternehmen
12. Besondere Verhaltensregeln
13. Schlussbemerkung

1. Einleitung

Brandschutz lebt vom Mitwirken. Die Brandschutzordnung bietet hierfür eine Zusammenfassung der wichtigsten Regeln für die Brandverhütung und das Verhalten im Brandfall.

Brände entstehen durch unsachgemäßen oder leichtsinnigen Umgang mit offenem Feuer, aber auch durch Fahrlässigkeit oder Nichteinhaltung von Vorschriften und Regeln. Ein Brand vernichtet Hab und Gut. Aber auch Folgeschäden müssen beachtet werden. Hierunter fallen Rauch- und Löschwasserschäden, aber auch Umwelt- und Ausfallschäden. Jeder Mitarbeiter sollte bedenken, dass sein Arbeitsplatz bei einem Brand in Gefahr ist.

Die Brandschutzordnung beinhaltet zwei Schwerpunkte:

- das Vermeiden von Bränden
- das richtige Verhalten bei Bränden.

Diese Brandschutzordnung gilt als Betriebsanweisung für das Unternehmen.

Im Sinne eines sicheren Arbeitens sind alle nachfolgend genannten Maßnahmen unbedingt einzuhalten.

Geschäftsführung

Kenntnis: MA

Brandschutzordnung Teil A
Nach DIN 14096

Brandschutzordnung - Teil A nach DIN 14096-1	
Brände verhüten	
	
Keine offene Flamme, Feuer, offene Zündquellen und Rauchen verboten	
Verhalten im Brandfall	
Ruhe bewahren!	 Brandmelder betätigen
Brand melden	 Notruf: 0112 Intern: 859-27
In Sicherheit bringen	Gefährdete Personen warnen Hilflöse mitnehmen Türen schließen  Gekennzelchneten Rettungswegen folgen Aufzug nicht benutzen  Sammelstelle aufsuchen Anweisungen beachten
Löschversuch unternehmen	 Feuerlöscher benutzen  Wandhydranten/ Löschschauch benutzen  Sonstige Mittel und Geräte zur Brandbekämpfung benutzen

2. Brandverhütung

Alle im Objekt Beschäftigten sind verpflichtet, durch ihr Verhalten zur Verhütung von Brandgefahren beizutragen. Jeder Mitarbeiter hat sich mit dieser Brandschutzordnung und dem Aushang vertraut zu machen, um dadurch einen effektiven, vorbeugenden Brandschutz und ein umsichtiges rasches Handeln im Brandfall zu ermöglichen.

Wichtige Voraussetzungen hierfür sind Ordnung und Sauberkeit im gesamten Objekt, einschließlich der regelmäßigen Abfallbeseitigung. Die Lagerung von Abfall- und Recyclingstoffen hat sortenrein so zu erfolgen, dass die Gefahr der Selbstentzündung vermieden wird. Nach Betriebsschluss sind alle brennbaren Abfälle aus dem Gebäude zu entfernen und in die dafür vorgesehenen Behälter zu entleeren.

Rauchverbote und Verbote des Hantierens mit offenem Feuer sind zu befolgen und durchzusetzen.

Brennbare Flüssigkeiten

niemals in Ausgüsse oder Toiletten schütten. Betriebsanweisungen nach §14 der Gefahrstoffverordnung beachten! Beim Umgang mit Gefahrstoffen sind die genannte Betriebsanweisung sowie die Verpackungsaufdrucke zu beachten.

Elektrogeräte

Elektrisch betriebene Geräte und Anlagen müssen den VDE-Bestimmungen entsprechen. Dies ist bei intakten Geräten, die das VDE-Zeichen tragen, gewährleistet. Die Benutzung schadhafter Elektrogeräte ist verboten. Bei Mängeln an elektrischen Geräten sind diese sofort außer Betrieb zu nehmen. Beim Verlassen der Räume ist darauf zu achten, dass alle elektrischen Geräte (soweit sie betriebsmäßig nicht auf Dauerbetrieb geschaltet sein müssen) abgeschaltet bzw. abgesteckt sind. Kühlschränke, Sicherheits- und Fernmeldeanlagen bleiben in Betrieb. Fest installierte Elektrogeräte (ortsfeste Elektrogeräte) dürfen nur von Elektrofachkräften angeschlossen werden. Die Nutzung von privaten ortsveränderlichen elektrischen Betriebsmitteln bedarf der Zustimmung des Geschäftsführers.

Elektrogeräte sind so zu betreiben, dass der erforderliche Freiraum unter allen Betriebszuständen gewährleistet ist. Lüftungsschlitze an Geräten und Anlagen dürfen auch nicht kurzzeitig belegt oder verschlossen werden.

Elektrowärmegeräte sowie Leuchten sind im Abstand von mindestens 0,5m von brennbaren Materialien, auch brennbaren Baustoffen, abzustellen bzw. anzubringen. In Strahlungsrichtung hat der Abstand mindesten 1m zu betragen.

Die Meldung von Mängeln oder Unregelmäßigkeiten sowie Anzeichen hierfür, beispielsweise an elektrischen Geräten oder Anlagen, hat unmittelbar an den Vorgesetzten oder Geschäftsführer zu erfolgen. Geräte und Anlagen dürfen nicht weiterverwendet werden. Sie sind zu kennzeichnen oder sicher aus dem Verkehr zu ziehen. Eine Mängelbeseitigung darf nur durch befähigte Personen erfolgen.

Feuergefährliche Arbeiten wie Schweißen, Brennschneiden, Löten, Trennschleifen, Hantieren mit Flammen bzw. funkenreißenden Werkzeugen usw. dürfen nur mit schriftlicher Genehmigung (Schweißerlaubnis) durch autorisierte Fachkräfte

vorgenommen werden. Hierbei sind die in der Schweißerlaubnis aufgeführten Sicherheitsvorkehrungen zu beachten.

Verschlossenhalten der Räume, die nicht ständig genutzt werden, insbesondere in denen brennbare Stoffe lagern. Das Abschließen der Arbeitsräume ist bei Verlassen zu sichern. Der Raum zum Hauptabsperrschieber Erdgas ist von brennbaren Stoffen, Materialien freizuhalten. Die durch den Geschäftsführer festgelegten Personen haben mit Arbeitsschluss die festgelegten Räume auf gefahrdrohende Umstände zu kontrollieren. Mit Feststellung von Unregelmäßigkeiten sind diese zu beseitigen oder der Verantwortliche oder Geschäftsführer ist zu informieren.

Regelmäßige Ablage des Schriftverkehrs in geschlossenen Behältnissen.

Die Anhäufung von losem Schriftgut oder losen Akten im Arbeitsraum muss unbedingt vermieden werden. Entzündliche, leicht- und hochentzündliche Flüssigkeiten sind in Originalbehältern oder baumustergeprüften Verpacken in Tages- oder Schichtmengenbedarf am Arbeitsplatz aufzubewahren. Mit Arbeitsschluss sind diese in entsprechend dafür eingerichteten Räumen oder Sicherheitsschränken zu lagern.

3. Brand- und Rauchausbreitung

Bis zum Eintreffen der Feuerwehr muss jede Luftzufuhr zum Brandherd vermieden werden, d. h. durch Feuerschutzabschlüsse, Fenster und Türen sind zu schließen bzw. geschlossen zu halten.

Rauch- und Brandschutztüren auf den Fluren dienen dazu, die Treppenhäuser frei von Rauch und anderen gefährlichen Brandgasen zu halten und die Brandausbreitung zu verhindern. Die Türen dürfen nicht verkeilt oder anderweitig festgestellt werden, z. B. Fixierung durch Keile und Festbinden. Jeder ist verpflichtet, z. B. Keile aus Rauch- und Brandschutztüren oder Gegenstände aus deren Schließweg zu entfernen. Schäden an den vorgenannten Einrichtungen sind dem Sicherheitsbeauftragten oder dem Verantwortlichen im Bereich zu melden.

Zur gefahrlosen Evakuierung sind ggf. vorhandene Rauch- und Wärmeabzugsanlagen in Betrieb zu nehmen bzw. die Fenster zu öffnen. Sie machen es möglich, dass im Brandfall der Rauch abziehen kann. Eine Zweckentfremdung (z. B. durch Lüftung der Flure) ist unzulässig.

4. Flucht- und Rettungswege

Flucht- und Rettungswege, Flächen für die Feuerwehr, Stellplätze u. ä. sind unbedingt freizuhalten. Fluchtwege, Treppen und Verkehrswege in Gebäuden und im Freien müssen ständig in voller Breite freigehalten werden. Türen in Fluchtwegen und Notausgänge dürfen während der Betriebszeit nicht verschlossen werden. Notausgänge müssen jederzeit in Fluchtrichtung begehbar sein.

Jeder im Objekt Beschäftigte hat sich über den Verlauf von Flucht- und Rettungswegen, Aushänge, Notausgänge, Melde- und Löscheinrichtungen, deren Inbetriebnahme und Bedienung zu informieren. Flure, Ausgangstüren, Treppenhäuser sind von sperrigen Gegenständen und brennbaren Abfällen, Materialien freizuhalten.

Sicherheitsschilder (Sicherheitskennzeichen wie Brandschutz-, Rettungs- und Erste-Hilfe-Zeichen) sowie aushängende Flucht- und Rettungspläne, die den Verlauf der Rettungswege sowie sämtliche Feuerlösch- und Meldemöglichkeiten zeigen, dürfen nicht verdeckt und/oder zugestellt und müssen ständig auf dem neuesten Stand gehalten werden.

Die Anfahrtszonen für die Feuerwehr sind von parkenden Fahrzeugen freizuhalten.

5. Melde- und Löscheinrichtungen

Brandmeldung und Personenrettung gehen vor Brandbekämpfung.

Die Feuermeldung ist über Notruf 112 abzusetzen, sofern der Alarm nicht über die Brandmeldezentrale weitergeleitet wird. Das Gespräch darf nur durch die Rettungsleitstelle unterbrochen werden. Der Geschäftsführer ist unverzüglich persönlich oder telefonisch zu informieren, damit eine geordnete Evakuierung aller Personen unter Vermeidung von Panik erfolgen kann.

Alle im Objekt Beschäftigten haben sich über die ihrem Arbeitsplatz nahe gelegenen Standort und Wirkungsweise von Feuerlöschern und Brandmeldeeinrichtungen sowie über das Verhalten im

Brandfall zu informieren. Alle haben Sorge zu tragen, dass diese Standorte nicht verstellt werden und Brandschutzeinrichtungen leicht zugänglich sind.

Die vorhandenen Feuerlöscher sind zur Brandbekämpfung geeignet und einzusetzen. Jede missbräuchliche Benutzung von Feuerlöscheinrichtungen, Feuerlöschgeräten und Alarmierungsmitteln ist verboten.

Jeder ist verpflichtet, sich mit Lage und Funktion der in seinem Arbeitsbereich befindlichen Melde- und Löscheinrichtungen vertraut zu machen. Der Austausch benutzter oder defekter Feuerlöscher ist, ebenso wie das Fehlen von Feuerlöschern, sofort zu melden.

6. Verhalten im Brandfall (Anhang)

Oberstes Gebot im Brandfalle ist Ruhe und Besonnenheit zu bewahren, und durch überlegtes Handeln, Sachkenntnis Panik zu vermeiden.

Jeder Brand ist sofort zu melden, oder die Meldung ist zu veranlassen. Sie erfolgt durch Alarmierung der Feuerwehr unter dem Telefon Notruf 112, sofern die Brandmeldezentrale den Brand nicht automatisch weiterleitet. Der jeweils vorhandene Verantwortliche entscheidet über die Alarmierung und trifft weitere Maßnahmen zur Evakuierung. Die Evakuierung hat nach Information aller Beschäftigten geordnet zu erfolgen. Behinderte oder verletzte Personen sind mitzuführen.

Der Hinweis ‚Verhalten im Brandfall‘, Brandschutzordnung gemäß DIN 14096 (gesonderter Aushang) ist zu beachten. Bei unmittelbarer Gefährdung von Personen geht Menschenrettung vor Brandbekämpfung. Brennende Personen darf man nicht fortlaufen lassen. Die

Brandbekämpfung an Personen hat durch Handfeuerlöscher, keine CO₂-Löcher verwenden, zu erfolgen. Den Löschstrahl nicht in Richtung der Augen richten.

Bei Bränden an elektrischen Anlagen ist der Strom, wenn möglich, sofort abzuschalten (spannungsfrei schalten). Die Brandbekämpfung hat unter Zuhilfenahme von CO₂-Löschern zu erfolgen.

Die Angriffswege der Feuerwehr sind freizuhalten. Die Feuerwehr ist von einem ortskundigen Helfer einzuweisen. Den Anordnungen der Feuerwehr ist Folge zu leisten.

7. Brand melden

Oberste Gebot im Brandfalle ist, Ruhe und Besonnenheit zu bewahren.

Bei Brandmeldung mittels Telefons an die örtliche Feuerwehr sind folgende Angaben zu machen:

- Wer meldet?
- Wo brennt es?
- Was brennt?
- Sind Menschen in Gefahr? Wie viele?
- Welcher Art sind die Umstände?
- Rückfragen der Rettungsleitstelle abwarten und beantworten!

Nach erfolgter Meldung nicht sofort aufhängen, sondern Nachfragen, Anweisungen etc. der Feuerwehr abwarten.

Anschließend ist gemäß Alarmplan zu verfahren.

8. Alarmierung und Anweisungen beachten

Die Alarmierung innerhalb des Gebäudes erfolgt durch die Brandmeldeeinrichtungen. Die Anweisungen der verantwortlichen Person sind zu beachten. Sie kann weitere Personen für Rettungs-, Melde-, Hilfsarbeiten und für Erste-Hilfe-Maßnahmen einsetzen.

Gefährdete Personen sind ohne Eigengefährdung in Sicherheit zu bringen. Türen und Fenster sind zu schließen, den gekennzeichneten Fluchtwegen ist zu folgen.

Die Aufzüge dürfen nicht benutzt werden, da im Brandfall mit einem Stromausfall zu rechnen ist bzw. die Aufzüge in die unterste Stellung fahren und somit nicht mehr nutzbar sind bzw. mit Rauchgefährdung zu rechnen ist.

9. In Sicherheit bringen

Ruhe bewahren!

Behinderten und verletzten Personen ist zu helfen. Liegt eine unmittelbare Gefährdung von Menschen vor, geht Menschenrettung vor Brandbekämpfung. Dabei sollte die

eigene Gefahr so gering wie möglich sein. Die Hauptgefahr geht im Brandfall vom Rauch aus.

Gefahrenbereiche nach Möglichkeit über die Flure und die Ausgangstüren, über Flucht- und Rettungswege auf dem kürzesten und sichersten Weg verlassen.

Die Hauptgefahr geht im Brandfall vom Brandrauch durch seine giftige, ätzende oder erstickende Wirkung aus. Deshalb sind beim Verlassen von Gefahrenbereichen unbedingt Türen und Fenster zu schließen – nicht verschließen! – um weitere Verqualmung zu vermeiden.

Bei versperrten Fluchtwegen sollte man sich an der nächstmöglichen Gebäudeöffnung bemerkbar machen. Türen um den Brandherd sind zu schließen und ggf. ist mit angefeuchteten Tüchern das Eindringen von Brandrauch zu verhindern. Stark verqualmte Räume sind gebückt oder kriechend zu verlassen; in Bodenhöhe ist meist noch sauerstoffreiche Luft. Persönliche Sachen sind, wenn möglich, bei Gebäuderäumung mitzunehmen.

Bei Räumungsmaßnahmen stets prüfen, ob keine Personen zurückgeblieben sind (z. B. in WCs und Nebenräumen). Die Brandschutzhelfer organisieren vor Ort die Gebäuderäumung und vergewissern sich, dass keiner zurückbleibt. Die Sammlung der evakuierten Personen erfolgt auf dem Sammelplatz außerhalb des Bereiches von 2/3 Gebäudehöhe und ohne Gefahr der Behinderung der Feuerwehr.

Der Sammelplatz ist der Sportplatz.

Auf die Anwesenheit aller Mitarbeiter, Patienten und Besucher auf dem Sammelplatz ist zu achten. Auf dem Sammelplatz wird die Vollzähligkeit durch die Brandschutzhelfer festgestellt und der Feuerwehr gemeldet. Es erfolgt unverzüglich die Meldung an den Geschäftsführer oder die von dieser benannten verantwortlichen Person oder die Einsatzleitung der Feuerwehr.

Beim Eintreffen der Feuerwehr ist der Einsatzleiter einzuweisen.

10. Löschversuch unternehmen

Hier gilt als oberster Grundsatz: Menschenrettung geht vor Rettung von Sachgütern und dem Löschen eines Brandes. Brennende Personen sind am Weglaufen zu hindern. Pulverlöcher nutzen. Keine CO₂-Löcher an Personen einsetzen!

Brände sollten möglichst mit den nächstgelegenen, geeigneten Löschgeräten bekämpft werden. Die Löschversuche sind nur ohne Eigengefährdung durchzuführen. Die Brandbekämpfung ist nur an sichtbaren Brandherden durchzuführen. Bei Bränden an elektrischen Anlagen sind diese spannungsfrei zu schalten (Elektrofachkraft).

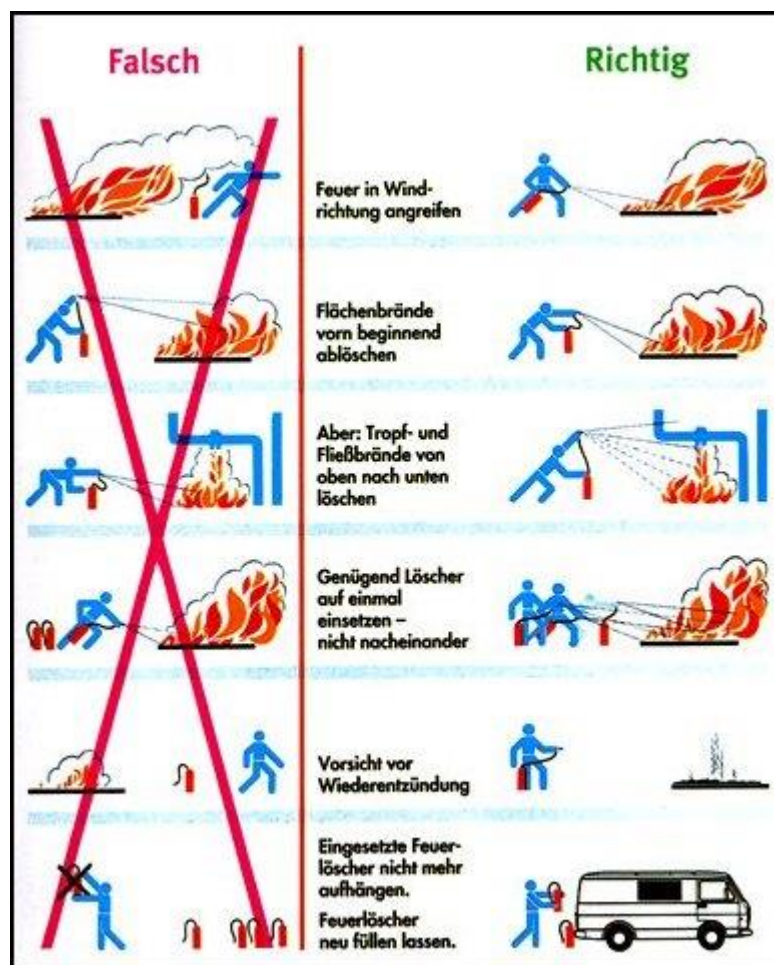
Es sind so viele vorhandene Handfeuerlöcher wie möglich an den Brandherd heranzuführen. Die Bedienung der Handfeuerlöcher hat entsprechend der zurückliegenden Übung oder der auf den Löschern befindlichen Anweisungen zu erfolgen. Die Mindestabstände beim Löschen unter Spannung sind unbedingt einzuhalten.

Stoßweises Ablöschen eines Brandes von vorn nach hinten und von den Seiten zur Mitte; Fließ- und Tropfbrände von oben nach unten, Wandbrände von unten nach oben löschen.

Übersicht über die Brandklassen und die jeweils geeigneten Löschmittel:

Brandklasse	Kennzeichnende brennbare Stoffe	Geeignet Löschmittel
A	Holz, Papier, Kunststoffe	Wasser, ABC-Pulverlöscher, Schaumlöscher,
B	Öle, Fette, Lösungsmittel, Benzin	Kohlendioxidlöscher, ABC-Pulverlöscher, Schaumlöscher
C	Alle brennbaren Gase	Kohlendioxidlöscher, ABC-Pulverlöscher
D	Metallbrände	Metallbrand-Pulverlöscher
F	Fettbrände	Fettbrandlöscher

Handfeuerlöscher erst am Brandherd in Betrieb nehmen.



11. Besondere Verhaltensregeln

Jeder, auch der kleinste Brand, ist unverzüglich dem Geschäftsführer oder den Brandschutzhelfern zu melden. Der Brandhergang ist kurz (mündlich) zu schildern. Was wurde bereits veranlasst? Wurden bereits Feuerlöscheinrichtungen benutzt?

Im Brandfall sind zusätzlich

- Feuerschutzabschlüsse, Fenster und Türen zu schließen, aber nicht zu verschließen
- Versuchsaufbauten ggf. in einen gefahrlosen Zustand zu bringen,
- Aufzüge nicht als Fluchtwege zu benutzen,
- Arbeitsmittel zu sichern,
- die elektrische Anlage, sofern nicht für die Brandbekämpfung benötigt, über die Hauptsicherung abzuschalten und zu sichern,
- die erdgasführende Anlage bei Gefährdung über den Hauptsperrschieber (Flur, Küche) zu sichern; vor erneuter Gaszufuhr ist Rücksprache mit dem Gasversorger zu halten,
- Sachwerte / wichtige Unterlagen zu bergen (bereichsspezifisch festzulegen).

12. Schlussbemerkungen

Diese Brandschutzordnung gilt für alle Personen, die im Objekt in irgendeiner Form tätig sind. Weiterhin gilt sie für Patienten und Bewohner bzw. deren Begleitpersonen und Besucher.

Der Verantwortliche ist für die vollständige Verteilung der Brandschutzordnung und die laufende Information der Mitarbeiter in ihren Bereichen verantwortlich.

Zur Unterweisung der Mitarbeiter ist der Geschäftsführer zuständig. Zur Unterweisung der Patienten ist der leitende Therapeut zuständig.

Diese Brandschutzverordnung erhält mit Unterschrift des Geschäftsführers Wirksamkeit.

Brandschutzordnung Teil C

Nach DIN 14096

Für Personen mit besonderen Brandschutzaufgaben

Für das Objekt:

Fachklinik Klosterwald gGmbH

Bahnhofstraße 33

07639 Bad Klosterlausnitz

Inhaltsverzeichnis

1. Brandverhütung
2. Alarmplan
3. Sicherheitsmaßnahmen für Personen, Tiere, Umwelt und Sachwerte
4. Löschmaßnahmen
5. Vorbereitung für den Einsatz der Feuerwehr
6. Nachsorge
7. Schlussbemerkungen

1. Brandverhütung

Als Brandschutzbeauftragter für die Fachklinik Klosterwald wurde Herr Dietmar Schmidt benannt.

Er hat folgende Aufgaben:

- Aufstellen der Brandschutzordnung, der Alarm-, Feuerwehreinsatz- und Räumungspläne (Katastrophenpläne); zur besseren Übersicht kann es zweckmäßig sein, zusätzlich detaillierte Brandschutzpläne zu erstellen.
- Organisation und Überwachung der Brandschutzkontrollen im Betrieb
- Beschäftigte (auch von Fremdfirmen) im Brandschutz unterweisen
- Anweisung und Überwachung der Beseitigung brandschutztechnischer Mängel
- Festlegen von Ersatzmaßnahmen bei Ausfall oder Außerbetrieb setzen von Brandschutzeinrichtungen
- Beratung in Fragen des Brandschutzes, z. B. bei Planung von Neu- und Umbauten, Betriebsveränderungen
- Brandschutz- und/oder Räumungsübung durchführen (auch in Teilbereichen)
- Ansprechpartner für die Mitarbeiter des Fachklinik Klosterwald
- Verantwortung für den ständigen Kontakt zur zuständigen Feuerwehr und für gemeinsame Übungen und Betriebsbegehungen.

Weiterhin wurden in der Fachklinik Klosterwald folgende Mitarbeiter in ihrer Eigenschaft als Brandschutz Helfer für die Einhaltung der Maßnahmen zur Brandverhütung nach § 10 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG und ASR A2.2) durch die Geschäftsführer Herrn Kern und Herrn Stahl laut unten aufgeführten Alarmplan bestimmt.

Sie haben bereichsbezogen folgende beratende Aufgaben:

- Einhalten der Brandschutzbestimmungen während des Betriebes, bei baulichen Änderungen und bei Nutzungsänderungen,
- Überwachen und ggf. Instandhaltung von Brandschutzeinrichtungen (z. B. Unversehrtheit der Verplombungen, zyklische Prüfungen zu Handfeuerlöschern, Brandmeldezentrale, Brandschutz- und Rauchschutztüren), Freihaltung der Flächen für die Feuerwehr (nach DIN 14090) und von Rettungswegen
- Überwachen und aktuell halten von Brandschutzzeichen und/oder Sicherheitsschildern (nach DIN 4066, ASR A1.3),
- Teilnahme am Genehmigungsverfahren von Arbeiten mit besonderen Gefahren (z.B. feuergefährlichen Arbeiten) nur nach Ausstellung eines dafür geeigneten Erlaubnisscheines (Erlaubnisschein für feuergefährliche Arbeiten mit Festlegung von zu treffenden Schutzmaßnahmen, siehe Anlage),
- Überwachen feuergefährdeter und explosionsgefährdeter Bereiche,
- Überwachen des Rauchverbots,
- Hinweise zum Fortschreiben von Feuerwehrplänen nach DIN 14095 und von Flucht- und Rettungsplänen nach § 55 der Arbeitsstättenverordnung, ASR A1.3 (ArbStättV) sowie der Brandschutzordnung,
- Einflussnahme auf die Sicherstellung der Einhaltung der Brandschutzordnung (Freihalten der Flucht- und Rettungstüren, Arbeiten mit besonderen Gefahren und Gefahrstoffen etc.),
- Beschäftigte (auch von Fremdfirmen) im Brandschutz zu unterweisen.

Sie haben alle Mängel zur Brandverhütung schriftlich oder telefonisch an die Geschäftsführung weiterzuleiten.

Rauchverbot und ein Verbot des Umgangs mit offenem Licht besteht grundsätzlich im gesamten Klinikgebäude. Im Außenbereich ist ausschließlich der dafür vorgesehene Raucherbereich erlaubt. Offenes Feuer wie Feuerschalen, Lagerfeuer etc. ist mit der Leitung abzusprechen und muss zuvor genehmigt werden.

2. Alarmplan

- Überprüfung der der Hausalarmierung vor Ort und Einschätzung der Gefahrensituation gefahrungsfrei vor Ort; abhängig von der Beurteilung der Gefahrensituation sind weitere Maßnahmen unter Beachtung des Alarmplans einzuleiten (z. B. bestimmte Personen, Unternehmen unterrichten)
- Abstimmung mit anderen anwesenden Brandschutz Helfern zu anstehenden Aufgaben
- Brandunterstützende Einrichtungen außer Betrieb setzen (z. B. Lüftungsanlagen)
- Gefährdende Anlagen mit den Brandverlauf begünstigenden Wirkungen sichern (z. B. Gasanlage)
- Ggf. technische Einrichtungen in Betrieb nehmen (z. B. RWA)
- Verfahrensablauf im Umgang mit der Brandmeldezentrale beachten
- Abstimmung der Aufgaben zur Aufhebung des Alarms und zur Wiederaufnahme des Normalbetriebs mit den anderen Brandschutz Helfern

Der gesamten ärztliche sowie Pflegedienst sind mit besonderer Weiterbildung als Evakuationshelfer Ansprechpartner im Notfall. Ihnen und dem Brandschutzbeauftragten ist vorrangig Folge zu leisten.

Alarmplan

Bereich	Name	Telefon
Alarmierung im Brandfall		
Feuerwehr		112
Geschäftsführer	Christoph Kern	DW 30
	Volker Stahl	DW 73
Brandschutzbeauftragter	Dietmar Schmidt	0151 - 55024372
Brandschutzhelfer		
Haustechnik	Herr Brenosch	0160 - 97589395
Küche	Herr Koch	DW 19
Therapie	Herr Thuß	DW 74
	Frau Voigt	DW 75
Verwaltung	Frau Schütz	DW 43
	Frau Reuleke	DW 25
Sicherheitsingenieur	Bernd Eisenschmidt	036601-45099
Interne Rufnummern		
Haustechnik	Matthias Brenosch	DW 57
Hauswirtschaft	Birgit Gotsch	DW 20
Küche	Manfred Koch	DW 19
Externe Rufnummern		
Rettungsdienst		112
Technisches Hilfswerk	Erfurt	0361-7318750
Gaswerke (Störung)	Thüringer Energienetze GmbH	0800-6861177
Wasserwerke (Störung)	ZWA Holzland	036601-57849
Elektrizitätswerk (Störung)	Thüringer Energienetze GmbH	3617390-7390
Feuerversicherung	Ecclesia Versicherungsdienst GmbH Hanau	05231-603588
Untere Wasserbehörde	SHK Landratsamt	03669170-396

3. Sicherheitsmaßnahmen für Personen, Tiere, Umwelt und Sachwerte

Nach der Alarmauslösung sind folgende Maßnahmen durchzuführen:

- Sofortige **UNTERBRECHUNG** des Betriebes wird durch die Geschäftsführer oder den Brandschutzbeauftragten bzw. durch seine Helfer angeordnet,

- Sicherstellung der Evakuierung und Überprüfung des gefährdeten Bereichs auf gesicherte Evakuierung (auch Teilbereiche),
- Bei Anwesenheit von Fremdpersonen Geleitung zum Sammelplatz,
- Ortskundige müssen Behinderte oder verletzte Personen betreuen,
- Es sind die vorher bestimmten Sachwerte zu bergen,
- Besondere technische Einrichtungen, wie z. B. mechanische Rauchabzugsanlagen, Ersatzstromversorgung) sind in Betrieb zu nehmen,
- Besondere technische Einrichtungen, wie z. B. Versorgungsleitungen, elektrische Anlagen, sind außer Betrieb zu setzen oder in einen sicheren Betriebszustand zu bringen (spannungslos machen).

4. Löschmaßnahmen

Aufgaben der Selbsthilfkräfte (Brandschutzhelfer) werden durch eine durch diese bestimmte Person koordiniert, d. h. Abstimmung zu Aufgabenverteilung zur Brandbekämpfung mit Festlegung zum Treffpunkt, den nötigen Hilfsmitteln und Personen.

Löschversuche durch Selbsthilfkräfte nur bei kleineren Entstehungsbränden vornehmen. Der **Personenschutz steht dabei im Vordergrund**. Löschversuche, wenn möglich, nur von mehreren Personen gleichzeitig vornehmen. Keine verrauchten Räume ohne ausreichende Ausrüstung betreten.

5. Vorbereitung für den Einsatz der Feuerwehr

Die Brandstelle und die nähere Umgebung sind freizumachen bzw. zu räumen. Beschäftigte, Patienten, Besucher und Schaulustige sind so weit von der Brandstelle und aus der näheren Umgebung zu entfernen, dass die Feuerwehrkräfte nicht behindert werden.

Die Flächen für die Feuerwehr (nach DIN 14090) und die Entnahmestellen für die Löschwasserversorgung sind freizuhalten (Winterhalbjahr) oder zu räumen.

Der Lotse (ortskundiger Mitarbeiter) hat sich im Zufahrtsbereich für die Feuerwehr aufzustellen und Zugangs- und Zugriffsmöglichkeit zu Plänen etc. für die Feuerwehr zu sichern.

6. Nachsorge

Die Sicherung der Brandstelle ist nach Freigabe der Feuerwehr durchzuführen.

Das Wiederbetreten der Räume ist erst nach Freigabe durch die Feuerwehr bzw. durch den Geschäftsführer oder durch seine Vertreter gestattet.

Die Brandschutzhelfer haben die Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft von Brandschutzeinrichtungen (gegebenenfalls auch in Teilbereichen) zu überwachen.

Gebrauchte Feuerlöschtechnik ist wieder in den Ausgangszustand zu bringen. Dazu sind alle gebrauchten Feuerlöschgeräte (Feuerlöscher) füllen zu lassen oder neu zu

beschaffen.

7. Schlussbemerkungen

Die Brandschutzordnung Teil C richtet sich an Personen mit besonderen Brandschutzaufgaben, den Brandschutzbeauftragten und die Brandschutzhelfer sowie den Ersthelfern.

D.10_III Notfallplan

Notfallplan der Fachklinik Klosterwald gGmbH

1. Zweck

Diese Verfahrensanweisung (VA) regelt das Vorgehen im Notfall.

2. Geltungsbereich

Fachklinik Klosterwald gGmbH

3. Verantwortlichkeiten

Sämtliche Mitarbeiter

4. Festlegungen

4.1 Abgrenzung

Als **Notfall** gilt jede Situation, in der eine drohende Gefährdung für Sachen, Tiere oder die körperliche Unversehrtheit von Menschen eintritt. Dies deckt sich mit den Aufgaben der Feuerwehr. Notfälle sind z. B. große Überschwemmungen, Großbrände, Flugzeugabsturz oder ein medizinischer Notfall. Notfälle können nach ihrem Schweregrad eingestuft werden. Die Situation, in der sich eine betroffene Person befindet, wird auch *Notlage* genannt.

Davon abzugrenzen sind Kritische Ereignisse. Diese sind keine Notfälle, könnten jedoch dazu führen. Sie werden gesondert beschrieben.

4.2 Notfälle

Für die Fachklinik Klosterwald gelten folgende Situationen als Notfälle:

Alltagsnotfall

Dazu zählt man Notfälle im klinischen Alltag, die mit einer bedrohlichen Störung der Vitalparameter (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) oder von Funktionslaufkreisläufen (Wasser-Elektrolyt-Haushalt, Säuren-Basen-Haushalt, Temperaturregulation, Stoffwechsel) einhergehen. Diese Notfälle können ohne sofortige Hilfeleistung zu erheblichen gesundheitlichen Schäden oder zum Tod des Patienten führen. Bei der Bewältigung des Alltagsnotfalles steht die Erste Hilfe durch Sicherstellung der Vitalfunktionen im Vordergrund. Alle Mitarbeiter werden jährlich (medizinisch-pflegerischer Bereich zweimal jährlich) im Rahmen von Erste-Hilfe-Kursen geschult. Die Teilnahme an den Schulungen werden durch die Personalabteilung dokumentiert. Auch der psychiatrische Notfall, der häufig durch eine psychiatrische Krankheit bedingt ist und ein sofortiges Eingreifen erfordert, zählt zu den Alltagsnotfällen. Dazu zählen (Alkohol-) Intoxikationen, Erregungszustände, Bewusstseinsstörungen, Angstzustände, kataton-stuporöse oder dissoziative Zustände, Suizidalität und akute Psychosen.

Arbeitsunfälle

Patientenunfälle gelten dann als Arbeitsunfälle, wenn diese im Rahmen der angeordneten Therapie erfolgten.

Seuchenfall

Die Seuche ist gekennzeichnet als zeitlich und örtlich gehäuft auftretende Erkrankung zahlreicher Personen an einer bedrohlichen und hochansteckenden Infektionskrankheit.

Katastrophenfall

Sicherheits- / Gebäudetechnik

o Brand, Explosion, Überhitzung von Anlagen

Katastrophe

Bombendrohung

Unwetter

4.2 Verhalten im Notfall

Alltagsnotfall

- Meldung bei dem direkten Vorgesetzten / Bereichsleiter
- Weiterleitung an Geschäftsführung

Arbeitsunfälle

- Meldung bei dem direkten Vorgesetzten / Bereichsleiter
- Meldung an Personalreferentin
- Weiterleitung an Geschäftsführung

Seuchenfall

- Meldung bei dem direkten Vorgesetzten / Bereichsleiter
- Meldung an klinikinternen Hygienebeauftragten
- Weiterleitung an Klinikleitung und Geschäftsführung

Katastrophenfall

- Meldung an Klinikleitung und Geschäftsführung

Rettungsleitstelle: 112

Ärztlicher Notfalldienst: 03641 597632

Team Leitstelle/ Rettungsdienst: 03641 404-0

4.3 Informationskette nach dem Notfall

In jedem Fall ist sowohl die kaufm. als auch die med. Geschäftsführung durch ein Leitungsmitglied zu unterrichten. Dies geschieht bei Notfällen sofort.

Die Geschäftsführung antwortet jeweils mit gleicher Frist. Erfolgt keine Rückmeldung, kann die Geschäftsführung telefonisch informiert werden.

V.Stahl 0172-9928864 V.Stahl@fachklinik-klosterwald.de

C.Kern 0162-4209260 C.Kern@fachklinik-klosterwald.de

Der zuerst erreichte informiert den jeweils anderen Geschäftsführer und legt die weitere Kommunikationskette fest.

In umgekehrter Weise informiert die Geschäftsführung die Fachliche Leitung nach zuvor beschriebenem Prozedere.

Folgende Bereichsleitungen / Stellvertreter sind in nachfolgender Informationskette relevant:

Haustechnik Matthias Brenosch 0160-97589395

Hauswirtschaft Birgit Gotsch 0151-55024371

Küche Manfred Koch 0174-3702263

Pflege Diana Köber 0151-12812722

Therapie Nikolaus Riemer 0174-6720249

Die klinikinterne Information erfolgt bei Notfällen innerhalb von 24 Stunden!
Im Falle der Kommunikation an die Öffentlichkeit ist in jedem Fall die Geschäftsführung durch den Mitarbeiter zu informieren. Diese legt dann den weiteren Fortgang fest.

5. Mitgeltende Formulare / Dokumente

D.10_VII Katastrophenschutzplan

D.10_IX Meldepflicht/Ausbruchsmanagement

D.10_XIII Notruf Fahrstuhl

Flucht- und Rettungspläne

6. Qualitätsaufzeichnungen

Ausgangsbuch

Notfallprotokolle

Personalsollstellenplan 2013

Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation · Dezernat 8022
Hohenzollerndamm 46/47, 10713 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-82953
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung Fachklinik Klosterwald Bad Klosterlausnitz
--

Rehabilitationsplätze / Rehabilitationsbetten der Einrichtung insgesamt	112
Dieser Stellenplan gilt für die Abteilung / Fachabteilungsschlüssel	
Abhängigkeitserkrankungen	8500
Anzahl der Rehabilitationsplätze / Rehabilitationsbetten in der Abteilung	112

Personalsollstellenplan - Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Rehabilitationseinrichtung haben sich auf den folgenden Personalsollstellenplan für die genannte Abteilung verständigt.

Die Rehabilitationseinrichtung richtet die Personalbesetzung daran ab sofort aus.

Medizinisch-therapeutisches Personal:

Personalsollstellenplan		Vollzeitstellen Soll	Bemerkungen
1	Leitende Ärztin / Chefärztin Leitender Arzt / Chefarzt	1,00	
2	Oberärztin / Oberarzt	2,00	
3	Assistenzärztin / Assistenzarzt	1,30	
4	davon Fachärztin / davon Facharzt (insgesamt aus Ziffern 1 bis 3)	3,00	
5	weitere Ärztin / weiterer Arzt		
6	approbierte Psychologische Psychotherapeutin / approbierter Psychologischer Psychotherapeut	6,50	
7	Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung / Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung		
8	Diplom-Psychologin (nicht Ziffer 6 oder 7) / Diplom-Psychologe (nicht Ziffer 6 oder 7)		
10	Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialpädagogin, therapeutisch / Diplom-Sozialarbeiter / Diplom- Sozialpädagoge, therapeutisch	5,20	
12	weitere zuzuordnende Mitarbeiterin / weiterer zuzuordnender Mitarbeiter		
13	Gesundheitspflegerin oder Krankenpflegerin / Gesundheitspfleger oder Krankenpfleger	8,50	
17	Medizinische Fachangestellte im Stationsdienst / Medizinischer Fachangestellter im Stationsdienst		
18	sonstige Nachtdienste		
19	Erzieherinnen / Erzieher		
20	weitere Mitarbeiterin Pflege / weiterer Mitarbeiter Pflege		

Seite 1 von 2

Personalsollstellenplan		Vollzeitstellen Soll	Bemerkungen
21	Physiotherapeutin / Physiotherapeut	3,30	
22	Masseurin / medizinische Bademeisterin / Masseur / medizinischer Bademeister		
23	Diplom-Sportlehrerin / Diplom-Sportlehrer		bis zu 1 VSt statt 21
24	Gymnastiklehrerin / Gymnastiklehrer		
25	Bewegungstherapeutin / Bewegungstherapeut		
26	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter Bewegungstherapie		
27	Ergotherapeutin / Ergotherapeut	4,40	
28	Arbeitstherapeutin / Arbeitstherapeut		bis zu 2 VSt statt 27
29	Kreativtherapeutin / Kreativtherapeut		
30	Musiktherapeutin / Musiktherapeut		bis zu 0,25 VSt statt 27
31	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter beschäftigungsbezogene Therapie		
37	weitere Therapeutin /weiterer Therapeut		
38	Diätassistentin / Ökotrophologin / Diätassistent / Ökotrophologe	1,00	
39	Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialarbeiter	1,30	
41	Medizinische Fachangestellte - Diagnostik / Medizinischer Fachangestellter - Diagnostik		
42	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter		

Bei allen im Soll angegebenen Stellen handelt es sich um Vollzeitstellen, soweit nicht anders aufgeführt.

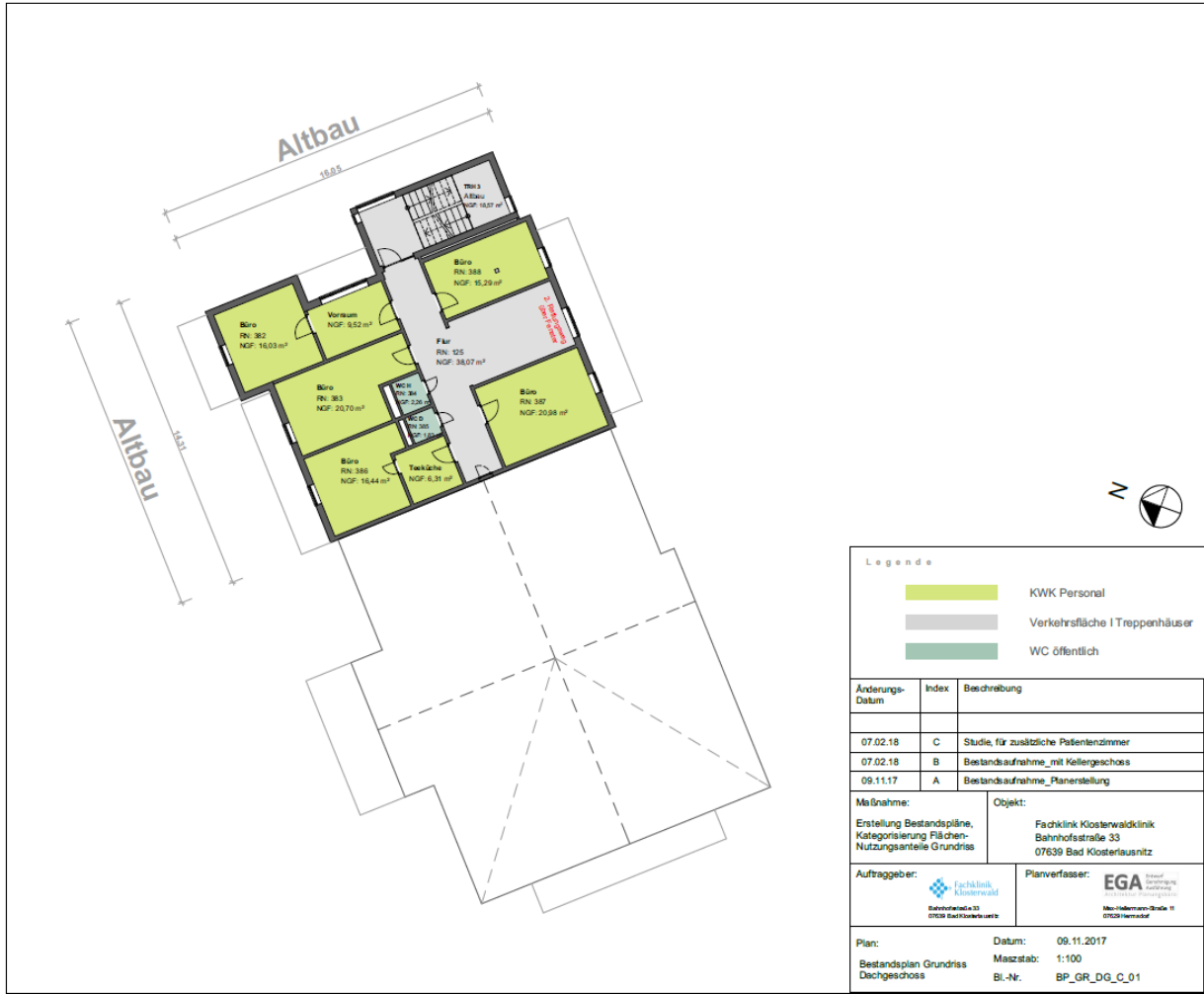
Grundlagen für den Personalsollstellenplan sind die Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen, das medizinisch-therapeutische Konzept und / oder medizinisch-indikationsspezifische Besonderheiten der Rehabilitationseinrichtung.


 Stefan Zbiranski
 Datum, Deutsche Rentenversicherung Bund

Datum, Name der Verwaltungsleiterin / des Verwaltungsleiters
 beziehungsweise Name der Geschäftsführerin / des Geschäftsführers







Legende		
	KWK Personal	
	Verkehrsfäche / Treppenhäuser	
	WC öffentlich	

Änderungs-Datum	Index	Beschreibung
07.02.18	C	Studie, für zusätzliche Patientenzimmer
07.02.18	B	Bestandsaufnahme_mit Kellergeschos
09.11.17	A	Bestandsaufnahme_Planerstellung

Maßnahme: Erstellung Bestandspläne, Kategorisierung Flächen-Nutzungsanteile Grundriss	Objekt: Fachklinik Kostenwaldklinik Bahnhofstraße 33 07630 Bad Klosterausnitz
---	---

Auftraggeber: Fachklinik Kostenwaldklinik Bahnhofstraße 33 07630 Bad Klosterausnitz	Planverfasser: EGA Ingenieurbüro Eberhard-Greif-Str. 11 07630 Hermsdorf
---	--

Plan: Bestandsplan Grundriss Dachgeschoss	Datum: 09.11.2017 Maßstab: 1:100 Bl.-Nr.: BP_GR_DG_C_01
--	--











Therapieplan Aufnahmephase 1

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
6.45-7.15	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)
08.15-09.15						Reinigung des eigenen Patientenzimmers
09.30-10.30		Wassergymnastik (Schwimmhalle)	Vorstellung Sozialdienst (Raum 018)	Ergotherapie Einführung inkl. Einweisung Hausdienst (Raum 244)	Fitnessraum Einweisung (Raum 018)	
10.30-11.30	Vortrag: Gesundheitsbildung (Raum 018)	Psychoedukation (Raum 018)			Psychoedukation (Raum 018)	Selbsthilfegruppe (Raum 018)
11.30-12.00	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)
13.20-14.20					Bewegungstherapie (Turnhalle)	
15.30-17.00	Arbeitstherapie: Hauswirtschaft Reinigung Gruppenraum (018)		Arbeitstherapie: Hauswirtschaft Reinigung Gruppenraum (018)		Arbeitstherapie: Hauswirtschaft Reinigung Gruppenraum (018)	
17.30-18.00	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)

Hinweis:

Dies ist ein Mustertherapieplan, der Gruppenveranstaltungen und Essenszeiten beinhaltet. Einzeltermine werden individuell vereinbart. Bitte kontrollieren Sie mehrmals täglich ihr persönliches Postfach! Vielen Dank!

Therapieplan Aufnahmephase 2

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
7.30-08.00	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)	Frühstück (Cafeteria)
08.15-09.15	Wassergymnastik (Schwimmhalle)					Reinigung des eigenen Patientenzimmers
09.30-10.30	Psychoedukation (Raum 021)	Psychoedukation (Raum 021)	Psychoedukation (Raum 0021)		Vortrag: Gesundheitsbildung (Raum 021)	
10.30-11.30				Ergotherapie (Raum 244)	Bewegungstherapie (Turnhalle)	Selbsthilfegruppe (Raum 021)
12.00-12.30	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)	Mittagessen (Cafeteria)
13.20-14.20						
14.20-15.20		Testdiagnostik (Raum 021)				
15.30-17.00	Arbeitstherapie: Hauswirtschaft Reinigung Gruppenraum (021)		Arbeitstherapie: Hauswirtschaft Reinigung Gruppenraum (021)		Arbeitstherapie: Hauswirtschaft Reinigung Gruppenraum (021)	
18.00-18.30	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)	Abendessen (Cafeteria)

Hinweis:

Dies ist ein Mustertherapieplan, der Gruppenveranstaltungen und Essenszeiten beinhaltet. Einzeltermine werden individuell vereinbart. Bitte kontrollieren Sie mehrmals täglich ihr persönliches Postfach! Vielen Dank!

