

Konzeption
der medizinischen Rehabilitation
Drogenabhängiger

Therapiezentrum Lehre

Projekt Kaffeetwete e.V.

Kurzfassung

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Aufnahmevoraussetzungen – Indikationen und Kontraindikationen	3
3. Begleiterkrankungen – komorbide Störungen	4
4. Aufnahmekapazitäten – Modalitäten – Rehabilitationsdauer	5
5. Beschreibung der Einrichtung	5
6. Leitbild und allgemeine Zielsetzungen	6
7. Theoretische Ausrichtung und Rehabilitationsprogramm	7
8. Diagnostik und Therapiegestaltung	8
9. Therapiebereiche und personelle Ausstattung	9

1. Einleitung

Wer sich zunächst lediglich einen ersten Überblick bezüglich der von uns angebotenen Rehabilitation verschaffen möchte oder – etwa im Rahmen einer Antragstellung – nur ein paar Erstinformationen braucht, kann sich des vorliegenden Exzerpts bedienen. Es fasst die wesentlichen Inhalte der wissenschaftlichen Konzeption in einer kurzen Übersicht zusammen.

Die von uns angebotenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden in stationärer Form erbracht und richten sich nach den mit der gesetzlichen Rentenversicherung sowie den gesetzlichen Krankenversicherungen als Rehabilitationsträger verbindlich getroffenen Vereinbarungen (§ 6 SGB IX gemäß den Bestimmungen nach § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - § 5 SGB IX), wobei die Deutsche Rentenversicherung für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen das Konzept der ‚Beruflichen Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker‘ (BORA) für verbindlich erklärt hat. Die genannten Bestimmungen, Rahmenbedingungen und Konzepte verpflichten alle Beteiligten zu einem Handeln nach entsprechenden Zielvorgaben (§§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX), die auch der von uns angebotenen Rehabilitation zugrunde liegen. Die Umsetzung der BORA-Bestimmungen ist für die Ausrichtung unserer Rehabilitation von zentraler Bedeutung.

Ein wichtiger Teil damit verbundener Zielvorgaben bezieht sich auf die Durchführung und Dokumentation von Programmen der Qualitätssicherung einschließlich zugehöriger Effektivitätskontrollen. Deren Verwirklichung betrachten wir als obligatorisch. Das intern von uns implementierte Qualitätsmanagement-System ist von der DEQUS anerkannt und die Einrichtung entsprechend zertifiziert.

Vorrangig relevant ist das Ziel, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gemeinschaft mittels frühzeitiger Einleitung erforderlicher Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Unser Leistungskatalog fokussiert vorrangig Maßnahmen, die auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie auf die Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft ausgerichtet sind. Dabei kann es selbstverständlich nicht um eine möglichst weitgehende Teilhabe gehen. Denn Beruf und Gesellschaft generieren in vielen ihrer Bereiche selbst Suchterkrankung. Rehabilitation ist daher in hohem Maße herausgefordert, entsprechende Unterscheidungen vorzunehmen. Sie hat nur Aussicht auf Erfolg, wenn – insbesondere bei Drogenabhängigen – zuvor in ausreichendem Maße Gesundheit wiederhergestellt und auch nach der Rehabilitation überdauernde Abstinenz von Drogen begründet zu erwarten ist. Liegen rehabilitationsbedürftige Folge- und Begleiterkrankungen vor, werden diese soweit möglich im Rahmen der von uns angebotenen Rehabilitation zusammen mit der Abhängigkeitskrankheit behandelt (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

2. Aufnahmevoraussetzungen – Indikationen und Kontraindikationen

Wir führen in unserem ‚Therapiezentrum Lehre‘ eine medizinische Rehabilitation für männliche Drogenabhängige durch. Das Gesamtkonzept heißt entsprechend: ‚Konzeption der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger - Therapiezentrum Lehre‘ und wurde im August 2015 neu erstellt. Träger ist das ‚Projekt Kaffeetwete e. V‘ (zu Lageplan und Beschreibung s. Kap.6 im Gesamtkonzept). Es ist vom federführenden Leistungsträger - der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig – Hannover seit 1986 als Einrichtung zwecks Durchführungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anerkannt.

Kostenbewilligungen werden von der Deutschen Rentenversicherung und den übrigen Leistungsträgern (Krankenkassen, Knappschaft, Sozialämter) für sämtliche Schwerpunkte der Indikationsstellung im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit erteilt wie z. B:

Abhängigkeit von Opiaten, Amphetaminen, Benzodiazepinen, Kokain, Tetra-Hydro-Cannabinol (THC), Partydrogen, halluzinogenen Drogen (inklusive Polytoxikomanie). Eine Vielzahl von Begleiterkrankungen bzw. komorbiden Störungen kann mitbehandelt werden. Voraussetzungen für den Beginn einer Maßnahme sind: Kostenzusage und abgeschlossene Entzugsbehandlung.

Vorrangige Indikation hinsichtlich einer Aufnahme in die Rehabilitation ist die Diagnose ‚Abhängigkeitserkrankung mit dem Schwerpunkt illegale Drogen‘. Zwei Indikationsgruppen lassen sich unterscheiden:

- Abhängigkeit bzgl. Opiatkonsum und/oder Polytoxikomanie (ICD-10; F11, F19 mit Opiat, multipler Drogenkonsum mit Alkohol F10)
- Abhängigkeit bzgl. Cannabis- und/oder Partydrogenkonsum (ICD-10; F12, F14, F15, F19 ohne Opiat, multipler Drogenkonsum mit Alkohol F10)

Aufgenommen werden volljährige Männer (aus beiden Indikationsgruppen). Darüber hinaus bestehen keine Altersbegrenzungen. Eine Mitaufnahme von Kindern ist nicht möglich. Die Bewerbung um einen Therapieplatz übernimmt der Bewerber¹⁾ selbst. Oder sie erfolgt über den Kontakt zur betreuenden bzw. vermittelnden Beratungsstelle.

Die Inanspruchnahme der Rehabilitation erfordert bereits in ihrem Vorfeld von Seiten des Leistungsträgers und der Beratungsstellen eine selektive Indikationsstellung. Diese wird im Bewerbungsverfahren, ausführlicher dann während der Aufnahmephase – vor allem bzgl. einer hinreichend günstigen Prognose im Hinblick auf Motivation und Mitwirkungsbereitschaft – geprüft. In der Regel wird vor Aufnahme der körperliche Entzug in einer qualifizierten medizinischen Einrichtung durchgeführt und der nahtlose Übergang in die Rehabilitation gewährleistet. Bei Bewerbern aus der Haft erwarten wir eine entsprechende Abstinenzphase und ausreichende Behandlungsmotivation, insbesondere im Hinblick auf die Veränderung delinquenten Verhaltensmuster und zugehöriger Einstellungen. Die Einrichtung ist nach § 35 BtmG anerkannt.

3. Begleiterkrankungen – komorbide Störungen

Folgende Begleiterkrankungen bzw. psychische Störungen können mitbehandelt werden:

Somatische Erkrankungen (hauptsächlich):

- Virushepatitis (ICD-10; B15.-B19)
- HIV-Krankheit (ICD-10; B20.-B24)

Psychiatrische Erkrankungen bzw. psychische Störungen (hauptsächlich):

- Psychotische Störungen nach Drogenkonsum (ICD-10; F1-.5)
- Depressive Störungen (ICD-10; F32.-)
- Angst- oder Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10; F40.-, F41.-, F43.-)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10; F60 - F69)
- ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10; F90.0, F90.1, F98.8)

1) Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet

Hinsichtlich folgender Indikationen bieten wir ebenfalls therapeutische Interventionen an:

- Störungen des Essverhaltens
- Schädlicher Gebrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen (z. B. Steroide und Hormone)
- Schädliches Glücksspiel
Schädlicher PC-/Internetgebrauch
- Suchtverhalten sexueller Art

Erfahrungsgemäß erhöht eine Mit-Behandlung derartiger Erkrankungen bzw. Störungen die Erfolgsaussicht der Therapie. Allein schon im Vorblick auf eine erfolgreiche Nachsorge (Adaptionsphase/Ambulante Nachbetreuung) sind entsprechende Maßnahmen in hohem Maße indiziert. Unsere Abschlussberichte informieren ggf. über erforderliche Nachbehandlungen.

4. Aufnahmekapazitäten – Modalitäten - Rehabilitationsdauer

Gegenwärtig bieten wir Patienten 23 Therapieplätze, davon 4 Adaptionsplätze. Mit den Leistungsträgern haben wir Regelbehandlungszeiten vereinbart, die je nach Einzelfall flexibel gestaltet werden (im Normalfall 22 Wochen). So benötigt etwa ein langjährig schwer Opiat-Abhängiger erfahrungsgemäß einen längeren Aufenthalt als ein kurzfristig Cannabis-Abhängiger. Je nach Ausgangslage und Therapieverlauf ist eine Verkürzung oder Verlängerung der Rehabilitationsdauer möglich. Im Fall der Verlängerung ergeht rechtzeitig vor Abschluss der Stammphase ein Zwischenbericht mit entsprechendem Antrag an den Leistungsträger, in dem wir die Indikation ausführlich begründen und eine entsprechende Verlängerung der Kostenbewilligung vorschlagen. Im Hinblick auf eine mögliche Verkürzung erfolgt ein Zwischenbericht mit Antragstellung entsprechend früher. Die Begründung bezieht sich jeweils auf die während der Stammphase erhobenen Daten. Sie werden wöchentlich in den Teamkonferenzen einer Prüfung unterzogen und ggf. korrigiert bzw. modifiziert. Diese entscheiden dann auch über die jeweilige Antragstellung im Einzelfall.

Darüber hinaus bieten wir Kurzzeit- bzw. Auffangtherapien für diejenigen an, die nach erfolgreich absolvierter Rehabilitation und längerer Abstinenzdauer, ggf. Erwerbstätigkeit, wieder mit Drogen rückfällig geworden sind und/ oder Alkoholprobleme bzw. andere Schwierigkeiten vor sich sehen, die sie vorerst nicht bewältigen können. Falls nötig geht eine Entzugsbehandlung voraus. Dieses Angebot ist nur geeignet für Bewerber mit ausreichend Ressourcen sowie einem stabilen, unterstützenden Umfeld. Es gelten individuelle Regeln bzgl. Ausgang und Heimfahrten. Ggf. schließt sich eine ambulante Weiterbehandlung an. Für diese Form der Therapie avisieren wir maximal eine Dauer von 12 Wochen. Bei Bedarf beziehen wir Angehörige in die Therapie mit ein. Auch paartherapeutische Interventionen sind möglich. Darüber hinaus bieten wir Ambulante Therapie an. Für dieses Angebot besteht auch eine Leistungsvereinbarung mit den Krankenkassen (§ 111 c).

5. Beschreibung der Einrichtung

Das ‚Projekt Kaffeetwete‘ wurde 1971 in Braunschweig gegründet und dort nach jener Straße benannt, in der es seinen Anfang nahm – eine der ersten selbständigen Einrichtungen für Drogenabhängige in Deutschland. Es ist Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Landeskirche Braunschweig. Unser Therapiezentrum befindet sich am Rande der kleinen Ortschaft Lehre in reizvoller Lage zwischen Wolfsburg und Braunschweig. Optional bieten wir in unserem Haus in Glentorf vor Rehabilitationsbeginn eine Motivationsphase sowie nach Beendigung der Rehabilitation eine Nachsorge in Form eines betreuten Wohnens an. Diese Maßnahmen betreiben wir außerhalb des Leistungsbereichs der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung.

Krankenhäuser mit sämtlichen medizinischen Abteilungen sind in den Städten Braunschweig und Wolfsburg in weniger als einer halben Stunde erreichbar. Die der medizinischen Hochschule Hannover (MHH) angeschlossenen Kliniken sind etwa 60 km entfernt. Hinsichtlich Entzugsbehandlungen und psychiatrischer Versorgung besteht eine enge Kooperation mit dem AWO-Psychiatriezentrum in Königslutter (ca. 15 km entfernt). Der Chefarzt der dortigen Abteilung für Suchtkrankheiten ist für die psychiatrische Befunderhebung unserer Patienten zuständig und arbeitet eng mit unserer medizinischen Leitung ebenso wie mit dem übrigen Leitungsteam zusammen. Er hält regelmäßig Visite in unserem Haus. Seine Berichte gehen in die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ein. Es besteht eine gute ärztliche, zahnärztliche und physiotherapeutische Versorgung in der Ortschaft ‚Lehre‘ selbst. Mit den für unsere Einrichtung wichtigen Ärzten bestehen Konsiliarverträge. Ganz in der Nähe befinden sich moderne Sportstätten und Schwimmbäder mit Sauna und Fitnessräumen, die wir im Rahmen unseres Reha-Programms nutzen. Der Ort selbst hat eine gute Anbindung an den Regionalverkehr. Fernverbindungen sind über Braunschweig und Wolfsburg erreichbar.

Die Einrichtung verfügt über einen barrierefreien Zugang gemäß den Vorschriften des SGB I und IX sowie des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG).

6. Leitbild und allgemeine Zielsetzungen

Grundlage unserer Arbeit ist der christliche Glaube und damit verbunden eine entsprechende Sicht des Menschen wie der Schöpfung insgesamt. In dieser Sicht ist jeder Mensch einzigartig in seiner Persönlichkeit, seiner Geschichte, seinen Bedürfnissen, seiner Sehnsucht, seinen Stärken und Schwächen, grundsätzlich frei in seinem Glauben, seinem Tun und Lassen – Wesensbestimmungen, die wir insbesondere im Rahmen unseres Auftrags mit dem Ziel der Rehabilitation Drogenabhängiger achten möchten. Diese Bestimmungen verbieten jede Art von Indoktrination, sei sie religiös, wissenschaftlich oder anders motiviert.

Rehabilitation im Sinne einer vorrangig system-funktionalen, technologisch geprägten Methoden Anwendung liegt uns fern. Entzugserfahrungen im Einflussbereich gesellschaftlicher Kälte, Desintegration und Traumatisierung haben das Leben der Rehabilitanden nachhaltig geprägt. Die meisten von ihnen sehnen sich nach einem ‚Wohnhaft-werden‘, das über eine Entwöhnungsbehandlung hinausgeht. Deshalb bieten wir sowohl institutionell als auch konzeptionell Rahmenbedingungen, die Antwort auf diese Sehnsucht geben – ein Zuhause, das eine Mitte hat, ein Herz, wo sie sich bedingungslos angenommen wissen. Die Mitarbeiter unserer Einrichtung (einige sind Ex-User) werben für einen Lebensstil, in dem wieder Freude und Zufriedenheit dominieren – ohne Drogen.

Oft müssen unsere Therapiegeste erst wieder mühsam lernen, sich Freude auf andere Weise als über Drogenkonsum zu erschließen. Dazu brauchen sie ein Lernfeld, das genügend Anreiz bietet geeignete neue Wege zu entdecken. Wir meinen, dass wir in dieser Hinsicht mit unserem Therapieangebot sehr gute Möglichkeiten vorhalten. Neben der medizinischen Versorgung sind sozialtherapeutisch ausgerichtetes Wohnen, Arbeits-, Gruppen- und Einzeltherapie gleichsam die vier Säulen unseres Hauses. Dieses Angebot lässt sich unserer Auffassung nach gut mit dem weiteren Angebot verbinden, nämlich für ein hohes Maß an wissenschaftlich qualifizierter Therapie zu sorgen. In ihrem fruchtbaren Ergänzungsverhältnis konstituieren beide Ausrichtungen die Grundlage unserer Arbeit – Therapie mit Herz und Verstand.

Um hinsichtlich Indikationserstellung und Therapieplanung eine möglichst umfassende und differenzierte Kenntnis über die jeweilige Zielgruppe zu erhalten (hier männliche Drogenabhängige), sind unserer Ansicht nach auch geeignete Forschungsergebnisse insbesondere der Sozial- und Kulturwissenschaften, der Geschichte und Philosophie einzubeziehen. Unsere Therapie beinhaltet auch ein Bildungsprogramm (s

Therapie/Bildungsprogramm). Wie die meisten Experten betrachten wir die Genese von Suchterkrankungen in Verbindung mit exzessivem Drogengebrauch jeweils als ein komplexes, mehrdimensionales Geschehen, das in hohem Maße Erfahrungen von Entfremdung, Vereinsamung, Angst, Depression, Delinquenz - bis hin zu Zuständen innerer wie äußerer Verwahrlosung – zeitigt.

7. Theoretische Ausrichtung und Rehabilitationsprogramm

Das von uns in Anspruch genommene Modell von Rehabilitation ist sowohl integrativ als auch differenziell verfasst und am bio-psycho-sozialen Modell orientiert. Es integriert diagnostische, therapeutische und prophylaktische Vorgehensweisen im Horizont der sie fundierenden Theorien, berücksichtigt dabei unterschiedliche programmatische Ebenen und differenziert diese wie jene zugleich in ihrem Gesamtzusammenhang nach Maßgabe der leitenden Zielvorstellungen. Diesen Ausrichtungen zufolge kann Rehabilitation insbesondere auf zwei Voraussetzungen nicht verzichten: zum einen auf eine Vertrauen stiftende ‚Atmosphäre‘, in der sich Rehabilitanden überhaupt erst trauen über das zu sprechen, was sie zutiefst erschüttert, traumatisiert, in Ängste und Zwänge, in Flucht und Sucht getrieben hat; zum anderen auf Formen der persönlichen Begegnung, die den pädagogischen bzw. therapeutischen Bezug kennzeichnen. Beide Voraussetzungen bedingen sich wechselseitig. Zusammen mit den übrigen Voraussetzungen, inklusive der Bereitstellung entsprechender Rahmenbedingungen sowie den von uns in Anspruch genommenen diagnostischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Methoden konstituieren sie zugleich Modalitäten eines Zusammenwirkens, die je nach Vorgabe operationalisierter Zielsetzungen und situativer Bedingungen im Einzelfall (indikationsspezifisch) integrativ gesteuert werden. Die Assessments, Screening-Instrumente und Interventionen der Arbeitstherapie sind zentral auf die BORA-Bestimmungen ausgerichtet.

Wir haben uns in unserer Einrichtung zum Ziel gesetzt nur diejenigen Methoden von Diagnostik und Therapie einzusetzen, denen im Rahmen gegenwärtiger wissenschaftlicher Diskurse ein hoher Bewährtheitsgrad zuerkannt wird und die mit unserem Menschenbild kompatibel sind. In erster Linie bedeutsam erscheinen uns thematisch relevante Forschungsergebnisse der Biologischen Psychologie, der Kognitiven-/Neurowissenschaften sowie der Lern- und Motivationspsychologie. Besonders wichtig sind uns wissenschaftlich fundierte Methoden, die auf zukünftige Tätigkeiten am Arbeitsplatz vorbereiten, entsprechende Kompetenzen und Fertigkeiten trainieren helfen (Methoden der Ergo- bzw. Arbeitstherapie). Dabei nutzen wir auch Ergebnisse der Arbeitspsychologie.

Je nach Ausbildungsschwerpunkt der Mitarbeiter kommen verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische, systemische und kreativitätstherapeutische Methoden ebenso zum Tragen wie Vorgehensweisen der Daseinsanalytischen Psychologie, der Verstehenden Pädagogik, der Reform- und Erlebnispädagogik. Fortbildungsveranstaltungen in regelmäßigen Abständen betrachten wir als unerlässlich. Die wöchentlich mehrmals stattfindenden Team-Konferenzen unter medizinischer Leitung sowie Turnus gemäß durchgeführten Supervisionen (Makroebene) sind nicht allein Instanzen der Reflexion und Koordination therapeutischer Maßnahmen. Sie ergänzen auch die Therapiesteuerung auf Ebene der Fachbereich- Teams (Mikroebene) und gewährleisten eine insgesamt kohärente – in sich stimmige – Therapieplanung und Therapiegestaltung.

Der Rehabilitationsprozess gliedert sich auf Makroebene in die Stamm-, Adaption- und ambulante Weiterbehandlungsphase, wobei die beiden letzten Phasen nicht obligatorisch sind. Sie bedürfen jeweils einer besonderen Indikations- und Antragstellung beim Leistungsträger. Die Stammphase wiederum ist – auf ihrer Mikroebene – nach der Eingewöhnungsphase in eine Anfangs-, Klärungs- und Intensivphase unterteilt. Ihnen entsprechen die Stufen I bis III. Sämtliche Phasen sind als hierarchisch aufeinander abgestimmte Curricula des Lernens konzipiert, die innerhalb des Rehabilitationsprogramms jeweils bestimmte Stufen des Fortschritts markieren und damit stets einen Anreiz bieten,

möglichst gut voranzukommen. Mit jeder Höherstufung wachsen die individuellen Freiheitsspielräume und -rechte, zugleich aber auch die Verpflichtungen im Hinblick auf Eigen- und Mitverantwortung.

In kleinen überschaubaren Gruppen erfahren Abhängige von illegalen Drogen Wertschätzung, Verlässlichkeit und Geborgenheit. Einige der Mitarbeitenden wohnen in Lebensgemeinschaft, z. T. mit ihren Familien, innerhalb der Einrichtung. Bekanntlich können auf der Basis wechselseitigen Vertrauens und tragfähiger Beziehungen Kritikfähigkeit, Frustrationstoleranz oder auch klärende Auseinandersetzungen besser trainiert, Stärken gefördert, Schwächen abgebaut werden. Diese Art Wohngemeinschaft ist ein äußerst vielfältiges - therapeutisch und prophylaktisch wichtiges - Übungsfeld.

Ein strukturiertes Wochenprogramm mit geordnetem Tagesablauf hat sich als unerlässliche Voraussetzung erwiesen, um wieder Rhythmus im Leben zu finden und Fertigkeiten einzuüben, die hinsichtlich einer drogenabstinenten Lebensgestaltung unverzichtbar sind. Die Hausordnung hilft beim Erlernen von Kompetenzen für ein zufrieden stellendes Zusammenleben, Wahrnehmung und Achtung individueller Eigenarten, Freiheitsrechte, aber auch Pflichten.

Das auf die skizzierten Ziele abgestimmte, breit gefächerte Lernangebot erweitert sich im ökologisch ausgerichteten Umgang mit den Gaben der Natur. Handwerker und andere Fachkräfte mit Ausbildungsberechtigung, einige von ihnen Ex-User, vermitteln den Rehabilitanden in unseren Werkstätten für Holz- und Metallverarbeitung, im Landschafts- und Gartenbau, Computer- und Elektronikbereich, in der Hauswirtschaft nicht allein grundlegende Fertigkeiten, Ausdauer, Durchhaltevermögen, das nötige Wissen, sondern meistens auch Freude an der Arbeit, an kreativer Gestaltung. Wir bieten z. B. Schweißerkurse oder Grundkurse in ‚Netzkompetenz‘ an.

Nicht unerheblich tragen auch die äußeren und inneren Rahmenbedingungen zum Gelingen der Therapie bei - sowohl was die verwaltungs- kommunikationstechnische als auch die räumliche Ausstattung betrifft. Die Häuser unserer Einrichtung sind komfortabel und stilvoll eingerichtet und liegen in landschaftlich reizvoller Umgebung. Mit Hilfe von Angeboten der Kreativ-, Sport- und Freizeittherapie möchten wir unseren Therapiegästen einen Lebensstil schmackhaft machen, der jenseits krank machender Einflusssphären wieder Spaß macht. Diesem Ziel dienen z. B. auch die regelmäßig stattfindenden Kurse in der Lehrküche. Mindestens zweimal im Jahr sind die Therapiegäste eingeladen zu Freizeiten unter therapeutischer Anleitung in der wunderschönen Landschaft Südschwedens – mit Lagerfeuer, Möglichkeiten zu Angeln, Boots-, Kanu- und Segeltouren sowie Out-Door-Exkursionen – Gelegenheiten, die sich selten jemand entgehen lässt.

8. Diagnostik und Therapiegestaltung

Unsere Strategieplanung in Bezug auf sämtliche Anwendungsbereiche beruht auf zuvor definierten Hauptzielen, die dann für jeden Rehabilitanden in Kooperation mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten und dem therapeutischen Team im Hinblick auf eine Hierarchie von Teilzielen sowie Schrittfolgen der Verwirklichung differenziert, modifiziert bzw. operationalisiert werden. Der Rehabilitand wird aktiv in den Prozess der Zieldefinitionen sowie der Planung und Evaluation von Verwirklichungsstrategien einbezogen. Wichtige Schritte der Strategieplanung und -evaluation werden protokolliert. Die Protokolle dienen bzgl. des weiteren Verlaufs u. a. der Effektivitätseinschätzung. Das Element ‚Diagnostik‘ ist in unserer Konzeption vorrangig von Gewicht, weil die gesamte Therapieplanung auf den Ergebnissen der Diagnostik aufbaut. Gleichwohl dürfen diese im Zusammenhang mit den übrigen Elementen nicht über Gebühr Zeit und Leistungsaufwand beanspruchen. Gewichtung und Steuerung der Rehabilitationselemente in ihrem dynamischen Verhältnis zueinander obliegen zentral der medizinisch-therapeutischen Leitung. Vorrangige Aufgaben der von uns angebotenen Diagnostik beziehen sich auf die gründliche Feststellung aktueller

Symptome, Beschwerden und problematischer Befindlichkeiten zu Beginn der Rehabilitation (Eingangsdagnostik), im Weiteren auf die Beantwortung der Frage, wo - ggf. schon am Anfang - problematische Zustände gezielt welche Maßnahmen erfordern. Von erster Relevanz ist die medizinische Diagnostik.

Unsere Diagnostik richtet zunächst nach den standardisierten Verfahren des ICD-10 und ICF, geht aber zugleich über diese hinaus. Die Ergebnisse der Diagnostik sind Grundlage der Rehabilitationsplanung, strukturiert nach Komponenten des ICF sowie der übrigen diagnostischen Manuale. Diese Planung hat insbesondere das Ziel, Fördermöglichkeiten und Ressourcen ebenso wie Hemmnisse und Beeinträchtigungen zu verdeutlichen bzw. hinsichtlich der unterschiedlichen Therapiebereiche handlungsleitend zu konkretisieren. Ein wichtiges Anliegen ist dabei, dem Rehabilitanden die Befunde, Ziele und Methoden von Diagnostik und Therapie verständlich zu machen sowie eingehend mit ihm zu erörtern, wie die jeweils nächsten Teil-Ziele über konkrete Schritte erreicht werden können.

Wir verwenden standardisierte Methoden (Testdiagnostik) ebenso wie weniger standardisierte Methoden und unterscheiden grundsätzlich zwischen Gruppen- und Einzelfallbezogener Datenerhebung. Von besonderer Relevanz sind die Ergebnisse der Arbeitsbezogenen Diagnostik gemäß BORA, der Diagnostik bezüglich Aktivitäten, Teilhabe und Ressourcen sowie bezüglich körperlicher und psychischer Begleiterkrankungen bzw. komorbider Störungen – zeitlich strukturiert nach Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik. Die Ergebnisse sind darüber hinaus Grundlage der Zwischen- und Abschlussberichte. Rückfallprophylaxe ist ein wichtiges Element unserer Rehabilitation und daher vielfältig strukturiert. Alkoholkontrolluntersuchungen sowie Drogenscreenings werden regelmäßig und konsequent durchgeführt.

9. Therapiebereiche und personelle Ausstattung

In der medizinischen Rehabilitation trägt die ärztliche Leitung die fachliche Verantwortung für die Gesamtbehandlung in einem multiprofessionellen Team. Die medizinische Versorgung wird von der leitenden Ärztin in der Regel mehrmals wöchentlich sowie im Rahmen verbindlicher Zwischen- und Abschlussuntersuchungen durchgeführt. Der Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen im AWO-Psychiatriezentrums Königslutter ist für die psychiatrische Befunderhebung und Behandlung zuständig. Zwecks besonderer fachärztlichen Abklärung und Behandlung besteht eine enge Kooperation mit niedergelassenen Fachkollegen (z. B. Zahnarzt, Internist Augenarzt, HNO-Arzt, Orthopäde).

Darüber hinaus gehören zum Team: eine Krankenschwester, ein Betriebsanwiter im Abenddienst, ein Sozialarbeiter mit besonderer Qualifikation für den Sozialdienst sowie für Freizeit und Erlebnispädagogik, zwei Sozialarbeiter mit therapeutischer Zusatzqualifikation, ein Dipl. Psychologe mit Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, ein Dipl. Pädagoge und Psychologe (MA), ein Ergotherapeut, zwei Handwerker mit Ausbildungsberechtigung, ein Koch und Bürokaufmann (zugleich der kaufmännische Leiter mit einer speziellen Ausbildung in Qualitätsmanagement).

Das Rehabilitationsprogramm bezieht sich hauptsächlich auf folgende Bereiche:

Medizinische Therapie

- Medizinische Behandlung und Beratung (durchgeführt von der ärztlichen Leitung in enger Kooperation mit den Konsiliarärzten)
- Medikamentenausgabe, Medikationskontrolle (täglich), Laborprüfungen, bei Bedarf pflegerische Handlungen - nach Anweisung der ärztlichen Leitung (durchgeführt von der Krankenschwester oder dem Krankenpfleger)

- Informationsveranstaltungen/Schulungen zu relevanten Themen wie z. B. Infektionserkrankungen, Hygiene- und Ernährungsfragen, Bewegungstraining bzw. Entspannungsübungen

Psychologische/Pädagogische Therapie

- Einzeltherapie
 - Vorwiegend klärungsorientiert (geleitet vom Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten)
 - Vorwiegend therapeutisch orientiert (geleitet vom Sozialtherapeuten bzw. Psychologischen Psychotherapeuten)
- Gruppentherapie
 - Vorwiegend klärungsorientiert (geleitet vom Psychologen, Psychologischen Psychotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
 - Vorwiegend therapeutisch orientiert (geleitet vom Psychologischen Psychotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
 - Vorwiegend kreativitätsorientiert (geleitet vom Dipl. Pädagogen/ Psychologen)
- Im Rahmen von Gruppenveranstaltungen
 - Informationen zu medizinischen Themen (Gesundheitspflege/Ernährung etc.), vorwiegend schulungsorientiert (geleitet von der Ärztin)
 - Arbeitsbesprechung im Plenum, 3x pro Woche jeweils 30 min. an den Tagen mit Arbeitsschwerpunkt (geleitet vom Psychologischen Psychotherapeuten, Ergotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
 - Tagesschau täglich (werktags), jeweils ca. 30 min., nach Beendigung des Haupttherapieprogramms (geleitet vom Psychologischen Psychotherapeuten, Ergotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
- Im Rahmen der Angehörigen-/Partnergespräche
 - Vorwiegend beratungs- und klärungsorientiert (geleitet vom jeweiligen Bezugstherapeuten, ggf. in Kooperation mit dem leitenden Team)
- Im Rahmen der Arbeitstherapie
 - Holz- und Metallwerkstätten, Garten- und Landschaftsbau, Hausrenovierung, Hauswirtschaft und Bürokommunikation (geleitet von Fachbereichsleitern z. T. mit Ausbildungsberechtigung und Sozialtherapeuten)
- Ergotherapie (geleitet vom Ergotherapeuten)
- Sporttherapie (geleitet von qualifiziertem Fachbereichsleiter)
- Freizeittherapie (geleitet von Sozialtherapeuten/Sozialarbeitern/qualifizierten Ex-Usern)
- Im Rahmen der Lehrküche inklusive Ernährungsberatung -1x in 14 Tagen jeweils etwa 4 Stunden (geleitet von Ökotrophologin)
- Im Rahmen des hausinternen Sozialdienstes (Kooperation mit Ämtern/Behörden, Beratung und pädagogische Begleitung in sozialen Angelegenheiten, z. B. Justizangelegenheiten, Schuldnerberatung, Berufsklärung, Bewerbungstraining) - geleitet vom Sozialpädagogen)

Der spezifische Anteil jeder Leistungsform in Bezug auf den wochenzeitlichen Verlauf geht aus dem Wochenplan hervor. Im Hinblick auf Nachsorgemaßnahmen können wir auf verlässliche Kooperationspartner sowie eine breite, tragfähige Vernetzung zurückgreifen. Notfallmanagement, Kommunikationsstruktur und Qualitätsmanagement entsprechen den gesetzlichen Anforderungen und sind im Qualitätshandbuch detailliert beschrieben.