

Konzept

Magnus – Huss – Rehabilitationszentrum für Abhängigkeitserkrankungen Schwerin



Konzeption

Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum für Abhängigkeitserkrankte

Erstellt: 24.01.2023, überarbeitet 25.03.2024

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Allgemeines	4
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	5
4. Rehabilitationskonzept	7
4.1 Theoretische Grundlagen	7
4.2 Rehabilitationsindikatoren und –kontraindikationen	10
4.3 Rehabilitationsziele	11
4.4 Rehabilitationsdauer	15
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	16
4.6 Rehabilitationsprogramm	18
4.7 Rehabilitationselemente	19
4.7.1 Aufnahmeverfahren	19
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	20
4.7.3 Medizinische Therapie	22
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	23
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	26
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	31
4.7.7 Freizeitangebote	32
4.7.8 Sozialdienst	32
4.7.9 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung	33
4.7.10 Angehörigenarbeit	34

4.7.11 Rückfallmanagement	35
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	36
4.7.13 Weitere Leistungen	38
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	38
5. Personelle Ausstattung	39
6. Räumliche Gegebenheiten	40
7. Kooperation und Vernetzung	40
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	41
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	46
10. Notfallmanagement	47
11. Fortbildung	48
12. Supervision	48
13. Regelwerk / Therapievertrag	49

Anhang

Literatur

1. Einleitung

Bei der schriftlichen Niederschrift des Konzeptes wurde versucht, wann immer möglich, geschlechtsneutrale Beschreibungen zu finden, alternativ wurde eine Personenbeschreibung mit Asterisk gewählt, da sich diese zum Zeitpunkt der Konzepterstellung als die sich durchsetzende Form erschien. Selbstverständlich sollen auch alle Menschen, die sich einem anderem, nicht binären Geschlecht zugehörig fühlen, angesprochen sein.

Die Grundlage für das vorliegende Konzept des „Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums“ stellt das seit 1997 den Leistungsträgern vorliegende, mehrfach modifizierte Konzept der bisher bestandenen Fachklinik „Schloss Tessin“ dar. Unser Konzept orientiert sich an den gesetzlichen Grundlagen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§5 SGB IX) durchführen.

Die Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, wie sie nach den Grundsätzen der Empfehlungsvereinbarung Sucht 1978/1999 bzw. der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 durchgeführt wird, ist mit umfassenden Zielen im Hinblick auf die berufliche, soziale und gesellschaftliche Teilhabe verbunden. Dabei ist die dauerhafte Abstinenz eine wichtige Grundlage für die Erreichung einer umfassenden und langfristigen Reintegration.

Ziel der medizinischen Rehabilitationsbehandlung mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum ist, das problematische Drogenkonsumverhalten und damit verbundene weitere destruktive Verhaltensweisen so zu behandeln/ zu modifizieren, dass eine erfolgreiche Teilhabe im beruflichen, sozialen und gesellschaftlichen Bereich wieder möglich wird und umgesetzt werden kann.

Dabei muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass eine längerfristige Abstinenz und ein erfolgreicher, teilhabeorientierter Reintegrationsprozess innerhalb des Rahmens der stationären Rehabilitation allein nicht geleistet werden kann. Wir verstehen unser Handeln deshalb als Element im Rahmen eines notwendigen differenzierten Unterstützungswerkes für Menschen mit Drogenproblemen.

Dass bei genügender Therapiemotivation bzw. genügender Motivation zu einer veränderten Lebensführung unter abstinenten Bedingungen therapeutische Interventionen bei Drogenabhängigen sehr erfolgreich angewendet werden können, ist in vielen Therapiestudien eindrucksvoll nachgewiesen worden.

Wir überprüfen den Erfolg und die Nachhaltigkeit unserer teilhabeorientierten Therapie u.a. durch eigene Nachbefragungen unserer Rehabilitanden (Katamnese) und im Rahmen der Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger.

2. Allgemeines

Als Einrichtung der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH (ESM), die Mitglied im Diakonischen Werk Mecklenburg-Vorpommern e.V. ist, orientieren wir uns am Leitbild der Diakonie und am Leitbild des Bundesverband Suchthilfe e.V. (bus.).

Name der Einrichtung:	Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum
Leistungsform:	Entwöhnungsbehandlung als Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung nach dem SGB VI und SGB IX
Hauptindikation:	Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen (illegaler Drogen)
Träger:	Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH Bäckerstraße. 7 19055 Schwerin Tel. 0385 744048-0 Fax 0385 744048-271 <u>E-mail: info@suchthilfe-mv.de</u> Internet: <u>www.suchthilfe-mv.de</u>
Geschäftsführerin:	Katrin Kuphal
Prokuristin:	Kornelia Sparr
Anschrift:	Hamburger Allee 236-238 19063 Schwerin Tel.: 0385-551599-0 Fax: 0385 551599-55 E-mail: Internet: <u>www.suchthilfe-mv.de</u>
Institutionskennzeichen:	511301073

Leitung der Einrichtung: Felix M. Dörr
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie
Suchtmedizinische Grundversorgung
Geriatric

Anja Gienap
Betriebswirtin BA

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger, Federführer ist die DRV Nord.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Mit der Neueröffnung des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums für Abhängigkeitserkrankte am 27. Februar 2023 in Schwerin, als Nachfolgeeinrichtung der seit 1995 bestehenden Fachklinik für Drogenabhängige „Schloss Tessin“, kann die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH den Rehabilitand*innen eine den aktuellen Erfordernissen und Anforderungen vollauf gerecht werdende Einrichtung anbieten. Der Personenkreis, der im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum behandelt wird, umfasst drogenabhängige Menschen im Alter ab 18 Jahren, oftmals mit psychiatrischen Komorbiditäten. Das Spektrum der Komorbiditäten, die begleitend behandelt werden können, wird unten aufgeführt. Die Behandlungsdauer beträgt durchschnittlich 22+2 Wochen, mit der Option zur Verlängerung oder Verkürzung der Behandlung. Grundsatz ist die Flexibilität der Behandlungszeiten. Besonderheit unseres Konzeptes bleibt, wie zuvor auch in der Fachklinik „Schloss Tessin“, dass unsere Rehabilitanden ein Haustier mit zur stationären Behandlung bringen können.

Für das jetzt neu entstandene Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums war die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH (ESM) seit vielen Jahren auf der Suche nach einem geeigneten Ort/ Bauplatz. Im Jahr 2020 war es dann soweit und der Bau unserer neuen Klinik konnte beginnen.

Das neue Rehabilitationszentrum verfügt über 72 stationäre Behandlungsplätze. Die Unterbringung der Rehabilitanden erfolgt in 72 Einzelzimmern, die komfortabel ausgestattet sind und alle über ein einzelnes Bad verfügen. Auch zur gemeinschaftlichen Kommunikation gibt es ausreichenden Raum. So haben die Wohnbereiche jeweils eine eigene Küche und einen eigenen Aufenthaltsbereich. Die Rehabilitanden leben mit ihrer Bezugsgruppe in einer Wohneinheit. Das Rehabilitationszentrum ist für Menschen mit Gehbehinderungen inklusive Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, barrierefrei, u. a. gibt es einen Aufzug und eine automatische Türöffnung. Über die Barrierefreiheit hinaus gibt es neun rollstuhlgerechte Zimmer. Im Klinikgebäude ist ein Fitnessbereich integriert und unsere 7637 und 1260 qm großen Klinikgelände sind mit Grünflächen und eigenen Sitzbereichen für jede Gruppe, sowie einem Hundauslauf ausgestattet. In unmittelbarer Nachbarschaft befindet sich eine Sporthalle, die für die sporttherapeutischen Aktivitäten der Rehabilitanden genutzt werden kann. Gleich an das Klinikgelände grenzen Wald, Wiesen und Felder, so dass die Umgebung sich sehr gut für ausgedehnte Spazier- und Gassigänge unserer Rehabilitand*innen in der Natur eignet.

In der Landeshauptstadt und Sieben-Seen-Stadt Schwerin, mit seinen ca. 95.000 Einwohner*innen profitieren unsere Rehabilitand*innen von der guten städtischen Infrastruktur, aber auch von der sehr wasser- und waldreichen Umgebung. Das Stadtzentrum mit erforderlichen Ämtern (Stadthaus mit Meldebehörde, Sozialamt, Bürgerbüro usw.), die Arbeitsagentur und das Jobcenter, erforderliche externe Fachärzt*innen, spezialisierte Beratungsstellen, Betriebe zur Bereitstellung von Praktikumsplätzen für unsere Rehabilitand*innen, aber auch Einkaufsmöglichkeiten und externe Freizeitangebote sind durch den fußläufig erreichbaren Nahverkehr Schwerin (Bus, Straßenbahn) zeitnah und unkompliziert von den Rehabilitand*innen zu erreichen. Das Rehabilitationszentrum befindet sich im Stadtteil „Mueßer Holz“. Aus der Lage ergibt sich die Möglichkeit zur Umsetzung einer sehr realitätsnahen, lebensnahen Therapie.

Durch die regelmäßigen allgemeinmedizinischen und suchtmedinisch-psychiatrischen Sprechstunden im Rehabilitationszentrum ist die Mitbehandlung sowohl körperlicher, als auch psychiatrischer und suchtmedinischer Erkrankungen durchgängig gewährleistet.

In der medizinischen Abteilung finden sich mehrere Geräte zur Bestimmung der Atemalkoholkonzentration. Die weitere Ausstattung beinhaltet unter anderem ein Mehrkanal-EKG, einen Notfallkoffer, einen halbautomatischen Defibrillator, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte und eine Waage mit Bioimpedanzmessung.

Es bestanden zu den Helios Kliniken Schwerin und der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik Schwerin mit ihrer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, sowie zu Fachärzten der Stadt Schwerin schon

während des Bestehens der vorherigen Fachklinik „Schloss Tessin“ gute Kontakte, welche weiter genutzt und nochmals intensiviert werden.

Für den Notfall stehen in Schwerin Rettungsleitstellen zur Verfügung und die medizinische Akutversorgung des Helios Klinikums. Im Notfall können die Rehabilitanden dann innerhalb von Minuten eine akute Notfallversorgung erhalten.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Wie „allgemeines Konsumverhalten“ so unterliegt auch die Entstehung von Konsum von Suchtstoffen eine multifaktorielle Entstehung zugrunde.

Aspekte wie Erziehung und hierbei auch die Haltung zu legalen Suchtstoffen prägen als Faktoren des Mikrokosmos ebenso wie die gesellschaftlichen Makroelemente wie Religion/Spiritualität, Permissivkultur (Alkohol, Tabak, Legalisierungsdebatten), Werbung (Alkohol, Tabak, Tabakprodukte), Unterhaltungsindustrie und Popkultur die ersten Kontakte mit legalen Suchtstoffen, was wiederum die Schwelle zum Konsum illegaler Suchtmittel senkt.

Neben dem „Lernen am Modell“, das in lerntheoretischen Modellen beschrieben ist, spielt die Neuroadaptation durch regelmäßigen Konsum („Gewöhnung“) eine Rolle, jedoch gibt es inzwischen ausreichend valide Studien, die eine genetische Mitbedingung in der Entstehung stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen belegen.

Unser Therapiekonzept versucht allen Faktoren Rechnung zu tragen.

Die Motivationslage ist auch während der Behandlung dynamisch, wie im Modell nach Prahaska und di Clemente beschrieben.

Definition des Abhängigkeitssyndroms

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F) der Weltgesundheitsorganisation findet sich die folgende Definition:

„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 gilt:

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

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- 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.
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- 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.
- 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.

Belohnungssystem und deren Biochemie

Die Auswahl zu lernender Elemente umfasst Stimuli (Stimulus-Stimulus-(S–S)-Assoziationen und voraussagbare Belohnungserwartungen) und Reaktionen (Stimulus-Response-(S–R)-Assoziationen und Handlungs-Ergebnis-Repräsentationen).

Das assoziative Lernen bezieht sich auf klassische (S–S, S–R) und instrumentelle (reaktionskontingente Verstärkung) Konditionierungsmechanismen. Erstere stellt eine prozedurale Form der Belohnungsvorhersage dar, indem ein konditionierter Stimulus (CS) eine konditionierte Reaktion (CR) hervorruft. Bei der instrumentellen oder operanten Form werden spezifische instrumentelle Reaktionen über reaktionskontingente Belohnung verstärkt. Konditionierte Reaktionen umfassen dabei antizipatorische Reaktionen, Verhaltensgewohnheiten, konditionierte Motivation oder Emotionen auf den unkonditionierten Belohnungsstimulus. Die neuronalen

Substrate für klassische und instrumentelle Assoziationen finden sich sowohl in kortikalen als auch in subkortikalen Strukturen.

Morphologisch scheint das mesokortikolimbische System des menschlichen Gehirns, dessen wichtigster Neurotransmitter das Dopamin ist, eine entscheidende Rolle zu spielen. Dieses System fungiert als Filter zwischen den Zentren des limbischen Systems und des extrapyramidalmotorischen Systems. Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass dieses Hirnareal bei Abhängigkeitserkrankungen, seien sie stoffgebunden oder nicht stoffgebunden, eine große Bedeutung hat. Die genannten Areale werden daher auch „Belohnungszentrum“ oder „Suchtzentrum“ genannt.

Persönlichkeitsbezogene Faktoren

Alle „Schulen“ der etablierten und wissenschaftlich fundierten Psychotherapieformen, in Deutschland Psychoanalyse, psychodynamische Verfahren, Systemische Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie einschließlich der darin aufgehenden Verfahren wie die Dialektisch-Behaviorale-Therapie, Acceptance and Commitment Therapie und die Schematherapie gehen von Entwicklungspathologien aus, die zu Störungen geführt haben. Das jeweilige Modell der Entstehung soll an dieser Stelle keine Berücksichtigung finden ebenso wie die theoretischen Grundlagen der Behandlung.

Klaus Grawe konnte in seinen Arbeiten der 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts belegen, dass die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in der wesentliche Wirkfaktor in der Psychotherapie darstellt, was zwischenzeitlich reproduziert werden konnte. Auch belegte er die Gleichwertigkeit der analytisch/tiefenpsychologischen Verfahren und der kognitiven Verhaltenstherapie.

Daher wird im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum nach allen etablierten Therapieformen gleichwertig behandelt.

Der Großteil der im stationären Setting Behandlungsbedürftigen weist eine psychiatrische Komorbidität wie eine spezifische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine Angststörung, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, posttraumatische Belastungsstörung oder eine Psychose in der Anamnese auf.

Diese Komorbiditäten bedingen die Suchterkrankung mit oder erhalten diese, weswegen eine Mitbehandlung Kern der spezifischen Behandlung der Abhängigkeitserkrankung ist.

Evidenzbasierte Behandlung

In Ermangelung einer S3-Leitlinie der AWMF zur Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen orientieren wir uns im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum an der S3-Leitlinie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit.

Weiter erfolgte die Erstellung des Therapieprogramms angelehnt an die evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) der DRV für die Indikation Alkoholabhängigkeit.

Sämtliche Psychotherapieverfahren, die zur Anwendung kommen, sind etablierte und in zahlreichen Studien wissenschaftlich fundierte Verfahren.

4.2 Rehabilitationsindikatoren und –kontraindikationen

Aufgenommen werden können:

- von illegalen Drogen abhängige Menschen mit ausreichender persönlicher Reife und sozialer Kompetenz, um den Anforderungen einer Entwöhnungsbehandlung zu genügen
- Aufnahmealter ab dem 18. Lebensjahr
- Mehrfachabhängige mit Störungen auch durch andere Drogen (ICD10 F19.2)
- von illegalen Drogen abhängige Menschen mit (ICD10 F11.2 – 18.2)

Möglich ist die Mitbehandlung von:

- Persönlichkeitsstörungen, F60 - 61
- Leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden (ICD 10 F32.0/1, F33.0/1)
- ADHS, F90.0/1
- Angst- und Zwangserkrankungen, F40 – 42.9
- posttraumatischer Belastungsstörung, F43.1
- Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit, F10.1 – F10.2
- Essstörungen, in begrenztem Umfang in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung (ICD10 F50.0 – 50.8)
- Sexuellen Funktionsstörungen psychischer Genese F52.0-52.9

- Menschen, deren Abhängigkeitssyndrom neben der Drogenabhängigkeit auch pathologisches Spielen beinhaltet (ICD10 F63.0)
- abhängige Menschen mit Residualzuständen von so genannten endogenen oder drogeninduzierten Psychosen, welche medikamentös ausreichend behandelt sind und bereit, die medikamentöse Therapie während der Rehabilitationsbehandlung fortzuführen
- Menschen, die sich gemäß den Auflagen der §§ 35 BtMG oder 57 StGB für eine Therapie entschieden haben,
- Menschen, die bei uns oder einer anderen Klinik behandelt worden sind, längere Zeit abstinent gelebt haben und rückfällig geworden sind bzw. sich von Rückfall bedroht fühlen,

(Wir nehmen bundesweit Rehabilitand*innen auf. Diese können nach vorheriger Absprache ihre Hunde oder andere Kleintiere mitbringen.)

Nicht aufgenommen werden können Personen:

- die aktuell illegale Drogen oder Alkohol konsumieren bzw. deren Körper nicht drogenfrei ist (d.h., die bei Aufnahme noch positiv auf Suchtmittel getestet werden)
- bei denen ein psychovegetatives Entzugssyndrom zu erwarten ist,
- die eine gravierender Hirnleistungsschwäche aufweisen,
- bei denen eine akute oder residuale Psychose vorliegt,
- die an einer körperlichen Erkrankung leiden, dadurch zusätzlich stärkerer Pflege bedürfen und/oder dadurch keine kontinuierlich aktive Teilnahme am Therapieprogramm möglich ist,
- die keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse besitzen,
- mit akuter Suizidalität.

4.3 Rehabilitationsziele

Die Behandlungsziele entsprechen dem ganzheitlichen Behandlungsansatz und folgen größtenteils dem Therapieziel-Katalog aus dem Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung der Indikationsbereiche Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen mit den Ebenen der psycho-sozialen, somatischen, edukativen Zieldimensionen sowie der Zieldimension der Aktivität und Partizipation.

Die Therapieziele entsprechen damit dem umfassenden Behinderungsprofil der Drogenabhängigkeit auf allen Lebensebenen der Betroffenen.

Die folgenden Therapieziele werden soweit dies möglich ist mit den Rehabilitand*innen in Einzelgesprächen abgestimmt.

Rehabilitationsziele zur Besserung von Beschwerden auf psycho-sozialer Ebene

- Motivierung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozess
- Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses
- Aufbau und Aufrechterhaltung einer stabilen Psychotherapiemotivation
- Motivierung für Nachsorgemaßnahmen
- Entwicklung eines realistischen Selbstbildes
- Steigerung der Selbstwirksamkeit
- Steigerung des Selbstvertrauens
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Verbesserung der Introspektionsfähigkeit
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Verbesserung der Wahrnehmung eigener Ziele, Wünsche und Bedürfnisse
- Steigerung der Selbstverantwortung/Eigenmotivation
- Stärkung/Förderung der Ich-Funktion
- Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen
- Verbesserung der Frustrationstoleranz
- Verbesserung der Körperakzeptanz
- Abbau der Selbstüberforderungstendenzen/Perfektionismus
- Förderung der Akzeptanz der Krankheit/Symptome
- Erarbeitung einer Krankheitseinsicht
- Bearbeitung/Bewältigung des vorangegangenen Trennungs-/Verlust-geschehens

- Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse
- Aufarbeitung sexueller Gewalterlebnisse
- Bearbeitung der biogeografischen Hintergründe der Suchtentstehung
- Bearbeitung der Beziehungen innerhalb der Herkunftsfamilie
- Verbesserung des Kommunikationsverhaltens
- Verbesserung der Kritikfähigkeit
- Förderung der Abgrenzungsfähigkeit
- Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen
- Erkennung und Bearbeitung dysfunktionaler Beziehungsmuster
- Bearbeitung des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts
- Bearbeitung des Schuldkonflikts
- Verbesserung der Angstbewältigungskompetenz
- Verbesserung der Depressionsbewältigungskompetenz
- Normalisierung des Essverhaltens
- kognitive Umstrukturierung
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit

Rehabilitationsziele zur Besserung von Beschwerden auf somatische Ebene

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit/Belastbarkeit
- Kräftigung der Muskulatur
- Verbesserung des kardiopulmonalen Zustands
- Verbesserung des Ernährungszustandes
- Gewichtsreduktion
- Gewichtszunahme
- Tabakrauchreduktion/Abstinenz

- Behandlung der Hepatitis C-Erkrankung
- Optimierung der Medikation
- Verringerung von gesundheitlichen Risikofaktoren
- Informationsvermittlung

Rehabilitationsziele auf edukativer Ebene

- Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik
- Analyse von symptomauslösenden Bedingungen
- Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen
- Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses
- Vermittlung des psychodynamischen Hintergrunds der Symptomatik
- Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses
- Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention
- Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte/gesunde Ernährung
- Förderung der Entspannungsfähigkeit durch Erlernen eines Entspannungsverfahrens
- Vermittlung von Informationen über Stressentstehung und Stressbewältigung
- Förderung der Genussfähigkeit

Rehabilitationsziele auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation

- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung
- Durchführung einer Arbeitsbelastungserprobung
- Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens

- Klärung der beruflichen Situation
- Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Schule)
- Verbesserung der Fähigkeit zum Aufbau sozialer Beziehungen
- Bearbeitung von interpersonellen Problemen im beruflichen Bereich
- Bearbeitung von interpersonellen Problemen im familiären Bereich
- Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft
- Verbesserung der Freizeitgestaltung
- Verbesserung der Alltagsbewältigung
- Verbesserung der finanziellen Situation (Schuldenklärung)
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen Bereich
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im Partnerschaftsbereich

4.4 Rehabilitationsdauer

In der Regel wird für die Rehabilitanden von den Leistungs- bzw. Leistungsträgern eine Behandlungszeit von 22 Wochen zur Verfügung gestellt. Bei den so genannten ~~Auffangbehandlungen~~ bzw. Kurzzeitbehandlungen, werden ~~meist~~ bis zu 13 Wochen Behandlungsdauer bewilligt. Kurzzeitbehandlungen werden vom Leistungsträger bewilligt für Rehabilitanden, welche auf Grund intrinsischer oder extrinsischer Gegebenheiten rückfallgefährdet sind und für die eine ambulante therapeutische Hilfestellung nicht mehr ausreichend erscheint bzw. für Rehabilitanden die nach einer absolvierten Entwöhnungstherapie rückfällig geworden sind und voraussichtlich in einem kürzeren Zeitraum psychisch ausreichend stabilisiert werden können. Entsprechend den Regelungen der Leistungsträger kann die Behandlungsdauer dem tatsächlichen Behandlungsbedarf angepasst werden.

Folgende Gründe können eine Verlängerung der ursprünglich bewilligten Behandlungsdauer erforderlich machen:

- erschwerte und dadurch verzögerte Herstellung einer vertrauensvollen, belastbaren therapeutischen Beziehung,
- erschwerter und dadurch verzögerter Aufbau von Veränderungsmotivation,
- Therapieverzögerung durch Behandlungskrisen in Form von Depressionen, Selbstverletzungstendenzen, Angstsymptomatik und psychotischen Zustandsbildern,
- Therapieausfall durch interkurrente somatische Erkrankungen, aber auch schwerwiegende Veränderungen im sozialen Umfeld der Rehabilitanden (Tod oder Trennung von Partnern etc.),
- Schwere Persönlichkeitsstörungen.

Gründe für eine Verkürzung der bewilligten Behandlung können darin liegen, dass die Therapieziele des Rehabilitanden bereits erreicht worden sind, was am Ehesten bei Rehabilitanden der Fall ist, deren Drogenabhängigkeit sich erst spät entwickelt hat und somit bereits cleane Teilhabeerfahrungen vorhanden sind. Besonders günstig wirken sich dabei cleane Teilhabeerfahrungen am Erwerbsleben aus. Zur Stabilisierung wird dann meist eine ambulante Psychotherapie, oder, wenn wohnortnah möglich, eine ambulante Fortführung der Rehabilitation, empfohlen.

Bei Rehabilitanden, bei denen die Persönlichkeitsdefizite weniger ausgeprägt sind, ist es ggf. erforderlich, statt der Therapiezeit bei uns die Zeit in einer Adaptionstherapie zu verlängern. In jedem Fall wird eine Empfehlung zur ambulanten, bei Indikation zur stationären oder teilstationären, Suchtnachsorge ausgesprochen.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum sieht sich in seiner Arbeit dem bio-psychozialen Ansatz der Rehabilitation verpflichtet, welcher in der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seinen Niederschlag findet. Bevor die Ziele der Behandlung definiert werden, wird eruiert, in welchen Lebensbereichen sich der Rehabilitand beeinträchtigt fühlt. So dient die ICF zur fachübergreifenden Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Durch Rehabilitation sollen

Menschen mit Behinderungen ihr optimales Funktionsniveau erreichen. Bei der Rehabilitation von Rehabilitand*innen aus dem Bereich der Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung stehen die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben bzw. die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess im Vordergrund der Rehabilitationsziele. Vorrangiges Rehabilitationsziel für die Rehabilitand*innen aus dem Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Linderung bzw. Beseitigung von Krankheitssymptomen, Behebung von Aktivitätseinschränkungen und Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und in der Familie bzw. die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verminderung eines möglichen Pflegebedarfs. Bei Behandlung von Rehabilitand*innen aus dem Zuständigkeitsbereich der Berufsgenossenschaften sind Reha-Ziele insbesondere die Verbesserung bzw. Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben aber auch Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Nach dem Modell der ICF, in dem Behinderung auf 3 Ebenen (der Struktur, der Aktivität und der Partizipation) definiert wird, kommt auch dem gesamten Lebenshintergrund einer Person, den so genannten Kontextfaktoren eine große Bedeutung zu. Kontextfaktoren können einen positiven oder einen negativen Einfluss haben. Im Prozess der Rehabilitation spielen die Aktivitätseinschränkungen und die Teilhabestörungen eine besondere Rolle, unter Beachtung dieser Kontextfaktoren.

Bei den Rehabilitand*innen können somit Defizite in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktion und Beziehungen“, „Mobilität“, „Erziehung/Bildung“ und „Arbeit und Beschäftigung“ bestehen. In den ersten Tagen, kann mit dem Rehabilitanden zusammen eine individuelle Zieldefinition vorgenommen und individuelle Behandlungsstrategien entworfen werden.

In der Regel wird dieses mit dem Rehabilitanden in Einzelgesprächen in den Bereichen der Therapie, der Ergo- und Arbeitstherapie und im Bereich der beruflichen Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA; siehe dazu bitte auch das spezielle Konzept) besprochen. Der Rehabilitand wird dabei aktiv in den Prozess der Zieldefinition integriert. Die individuelle Planung bezieht sich im Schwerpunkt auf die Auswahl der Indikationsangebote.

Im Rahmen der Umsetzung seiner Ziele, wird die/der Rehabilitand*in während seines Aufenthaltes im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum therapeutisch begleitet. Im Sinne der „dynamischen Ziele“ können Ziele zusammen mit dem Rehabilitanden während der Therapie modifiziert werden. Gegen Ende der Therapie wird mit den Rehabilitanden in einem Gespräch ausgewertet, inwieweit die Ziele umgesetzt werden konnten und welche Schritte noch zu tun sind. Hierbei liegt ein besonderes Gewicht auf der Nachsorge und die ambulante Fortführung der der Therapie i.S. von bspw. Selbsthilfegruppen. Frühzeitig wird der Rehabilitand auf die Entlassung vorbereitet

4.6 Rehabilitationsprogramm

Die Rehabilitation wird von einem multidisziplinären Team unter ständigem Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erbracht.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00-08:15					
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730
08:30-08:45	Gruppe Gruppenraum 3 G 573	Gruppe Gruppenraum 5 G 573	Einzelgespräche G 563	Einzelgespräche G 563	Gruppe Gruppenraum 2 G 573
08:45-09:00					
09:00-09:15					
09:15-09:30					
09:30-09:45					
09:45-10:00	Sporttherapie A 620	Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560	Gruppe Gruppenraum 2 G 573	Einzelgespräche G 563	Ergotherapie E 651
10:00-10:15					
10:15-10:30					
10:30-10:45					
10:45-11:00					
11:00-11:15	Visite C 552		Einzelgespräche G 563	Einzelgespräche G 563	
11:15-11:30					
11:30-11:45					
11:45-12:00					
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag
13:00-13:15	Einzelgespräche G 563	Hundetraining H 820	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	
13:15-13:30					
13:30-13:45					
13:45-14:00					
14:00-14:15	Einzelgespräche G 563	Einzelgespräche G 563	Hazipu E 571	AT E 574	Entspannung F 612/F 619
14:15-14:30					
14:30-14:45					
14:45-15:00					
15:00-15:15					
15:15-15:30					
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613			Einzelgespräche G 563
15:45-16:00					
16:00-16:15					
16:15-16:30					

Die Gruppen- und Einzelpsychotherapie wird von Psychologen, psychologischen Psychotherapeuten, ärztlichen Psychotherapeuten und Sozialpädagogen mit suchtttherapeutischer Zusatzqualifikation durchgeführt. Dieses beinhaltet auch Indikativgruppen und Training sozialer Kompetenzen.

Die Krankenpflege im Dreischichtmodell, bzw. Zweischichtmodell an den Wochenenden wird von examinierten Krankenschwestern, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Pflegefachkräften und Altenpfleger*Innen gewährleistet.

Die ärztliche Versorgung, hierbei Visiten und Sprechstunde, sozialmedizinische Beratung und ärztliche Psychotherapie wird von einem FA f. Psychotherapie und Psychotherapie/FA Neurologie,

einer FÄ für Psychotherapie und Psychotherapie und einem FA für Neurologie und Psychiatrie gesichert.

Die Sport- und Bewegungstherapie wird von zwei Physiotherapeutinnen durchgeführt.

Das Hundetraining wird von einer Physiotherapeutin mit Zusatzqualifikation Hippotherapie und Hundetraining §11 TierSchG.

Diätberatung und Lehrküche werden durch eine Diätassistentin abgesichert.

Eine Ergotherapeutin führt die Ergotherapie und das Hirnleistungstraining durch.

Die Arbeitstherapie wird von einem Ergotherapeuten und zwei handwerklich ausgebildeten Kräften mit arbeitstherapeutischer Zusatzqualifikation durchgeführt.

Vorträge werden von allen qualifizierten Mitarbeitern gehalten.

Unterstützt wird die Behandlung durch ein Verwaltungsteam bestehend aus einer Betriebswirtin (BA), einer Kauffrau im Gesundheitswesen, einer Altenpflegerin, einer Kauffrau für Bürokommunikation und einer Fachverkäuferin im Nahrungsmittelhandwerk.

Der Personaleinsatz folgt streng den Vorgaben der DRV zu Strukturqualität, die notwendige Qualifikation der Mitarbeitenden entspricht den Anforderungen, wie in der jeweiligen Ziffer des Katalogs therapeutischer Leitungen (KTL) definiert.

Halbjährlich erfolgen Personalstandsmeldungen an die federführende DRV-Nord.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Ein Ziel unseres Aufnahmeverfahrens und der Gestaltung des Aufnahmetages ist es, dass unsere Rehabilitanden sich gut aufgenommen und angenommen fühlen.

Nach der Begrüßung durch die zuständigen Mitarbeiter der Aufnahmedisposition und Medizin erfolgt dann unmittelbar eine Atemalkoholkontrolle bzw. eine Urinkontrolle bezüglich illegaler Drogen bzw. psychotrop wirkender Medikamente, da die Aufnahme nur bei entsprechendem Cleanstatus erfolgen kann. Danach erfolgt das Aufnahmegespräch zur Informationsweitergabe an die/den Rehabilitand*in, erster Erledigung von Aufnahmepapieren (u.a. Aufnahmevertrag), incl. Aushändigung der Informationsmappe, welche wichtige Informationen beinhaltet und den Rehabilitanden zusätzlich unterstützen soll, sich zu orientieren.

Danach wird die/der Rehabilitand*in an seine/n Bezugstherapeut*in oder vertretungsweise an die/den Therapeut*in vom Dienst übergeben und bekommt eine erfahrene Rehabilitand*in, seiner/m Pat*in, an die Seite gestellt. Der/die Pat*in begleitet/ unterstützt die/den neue/n Rehabilitand*in

dann innerhalb der ersten 24 Stunden ständig und ist für die ersten Tage und Wochen weiter Ansprechpartner*in für alltägliche Fragen.

Am Aufnahmetag erfolgt in der Regel weiterhin die medizinische Aufnahme. Spätestens am Tag nach Ankunft des Rehabilitanden erfolgt die psychotherapeutische Aufnahme incl. Übergabe des Therapieplans, sowie das Aufnahmegespräch im Bereich der Sozialarbeit und nach dem Therapieplan in der Arbeitstherapie.

Das Aufnahmeverfahren ist mit den entsprechenden Diagnosestellungen und der Formulierung der sich daraus ergebenden weiteren Behandlungsschritte abgeschlossen.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Um eine bestmögliche Behandlung zu ermöglichen, die die vorhandenen Defizite der Rehabilitand*innen unter Berücksichtigung der Ressourcen optimal beeinflusst, findet vor und während der Behandlung Diagnostik statt.

Unmittelbar nach der Aufnahme im Rehabilitationszentrum erfolgt eine medizinische Anamneseerhebung sowie eine internistische und neurologische Untersuchung. Im Rahmen dessen wird auch ein psychopathologischer Befund nach der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) erhoben. Somatisch-gesundheitsbezogene Risikofaktoren werden bei dieser Anamneseerhebung erfasst.

Eine soziale und berufliche Diagnostik erfolgt in den ersten beiden Wochen der Behandlung.

Routinemäßig werden zu Beginn der Behandlung folgende Tests bei jeder/m Rehabilitand*in durchgeführt:

Simbo-C

Für die Feststellung einer besonderen beruflichen Problemlage kommt der Simbo-C zur Anwendung. Beim Simbo-C handelt es sich um ein Screening-Verfahren mit 7 Items zur Einschätzung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen.

DIAMO

Weiterhin wird die Arbeitsmotivation mittels des DIAMO ermittelt. Der DIAMO ist ein Diagnostikinstrument für die Ermittlung der Arbeitsmotivation. Er besteht aus 59 Items, welche zu 10 Skalen zusammengefasst werden und unter motivationsförderlichen und motivationshemmenden Skalenclustern sowie der motivationalen Passung betrachtet werden.

Bei klinischem Verdacht auf eine spezifische Persönlichkeitsstörung oder schwerer wiegender anderer psychischer Störung kommen folgende Tests zur Anwendung:

SCL90

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) in der deutschen Version von Franke ist ein Standardinstrument zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Die neun Skalen des SCL-90-R beschreiben die dimensional Übergänge von „normaler“ alltäglicher Symptombelastung bis zur psychopathologisch relevanten Symptomatik in einem breiten Bereich verschiedener Störungsbilder

PSSI

Das Persönlichkeitsstil und Störungsinventar (PSSI) nach Kuhl und Kazén ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert.

Fagerströmtest

Der Fagerströmtest dient zur Ermittlung der Schwere einer Zigarettenabhängigkeit.

Bei spezifischen Fragestellungen z.B. zu ADHS, Angsterkrankungen etc. kommen optional weitere Testverfahren hinzu.

Zur Erfassung der Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe kann der Mini-ICF-APP genutzt werden; hierfür existieren Ausführungen der Deutschen Rentenversicherung.

Labor

Ein Routinelabor mit folgenden Parametern wird mit seltenen Ausnahmen (z.B. Verweigerung einer Blutentnahme, spezifische Phobie, krankheitsbedingte desolante Gefäßverhältnisse, unmittelbar vor Aufnahme erfolgtes Labor) bei allen Rehabilitand*innen bestimmt, nach Indikation wiederholt:

Hämoglobin, Hämatokrit, Leukozytenzahl, Thrombozytenzahl, Erythrozytenzahl, Mittleres Zellvolumen/Erythrozyt, Mittlerer Hämoglobingehalt/Erythrozyt, Natrium im Serum, Kalium im Serum, Calcium im Serum, Creatinin im Serum, GFR (nach CKD-EPI-Formel berechnet), Harnstoff im Serum, Cholesteroll, HDL-Cholesteroll, LDL-Cholesteroll, Alanin-Aminotransferase, Gamma-Glutamyl-Transferase.

EKG

Ein Elektrokardiogramm wird zu Beginn der Behandlung abgeleitet und im Verlauf nach Indikationsstellung.

4.7.3 Medizinische Therapie

Eine regelmäßige medizinische Betreuung wird durch die wöchentlich stattfindende Arztprechstunde sowie die Möglichkeit der Rehabilitand*innen, bei akuten körperlichen Beschwerden sowie in Konfliktsituationen den Arzt auch außerhalb der Sprechzeiten aufzusuchen, sichergestellt.

Es erfolgen wöchentlich Visiten als Einzelvorstellungen.

Im Rahmen dessen erfolgt eine Psychopharmakotherapie, wenn indiziert. Weiterhin erfolgt die Versorgung unkomplizierter Erkrankungen anderer Fachgebiete.

Bei Bedarf werden ggf. Ärzt*innenbesuche bei niedergelassenen Ärzt*innen aller Fachbereiche, insbesondere den Fachbereichen Allgemeinmedizin und Zahnmedizin, organisiert. Dabei verordnete Medikationen werden vom medizinischen Personal überwacht und realisiert, gleiches gilt für vom eigenen medizinischen Bereich verordnete Medikamente.

Bei spezifischen somatischen auftretenden Erkrankungen, welche einer speziellen weiterführenden Diagnostik und Behandlung bedürfen, besteht eine funktionierende, jahrelange Zusammenarbeit mit den HELIOS-Kliniken Schwerin sowie Fachärzt*innen aller Fachbereiche in der näheren Umgebung des Rehabilitationszentrums.

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum verfügt über ein Notfallmanagement. Neben den medizinischen Mitarbeitenden sind dabei alle Mitarbeitende durch entsprechende Lehrgänge in die Lage versetzt worden, bei medizinischen Notfällen Erste Hilfe zu leisten. Darüber hinaus ist das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum in das regionale Versorgungsnetz der medizinischen Notfälle integriert, welches gewährleistet, dass bei medizinischen Notfällen in kürzester Zeit Hilfe geleistet werden kann.

Außerdem steht rund um die Uhr ein medizinischer Hintergrunddienst zur Verfügung, der bei Bedarf in ca. 30-45 Minuten vor Ort sein kann. Gleiches gilt für einen psycho- bzw. suchtherapeutischen Hintergrunddienst.

Zur medizinischen Betreuung gehören auch Vorträge für jeweils alle Rehabilitand*innen zum Thema Gesundheitserziehung, d. h. Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen, wie Theorien zur Suchtentwicklung, Theorien zur Persönlichkeitsentwicklung, Vorstellung des

Behandlungskonzeptes, Vermittlung von spezifischem Krankheitswissen über Infektionskrankheiten, wie Hepatitis C, HIV.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Der gesamte Rehabilitationsprozess mit allen Interventionen zielt auf einen Veränderungsprozess, das heißt auf verändertes Denken, verändertes Handeln und verändertes Fühlen, ab. Damit stellt der gesamte Rehabilitationsprozess letztlich Psychotherapie dar.

Das folgende Kapitel fasst daher eher die so genannten traditionellen Elemente der Psychotherapie zusammen. Spezifische Psychotherapie, die vom Bezugstherapeuten geleitete Psychotherapie, findet in Form von Gruppengesprächen und in Form von Einzelgesprächen statt. Beide Vorgehensweisen stellen dabei Elemente eines einheitlichen Prozesses bei der Verfolgung der individuellen Therapieziele dar.

Im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum werden psychodynamisch-psychoanalytische Interventionen mit verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsverfahren sinnvoll miteinander kombiniert. Die Wichtung der Therapieverfahren orientiert sich dabei am Einzelfall und nicht an grundsätzlichen theoretischen Erwägungen.

Nachweislich bedeutendster Wirkfaktor ist die Beziehung zwischen Rehabilitand*in und Therapeut*in.

Bezugsgruppentherapie

Die Bezugsgruppentherapie wird psychodynamisch-analytisch und verhaltenstherapeutisch orientiert durchgeführt. Sie findet 4 pro Woche à 60 Minuten statt. Die Teilnehmergröße beträgt bis 8 Rehabilitand*innen. Jede Gruppe wird von einer/m Bezugstherapeut*in geleitet. Die Bezugsgruppen werden als so genannte „halboffene“ Gruppen, in denen ausscheidende Rehabilitand*innen durch neue Rehabilitand*innen ersetzt werden, geführt. Der Vorteil von „halboffenen“ Gruppen gegenüber den so genannten „geschlossenen“ Gruppen besteht in der Möglichkeit, individuell unterschiedlich lange Therapiedauern in Abhängigkeit von der Problematik der Rehabilitand*innen problemlos für die Gruppendynamik zu gewährleisten sowie in der Möglichkeit einer besseren Auslastung der Behandlungsplätze. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass neu in die Gruppe kommende Rehabilitand*innen Orientierung durch Vorbildwirkung so genannter „älterer“ Rehabilitand*innen erhalten.

Durch die Führung der Bezugsgruppen als so genannte gemischte Gruppen mit Frauen und Männern wird die Therapie der Gesellschaft außerhalb der Klinik nahe durchgeführt und eröffnet so alle Möglichkeiten der Projektion.

Weiterhin wird durch unser Bezugsgruppensystem die wichtige Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg im Sinne der o. g. Therapieziele, die Schaffung einer vertrauensvollen und belastbaren therapeutischen Beziehung im klar strukturierten schützenden Rahmen der Klinik gewährleistet.

Innerhalb der Bezugsgruppe werden dabei alle anstehenden Fragen des täglichen Miteinanders in der Einrichtung besprochen und geklärt, wobei die Gruppe modellhaft nicht nur einen Familienverband, sondern auch darüberhinausgehende soziale Bezüge repräsentiert. Durch Übertragungsprozesse reagieren die Rehabilitand*innen, unterstützt durch den langzeitigen Kontakt, insbesondere zur/m Gruppentherapeut*in, zunehmend emotional, so dass Wünsche und Bedürfnisse rational zugänglich gemacht werden können. Durch neue Beziehungserfahrungen hat die/der Rehabilitand*in so die Möglichkeit, pathologische Anteile im Entwicklungsprozess der Persönlichkeit zu korrigieren.

Einzeltherapie

Die Einzelgespräche stellen nicht eine Ergänzung der Gruppentherapie dar, sondern sind unverzichtbarer Bestandteil des Gesamtprozesses. Die Einzelgespräche finden durchschnittlich einmal pro Woche statt, die Frequenz und Dauer sind jedoch variabel und passen sich dem inhaltlichen Therapieverlauf an. Sie können vom Bezugs- oder Co-Therapeuten intendiert oder vom Patienten eingefordert werden.

Die Einzelgespräche werden vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert geführt, wobei in erster Linie Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung zur Anwendung kommen und soziales Kompetenztraining zur Anwendung in der Bezugsgruppe vorbereitet wird.

Im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie werden initial fehlerhafte, automatisierte Denkvorgänge bewusstgemacht und einer eingehenden Überprüfung unterzogen. Hierbei soll den Rehabilitand*innen die Subjektivität der Schlussfolgerungen vermittelt und einer Neubewertung ihrer Angemessenheit zugeführt werden.

Damit wird den Rehabilitand*innen die Korrektur irrationaler Einstellungen und problematischer Verhaltensweisen möglich. Die im Einzelgespräch erarbeiteten korrigierten Einstellungen kann der/die Rehabilitand*in dann in konkretes Handeln transferieren und in der Gruppensituation auf Effektivität und Belastbarkeit hin überprüfen.

Während einer Psychotherapie kommt es regelhaft zu verschiedenartigen Krisensituationen, so dass die motivierende Gesprächsführung nicht nur in der Anfangsphase der Therapie zum Einsatz kommt. Dabei werden Ambivalenzkonflikte strukturiert thematisiert und einer intrinsischen Motivation zugeführt.

Die technische Umsetzung einzelner Behandlungsansätze in der Einzel- und Gruppentherapie erfolgt nach den Grundsätzen der Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers.

In der Psychotherapie werden gestützt durch unser klinikinternes Kommunikationssystem alle therapierelevanten Informationen aufgegriffen und entsprechend der gestellten Therapieziele kommuniziert.

Indikative Gruppentherapie

Nach entsprechender Indikationsstellung haben die Rehabilitand*innen spezialisierte Gruppenpsychotherapie zu den Bereichen „Angst“, „Tabakentwöhnung“, „Gender“, „Glücksspiel“, „Depression“, „Psychose“ und „Rückfallprohylaxe“. Diese Angebote finden außerhalb des Settings der Bezugsgruppe gruppenübergreifend statt.

Die Zielgruppe wird durch das Vorliegen einer Diagnose akut oder in der Anamnese nach ICD10 definiert oder bei einer subklinischen entsprechenden Problemlage. Ausnahme bildet der Bereich „Gender“; diese Gruppentherapie erfolgt störungsunabhängig.

Die Indikationsstellung erfolgt durch die Bezugstherapeut*innen und/oder das ärztliche Personal.

Die Dauer einer Gruppenstunde beläuft sich auf 60 min, die Gruppenstärke bemisst sich an den KTL G67X. Das Curriculum besteht jeweils aus 6-8 Einheiten in geschlossenen Gruppen.

Die Gruppenangebote sind sowohl edukativ als auch therapeutisch; in den Bereichen „Tabak“, „Glücksspiel“, „Rückfallprohylaxe“, „Angst“ intendiert therapeutisch, die anderen Gruppenangebote tendenziell eher edukativ.

Vorwiegend kommen Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz.

Die Ausgestaltung erfolgt frei durch die jeweiligen Therapeut*innen, eine Orientierung an folgenden Manualen findet jedoch statt:

„Depression“:

- Hautzinger, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen
- Brakemeier & Buchholz. Die Mauer überwinden

„Rückfallprohylaxe“:

-Walter Altmannsberger, „Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit“

-Hartmut Klos, Wilfried Görgen, „Rückfallprohylaxe bei Drogenabhängigkeit“

„Glücksspiel“:

-Premper&Sobbotka, „Pathologisches Glücksspielen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual“

„Angst“:

- Sigrun Schmidt-Traub „Panikstörung und Agoraphobie“,

-Material der Angstedukations-/Bewältigungsgruppe der Tagesklinik des MVZ VT Falkenried Hamburg

-Hagena/Gebauer „Therapie-Tools“

- Gerhard Zarbock „Praxisleitfaden Verhaltenstherapie“

„Tabak“:

-DRV Bund, „Curriculum Tabakentwöhnung“.

Ebenso findet Training sozialer Kompetenz indikativ und gruppenübergreifend statt.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Die arbeitsbezogenen Interventionen stellen wegen ihrer an der Teilhabe am Arbeitsleben orientierten Ausrichtung einen zentralen Bereich in der medizinischen Rehabilitation dar. Die berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (siehe auch BORA-Konzept) hat einen hohen Stellenwert. Die BORA Elemente finden sich in allen Therapien wieder, besonders aber im Bereich der Arbeits- und Ergotherapie.

Nach unserem Verständnis stellt die Basis für eine erfolgreich durchgeführte Arbeitstherapie die Vermittlung der Erkenntnis dar, dass Erwerbstätigkeit nicht nur der materiellen Versorgung dient, sondern ein wichtiges sinnstiftendes Element des Lebens sein kann, das heißt, dass es darauf ankommt, den richtigen Platz im Bereich der Erwerbstätigkeit entsprechend den eigenen Fähigkeiten und Neigungen mit Nachdruck anzustreben und es nicht nur darum geht, „irgendeinen“ Arbeitsplatz zu besetzen. Wir vermitteln daher unseren Rehabilitand*innen, dass es lohnenswert

ist, sich auch längerfristige Ziele hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit zu stellen und somit gleichzeitig längerfristige Abstinenz zu motivieren.

Diese Sichtweise halten wir für angemessen, da bei den meisten unserer Rehabilitand*innen besonders im Zeitraum der letzten Schuljahre und damit des Zeitraums der Berufswunschentwicklung mit entsprechender Einleitung von Bildungswegen durch die Abhängigkeitserkrankung und die damit verbundene pathologische Werteverchiebung diese Entwicklung praktisch nicht stattgefunden hat.

Davon ausgehend wird deutlich, dass sich die Behandlung nicht auf die Überwindung der Drogenabhängigkeit und der dazugehörigen komorbiden psychischen Störungen beschränken kann, sondern dass ein teilhabebezogener ressourcenorientierter Entwicklungsprozess ohne Drogen angestoßen werden muss, der zeitlich weit über die eigentliche Abhängigkeitserkrankungsbehandlung hinausreicht.

4.7.5.1 Ausgangssituation

- Die Realität ist, dass etwa 90 – 95 Prozent unserer Rehabilitand*innen arbeitslos sind.
- Der weitaus überwiegende Anteil davon war noch nie oder noch nicht über längere Zeit in einen geregelten Arbeitsprozess integriert.
- Viele unserer Rehabilitand*innen haben keine abgeschlossene Schulausbildung
- Eine abgeschlossene Berufsausbildung können die meisten unserer Rehabilitand*innen nicht vorweisen.
- Die meisten Rehabilitand*innen haben eine oder mehrere Lehrausbildungen abgebrochen.
- Das abrufbare schulische Wissen entspricht inhaltlich häufig dem der 5. bis 6. Klasse.
- Bei vielen unserer Rehabilitand*innen besteht Hoffnungslosigkeit hinsichtlich eines für sie angemessen empfundenen Arbeitsplatzes.
- Daraus entsteht häufig eine Abwehrhaltung gegen jegliche Art von Arbeitsaufnahme.
- Bei den meisten unserer Rehabilitand*innen fehlen Basisfertigkeiten, wie Pflichtgefühl, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Frustrationstoleranz usw.

Dementsprechend richten wir unsere therapeutischen Maßnahmen vorwiegend darauf aus:

- den Rehabilitand*innen in den ersten Monaten aus der Beziehung zur Arbeitstherapeut*in heraus an Arbeitsaufgaben heranzuführen

- den Rehabilitanden durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen einen positiven Zugang zur Arbeit bzw. zur schulischen Weiterentwicklung zu ermöglichen,
- den Rehabilitand*innen die Möglichkeit zu eröffnen, ihre Fähigkeiten realistisch einschätzen zu lernen, aber auch Neigungen und Abneigungen im Arbeitsbereich kennen zu lernen,
- Basisfertigkeiten zu trainieren.

Diese Zielsetzungen, die man als „Steigerung der psychischen Leistungsfähigkeit“ zusammenfassen kann, werden ergänzt durch die Zielsetzung der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Die Vermittlung von Fachkompetenz dient dabei in erster Linie der Vermittlung von Freude an der Arbeit, dem Erlangen von Erfolgserlebnissen und der Selbstwertsteigerung und ist weniger Selbstzweck.

Letztlich dienen die Beobachtungen der Arbeitstherapie der sozialmedizinischen Beurteilung. Dazu wird bei jedem Rehabilitanden am Anfang und am Ende der Rehabilitationsbehandlung eine strukturierte arbeitsmedizinische Erhebung erstellt, um zur Berichterstattung, aber auch für den Rehabilitanden ersichtlich, eine Entwicklung darstellen zu können.

Im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum benutzen wir dafür das „Merkmalsprofil zur Eingliederung Behinderter in Arbeit“ (MELBA), bzw. lehnen daran an.

Das MELBA-System (Kleffen et al., 1997) bietet die Möglichkeit, das subjektive Fähigkeitsprofil eines Rehabilitanden mit dem objektiven Anforderungsprofil seiner letzten Tätigkeit oder anderen Tätigkeiten, z. B. Berufswünschen, mit seinem tatsächlichen Arbeitsverhalten und Möglichkeiten im Rahmen der Arbeitstherapie in Beziehung zu setzen. Beurteilt werden 29 Merkmalskomplexe, wie kognitive Merkmale (z. B. Arbeitsplanung, Arbeitsorganisation), soziale Merkmale (z. B. Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit), die Arbeitsausführung (z. B. Sorgfalt), die Psychomotorik (z. B. Feinmotorik) und Kommunikations- und Kulturfähigkeiten (z. B. Rechnen, Lesen).

4.7.5.2 Arbeitstherapiebereiche

Die Arbeitstherapie beinhaltet die Bereiche Holzwerkstatt, Metallwerkstatt incl. Fahrradwerkstatt und Hauswirtschaft. In der Regel durchlaufen die Rehabilitanden, unter Berücksichtigung der sozialmedizinischen und therapeutischen Indikationsstellung, jeden Arbeitstherapiebereich für einen Zeitraum von etwa 7 Wochen.

Der genaue Zeitraum der jeweiligen Zuordnung in die Arbeitsbereiche ist im Therapieplan festgelegt. Fortlaufend zur Arbeitstherapieeinheit erfolgt ein fachlicher Austausch zwischen Arbeitstherapeut*innen, Ärzt*innen und Bezugstherapeut*innen.

Die **Holzwerkstatt** bietet den Rehabilitanden die Möglichkeit, grundlegende Fertigkeiten der Holzbearbeitung kennenzulernen und auszuprobieren. Neben manueller Holzbearbeitung kann auch das maschinelle Arbeiten an modernen Maschinen unter Anleitung ausprobiert werden. Bevorzugt werden Projektarbeiten durchgeführt, in welchen die Rehabilitanden über einen längeren Zeitraum ein Arbeitsziel verfolgen. Beim Arbeiten in der Holzwerkstatt sind in der Regel nur geringe Vorkenntnisse erforderlich, so dass sich das Arbeiten mit Holz sehr gut eignet, Rehabilitanden an eine Arbeit heranzuführen und Ihnen Freude an der Arbeit zu vermitteln.

In der **Metallwerkstatt** können sich die Rehabilitand*innen in der Bearbeitung von verschiedenen Metallen ausprobieren und dafür notwendige Fertigkeiten wie z.B. Bohren, Schleifen, Sägen, erlernen. Die Aufgaben und Projektarbeiten in der Metallwerkstatt werden individuell nach Fähigkeiten/ Vorkenntnissen der Rehabilitanden geplant und begleitet. Die **Fahrradwerkstatt**, als ein Bereich der Metallwerkstatt, wird für die Wartung und Reparatur der Fahrräder des Rehabilitationszentrums genutzt. Beim Arbeiten in diesem Bereich sind, weil sicherheitsrelevant, höhere Vorkenntnisse erforderlich als in der Metallwerkstatt, insbesondere allgemein handwerkliche Fähigkeiten und ein gewisses Maß an technischem Verständnis.

Der Bereich der **Hauswirtschaft** ist der Arbeitstherapie zugeordnet. Da vielen unserer Rehabilitand*innen schon Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene fehlen, können sie im Arbeitstherapiebereich der Hauswirtschaft unter Anleitung diese Grundfertigkeiten erlernen und festigen. Weiterhin hat dieser Arbeitstherapiebereich zum Ziel, unseren Rehabilitanden die Erfahrung und die Freude daran zu vermitteln, sich eine persönliche Umgebung zu schaffen, in der sie sich wohlfühlen.

4.7.5.3 Ergotherapie

Zum einen dient der Bereich Ergotherapie zum Testen eigener Fähigkeiten bzw. Regenerieren verschütteter Fähigkeiten. Zum anderen hat die Ergotherapie zum Ziel, Funktionen körperlicher, geistiger und psychischer Art durch entsprechende Leistungen positiv zu verbessern. In der

Ergotherapie, in der z.B. durch Gestaltung von Bildern und Materialien mittels künstlerischer Techniken eine Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und Emotionen, die Förderung der Impulskontrolle sowie die Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen im Vordergrund stehen, ist therapeutisch sehr anspruchsvoll. Bei manchen Rehabilitand*innen muss aufgrund ihrer Funktionseinschränkungen entschieden werden, welche Arbeitsmöglichkeiten überhaupt vorhanden sind. Dabei besteht die Aufgabe darin, die Belastbarkeit und Berufseignung festzustellen. Mit dieser Gruppe werden arbeitstherapeutische Maßnahmen durchgeführt, die eine möglichst lange Autonomie in der eigenen Häuslichkeit zum Ziel haben. Auf diese Weise kann eine Neuorientierung in Gang gesetzt und neue Erlebnisweisen können freigesetzt werden, die die suchtmittelfreien Zeiten sinnstiftend füllen. Der Bereich wird von ausgebildeten Ergotherapeut*innen angeleitet. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Ergotherapie können im Rahmen der Psychotherapie weiter genutzt und thematisiert werden.

4.7.5.4 Bewerbungstraining

Jeder Rehabilitand nimmt bei entsprechender Indikation während der Rehabilitation an einem meist individuellen Bewerbungstraining teil. Inhalte des Bewerbungstrainings sind das Erstellen von Bewerbungsunterlagen, Informationsweitergabe zu Bewerbungsgesprächen, zur Arbeitsmarktsituation, zu Möglichkeiten der beruflichen (Re-) Integration (z.B. Ausbildung und Finanzierung, Umschulung und Finanzierung, Weiterbildung, berufliche Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, etc.), Recherche von Stellenangeboten und Vorbereitung von Vorstellungsgesprächen.

4.7.5.5 Externe berufliche Belastungserprobung

Im letzten Drittel der Rehabilitation sollte jede/r Rehabilitand*in, unter Berücksichtigung der sozialmedizinischen und therapeutischen Indikationsstellung, eine externe berufliche Belastungserprobung von 1-2 Wochen durchführen.

Ziele der externen Erprobung sind:

- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter realistischen Bedingungen,
- Arbeitsfähigkeit unter realistischen Bedingungen erproben und verbessern,
- Erfahrungen im Berufsalltag sammeln,
- Überprüfung und Erweiterung der persönlichen Belastungsgrenzen,

- Erfahrungen bezüglich Anforderungen und Überforderungen reflektieren, sowie realistische berufliche Anschlussperspektiven entwickeln,
- Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl,
- Umgang mit der Erkrankung, Ängsten und Krisen am Arbeitsplatz,
- berufliche Wiedereingliederung,
- berufliche Neuorientierung.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Ziel der Sport- und Bewegungstherapie ist es, mit geeigneten Mitteln des Sports und der Bewegung gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu kompensieren, zu regenerieren, Sekundärschäden vorzubeugen und gesundheitlich orientiertes Verhalten zu fördern. Unser bewegungs- und sporttherapeutisches Angebot basiert auf drei Säulen:

- Bewegungs- und Sporttherapie
- Sporttherapie nach spezifischen Indikationen
- Freizeitsport

Für den Freizeit- und Breitensport erhalten unsere Rehabilitand*innen notwendige Anregungen, die auch nach Beendigung der Therapie zur Ausübung von Bewegung und Sport motivieren sollen. In der Bewegungs- und Sporttherapie finden die bekannten Elemente wie Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination im Rahmen der Auseinandersetzung des Suchtkranken mit seinem Körper ihren Platz. Die Rehabilitand*innen lernen Regeln, Normen und Grenzen kennen, beachten und halten. Je echter und intensiver der Rehabilitand*innen zu seinem Körper in Beziehung tritt, desto eher erreicht er in verantwortungsvoller und in für ihn individuell angemessener Weise eine gute körperliche Kondition, was sich wiederum positiv auf die Stimmung und das Selbstbewusstsein auswirkt.

Sporttherapeutische Diagnostik

Sportmotorische Tests werden unter Berücksichtigung der sozialmedizinischen Anforderungen an körperliche und koordinativen Fähigkeiten durchgeführt.

Zu diesen Tests gehören u.a.:

- Individueller Leistungsbildtest
- Einbeinstandtest
- Schulterbeweglichkeitstest
- Walking-Test

Alle Rehabilitand*innen werden in verschiedenen Entspannungsverfahren instruiert. Hierzu gehören die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training und imaginative Verfahren.

4.7.7 Freizeitangebote

Ziel der zur Verfügung gestellten Freizeitangebote (im Rehabilitationszentrum und im Rahmen begleiteter Gruppenangebote/ Gruppenausflüge) und der Informationen zur möglichen Freizeitgestaltung außerhalb des Rehabilitationszentrums ist es immer, die Eigenverantwortung und -initiative der Rehabilitand*innen zu fördern, Interessen neu zu wecken oder zu reaktivieren.

Im Rehabilitationszentrum stehen den Rehabilitand*innen ein Fitnessraum, ein Volleyballfeld, Billardtische, Tischtennisplatten und Gesellschaftsspiele zur Verfügung.

Das Grundstück des Rehabilitationszentrums und das nächste Umfeld des Rehabilitationszentrums bieten Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung und Freizeitgestaltung, u.a. Volleyball, Tischtennis, Federball, Fußball und Hundeausläufe für die Freizeitgestaltung mit dem eigenen Hund.

In der Stadt Schwerin können eine Schwimmhalle, Fitnesscenter, Bowlingbahnen und verschiedenste Vereine für die aktive Freizeitgestaltung genutzt werden. Auf unzähligen Rad- und Wanderwegen, sowie an den sieben Seen der Stadt kann man die sehr schöne und vielfältige Natur genießen, sowie ebenfalls aktiv seine Freizeit gestalten. Es gibt in Schwerin und Umgebung zahlreiche Angebote zum Wassersport und vielfältige kulturelle Ausflugsziele wie z. B. das Schloss, Museen, Kirchen, Gutshäuser, Kinos, Theater und den Zoo.

4.7.8 Sozialdienst

Während der Erstgespräche im Sozialdienst werden gezielt soziale Problemlagen der Rehabilitand*innen erfragt und gemeinsam nach Prioritäten geordnet. Im Anschluss erfolgt eine kontinuierliche, individuelle und bedarfsorientierte Begleitung der Rehabilitand*innen durch Beratung und Information, konkrete Unterstützung bei z.B. notwendigen Kontaktaufnahmen und Antragstellungen hinsichtlich Ämtern, Behörden, der Justiz, Beratungsstellen, Vermietern, Gläubigern, Nachsorgeeinrichtungen, etc. Jede Form der Hilfe im Sozialdienst hat zum einen das Ziel, durch die Regelung und Klärung sozial belastender Faktoren, den Rehabilitationsprozess mit zu unterstützen und dadurch entstehende Störungen im Behandlungsprozess zu minimieren. Zum anderen hat die Unterstützung des Sozialdienstes immer das Ziel, die Fähigkeiten und die Selbstsicherheit der Rehabilitand*innen im Hinblick auf die Klärung sozialer Problemlagen so zu

fördern, dass diese ihre Angelegenheiten nach und nach wieder eigenverantwortlicher regeln können, bzw. lernen, wo und wie sie weiterführende Hilfen nutzen können (Beratungsstellen, Betreuer, etc.).

4.7.9 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung

Bereits mit der Aufnahmeuntersuchung erfolgt ein Screening auf Gesundheitsrisikofaktoren jenseits der Drogenabhängigkeit, wie Übergewicht, Untergewicht und Mangelernährung, Tabakrauchen und Bewegungsmangel oder auch exzessiven Sport ggf. mit Anabolikaeinnahme. Auch Zahnstatus, zahnmedizinische Prophylaxe und gynäkologische Vorsorge werden exploriert.

Mit Feststellung eines Gesundheitsrisikos wird dieses bereits thematisiert und konkrete Schritte unternommen.

Jede/r Rehabilitandin erhält zeitnah einen Termin bei der Diätassistentin zur Evaluation des Hilfebedarfs und Erstellung eines Behandlungsplans, der mit den Rehabilitand*innen direkt besprochen wird. Bedarfsweise erfolgt eine Wiedervorstellung, veranlasst durch das ärztliche Personal oder auf Wunsch der Rehabilitand*innen selbst.

Regelmäßig finden Vorträge zu gesunder Ernährung statt. Ebenso findet regelmäßig in der Kleingruppe in der Lehrküche eine Anleitung zum gesunden Kochen statt.

Hinsichtlich der Tabakabhängigkeit wird bei allen Rehabilitand*innen die Schwere der Abhängigkeit mittels Fagerströmtest ermittelt und die Motivation zum Rauchstopp exploriert. Bei entsprechender Motivation findet eine Tabakentwöhnung nach einem Curriculum der DRV als indikative Gruppe statt.

Rehabilitandinnen, die es krankheitsbedingt versäumt hatten, eine gynäkologische Vorsorge in Anspruch zu nehmen, wird der Nutzen einer Vorsorgeuntersuchung verdeutlicht und sie ermutigt, eine gynäkologische Diagnostik in Anspruch zu nehmen.

Bei oftmals durch jahrelangen Drogenkonsum bedingtem ruinösen Zahnstatus, werden die Rehabilitand*innen beraten, sich um weitere schwere Folgeerkrankungen wie z.B. Endokarditis zu verhindern, einer zahnmedizinischen Behandlung und ggf. umfangreichen Zahnsanierung zu stellen. Idealerweise findet die Zahnsanierung während der Rehabilitationsbehandlung statt um sozialrechtliche Hemmnisse zu regeln und die Stigmatisierung, die durch ein schwer geschädigtes

Gebiss erfolgt, entgegen zu wirken um das Selbstbewusstsein zu stärken und einer Benachteiligung bei der Arbeitsplatzsuche entgegen zu wirken.

Mögliche spezifische Angsterkrankungen, die einer Behandlung entgegenstehen, werden identifiziert und eine Strategie zum Umgang erarbeitet.

Im Erstkontakt mit dem Sporttherapeuten nimmt dieser jede/n Rehabilitand*in in Augenschein und anamnestiziert unter sporttherapeutischen Aspekten die Rehabilitand*innen. Diese Informationen werden für den Therapiesport genutzt, jedoch kann auch ein individueller Trainingsplan für den Freizeitsport erstellt werden. Motivation für Sport und Bewegung erfolgt berufsgruppenübergreifend.

Regelmäßig werden Vorträge zu den Themengebieten -Schutzfaktoren

- Gesunde Ernährung
- Bewegung und körperliches Training
- Stress und Stressbewältigung
- Alltagsdrogen
- Gesundheitsinformation und –förderung
- Krankheitsspezifische Informationen
- Sozialrechtliche Informationen
- Medizinische Rehabilitation

gehalten.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Bezugspersonen des Rehabilitanden haben während der Rehabilitation die Möglichkeit zusammen mit dem Bezugstherapeuten zu gesonderten Angehörigengesprächen. In diesem Zusammenhang können dadurch grundsätzliche Informationen über Abhängigkeitserkrankungen, sowie Co-Abhängigkeit und Abstinenzthematiken erörtert werden. Auch kann hierbei auf Partnerschafts – und/oder Familienfragen eingegangen werden. Im Vordergrund dieser Gespräche können die Bearbeitung vergangener belastender Erfahrungen stehen, aber auch die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und das Erkennen und Erlernen gegenseitiger Akzeptanz und Bedürfnisse. Weitere Bezugspersonen werden je nach Kapazität und Bedarf in die Behandlung mit einbezogen.

Im Falle einer vermuteten Kindeswohlgefährdung durch eine*n Rehabilitand*in erfolgt ein Vorgehen nach dem Kinderschutzkonzept, welches in anderen Bereichen der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH Anwendung findet und mit dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe der Landeshauptstadt Schwerin abgestimmt und für gut befunden wurde (s.Anhang).

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfälle gehören zum Alltag einer Entwöhnungstherapie mit dazu. Oftmals werden Rehabilitand*innen nicht erst gegen Ende einer Behandlung rückfällig, sondern schon während der laufenden Therapie. Im Rahmen des Konzeptes des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums werden Rückfälle mitberücksichtigt. Dabei ist davon auszugehen, dass eine hohe stationäre Rückfallrate nicht mit einer schlechten Behandlung gleichzusetzen ist, sondern v.a. mit der Aufnahme psychisch, physisch und sozial schwer beeinträchtigter Menschen, sowie einer starken Gewichtung von Realitätstraining im Zusammenhang stehen können.

In der Behandlung der Rehabilitand*innen stellen Rückfälle für Rehabilitand*innen als auch für das behandelnde Team einen erheblichen Einschnitt dar. Das Ziel eines Rückfallkonzeptes ist es, auf der Basis eines formal festgelegten Ablaufes nach einem Rückfall, als sichtbare therapeutische Konsequenz eine veränderte Weiterbehandlung zu ermöglichen.

In der Prozessbeschreibung des QM-Handbuches des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums ist die Handhabung bei Rückfragen hinterlegt. Der gesamte Rückfallprozess soll für alle Beteiligten einen sicheren Rahmen zur Bearbeitung bieten. Die Voraussetzung für diesen Prozess sind die Kooperation und Ehrlichkeit des Betroffenen. Um Krisen in Form von Rückfällen mit illegalen Substanzen bzw. Alkohol vorzubeugen, führen wir regelmäßig für die Rehabilitand*innen zeitlich nicht vorhersehbare Urin- und Atemalkoholkontrollen durch. Dies kann gruppenweise, für einzelne Rehabilitand*innen oder für alle Rehabilitandinnen zu jeder Tages- und Nachtzeit geschehen.

Rehabilitand*innen, welche Rückfälle verschweigen, versuchen zu verdecken, oder zu vertuschen, werden entlassen. Die Entscheidung über den weiteren Verbleib des Rehabilitanden wird im gesamten Team getroffen. Die Konsequenzen der Entscheidung sind letztendlich vom gesamten Team zu tragen, so dass es uns wichtig ist, alle Beteiligten aktiv einzubeziehen. In der Entscheidungsfindung kommt dem Urteil des/der Bezugstherapeut*in ein besonderes Gewicht zu, da v.a. die therapeutische Beziehung durch einen Rückfall belastet ist. Die gemeinsame Entscheidung des Teams wird dem Rehabilitanden in einer sog. Gongrunde mitgeteilt.

Als Rückfall wird jeglicher Konsum, sowie der Besitz von illegalen Drogen, Alkohol und nicht von den Ärzten der Einrichtung verordneten Medikamenten gewertet.

Umgang:

1. Rückfälle im Haus führen in der Regel zur Entlassung. Eine Wiederaufnahme oder Neubewerbung kann allerdings geprüft werden.
2. Bei Rückfällen außerhalb des Hauses, ist eine individuelle Entscheidung erforderlich. An dieser Entscheidungsfindung sind mehrere Personen beteiligt, wie u.a. Bezugstherapeut und Chefarzt. Hierbei werden das für bzw. das Wider dem Verbleib in der Einrichtung gegeneinander abgewogen:

2a. Kriterien, die für die Fortführung der Therapie sprechen:

- Offenheit bzgl des Rückfalls
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Rückfall
- Erreichbarkeit
- Weitere Zusammenarbeit mit Rehabilitand*in vorstellbar

2b. Kriterien, die gegen das Fortführen der Therapie sprechen:

- Unehrlichkeit, Verleugnung, Bagatellisierung des Rückfalles
- Verweigerung der Testungen
- Wiederholter Rückfall in vergleichbarer Situation
- Geplanter Rückfall
- Prahlen/Ankündigung von Rückfall
- Mitbringen von nicht genehmigten Substanzen in die Einrichtung
- Geringe Therapiebereitschaft
- Anstiftung anderer Rehabilitand*innen zum Rückfall
- Wiederholter Rückfall, ein 2. Rückfall führt in der Regel zu einer sofortigen Entlassung, eine Weiterbehandlung ist nur ausnahmsweise möglich.

Bei positiven Befund wird der Rehabilitand für 14 Tage in seiner Therapiestufe zurückgestuft.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Möglichkeit bei akuten körperlichen Beschwerden, sowie in Konfliktsituationen die/den Ärzt*in bzw. das Pflegepersonal auch außerhalb der Sprechstunde aufzusuchen besteht jederzeit. Bei Bedarf werden bei niedergelassenen Fachärzt*innen aller Fachbereich Konsile organisiert. Die hierbei ggf. verordnete Medikation wird vom medizinischen Personal überwacht und realisiert. Dasselbe gilt für die vom eigenen medizinischen Bereich verordnete Medikation.

Es finden regelmäßige Visiten als Einzelvisiten, gelegentlich im Zimmer der Rehabilitanden, die von Pflegenden begleitet werden, statt. Bei spezifischen somatischen Beschwerden besteht eine funktionierende Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern und Fachärzten in der näheren Umgebung der Klinik, die Organisationsplanung dessen obliegt dem Pflegepersonal

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum verfügt über ein Notfallmanagement. Hierbei sind neben den medizinischen Mitarbeitenden auch alle anderen Mitarbeitenden durch Lehrgänge in die Lage versetzt worden, bei medizinischen Notfällen Erste Hilfe leisten zu können. Des Weiteren ist das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum in das regionale Versorgungsnetz integriert, so dass bei medizinischen Notfällen schnellstmöglich Hilfe geleistet werden kann. Zusätzlich steht ein täglicher medizinischer 24h – Hintergrunddienst zur Verfügung der bei Bedarf unter 45 Minuten vor Ort sein kann.

Die Pflege deckt im Schichtsystem 24h / 7d die direkte Versorgung vor Ort ab. Telefonisch kann sie jederzeit den Hintergrunddienst kontaktieren. Durch die ständige Präsenz des Pflegepersonals können durch die Rehabilitand*innenbeobachtung wichtige Informationen gewonnen werden, auch ist die Abstinenzkontrolle somit gewährleistet.

Zu weiteren medizinischen Betreuung gehören auch psychoedukative Vorträge zum Thema Gesundheitserziehung. Dies bedeutet konkrete Vermittlung von krankheitsspezifischen Wissen, wie Theorien zur Suchtentwicklung, Aufrechterhaltung der Sucht, Theorien zur Persönlichkeitsentwicklung, Vermittlung von spezifischen Krankheitswissen über bspw. Infektionskrankheiten.

Zur pflegerischen Betreuung gehört die Sichtung und Kontrolle von Wunden, Verbänden, sowie die regelmäßige RR-Messung und Kontrolle dessen. Auch die Überwachung von Blutzuckerwerten gehört in Absprache mit den verantwortlichen Ärzt*innen zu dem Aufgabenbereich des PP.

Das Pflegepersonal setzt somit sämtliche ärztlichen Anordnungen fristgerecht um.

Bei Anspannung und Craving seitens der Rehabilitanden ist es dem in Akupunktur nach dem NADA-Protokoll ausgebildeten Personal, konkret auch Pflegepersonal, möglich, mittels NADA-Akupunktur zu intervenieren.

Dem medizinischen Bereich zugeordnet ist die Hygiene. Die Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Hygiene sind in einer umfangreichen Hygieneordnung zusammengefasst. Es erfolgen regelmäßige Kontrollen durch das LAGuS. Die hygienischen Belange unterstehen dem medizinischen Bereich in Zusammenarbeit mit der entsprechend qualifizierten hygienebeauftragten Krankenschwester.

4.7.13 Weitere Leistungen

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg zu sichern, kann es sinnvoll oder notwendig sein, dass im Anschluss an die Phase I der stationären Rehabilitationsbehandlung eine Weiterbehandlung in einer Adaptionseinrichtung erfolgt.

Kommt eine Adaptionsbehandlung wegen der Notwendigkeit einer intensiveren bzw. anders gearteten Betreuung nicht infrage, wird geprüft, ob eine stationäre Suchtnachsorge eine geeignete Hilfe darstellt.

Ist eine Entlassung ohne weiterführende stationäre Maßnahmen indiziert oder gewünscht, so werden die jeweiligen Rehabilitand*innen für eine ambulante Suchtnachsorge motiviert.

Eine Prüfung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden spätestens bei der sozialmedizinischen Beratung zur Entlassung mit den Rehabilitand*innen erörtert.

Die jeweilige Antragsstellung erfolgt immer zeitgerecht um möglichst Nahtlosigkeit zu gewährleisten.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Vorbereitung und Planung der Entlassung aus unserer medizinischen Rehabilitation nimmt im Laufe der Behandlung einen immer größeren Stellenwert ein und wird im letzten Drittel der Therapie nochmals intensiviert und konkretisiert. Unter Berücksichtigung der bisher erreichten Behandlungsziele werden daraus resultierender Indikationen für weiterführende Maßnahmen und notwendige Schritte mit dem Rehabilitanden besprochen, geplant und umgesetzt, incl. entsprechend notwendiger Antragstellungen. Indiziert sein können, je nach Behandlungsfortschritt und Lebenssituation des Rehabilitanden, u.a. eine sich anschließende Adaptionsphase,

ambulante, teilstationäre oder stationäre suchtspezifische Nachsorgeangebote, Antragstellungen für soziale und berufliche Teilhabe/ stufenweise Wiedereingliederung.

Zu einer vorzeitigen Beendigung der medizinischen Rehabilitation kann es z.B. aufgrund disziplinarischer Verstöße gegen die Hausordnung oder Suchtmittelrückfällen kommen, aber auch wenn die Abstinenzfähigkeit und/oder Rehabilitationsfähigkeit nicht ausreichend gegeben sind und so die Erreichung der Rehabilitationsziele nicht möglich ist.

Unmittelbar vor einer geplanten Entlassung der Rehabilitand*innen erfolgt eine medizinische Abschlussuntersuchung, bei dem eine allgemeine körperliche und neurologische Untersuchung erfolgt und dokumentiert wird. Weiter werden abschließend Blutdruck, Herzfrequenz und Körpergewicht zum Entlassungszeitpunkt dokumentiert.

Ebenfalls zur Entlassungsuntersuchung wird der medizinische Behandlungsverlauf mit den Rehabilitand*innen rekapituliert und die Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses diskutiert. Hinzu kommt die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens.

Der Entlassungsbericht wird entsprechend des Leitfadens der DRV modular von allen am Therapieprozess beteiligten Bezugsgruppen und kontinuierlich EDV-gestützt erstellt. Eine finale Korrektur erfolgt durch das leitende ärztliche Personal. Den Rehabilitand*innen wird vor Fertigstellung des Berichts die Möglichkeit geboten, die anamnestischen Angaben noch einmal auf ihre Richtigkeit zu prüfen und ggf. Richtigstellungen vorzunehmen. Ziel ist es, jeder/m Rehabilitand*in bereits zur Entlassung den Entlassungsbericht auszuhändigen.

5. Personelle Ausstattung

Die Effizienz der Personalstruktur wird durch die regelmäßigen halbjährlichen Personalstandsmeldungen an den federführenden Leistungsträger, die Deutsche Rentenversicherung Nord, gesichert und weiterentwickelt.

Zum multiprofessionellen Team gehören: Fachärzt*innen, Ärzt*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen (MA oder Diplom), Suchttherapeut*innen, Arbeitstherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Sporttherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, eine Physiotherapeutin, eine Hundetrainerin, eine Ernährungsberaterin (Ökotrophologin oder

Diätassistentin), Verwaltungskräfte und Krankenschwestern/ Krankenpfleger. Ergänzt wird das Team durch einen Hausmeister.

Durch Honorarverträge mittelbar in den Rehabilitationsprozess eingebunden sind Supervisoren. Zur somatisch-medizinischen Betreuung arbeiten wir mit allgemeinmedizinischen Praxen, Zahnarztpraxen, Physiotherapiepraxen sowie allen erforderlichen Fachärzt*innen der Umgebung sowie den Helios-Kliniken Schwerin zusammen.

Weiter bestehen Kooperationen mit in der Drogendiagnostik erfahrenen und zertifizierten Laboren in Schwerin und Dessau. Bei der Behandlung von Notfällen werden die Rehabilitand*innen vom regionalen Rettungsdienst versorgt.

6. Räumliche Gegebenheiten

Das Rehabilitationszentrum wurde 2023 eröffnet. Die Rehabilitanden wohnen entsprechend ihrer Therapiegruppen in Wohngruppen mit einem komfortablen Aufenthaltsbereich, einem Küchenbereich und einem Balkon. Alle Rehabilitanden wohnen in einem Einzelzimmer mit einem eigenen Bad. Die meisten Zimmer haben eine Größe von 16,17 m² und die Bäder von 4,8 m². Die neun Rollstuhl gerechten Zimmer mit entsprechendem Rollstuhl gerechten Mobiliar haben ein Bad mit 7,9 m² und sind insgesamt größer. Die Einrichtung ist für Menschen mit Gehbehinderungen inklusive Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, barrierefrei. Die Einrichtung verfügt über viele großzügige Funktionsräume, wie Gruppentherapieräume, Ärzt*innen- bzw. Pflegezimmer, Aufenthalts- bzw. Gruppenwohnbereiche, einen Sportraum, einen Tischtennisraum, einen Entspannungsraum, einen Billardraum, Büro- und Seminarräume, einen Speisesaal, der auch für Veranstaltungen und Vorträge genutzt werden kann sowie Arbeits- und Ergotherapie Räume. Bereits bei der Planung der neuen Einrichtung wurde Wert auf Funktionalität und Größe gelegt. Die Einrichtung verfügt über eine medizinische Abteilung mit Wartezimmer, Schwesternzimmer und Arztzimmern. Für intoxikierte Rehabilitand*innen gibt es einen separaten Raum. Atemalkoholmessgeräte, Defibrillator, Notfallkoffer und Mehrkanal-EKG sind vorhanden.

7. Kooperation und Vernetzung

Träger des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums für Abhängigkeitserkrankte Schwerin ist die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH, die mehrere stationäre und

ambulante Suchthilfeeinrichtungen betreibt. Aber auch außerhalb des Trägers besteht eine gute Vernetzung:

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums für Abhängigkeitserkrankte Schwerin findet sich in engem fachlichen Verbund mit den psychiatrischen Kliniken und Allgemeinkrankenhäusern in der Region, die Entzugsbehandlungen anbieten, mit den Suchtberatungsstellen der Region, den Schwerpunktpraxen, den Nachsorgeeinrichtungen und Adaptionseinrichtungen der Region, sodass durch die enge Verbundarbeit ein kontinuierlicher Therapieprozess für die Rehabilitand*innen auf dem Weg in eine möglichst dauerhafte Abstinenz gewährleistet ist.

Kooperationen und Zusammenarbeit bestehen mit Schweriner Arztpraxen, so dass auch dann eine optimale fachärztliche Versorgung gewährleistet werden kann, wenn dieses nicht mehr durch die Ärzt*innen des Rehabilitationszentrums durchgeführt werden kann.

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums für Abhängigkeitserkrankte Schwerin beteiligt sich am Kliniksprechtage der DRV Nord und am Modell des Nahtlosverfahrens.

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums für Abhängigkeitserkrankte Schwerin ist Mitglied des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe, der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V., der Arbeitsgemeinschaft Sucht der Hansestadt Rostock und des Gesamtverbandes Sucht (GVS). Das Zentrum ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001-2015. Der Chefarzt ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Zertifizierung

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum (ehemals Fachklinik „Schloss Tessin“) ist sowohl nach den Normen der DIN EN ISO9001:2015, als auch nach den Normen der deQus (Version 3.2) zertifiziert. Ein Qualitätsmanagementbeauftragter, welcher der Klinikleitung als Stabstelle zugeordnet ist, ist für die Pflege und kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements zuständig. Die Verwaltungsleitung fungiert als stellvertretende Qualitätsmanagementbeauftragte und wird im Rahmen einer deQus-Schulung das Zertifikat zum QMB erwerben

Die letzte Rezertifizierung erfolgte im Mai 2021, das nächste Überwachungsaudit ist im Mai 2023.

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik wird durch folgende Maßnahmen gesichert:

Katamnesen

Das Magnus Hus Rehabilitationszentrum erhebt als Mitgliedseinrichtung des Bundesverbandes der Suchthilfe e.V. die Katamnese Daten einheitlich über das Softwaresystem PATFAK der Firma Redline-Data. Die Zustimmung zur Teilnahme an der Katamnese-Erhebung wird als Teil des Entlassungsprozesses von jedem Rehabilitanden eingeholt, die Anforderung und Erhebung der Daten erfolgt elektronisch. Die Auswertung der Daten erfolgt durch die Firma Redline-Data. Das Rehabilitationszentrum kann über eine Auswertungsfunktion der Software den eigenen Datenrücklauf einsehen und bewerten, gleichzeitig fließen die Daten in eine Gesamtauswertung aller Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes der Suchthilfe e.V. ein, welcher die Daten aufbereitet und jeder Mitgliedseinrichtungen die Gesamtauswertung und eine Vergleichsauswertung zwecks Benchmarking zur Verfügung stellt.

Manualisierung der Therapieangebote

Die wesentlichen Therapieangebote sind als Kernprozesse in Manualen umfassend beschrieben, um so die Qualität der Angebote zu objektivieren und für alle Mitarbeiter transparent zu machen. Dieses Vorgehen sichert die kontinuierliche Weiterführung von Therapieabläufen bei Personalwechsel und bei Krankheiten von Mitarbeitern. Die Manuale werden entsprechend den Erfahrungen in der Klinik und unter Berücksichtigung von neuen Forschungserkenntnissen kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Rehabilitand*innen erhalten im Verlauf ihrer Therapie eine Vielzahl von Informationsmaterialien über hausinterne Abläufe sowie im Zusammenhang mit indikativen Gruppen, so dass ein umfassendes Rehabilitand*innenmanual zur Verfügung steht.

Qualitätszirkel der Mitarbeiter /interne Audits

Qualitätsentwicklung wird im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum als eine Gemeinschaftsaufgabe verstanden. Deswegen wird einmal im Jahr ein interner Konzeptionstag mit allen Mitarbeitenden durchgeführt. Bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung erfolgt eine interne Themensammlung und Priorisierung. Der Konzeptionstag dient zur jährlichen Überprüfung einzelner Prozesse oder Prozessketten.

In regelmäßigen Qualitätszirkeln werden aktuelle Entwicklungen besprochen, dabei nehmen an Qualitätszirkeln nur die für das Thema relevanten Mitarbeitenden teil. Die Ergebnisse werden der gesamten Belegschaft präsentiert.

Interne Audits werden vom QMB nach einem von ihm erstellten Plan durchgeführt. Sie dienen der regelmäßigen Überprüfung der Konformität der laufenden Prozesse mit dem QM-Handbuch, sollen aber auch die Möglichkeit der Anpassung oder Veränderung der jeweilig relevanten Prozesse ermöglichen.

Kennzahlen

Als maßgebliche Kennzahlen zur Qualitätssteuerung dienen zum einen die Belegungsquote, die Rehabilitand*innenzufriedenheit, die Mitarbeitendenzufriedenheit und die von der Deutschen Rentenversicherung im Rahmen des Qualitätssicherungsprogrammes erhobenen Kennzahlen.

Rehabilitand*innenzufriedenheitsbefragung

Die Erhebung der Rehabilitand*innenzufriedenheitsbefragung erfolgt seit dem Juli 2020 über ein Online-Erhebungstool der Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. Die Rehabilitanden erhalten die Möglichkeit über einen einmalig verwendbaren Link/QR-Code über ihren eigenen Online-Zugang ihre Rückmeldungen anonym in einem standardisierten Fragebogen zu erfassen. Die Auswertung kann von uns als Einrichtung entweder als Jahresauswertung oder für einen spezifischen Zeitraum erfolgen. Gleichzeitig bietet das Onlinetool die Möglichkeit die Daten nach der erfolgten Jahresauswertung durch die deQus mittels abgebildeten Mittelwert im Sinne eines Benchmarkings auszuwerten.

Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit erfolgt im regelmäßigen Turnus und in Absprache mit der Klinikleitung durch den QMB. Die Auswertung der Erhebung wird dem gesamten Mitarbeiterkreis präsentiert und zur Diskussion gestellt.

Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ als Vorgängereinrichtung war von Anfang an am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung beteiligt.

Die Rückmeldungen zur Rehabilitationsstruktur, zu den therapeutischen Leistungen, zur Rehabilitand*innenzufriedenheitsbefragung, zu Berichtslaufzeiten und zum Peer-Review der Entlassungsberichte werden zeitnah nach Eintreffen der Qualitätssicherungsberichte den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht, mit den intern erhobenen Daten verglichen und ggf. in Qualitätszirkeln besprochen und Korrekturen herbeigeführt.

Hinzu kommen die Visitationen, die - vergleichbar mit den externen Qualitätsmanagement- Audits der Zertifizierungsgesellschaften - anhand einer ähnlichen Checkliste die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik überprüfen. Deren Ergebnisse münden in Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

Beschwerdemanagement

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum verfügt über ein standardisiertes Beschwerdemanagement, welches auch als Prozess für interne und externe Beschwerden im QM-Handbuch fixiert ist. Die Erhebung von Bearbeitung von Beschwerden erfolgt über standardisierte Formblätter, welche auch die Nachverfolgbarkeit der Bearbeitung der Beschwerde und das Ergebnis der Bearbeitung enthalten. Eingegangene und bearbeitete Beschwerden werden von der Verwaltungsleitung gesammelt und archiviert.

Kommunikation

Die Kommunikation zwischen den einzelnen Disziplinen ist die Grundvoraussetzung für die Erfüllung unseres Rehabilitationsauftrages. Deswegen wurde im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum ein festes Besprechungsmanagement installiert. Es finden tägliche Morgenteams mit allen anwesenden Mitarbeitenden statt, um organisatorischer Belange des Tages zu besprechen. Jeweils am Montag und Freitag findet zur Mittagszeit ebenfalls ein Gesamtteam statt, welches ebenfalls der Besprechung organisatorischer Belange, des Umgangs mit Vorfällen oder kritischen Ereignissen dient. Hier werden auch Belange der Rehabilitand*innen oder des Umgangs mit Rehabilitanden(Rückfällen) diskutiert.

Dreimal in der Woche findet eine Fallbesprechung statt, diese dient vor allem der Vorstellung neuer Rehabilitand*innen für die Komplementärtherapie durch die Bezugstherapeuten.

Darüber hinaus erfolgt für jede Gruppe einmal die Woche eine Zusammenkunft des/der jeweiligen Bezugstherapeuten/in mit allen Komplementärtherapeut*innen um sich über aktuelle Entwicklung der jeweiligen Rehabilitand*innen auszutauschen.

Für die Bezugstherapeut*innen gibt es einmal in der Woche ein gemeinsames Team, in dem Belange der Psycho- bzw. Suchttherapie besprochen werden.

Die Komplementärtherapie trifft sich einmal im Monat um interne Belange zu besprechen.

Alle diese Treffen werden immer von mindestens einem Mitglied der Klinikleitung begleitet.

Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter

In unserer Klinik wird jährlich ein Weiterbildungsplan erarbeitet, in welchem die Wünsche der Mitarbeiter sowie die Forderungen der Leistungsträger, der Geschäftsführung und der Klinikleitung in Übereinstimmung gebracht werden.

Supervision

Es wird vom Träger des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum eine monatliche externe Supervision für alle Mitarbeitenden ermöglicht. Der Einbezug der Klinikleitung erfolgt nach vorheriger interner Absprache.

Dokumentationen

Durch die speziell für die medizinische Rehabilitation entwickelte Software PATFAK verfügt das Magnus-Hus-Rehabilitationszentrum über eine umfassende Möglichkeit der standardisierten Dokumentation. Alle Rehabilitantenkontakte werden mit einer jeweiligen Terminart erfasst und inhaltlich dokumentiert. Darüber hinaus ist auch die Erfassung des Schriftverkehrs und der rehabilitandenbezogenen Befunde und Unterlagen. Das Ziel des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums ist es, die Dokumentation des Rehabilitationsprozesses weitestgehend zu digitalisieren und damit den Papierverbrauch zu reduzieren.

Befragung von Kooperationspartnern

Bei Bedarf werden Kooperationspartner, wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, klinische Einrichtungen zur Entzugsbehandlung, niedergelassene Ärzte sowie Zulieferer verschiedenster Art

über ihre Zufriedenheit in der Kooperation mit der Fachklinik „Schloss Tessin“ befragt und gebeten, bei Bedarf Verbesserungsvorschläge zu machen.

Diese finden dann ggf. Eingang in Qualitätszirkel.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die rehabilitandenorientierte Kommunikation der Mitarbeiter verläuft kontinuierlich auf 2 Ebenen:

Die EDV-gestützte Rehabilitand*innendokumentation:

In dieser Rehabilitand*innendokumentation werden kontinuierlich die relevanten Verlaufsdaten aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychotherapie und der jeweiligen Behandlungsplanung bzw. die diesbezüglichen Korrekturen eingetragen. Durch ein EDV-Netzwerk, mit dem alle Mitarbeiter im medizinisch-therapeutischen Bereich verbunden sind, stehen die aktuellen Daten über die Rehabilitanden allen Mitarbeitern gemäß ihren Benutzerrechten jederzeit zur Verfügung. Diese Vorgehensweise hat sich insbesondere in unvorhergesehenen Vertretungssituationen bewährt, da Informationsdefizite so weitestgehend minimiert werden.

Die regelmäßigen Treffen der Mitarbeiter (Teamsitzungen) stellen nach wie vor die wichtigste Kommunikationsebene innerhalb der Klinik dar, auch wenn die Dauer der Teamsitzungen durch die Einführung der EDV-gestützten Rehabilitand*innendokumentation minimiert werden konnte.

Es finden folgende direkt rehabilitand*innenbezogene Besprechungen statt:

- Täglich morgendliche Teambesprechung unter Leitung des Chefarztes und/ oder des Koordinierenden Therapeuten zur Organisation des täglichen Therapieablaufes anhand des vorgegebenen Planes.

Dauer: ca. 15 Minuten

- Einmal wöchentlich rehabilitand*innenfallzentrierte Teamsitzung mit allen Komplementärtherapeuten unter Leitung des/der Bezugstherapeut*in zur Informationssammlung durch Berichterstattung aller Komplementärtherapien.

Dauer: ca. 15 Minuten

- Einmal wöchentlich Treffen der Bezugstherapeuten zur Einzel- und Gruppentherapiesteuerung unter Leitung des Leitenden Arztes.

Dauer: ca. 1-1,5 Stunden

- Einmal monatlich Teamsitzung mit den Arbeitstherapeuten zur Bearbeitung spezifisch arbeitstherapeutischer Fragestellungen beim Leitenden Arzt.

Dauer: ca. 1 Stunde

- Einmal monatlich Teamsitzung der Sozialarbeiter beim Leitenden Arzt zur Lösung spezifisch sozialarbeiterischer Fragestellungen.

Dauer: ca. 1 Stunde

Außerdem findet täglich eine Leitungssitzung mit der Verwaltungsleiterin zu den Themen Marketing, Personalführungsfragen, grundsätzliche Strategien bzw. Krisenmanagement statt.

Dauer: nach Bedarf

10. Notfallmanagement

Das Rehabilitationszentrum verfügt über ein Notfallmanagement.

Neben den medizinischen Mitarbeitern sind dabei alle Mitarbeiter durch entsprechende Lehrgänge in die Lage versetzt worden, bei medizinischen Notfällen Erste Hilfe zu leisten. Darüber hinaus ist das Rehabilitationszentrum in das regionale Versorgungsnetz der medizinischen Notfälle integriert, welches gewährleistet, dass bei medizinischen Notfällen schnellstmöglich Hilfe geleistet werden kann.

Diensthabende Mitarbeiter sind angewiesen, bei Notfällen die diensthabenden Ärzt*innen oder zuständige Stellen zu alarmieren (z.B. Feuerwehr, Notarzt, Polizei). Die entsprechenden Rufnummern werden an zentraler, leicht zugänglicher Stelle bereitgehalten. Für den Fall eines Ausfalls des Telefonnetzes kann über Handys Hilfe geholt werden. Es ist geregelt, wer bei Notfällen alarmiert wird und es ist festgelegt, welche anderen Mitarbeiter auf welchem Weg kurzfristig zum Dienst berufen werden können.

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum verfügt über ein Notrufsystem. Jedes Rehabilitand*innenzimmer und jeder von Rehabilitand*innen genutzte Raum verfügt über einen Notruf. Dieser wird durch Tastendruck bzw. Seilzug ausgelöst. Das Notrufsignal geht im Empfangsbereich mit einem akustischen und optischen Signal ein, wo auf einem Panel ersichtlich

ist, wo der Alarm ausgelöst wurde. Zusätzlich wird das Signal auf das Dect-Telefon der diensthabenden Pflegekraft weitergeleitet.

Zentral und gut sichtbar im Foyer wird ein halbautomatischer Defibrillator vorgehalten, der allgemein zugänglich ist.

Im medizinischen Bereich wird ein Notfallkoffer vorgehalten mit Materialien, die im Falle einer Reanimation bis zum Eintreffen des Rettungsdiensts gebraucht werden könnten. Bei jedem ärztlichen Notfalleinsatz wird dieser mitgeführt. Bei jedem Notfalleinsatz werden der halbautomatische Defibrillator und Utensilien zur Maskenbeatmung mitgeführt.

Erste-Hilfe-Kästen stehen in allen Gruppengemeinschaftsräumen, den Arbeits- und Ergotherapie Räumen, im Empfangsbereich, den Schwesternzimmern und dem Freizeitsportraum bereit.

11. Fortbildung

Der kontinuierliche Bedarf an Fortbildung des gesamten Teams, um berufliche Kenntnisse auf den aktuellen Stand zu halten und zu vertiefen, wird sowohl von der Leitung, als auch von jedem Mitarbeiter selbst überprüft. Der Bedarf wird von den Mitarbeitern angemeldet und zur Entscheidung an die Leitung übergeben. Die Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen ist im Vorfeld von der Leitung zu genehmigen. Ein Weiterbildungsplan ist in unserer Einrichtung vorhanden.

12. Supervision

Im Rehabilitationszentrum werden pro Jahr mindestens 6 externe Teamsupervision durchgeführt, an der alle Mitarbeiter sowie bei Bedarf die Klinikleitung teilnehmen.

Während der Supervision ist die Struktur der Klinik in Mitarbeiter und leitendes Personal aufgehoben. Die Themen für die Supervision werden von den Mitarbeitern intern festgelegt und richten sich nach dem aktuellen Klärungsbedarf im Team.

Im Ergebnis dieser Veranstaltungen werden auch Themen für Qualitätszirkel bzw. Projektarbeiten formuliert und festgelegt, die Supervision dient aber auch dem Abbau von Spannungen zwischen Mitarbeitern und so der Verbesserung der Arbeitsatmosphäre.

Vom Leitenden Arzt wird in regelmäßigen Abständen die Gruppenarbeit der Bezugstherapeuten supervidiert und anschließend mit dem Bezugstherapeuten ausgewertet.

13. Regelwerk / Therapievertrag

Regelwerk des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums für Abhängigkeitserkrankungen
Schwerin

Inhalt

1	ABSTINENZ	3
2	AUFNAHME	3
3	AUSGANG	3
4	„DECKELN“	4
5	EINKAUFEN	4
6	ENTLASSUNG AUS DISZIPLINARISCHEN GRÜNDEN	4
7	FAHRRÄDER	5
8	FITNESSRAUM	5
9	„GESCHÄFTE“	5
10	GEWALTFREIER RAUM	5
11	GLÜCKSSPIEL	5
12	GONGRUNDE	6
13	GRILLEN	6
14	GRUPPENSPRECHERIN	6
15	HANDY	6
16	HAUSTIERE	6
17	HAUSTIERHALTUNG	7
18	KRANKSCHREIBUNG	7
19	KULTURABEND	7
20	MAHLZEITEN	7
21	MEDIKAMENTE/MEDIZIN	8

22	NACHTRUHE	8
23	PAARBILDUNG	8
24	PATENSCHAFT	8
25	RAUCHEN	9
26	REALITÄTSTRAINING/“REAFAHRT“(HEIMFAHRTEN)	9
27	RÜCKFALL	10
28	RVD (= REHABILITANDIN VOM DIENST)	10
29	SANKTIONEN	10
30	SCHLÜSSEL	11
31	STUFENSYSTEM	11
32	TELEFONZEITEN	11
33	ZIMMER	12

1 Abstinenz

Die wichtigste Voraussetzung für den Aufenthalt in unserer Einrichtung ist die völlige Abstinenz von Drogen, Alkohol und anderen Rauschmitteln (inkl. nicht verordneten Medikamenten). Ebenso sind deren Besitz und Weitergabe verboten. Alkohol- und Urinkontrollen können von Seiten des Klinikpersonals jederzeit angeordnet werden. Sollte ein Rückfall mit den nicht erlaubten Substanzen erst durch eine Alkohol- oder Urinkontrolle offenbart werden, führt dies zur disziplinarischen Entlassung (siehe auch Punkt Rückfall). Entsprechendes gilt, wenn nicht erlaubte Substanzen in die Klinik gebracht werden oder an MitrehabilitandInnen gegeben werden.

2 Aufnahme

Voraussetzung für die Aufnahme in unserer Klinik sind eine negative Drogen-, Urinkontrolle sowie eine negative Alkoholkontrolle bei Ankunft. Jede/r neue RehabilitandIn bekommt bei Aufnahme für 24 Stunden eine/n PatIn zur Seite gestellt. Der/die PatIn hat die Aufgabe, bezüglich aller Regeln und Abläufe aufzuklären, das Gebäude und alle Räumlichkeiten zu zeigen, sowie als AnsprechpartnerIn für alle Fragen zur Verfügung zu stehen.

3 Ausgang

Es besteht An- und Abmeldepflicht bei Verlassen des Therapiengeländes. Bei Rückkehr ist jede/r RehabilitandIn verpflichtet, sich zur Taschen- und Alkoholkontrolle im Empfang zu melden. Der/die Diensthabende wird die Taschen kontrollieren und stichprobenweise Alkoholkontrollen durchführen. Das nicht abgesprochene Verlassen des Einrichtungsgeländes kann als Therapieabbruch gewertet werden. „Erststufler“ dürfen nur in Begleitung von „Zweitstuflern“ das Klinikgelände verlassen.

Die täglichen Ausgangszeiten für ALLE (1. Stufler mit 2. oder 3. Stufler!):

05:30 - 07:00 Uhr

12:00 - 13:00 Uhr

18:00 Uhr (einzige Einkaufszeit)

Uhr.

16:30 -

20:30 - 21:30

Nur in diesen Zeiten dürfen Hundespaziergänge stattfinden! Der Hunderauslauf kann auch zwischendurch genutzt werden. Es gilt eine Ausgangssperre von 18:00 bis 19:00Uhr (auch für die Ausläufe).

Ab der 2. Stufe können für folgende Zeiträume Wochenendausgänge beantragt werden:

Samstag 08:45-21:30 Uhr

Sonntag 08:45-18:00 Uhr.

Rehabilitanden in der 3. Stufe können zusätzliche Ausgänge beantragen, müssen jedoch abends ebenfalls um 18:00 Uhr, samstags um 21:30 Uhr zurückkehren.

Nicht erlaubt ist im Ausgang der Besuch einer Apotheke ohne vorherige Absprache sowie einer Spielothek sowie Glücksspiel insgesamt. Bei Verstoß ist wie bei einem Rückfall zu verfahren. Nach einem Arzttermin können Rezepte nach Rücksprache mit der Klinik direkt eingelöst werden. Das Medikament muss im MHR vorgezeigt werden. Nicht vorgezeigte Medikamente können als Rückfall bewertet werden.

4 „Deckeln“

Unter „Deckeln“ verstehen wir Mitwissen und Duldung von Regelverstößen anderer RehabilitandInnen. Zur Durchführung von Therapie ist ein offener Umgang mit Regelverstößen und problematischem Verhalten notwendig. „Deckeln“ schadet somit dem Ablauf der Therapie und wird daher ebenfalls mit disziplinarischen Konsequenzen geahndet. Wer vom Regelverstoß einer/s Mitrehabilitanden/in erfährt, sollte diese/n an die Pflicht erinnern, den Verstoß „aufzumachen“ und das Gespräch mit einem MitarbeiterIn oder eine Gongrunde dazu nutzen, von dem Vorfall zu berichten. Dies dient der Aufrechterhaltung einer therapeutischen Atmosphäre.

5 Einkaufen

Ausschließlich nachmittags zwischen 16.30 und 18:00 Uhr sowie bei beantragten Wochenendausgängen haben RehabilitandInnen ab der 1. Stufe die Möglichkeit, einzukaufen. Andere (Hunde)Spaziergänge dürfen nicht zum Einkaufen genutzt werden. Lebensmittel, die aus hygienischen Gründen nicht mit ins Haus gebracht werden dürfen, sind Hackfleisch und frische Eier.

6 Entlassung aus disziplinarischen Gründen

Wird ein/e RehabilitandIn disziplinarisch entlassen, hat er/sie 2 Stunden Zeit, in Begleitung eines Mitarbeiters der Klinik seine Sachen zu packen, Klinikeigentum und Laufzettel abzugeben und die Klinik zu verlassen. Die MitrehabilitandInnen halten bitte Abstand. Das Zimmer muss besenrein hinterlassen werden. Nach der disziplinarischen Entlassung besteht ein Verbot, die Klinik zu betreten, auch z.B. falls noch zurückgelassenes Eigentum abgeholt wird.

7 Fahrräder

Es gibt die Möglichkeit, sich klinikeigene Fahrräder unentgeltlich auszuleihen.

Ausgabe:

Mo.- Fr. 08:00 - 08:20 Uhr

Sa.- So. nach dem Morgengong

Rückgabe:

Mo. - Fr. 17:45 - 18:00 Uhr

Samstag 21:15 - 21:30 Uhr

Sonntag 17:45 - 18:00 Uhr

Es gibt unter den Rehabilitanden Fahrradverantwortliche, die die Fahrräder ausgeben und entgegennehmen.

8 Fitnessraum

Die Regeln für die Nutzung des Fitnessraums hängen im Fitnessraum aus. Zu beachten ist, dass niemals alleine trainiert werden darf.

9 „Geschäfte“

Der Verkauf und Verleih von persönlichem Eigentum sowie Geldverleih sind aus therapeutischen Gründen nicht erwünscht. In besonderen Fällen ist ein schriftlicher Antrag bei der/dem Bezugstherapeuten/in zu stellen.

10 Gewaltfreier Raum

Therapie kann nur in einem gewaltfreien Raum stattfinden. Überschreitungen der Körpergrenze im Rahmen eines Konflikts werden von uns ebenso als Gewalt gewertet wie Drohungen. Beides kann zur sofortigen disziplinarischen Entlassung führen.

11 Glücksspiel

Glücksspiele um Geld- und Sachwerte sind verboten.

12 Gongrunde

Zu einer Gongrunde müssen alle RehabilitandInnen innerhalb von fünf Minuten nach Schlagen des Gongs erscheinen. Die Gongrunde dient entweder zu offiziellen Ansagen oder zur akuten Krisenklärung. Jeder darf eine Gongrunde einberufen. Ein/e diensthabende/r MitarbeiterIn ist zuvor darüber zu informieren und nimmt an der

Gongrunde teil. Der Morgengong findet werktags um 08:30 Uhr, sonntags um 10:00 Uhr statt.

13 Grillen

Es ist möglich, auf dem Klinikgelände mit dem klinikeigenen Grill zu grillen. Dies muss die jeweilige Gruppe 14 Tage vorher beantragen und den Antrag vom Therapeuten unterschreiben lassen.

Durch die Klinik kann Grillgut zur Verfügung gestellt werden, wenn auch dort der unterschriebene Antrag 14 Tage vorher eintrifft. Diese Art von Gruppenaktivität kann maximal alle 2 Monate in Anspruch genommen werden.

14 GruppensprecherIn

In jeder Gruppe gibt es eine/n GruppensprecherIn sowie eine stellvertretende Person, die organisatorische Aufgaben für die Gruppe übernehmen. Das Gruppentelefon muss für Absprachen tagsüber von 07:00 Uhr bis 16:30 Uhr von einem der beiden mitgeführt werden, soll jedoch nicht zu therapeutischen Veranstaltungen mitgenommen werden. Bei Gongrunden soll der/die GruppensprecherIn die Anwesenheit seiner/ihrer Gruppenmitglieder mitteilen.

15 Handy

Die Handynutzung ist während therapeutischer Veranstaltungen untersagt. Hierzu zählen auch die Mahlzeiten. Ebenso sind die Handys auf lautlos zu stellen.

Es ist untersagt, Handys an ErststufelerInnen zu geben. Videoaufnahmen, sonstige Aufnahmen sind im gesamten Bereich der Klinik untersagt

16 Haustiere

Unsere Klinik ermöglicht RehabilitandInnen nach vorausgegangener Absprache, ihr Haustier mit zur Aufnahme zu bringen. Im Laufe der Therapie dürfen keine Tiere angeschafft werden. Es gelten gesonderte Regeln zur Tierhaltung in unserer Einrichtung, die den Hunde-/Katzen Halterinnen bei Aufnahme ausgehändigt werden. Gegenseitige

Rücksichtnahme von RehabilitandInnen mit und ohne Tier wird erwartet. Wenn eine Fahrt mit Übernachtung stattfindet, muss das jeweilige Tier mitgenommen werden.

17 Haustierhaltung

Die Regeln für die Haustierhaltung finden Sie in den „Regeln für die Haustierhaltung“

18 Krankschreibung

Eine Krankschreibung muss durch das Personal des medizinischen Bereiches bis 07:00 Uhr erfolgen.

Krank geschriebene RehabilitandInnen sollen (außer bei Bettlägerigkeit) an den Morgengongs teilnehmen.

Krankgeschriebene dürfen an diesem Tag nicht in den Ausgang und sollen sich nicht in den Gruppenräumen aufhalten.

Hunderunden sind bei Krankschreibung nicht erlaubt, nur die Nutzung des Hundenauslaufs.

19 Kulturabend

Jede Gruppe darf einmal monatlich an einem Dienstagabend auf eigene Kosten einen Kulturabend (Kino etc.) durchführen und dazu geschlossen von 17:00 – 21:30 Uhr die Klinik verlassen. Der Kulturabend muss eine Woche zuvor bei dem/der BezugstherapeutIn beantragt werden, das Abendessen muss im Voraus bei der Küche abgemeldet werden.

20 Mahlzeiten

Die Teilnahme an sämtlichen Mahlzeiten ist Pflicht. Einzige Ausnahme bildet das Frühstück am Sonntag. Es darf kein Geschirr aus dem Speiseraum mit ins Zimmer / die Etage genommen werden. Die Stühle im Speiseraum müssen nach Frühstück und Mittagessen wegen Reinigung hochgestellt werden.

Essenszeiten sind:

Frühstück: Mo - Fr 7:00 Uhr

Sa 7:30 Uhr

So 8:00-10:00 Uhr

Mittag: täglich 12:00 Uhr

Kaffee: täglich 14:30 Uhr nicht verpflichtend, aber nur im Speiseraum

möglich

Abend: täglich 18:00 Uhr

Offene Getränke (Kaffee usw. in Bechern sind im Haus verboten.

21 Medikamente/Medizin

Externe Arzttermine müssen über das medizinische Personal abgestimmt werden. Es dürfen nur verordnete Medikamente eingenommen werden.

Zeiten für die Medikamentenausgabe sind: 07:30 Uhr, 12:00 Uhr, 18:30 Uhr, 21:45 Uhr.

Sonntag früh 8:00 Uhr oder 09:30 Uhr.

22 Nachtruhe

Nachtruhe gilt Sonntag bis Donnerstag ab 22.30 Uhr, Freitag ab 00:00 Uhr, Samstag ab 02:00 Uhr. Nach Einsetzen der Nachtruhe gilt eine zweistündige Sperre / Nachtruhe. Jeder Rehabilitand bleibt auf seinem Zimmer, das Haus darf auch zum Rauchen nicht verlassen werden.

23 Paarbildung

Paarbildungen unter RehabilitandInnen sind prinzipiell nicht erwünscht, doch wird bei entsprechender Motivation mit den Paaren gearbeitet. Wir erwarten als Grundlage für die therapeutische Arbeit mit der Partnerschaft einen offenen Umgang, d.h. „Paargong“ zur Bekanntgabe. Gemeinsame Übernachtungen sind den Paaren erst nach dem Paargong und einem durch die jeweiligen BezugstherapeutInnen bewilligten Antrag möglich. Dabei darf kein Tier allein im Zimmer zurückgelassen werden.

24 Patenschaft

Bei Aufnahme wird jeder/m Rehabilitanden/in ein/e Mit-Rehabilitand/in als Pate 24h zur Seite gestellt. Der „Pate“ oder die „Patin“ ist AnsprechpartnerIn für den Neuankömmling. In der Patenschaft geht es darum, Neuankömmlingen den Therapiestart zu erleichtern und sie in der Hausgemeinschaft willkommen zu heißen. Dies umfasst praktische Dinge, wie das Erklären der Regeln, das Zeigen des Hauses, des Geländes und der Therapieräume. Außerdem geht es auch darum, anfänglich übliche Berührungängste und Unsicherheiten

zu mildern, was z.B. durch die Begleitung in Gongrunden, die ersten Abendrunden und zu den ersten Mahlzeiten möglich ist. Auch das Erinnern an Therapiezeiten und sonstige Pflichten (Hausputz, etc.) gehört zur anfänglichen Unterstützung. In den ersten 24 Stunden soll der Pate bzw. die Patin jederzeit ansprechbar sein und dem Neuankömmling für Fragen zur Verfügung stehen. In der gesamten ersten Stufe sollte der Pate/die Patin noch Fragen zu den Regeln beantworten.

25 Rauchen

Rauchen ist auf dem Klinikgelände nur im Bereich der Raucherinsel gestattet. Das Mitbringen von Sitzgelegenheiten sowie Essen und Getränken zur Raucherinsel ist verboten. Das Rauchen im Haus (einschließlich Terrasse und Balkone) ist nicht gestattet. Ein Verstoß führt zur sofortigen Entlassung.

26 Realitätstraining/„ReaFahrt“(Heimfahrten)

Rea-Fahrten erfüllen den therapeutischen Zweck einer Konfrontation mit der Realität außerhalb des stationären Rahmens. Sollte nach der Therapie die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit geplant sein, muss während der Therapie mindestens eine Heimfahrt dorthin stattfinden.

Die erste „ReaFahrt“ darf erst nach 8 Wochen Aufenthalt in der Klinik stattfinden. Sie muss schriftlich 2 Wochen im Voraus beantragt werden. Realitätstrainings erfolgen von Freitag bis Sonntag.

Die Abfahrt erfolgt am Freitag ab 16:30 Uhr so, dass spätestens 22:00 Uhr die Ankunft am Heimatbahnhof erfolgt.

Die Rückkehr hat spätestens 20:00 Uhr (Ankunft Klinik) zu erfolgen. Bei Rückkehr erfolgt nach der Anmeldung eine Atem-, Urin- und Taschenkontrolle.

Alle „ReaFahrten“ sowie „OrgaFahrten“ erfolgen mit maximal zwei Übernachtungen.

Es sind maximal zwei „ReaFahrten“ pro Monat möglich, dabei soll zwischen zwei „ReaFahrten“ ein Abstand von 14 Tagen liegen. Die Rehabilitanden der Krankenkassen reisen immer auf eigene Kosten. Wir unterstützen gern bei der Beantragung der Kostenübernahme nach der Reise.

Wenn der Zielort so weit entfernt liegt, dass die Abfahrt am Freitag VOR 16:30 Uhr erfolgen muss, ist nur eine Fahrt pro Monat gestattet. Die Abreise darf dann freitags um 08:00 Uhr ab MHR erfolgen.

Sollte es bei Rückkehr zu einer Verspätung kommen, ist diese zu belegen (schriftliche Bestätigung der Deutschen Bahn oder Screenshot).

27 Rückfall

Hat ein Rückfall mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten stattgefunden, muss dieser schnellstmöglich dem/der Diensthabenden gemeldet werden. Das Gleiche gilt, wenn RehabilitandInnen vom Rückfall eines Mitrehabilitanden/in erfahren. Wer von einer Heimfahrt oder aus dem Ausgang rückfällig wiederkehrt, muss dies schon vorher telefonisch angeben, spätestens vor der Urin-/Atemkontrolle in der Klinik. Bei positivem Testergebnis muss sich der/die Rückfällige auf Klausur in sein Zimmer begeben, d.h. keinen Kontakt zu MitrehabilitandInnen pflegen. Er erhält einen Rückfallbogen, in dem er seinen Rückfall schriftlich darlegen soll. Ein/e MitrehabilitandIn wird sich um die Versorgung kümmern. Am nächsten Werktag wird der Vorfall in einer Gongrunde besprochen und anschließend entschieden, ob die Therapie trotz des Rückfalls fortgesetzt werden darf. Dringende Voraussetzung für die mögliche Fortsetzung der Therapie ist, dass der Rückfall eigeninitiativ mitgeteilt wurde und nicht erst über einen Test nachgewiesen wurde.

28 RvD (= RehabilitandIn vom Dienst)

Es gibt in der Klinik 3 RvDs, die als Fürsprecher der RehabilitandInnen gegenüber dem Team sowie als Vermittler zwischen Team und RehabilitandInnen verschiedene Aufgaben haben. Der/die RvD achtet auf die Umsetzung der Klinikregeln und stellt bei Verstößen (z.B. Unpünktlichkeit, Nichterfüllung von Diensten etc.) Sanktionen aus bzw. wendet sich ans Therapeutenteam. Beim RvD kann jede/r RehabilitandIn Sanktionen anmelden. Diese/r vergibt dann entsprechende Aufgaben und kontrolliert deren Erledigung. Es wird ein respektvoller Umgang erwartet.

29 Sanktionen

Sanktionen kann ein/e RehabilitandIn bei Nichteinhaltung von Regeln bekommen, z.B. bei Unpünktlichkeit, nicht erfüllten Diensten u.ä. Eine Sanktion beinhaltet eine einstündige Arbeitsaufgabe im Gebäude oder auf dem Klinikgelände, die durch den/die RvD zugeteilt wird.

Diese muss am selben Tag im Zeitraum:

Montag – Freitag zwischen 16:30 und 18:00 Uhr (Einkaufszeit)

Wochenende 10:00 bis 18:00 Uhr

erledigt und anschließend dem/der RvD zur Abnahme vorgezeigt werden. Solange eine unerledigte Sanktion besteht, kann kein Nachmittagsausgang wahrgenommen werden. Jede/r RehabilitandIn hat die Möglichkeit, beim RvD eine Sanktion (Frist nach Verstoß: 72h) anzumelden. Wer mit einer erhaltenen Sanktion nicht einverstanden ist, kann in einer Gongrunde Widerspruch dagegen einlegen. Dieser muss auf der Rückseite des Sanktionszettels schriftlich begründet werden. Kann keine Einigung erzielt werden, entscheidet der/die BezugstherapeutIn, wie mit der Sanktion zu verfahren ist.

30 Schlüssel

Sollte es zum Verlust eines Schlüssels kommen, melden Sie dies umgehend dem Personal. Wir stellen Ihnen 50,-€ für die Ausstellung eines neuen Schlüssels in Rechnung. Diese sind unverzüglich zu begleichen.

Bei einer Abwesenheit von mehr als 24h ist der Schlüssel beim Personal zwingend abzugeben.

31 Stufensystem

Neu aufgenommene RehabilitandInnen befinden sich für 14 Tage in Stufe 1. Das bedeutet, dass für diese Zeit Handy, Laptop/Tablet und Smartwatch abgegeben werden müssen.

Es gibt die Möglichkeit, einen 15 - minütigen Erstanruf in den ersten 3 Tagen über das Kliniktelefon zu tätigen.

Alle Ausgänge (spazieren, Hunderunde, Arztbesuche, Ämterbesuche usw.) müssen in Begleitung eines „Zweit- oder Drittstufers“ stattfinden

In Stufe 2 findet der Hauptteil der Therapie statt. In dieser Zeit sind auf Antrag auch Tagesausgänge an Wochenenden sowie Heimfahrten (ab vollendeter 8. Woche) möglich.

In der letzten Therapiewoche befindet der/die RehabilitandIn sich in Stufe 3. Die Stufe 3 dient dem Abschied aus der Therapie sowie organisatorischen Aufgaben. Alle gruppenbezogenen Therapieveranstaltungen (außer Befindlichkeiten) sind in dieser Woche nicht mehr im Therapieplan enthalten. Gruppen- und Hundedienste müssen bis zur Entlassung fortgeführt werden. Auf Antrag können „Drittstufler“ tagsüber zusätzliche Ausgänge in Anspruch nehmen.

32 Telefonzeiten

In den ersten drei Tagen nach Anreise können Erststufler ein Erstgespräch führen.

Alle Zweitstufler dürfen sich, wenn sie kein eigenes Telefon zur Verfügung haben, das Kliniktelefon zwischen 19:00 Uhr und 21:00 Uhr für jeweils 15min ausleihen.

33 Zimmer

Die Zimmer werden durch die zuständigen MitarbeiterInnen der Einrichtung vergeben, es gibt keine freie Zimmerwahl. Jede/r RehabilitandIn haftet für die von ihm/ihr verursachten Schäden an der Einrichtung. Es wird Sauberkeit und Ordnung erwartet, die ca. zweimal pro Woche vom Klinikpersonal kontrolliert wird. Dies gilt auch für die Gemeinschaftsräume. Musik darf nur in Zimmerlautstärke gehört werden. Offenes Feuer (Kerzen, Räucherstäbchen usw.) ist nicht erlaubt. Die Benutzung eigener elektrischer Geräte mit Ausnahme von Föhn, Rasierapparat und Ladekabeln ist nicht gestattet. Übernachtungen auf Zimmern von MitrehabilitandInnen sind nur bei Partnerschaft mit bewilligtem Antrag gestattet (siehe Paarbildung). Haustiere müssen dabei mitgenommen werden und dürfen nicht über Nacht alleine im Zimmer bleiben.

Therapievertrag Aufnahmevertrag

Name: geb.:

wohnhafte:

Ich erkläre mich freiwillig zu einer Langzeittherapie im Rehabilitationszentrum "Magnus Huss" bereit. Ich verpflichte mich, an allen therapeutischen und Freizeitveranstaltungen teilzunehmen und die Regeln der therapeutischen Gemeinschaft als verbindlich anzuerkennen.

Es gelten grundsätzlich die festgelegten Regeln des Reha-Zentrums "Magnus Huss". Glücksspiele und Konsum psychoaktiver Substanzen in jeglicher Form sind während der Therapiezeit verboten.

Für mitgebrachtes sowie zurückgelassenes persönliches Eigentum wird seitens der Klinik keine Haftung übernommen.

In der Klinik hinterlassene persönliche Sachen werden nach vier Wochen einer gemeinnützigen Einrichtung zur Verfügung gestellt, sofern keine andere schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

Mitgebrachte Gegenstände (z.B. Spielekonsolen, Fernseher usw.), die aus therapeutischen Gründen nicht genutzt werden dürfen, werden für die Dauer der Therapie eingeschlossen und bei Entlassung ausgehändigt.

Mitgebrachte Handys, Tablets und Notebooks werden während der ersten Therapiestufe ebenfalls eingeschlossen und danach ausgehändigt, es sei denn, es besteht eine abweichende Vereinbarung mit dem Bezugstherapeuten.

Als **Haustierbesitzer** von haben Sie die **Regeln für die**

Name des Hundes

Haustierhaltung erhalten, gelesen und erkennen diese an. Hinterlassene Haustiere, werden auf **Ihre Kosten** versorgt bzw. unverzüglich in ein Tierheim gegeben.

Fotos aus der Therapiezeit im Rehabilitationszentrums "Magnus Huss" dürfen für Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden.

JA

NEIN

Schwerin,

Datum

Unterschrift Rehabilitand

Unterschrift Teamer

Einwilligung zur Verarbeitung von Daten aus der Behandlungsdokumentation¹

- Ich bin einverstanden, dass die Mitarbeiter/in des Rehabilitationszentrums "Magnus Huss" personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, übermittelt an:
- Ich bin einverstanden, dass folgende Personen personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, an das Rehabilitationszentrum "Magnus Huss" übermitteln:

(Bitte ankreuzen und bei Personen den Namen und die Anschrift und den Zweck der Datenoffenlegung konkret benennen, z.B. zum Zweck der Behandlung, der Beratung, der Dokumentation, Begutachtung)

- behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt Frau/Herr _____
_____ zum Zwecke _____
- zuständiger Rehabilitationsträger
zum Zwecke _____
- behandelnde Therapeutin/behandelnder Therapeuten Frau/Herrn _____
_____ zum Zwecke _____
- Sonstige (Institution bzw. Person benennen) _____
_____ zum Zwecke _____

sofern das zur Erfüllung der vertraglichen Aufgaben erforderlich oder ausdrücklich vom Betroffenen gewünscht ist. Für den jeweiligen Zweck entbinde ich die jeweiligen Mitarbeitenden von ihrer Schweigepflicht. Ich bin berechtigt, über die gespeicherten Daten jederzeit Auskunft zu erhalten.

¹ Die Einwilligung ist für die jeweilige Person/Institution getrennt auszufüllen

Diese freiwillige Einwilligung kann jederzeit mündlich oder in Textform (z.B. per Brief, per Fax, per E-Mail)² gegenüber _____
(genaue Bezeichnung, Anschrift, E-Mail-Adresse) widerrufen werden.

Schwerin,

Datum

.....

Unterschrift Rehabilitand

² Wird der Widerruf elektronisch erteilt, muss die Einrichtung den Zugang des Widerrufs der Klientin/des Klienten unverzüglich auf einen dauerhaften Datenträger bestätigen.

Brandschutz- und Sicherheitsbelehrung

Name, Vorname:

Jeder Mitarbeiter und Rehabilitand hat sich über die Standorte und die Funktionsweise der im Haus befindlichen Feuerlöscher zu informieren.

Feuerlöscher (CO2-Löscher) befinden sich im

Hauptgebäude:

Erdgeschoss	in jedem Gruppenflur teilweise 2-fach vor Technikräumen
	in jedem Vorflur
	im Speiseraum
	in der Therapieküche
	in beiden Treppenhäusern der Gruppen 1 und 2
	im Treppenhaus IV
1.OG	in der Anmeldung
	in der Küche nebst Aufenthaltsräume
	in jedem Gruppenflur teilweise 2-fach vor Technikräumen
	in jedem Vorflur
	im Entspannungsraum
	im Medizintrakt in allen Räumen
2.OG	in allen Gruppentherapieräumen
	in beiden Treppenhäusern der Gruppen 3 und 4
	im Treppenhaus IV
	in jedem Gruppenflur teilweise 2-fach vor Technikräumen
	in jedem Vorflur
	im Tischtennisraum
3.OG	im Flur der Bezugstherapeutenbüros
	in beiden Treppenhäusern der Gruppen 5 und 6
	im Treppenhaus IV
	in jedem Gruppenflur teilweise 2-fach vor Technikräumen
	in jedem Vorflur
	im Billardraum
4. OG	im Verwaltungstrakt
	in beiden Treppenhäusern der Gruppen 7 und 9
	im Treppenhaus IV
	in jedem Gruppenflur teilweise 2-fach vor Technikräumen

	im Vorflur
	im Fitnessraum
	im Treppenhaus Gruppe 9

Nebengebäude:

Tischlerei	am Eingang vom Flur aus
Metallwerkstatt	in der Ecke zur Fahrradwerkstatt
Flur	am Haupteingang
	an der Tür zum Bürotrakt
Bürotrakt	am Notausgang

Bedienung der Feuerlöscher

- 1. Sicherung ziehen**
- 2. Druckhebel kurz niederdrücken und loslassen**
- 3. Druckhebel niederdrücken und Düse auf Brandherd richten**

1. Die Benutzung der Aufzüge ist generell ausdrücklich verboten!
2. Feuer und offenes Licht sind im gesamten Haus verboten.
3. Bei Gefahr durch Feuer oder Rauch ist das Gebäude über die ausgewiesenen Fluchtwege zu verlassen.
Die Brandschutztüren sind selbstschließend und ständig geschlossen zu halten.
4. Sammelplatz im Notfall ist der Volleyplatz.
5. Die Rettung von Leben und Gesundheit haben Vorrang vor der Rettung von Sachwerten.
6. Bitte informieren Sie sich über die sich im Haus befindlichen Stufen und Absätze (Stolpergefahr!!!).

Notrufsystem

Die Notrufschalter (i.d.R. neben der Tür) in den Zimmern, Bädern und Therapieräumen sind ausschließlich für den Notfall gedacht. Unsachgemäße Benutzung des Notrufsystems ist eine Missachtung unserer Hausregeln und hat disziplinarische Konsequenzen zufolge. Die Notrufschalter dürfen nicht entfernt und/oder ausgetauscht werden, da diese an den jeweiligen Standort gebunden sind.

Sollte ein Notrufschalter durch einen Rehabilitanden entfernt oder beschädigt werden, muss eine Ersatzbeschaffung durch den Rehabilitanden gewährleistet werden.

Sicherheitshinweis für den öffentlichen Straßenverkehr

Bei Fahrradbenutzung empfehlen wir dringend einen Helm zu tragen. Diese werden vom Haus gestellt.

Schwerin,

Datum

.....

Unterschrift Rehabilitand

Datenschutz

Die Mitarbeitenden des Rehabilitationszentrums "Magnus Huss" sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Soweit es zur Durchführung der Behandlung erforderlich ist, dürfen personen- und krankheitsbezogene Daten der Rehabilitanden durch das Rehabilitationszentrum "Magnus Huss" erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Sofern eine Übermittlung personenbezogener Daten nicht auf Grund einer Rechtsvorschrift zulässig ist, bedarf sie der schriftlichen Einwilligung des Rehabilitanden.

Zur Erfüllung des abgeschlossenen Vertrages müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden (Verarbeitung). Die Vorschriften des Datenschutzes der Evangelischen Kirche in Deutschland (§6 Nr. 5 i.V. m. § 13 Absatz 2 Nr. 8 und Absatz 3 DSGVO) sowie in entsprechender Anwendung die Vorschriften des § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §3 67 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) finden Beachtung. Es werden nur die Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die zur Erfüllung des Vertrages / der Behandlung einschließlich der notwendigen Dokumentation erforderlich sind (Verwendungszweck); zu anderen Zwecken dürfen die Daten nicht verwendet werden. Eine Weitergabe (Übermittlung) anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf stets der Einwilligung des Rehabilitanden, sofern eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

I. Umfang der Datenverarbeitung

Soweit erforderlich, können für die Erfüllung des Behandlungsvertrages die nachfolgenden Daten von Ihnen erhoben und gespeichert werden (§ 6 Nr.5 DSGVO), um eine Behandlungsdokumentation zu führen:

1. Informationssammlung

- lebensgeschichtliche und diagnostische Information / Sozialberichte
- Stammdaten
- biografische Daten

2. Festlegung der Behandlungsziele / Reha-Ziele

- im Rahmen der Behandlung

3. Durchführung / Auswertung der Behandlungsmaßnahmen

- Dokumentation in Papierform und digitaler Form

II. Übermittlung von Daten an Dritte (Weitergabe und Einsichtnahme)

Die Gesundheitsdaten werden insbesondere von Dritten (z.B. Rentenversicherung) empfangen oder im Rehabilitationszentrum "Magnus Huss" eingesehen. Die Übermittlung von Daten erfolgt auf Grund gesetzlicher Regelungen.

III. Recht auf Information und Auskunft

Nach § 19 DSGVO besteht die Möglichkeit, auf Antrag Auskunft über die im Rehabilitationszentrum "Magnus Huss" gespeicherten Daten zu erhalten.

Die Auskunft muss folgende Informationen erhalten:

- die Verarbeitungszwecke
- falls möglich, die geplante Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer
- das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung oder Löschung der sie betreffenden personenbezogenen Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung durch die verantwortliche Stelle oder eines Widerspruchsrechts gegen diese Verarbeitung
- wenn die personenbezogenen Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben werden, alle verfügbaren Informationen über die Herkunft der Daten

IV. Recht auf Berichtigung und auf Löschung

Gemäß § 22 DSGVO ist die weitere Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu beschränkten beziehungsweise auf bestimmte Zwecke einzugrenzen, wenn

- die Richtigkeit der personenbezogenen Daten von der betroffenen Person bestritten wird, und zwar für eine Dauer, die es der verantwortlichen Stelle ermöglicht, die Richtigkeit der personenbezogenen Daten zu überprüfen
- die Verarbeitung unrechtmäßig ist, die betroffene Person die Löschung der personenbezogenen Daten ablehnt und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der personenbezogenen Daten verlangt
- die verantwortliche Stelle die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, die betroffene Person sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigt, oder
- die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat und es noch nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe der verantwortlichen Stelle gegenüber denen der betroffenen Person überwiegen

V. Recht auf Datenübertragung

Gemäß § 24 DSGVO sind von dem Rehabilitanden bereitgestellte und automatisiert verarbeitete, personenbezogene Daten in einem gängigen Format zur Verfügung zu stellen oder auf Wunsch an einen Dritten weiterzugeben (z.B. bei einem Wechsel der Einrichtung).

VI. Widerspruchsrecht

Die Datenverarbeitung durch das Rehabilitationszentrum "Magnus Huss" ist im Fall eines Widerspruchs unter den Voraussetzungen von § 25 DSGVO zu unterlassen.

VII. Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Datenverarbeitung des Rehabilitationszentrums "Magnus Huss" können mittels Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde beanstanden werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Unsere örtliche Beauftragte für den Datenschutz erreichen Sie unter der Postadresse mit dem Zusatz „z.H. der/s betrieblichen Datenschutzbeauftragten“ sowie unter:

Ev. Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH
Swetlana Brockmann
Bäckerstraße 7
19053 Schwerin
s.brockmann@suchthilfe-mv.de
Tel.: 0385 744 048 262

Datenschutzbeauftragter der
Nordkirche
Peter von Loeper
Baustraße 34
17109 Demmin
Tel.: 03998 25984 78

Die für den Datenschutz verantwortliche Stelle des Rehabilitationszentrums "Magnus Huss" erreichen Sie unter:

Kati Plamann

Schwerin,
Datum

.....
Unterschrift Rehabilitand

Zimmer-/ Schlüsselübergabe bei Aufnahme

Name des Rehabilitanden: Zimmer Nr.:

Zustand / Mängel:

Wände:

Fußboden:

Fenster:

Kleiderschrank:

Bettgestell:

Matratze/ Schonbezug:

Tisch:

Stuhl:

Bemerkungen:

Schlüssel:

Sollte es zum Verlust eines Schlüssels kommen, behalten wir uns vor, Ihnen 50,-€ in Rechnung zu stellen. Diese sind unverzüglich zu begleichen.

übernommen:

Unterschrift Rehabilitand

übergeben:

Unterschrift Teamer

Hinterlegung von persönlichem Eigentum

Name: Vorname: Gruppe:

Aufnahmedatum:

Anzahl:	Gegenstand:	Marke:	Bemerkungen:
---------	-------------	--------	--------------

..... Handy
..... Laptop
..... Messer
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Unterschrift Teamer

.....
Unterschrift Rehabilitand

Ausgabe/Entgegennahme bei Heimfahrten o.ä.

Anzahl:	Gegenstand	gegeben Datum/Unterschrift	entgegengenommen Datum/Unterschrift
---------	------------	-------------------------------	--

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Belehrung Fahrradverleih

Ich bestätige mit meiner Unterschrift,
dass ich das Fahrrad in einem verkehrssicheren Zustand ausgeliehen habe.

Ich verpflichte mich, mit dem Fahrrad sorgsam und ordentlich umzugehen und dieses nur zu seinem Bestimmungszweck einzusetzen. Bei Beschädigungen meinerseits, die durch unsachgemäße Benutzung verursacht wurden, trete ich in die Haftung des entstandenen Schadens. Gleiches trifft bei Diebstahl eines nicht ordnungsgemäß gesicherten Fahrrades zu.

Das Tragen eines Fahrradhelms, der zusammen mit dem Fahrrad ausgeliehen werden kann, wird dringend empfohlen. Es besteht zwar keine gesetzliche Helmpflicht, für die Folgen einer Nichtbenutzung eines geeigneten Kopfschutzes hafte ich jedoch selbst.

Alle Mängel und entstandenen Schäden sind sofort bei Ankunft in der Klinik dem verantwortlichen Therapeuten im Empfang zu melden.

Am Folgetag ist eine schriftliche Unfall-/ Schadensmeldung mit persönlicher Stellungnahme beim verantwortlichen Therapeuten einzureichen.

Das ausgeliehene Fahrrad ist sofort bei Ankunft in der Klinik persönlich im Empfang dem verantwortlichen Therapeuten zu übergeben. Ist dies in Ausnahmefällen nicht möglich; ist es unter dem dafür vorgesehenen Platz abzustellen.

Die Übergabe hat in diesem Fall **vor Therapiebeginn** des Folgetages zu erfolgen.

Verstöße gegen diese Regeln haben Sanktionen und/oder eine zeitliche Fahrradsperre zur Folge.

Unterschrift:

Schwerin

Schwerin,

Literatur

Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (1998). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Material. Bern u. a. Verlag Hans Huber.

Backmund, M. & Stephan, E. (1999). HIV (Human Immunodeficiency Virus) und AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) bei Suchtkranken. In M. Backmund (Hrsg.), Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards. Ein Leitfaden für Praxis und Fortbildung (Kapitel XIII-1.4.2). Landsberg: ecomed-Verlag.

Bales, R. F. & Cohen, S. P. (1982). SYMLOG - ein System zur mehrstufigen Beobachtung von Gruppen. Klett-Cotta, Stuttgart,

Batra, A., Köhnke, M. (2002): Suchterkrankungen. In: Neurogenetik. Herausgeber: Ries, O., Schölz, L., 2. Auflage; Kohlhammerverlag, Stuttgart

Beck, A. T., Freeman, A. et al. (1995). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Bernow, N., Fehr, C. (2009). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Suchtmed 11 (2). (S. 63-70). Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Bohus, Martin, Wolf-Arehult, Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten, Schattauer 2012

Brünger, M. (1998). Reguläre und irreguläre Behandlungsbeendigung in der stationären Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen. Aachen: Shaker Verlag.

Brunner, E., Brunner, C., Mayring, P., Öhner-Schreiber, C., Prehslauer, (2009). Suchtbehandlung auf dem Prüfstand - Evidenztriangulation statt Evidenzhierarchie. Suchtmed 11 (2). (S. 59-62). Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Degkwitz, P. (1998). Sozialwissenschaftliche Modelle. In J. Gölz (Hrsg.), Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome (Kapitel B 2.2.). Stuttgart: Thieme.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: DIMDI; 2005. www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT): „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“; Januar 2021

Deutsche Rentenversicherung. Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009-2011). Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Methodenbericht: Ergebnisse der Projektphasen der Entwicklung der Pilotversion Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. München, Freiburg, Berlin.

Egner, U. (2009). Suchtbehandlung passgenau! Anforderungen und Entwicklungspotentiale aus Sicht der DRV Bund. 22. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. in Heidelberg 72

Geschwinde, T. (1998). Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen. 4., ergänzte und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Hagena und Gebauer, Therapietools Angststörungen, Beltz 2014

Hayes, Stephen, Strohsahl, Kirk D., Wilson, Kelly G., Akzeptanz und Commitment-Therapie, Junfermann-Verlag 2014

Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J. (1993). Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart.

Heuft, G. & Senf, W. (Hrsg.) (1998). Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart: Thieme.

Hinsch, R., Pfingsten, U. (2002): Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK), Grundlagen, Durchführungs- und Anwendungsbeispiele, 4. völlig neu bearbeitete Auflage, Verlag PVU, Weinheim

Höhn, M. & Trüg, E. (1995). Die Bedeutung spezieller psychosozialer Behandlungselemente. In K. Behrendt, P. Degkwitz & E. Trüg. Schnittstelle Drogenentzug, Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe (S. 107 -117). Freiburg: Lambertus.

v. Keyserlingk, H.: Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Rehabilitation 1993, BfA aktuell, Berlin 1994.

v. Keyserlingk, H. & Jürgens, E. (1994). Intendiert-dynamische Gruppenpsychotherapie und Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. 10. Wissenschaftliche Tagung, Kongressunterlagen, Tübingen.

v. Keyserlingk, H.: Intendiert-dynamische Gruppenpsychotherapie bei Abhängigen. In: Keyserlingk, H. v., Kielstein, V., Rogge, J. (Hrsg) Diagnostik und Therapie Suchtkranker. Kiesel, E. (1987). Kommunikative Bewegungstherapie. Berlin: Akademie Verlag.

Kleiber, D. & Kovar, K. A. (1998). Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Klos, Hartmut, Görgen, Wilfried. Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Hogrefe 2009

Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. Abhängigkeiten, S. 24-45.
Korsukéwitz, C.: Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung – Aus Sicht der Rentenversicherung. Sucht aktuell, 2 (2006), S. 7-11.

Krausz, M (2009). Trauma und Sucht - die Gesundheitskrise der First Nations in Nordamerika. Suchtmed 11 (2). (S. 71-75). Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Küfner, J. (1998). Abbruchgedanken und deren Bewältigung bei Drogenabhängigen in stationärer Therapie. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie (S. 289-301). Ulm: Fischer

Küfner, H. (2003). Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. Psychotherapie im Dialog, 2, 170-177.

Lindner, H. T., Klein, M. & Funke, W. (1994). Qualitätssicherung: Konzepte, Vorgehensweisen, Kritiken am Beispiel stationärer Entwöhnungsbehandlungen von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In: Fachausschuss Sucht (Hrsg.) Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker, Hilden.

Loeber, S., Mann, K. (2006): Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus, Nervenarzt 77: 558 – 556

MacKenzie, K. R. (2001): Techniken der Gruppenleitung in Zuschke, Volker, Praxis der Gruppenpsychotherapie, Georg Tieme Verlag, Stuttgart

Margraf, J., Schneider, S. & Ehler, A. (1991). Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Berlin: Springer.

Mann, K., Buchkremer, G. (1998), Herausgeber: Sucht Grundlagen, Diagnostik und Therapie, Gustav Fischer Verlag Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2004): Motivierende Gesprächsführung, Lambertusverlag Freiburg i. Breisgau

Missel, P. & Braukmann, W. (1991). Psychosomatik in der Sucht. Abhängigkeitskranke mit psychosomatischen Störungen in einem stationären Entwöhnungsprogramm. In: Heide, M., Lieb, H. (Hrsg.) Sucht und Psychosomatik. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht. S. 21-39.

Pearce & Bouton, 2001; Harris, 2006

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). Treating Addictive Behaviours: Processes of Change. New York: Plenum Press.

Rist, F. (2009). Die Rolle des Psychotherapeuten in der Versorgung und Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen. 22. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. in Heidelberg

Rost, W. D. (1987). Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett Cotta.

Schmidt, L. G., Gastpar M., Falkai, P., Gaebel, W. (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Streeck, U., Alberti, L., Heigl, F., Kollmann, T. & Trampisch, J. (1986). Der lange Weg zur Psychotherapie - Zur „Patientenkarriere“ von psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 32, S. 103-116.

Tretter, F. & Müller, A. (2001). Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.

Squire, Knowlton & Musen, 1993; Cardinal et al., 2002).

Vaillant, G. E. (1989). Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Alkoholabhängigen lernen? In: Watzl, H. & Cohen, R. Rückfall und Rückfallprophylaxe. Heidelberg: Springer.

Weissinger, V, Schneider, R.: Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchthilfe in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e.V. Sucht aktuell, 2 (2006), S. 4-7.

Vollmer, H. C. (1995). Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. Verhaltenstherapeutische Sicht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis und Suchttherapie im Methodenvergleich (S. 30-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

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

Yalom, I. D. (1996): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch
4. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage, Pfeifferverlag, München

Anhang

Therapiepläne Gruppen 1-9

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00-08:15					
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730
08:30-08:45	Gruppe Gruppenraum 3 G 573	Gruppe Gruppenraum 5 G 573	Einzelgespräche G 563	Einzelgespräche G 563	Gruppe Gruppenraum 2 G 573
08:45-09:00					
09:00-09:15					
09:15-09:30					
09:30-09:45					
09:45-10:00	Sporttherapie A 620	Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560	Gruppe Gruppenraum 2 G 573	Einzelgespräche G 563	Ergotherapie E 651
10:00-10:15					
10:15-10:30					
10:30-10:45					
10:45-11:00					
11:00-11:15	Visite C 552		Einzelgespräche G 563	Einzelgespräche G 563	
11:15-11:30					
11:30-11:45					
11:45-12:00					
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag
13:00-13:15	Einzelgespräche G 563	Hundetraining H 820	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	
13:15-13:30					
13:30-13:45					
13:45-14:00					
14:00-14:15	Einzelgespräche G 563	Einzelgespräche G 563	Hazipu E 571	AT E 574	Entspannung F 612/F 619
14:15-14:30					
14:30-14:45					
14:45-15:00					
15:00-15:15					
15:15-15:30					
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613			Einzelgespräche G 563
15:45-16:00					
16:00-16:15					
16:15-16:30					

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
08:00-08:15							
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730		
08:30-08:45	Gruppe Gruppenraum 1 G 662	Gruppe Gruppenraum 1 G 662	Entspannung F 612/F 619	Ergotherapie E 651	Sporttherapie A 620		
08:45-09:00							
09:00-09:15							
09:15-09:30							
09:30-09:45			Gruppe Gruppenraum 5 G 662				
09:45-10:00							
10:00-10:15	AT E 574	Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560			Gruppe Gruppenraum 2 G 662		
10:15-10:30							
10:30-10:45							
10:45-11:00				Einzelgespräche G 652			
11:00-11:15							
11:15-11:30							
11:30-11:45					Visite C 552		Einzelgespräche G 652
11:45-12:00							
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag		
13:00-13:15	Einzelgespräche G 652	Einzelgespräche G 652	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	Einzelgespräche G 652		
13:15-13:30							
13:30-13:45							
13:45-14:00							
14:00-14:15	Einzelgespräche G 652	Einzelgespräche G 652	Hundetraining H 820	Einzelgespräche G 652	Hazipu E 571		
14:15-14:30							
14:30-14:45							
14:45-15:00							
15:00-15:15							
15:15-15:30							
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613	Einzelgespräche G 652				
15:45-16:00							
16:00-16:15							
16:15-16:30							

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
08:00-08:15						
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	
08:30-08:45	Einzelgespräche G 651	Einzelgespräche G 651	Einzelgespräche G 651	Hundetraining H 820		
08:45-09:00						
09:00-09:15						
09:15-09:30						
09:30-09:45	Einzelgespräche G 651	Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560	Visite C 552	Gruppe Gruppenraum 4 G 661	Einzelgespräche G 651	
09:45-10:00						
10:00-10:15						
10:15-10:30						
10:30-10:45						
10:45-11:00						
11:00-11:15	Gruppe Gruppenraum 4 G 661		Gruppe Gruppenraum 1 G 661	Einzelgespräche G 651	Gruppe Gruppenraum 5 G 661	
11:15-11:30						
11:30-11:45						
11:45-12:00						
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	
13:00-13:15	Hazipu E 571	AT E 574	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	Sporttherapie A 620	
13:15-13:30						
13:30-13:45						
13:45-14:00						
14:00-14:15						
14:15-14:30			Einzelgespräche G 651	Ergotherapie E 651	Einzelgespräche G 651	
14:30-14:45						
14:45-15:00						
15:00-15:15						
15:15-15:30						
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613	Einzelgespräche G 651		Entspannung F 612/F 619	
15:45-16:00						
16:00-16:15						
16:15-16:30						

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
08:00-08:15						
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	
08:30-08:45	Entspannung F 612/F 619	Einzelgespräche G 592	Hazipu E 571	AT E 574	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	
08:45-09:00						
09:00-09:15						
09:15-09:30						
09:30-09:45	Einzelgespräche G 592				Gruppe Gruppenraum 5 G 619	
09:45-10:00						
10:00-10:15						
10:15-10:30		Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560				
10:30-10:45						
10:45-11:00						
11:00-11:15	Gruppe Gruppenraum 2 G 619			Gruppe Gruppenraum 5 G 619	Gruppe Gruppenraum 3 G 619	Sporttherapie A 620
11:15-11:30						
11:30-11:45						
11:45-12:00						
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	
13:00-13:15	Einzelgespräche G 592	Ergotherapie E 651	Hundetraining H 820	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	Visite C 552	
13:15-13:30						
13:30-13:45					Einzelgespräche G 592	
13:45-14:00						
14:00-14:15	Einzelgespräche G 592					
14:15-14:30						
14:30-14:45						
14:45-15:00			Einzelgespräche G 592	Einzelgespräche G 592		
15:00-15:15						
15:15-15:30						
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613	Einzelgespräche G 592	Einzelgespräche G 592		
15:45-16:00						
16:00-16:15						
16:15-16:30						

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
08:00-08:15							
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730		
08:30-08:45	Hazipu E 571	Hundetraining H 820	Ergotherapie E 651	Gruppe Gruppenraum 5 G 662	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672		
08:45-09:00							
09:00-09:15							
09:15-09:30							
09:30-09:45							
09:45-10:00						Visite C 552	
10:00-10:15		Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560		Einzelgespräche G 652			
10:15-10:30							
10:30-10:45							
10:45-11:00							
11:00-11:15	Gruppe Gruppenraum 3 G 662		Gruppe Gruppenraum 4 G 662	Einzelgespräche G 652	Gruppe Gruppenraum 4 G 662		
11:15-11:30							
11:30-11:45							
11:45-12:00							
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag		
13:00-13:15	Einzelgespräche G 652	Einzelgespräche G 652	Einzelgespräche G 652	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	Einzelgespräche G 652		
13:15-13:30							
13:30-13:45							
13:45-14:00							
14:00-14:15	Einzelgespräche G 652	Sporttherapie A 620	Einzelgespräche G 652	AT E 574	Einzelgespräche G 652		
14:15-14:30							
14:30-14:45							
14:45-15:00							
15:00-15:15							
15:15-15:30							
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613	Entspannung F 612/F 619				
15:45-16:00							
16:00-16:15							
16:15-16:30							

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00-08:15					
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730
08:30-08:45	Einzelgespräche G 651	Visite C 552	Hundetraining H 820	Gruppe Gruppenraum 1 G 573	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672
08:45-09:00					
09:00-09:15					
09:15-09:30					
09:30-09:45					
09:45-10:00					
10:00-10:15	Gruppe Gruppenraum 1 G 573	Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560	Gruppe Gruppenraum 1 G 573	Entspannung F 612/F 619	Gruppe Gruppenraum 1 G 573
10:15-10:30					
10:30-10:45					
10:45-11:00					
11:00-11:15	Einzelgespräche G 651		Einzelgespräche G 651	Einzelgespräche G 651	Einzelgespräche G 651
11:15-11:30					
11:30-11:45					
11:45-12:00					
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag
13:00-13:15	Ergotherapie E 651	Einzelgespräche G 651	Einzelgespräche G 651	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	
13:15-13:30					
13:30-13:45					
13:45-14:00					
14:00-14:15		Einzelgespräche G 651	AT E 574	Sporttherapie A 620	
14:15-14:30					
14:30-14:45					
14:45-15:00					
15:00-15:15					
15:15-15:30					
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613		Einzelgespräche G 651	
15:45-16:00					
16:00-16:15					
16:15-16:30					

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00-08:15					
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730
08:30-08:45	Gruppe Gruppenraum 5 G 662	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	Einzelgespräche G 652	Entspannung F 612/F 619	Einzelgespräche G 652
08:45-09:00					
09:00-09:15					
09:15-09:30				Gruppe Gruppenraum 2 G 662	
09:30-09:45					
09:45-10:00	Ergotherapie E 651	Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560	Gruppe Gruppenraum 4 G 662		Einzelgespräche G 652
10:00-10:15					
10:15-10:30				Visite C 552	Einzelgespräche G 652
10:30-10:45					
10:45-11:00					
11:00-11:15					
11:15-11:30					
11:30-11:45					
11:45-12:00					
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag
13:00-13:15		Einzelgespräche G 652	AT E 574	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	
13:15-13:30	Sporttherapie A 620				
13:30-13:45					
13:45-14:00					
14:00-14:15		Einzelgespräche G 652		Hundetraining H 820	Hazipu E 571
14:15-14:30					
14:30-14:45					
14:45-15:00					
15:00-15:15					
15:15-15:30					
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613	Einzelgespräche G 652	Einzelgespräche G 652	
15:45-16:00					
16:00-16:15					
16:15-16:30					

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
08:00-08:15						
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	
08:30-08:45	Hazipu E 571	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	Einzelgespräche	Gruppe Gruppenraum 4	Einzelgespräche	
08:45-09:00						
09:00-09:15						
09:15-09:30						
09:30-09:45						
09:45-10:00		Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560	Hundetraining H 820	AT E 574	Einzelgespräche	
10:00-10:15						
10:15-10:30						
10:30-10:45						
10:45-11:00						
11:00-11:15	Gruppe Gruppenraum 1		Gruppe Gruppenraum 3		Gruppe Gruppenraum 3	
11:15-11:30						
11:30-11:45						
11:45-12:00						
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	
13:00-13:15	Einzelgespräche	Sporttherapie A 620	Visite C 552	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	Ergotherapie E 651	
13:15-13:30						
13:30-13:45						
13:45-14:00						
14:00-14:15						
14:15-14:30		Einzelgespräche	Entspannung F 612/F 619	Einzelgespräche		
14:30-14:45						
14:45-15:00						
15:00-15:15						
15:15-15:30						
15:30-15:45	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613	Einzelgespräche	Einzelgespräche		
15:45-16:00						
16:00-16:15						
16:15-16:30						

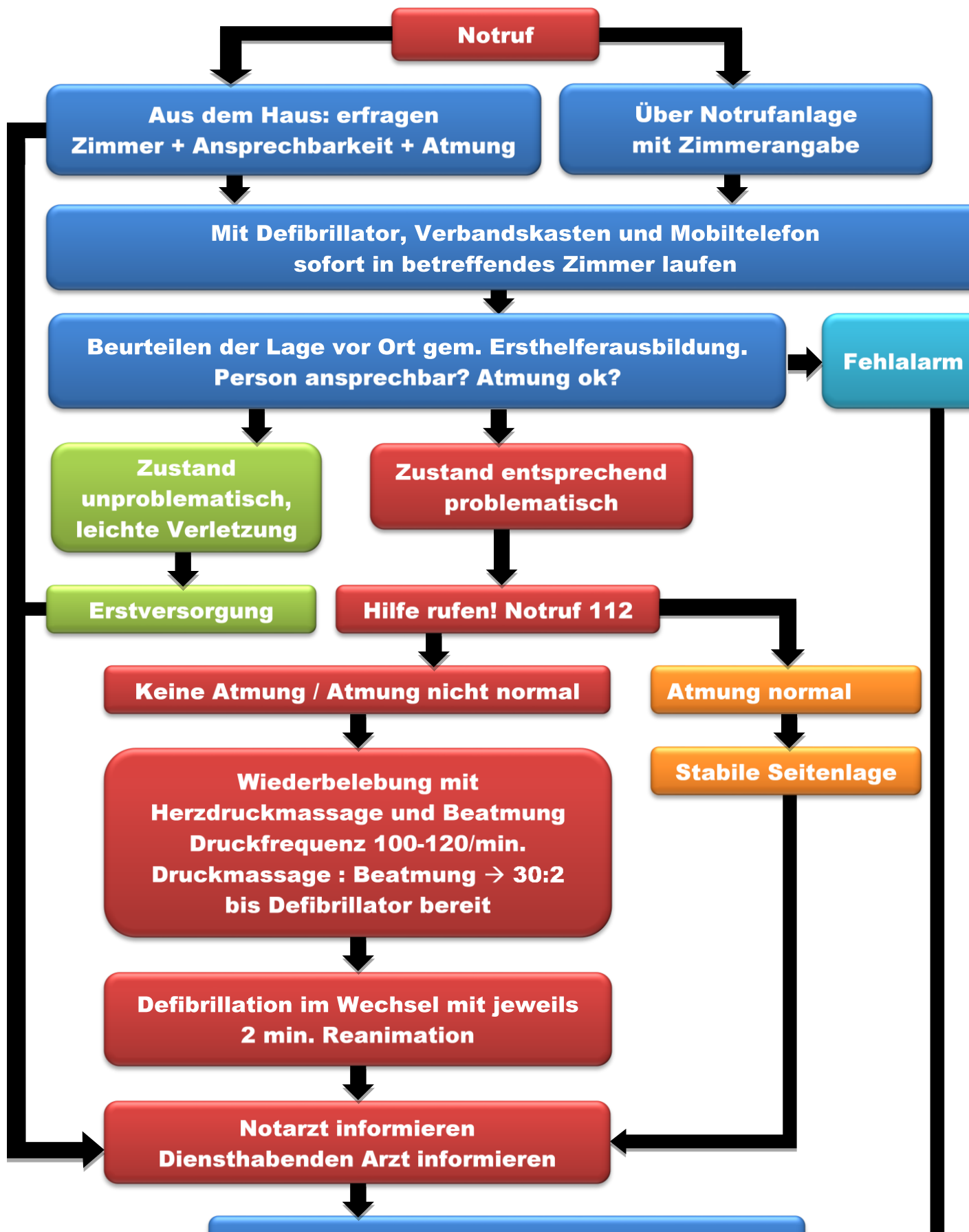
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
08:00-08:15						
08:15-08:30	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	Morgengong H 730	
08:30-08:45	Einzelgespräche	SKT/HLT Gruppenraum 4 F 630/ G 602/G 672	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Einzelgespräche	
08:45-09:00						
09:00-09:15						
09:15-09:30						
09:30-09:45						
09:45-10:00				Gruppe Gruppenraum 5		
10:00-10:15	Gruppe Gruppenraum 2	Lehrküche (alle 9 Wochen) ansonsten Gruppenaktivität M 621/L560	Entspannung F 612/F 619			Gruppe Gruppenraum 3
10:15-10:30						
10:30-10:45						
10:45-11:00						
11:00-11:15	Einzelgespräche		Gruppe Gruppenraum 2	Hundetraining H 820		
11:15-11:30						
11:30-11:45					Visite C 552	
11:45-12:00						
12:00-13:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	
13:00-13:15	AT E 574	Einzelgespräche	Sporttherapie A 620	Indikativgruppe 2 Gruppenraum 2	Einzelgespräche	
13:15-13:30						
13:30-13:45						
13:45-14:00						
14:00-14:15						
14:15-14:30						
14:30-14:45				Einzelgespräche		
14:45-15:00						
15:00-15:15			Ergotherapie E 651	Hazipu E 571		
15:15-15:30						
15:30-15:45						
15:45-16:00	Indikativgruppe 1 Gruppenraum 3	Vortrag C 613				
16:00-16:15						
16:15-16:30						

Grundriss/Raumplan



Adobe Acrobat
Document

Notfallplan



Anlagen zum Kinderschutzkonzept

Landeshauptstadt Schwerin – Fachdienst Jugend: Vereinbarung gemäß § 8a Abs.4 SGB VIII und § 72a SGB VIII

Anlage B

Stand: Donnerstag, 11. August 2022

Liste der insoweit erfahrenen Fachkräfte gem. SGB VIII § 8a für die Landeshauptstadt Schwerin gemäß Trägermeldung

Leistungsanbieter	Name	Telefon / Mobil / Fax	E-Mail
Alternatives Jugendwohnen e.V. Jugendhilfestation	Allritz, Djamila	Ambulante Hilfen zur Erziehung 0162/6870587	djamila-allritz@ajw-sn.de
ANKER SozialarbeitsgmbH	Hacker, Inga	Teamleitung Sozialpädagogische Familienhilfe 0385/20226-192 0152/22900304	i.hacker@anker-sozialarbeit.de
ANKER SozialarbeitsgmbH	Schwaß, Laura-Marie	Tagesgruppe für Kinder. Wismarsche Straße 125 19053 Schwerin. 0385/20226-195	l.schwass@anker-sozialarbeit.de
AWO	Koordination der InsoFas der AWO durch: Kemmler, Doritha	Fachberatung Kita/HzE-HzL 0385/52190523 0152/02887661	kemmler@awo-schwerin.de
	Vertretung: Marquardt, Steffen	Fachbereichsleitung HzE-HzL 0385/ 5756697	hze-hzl@awo-schwerin.de
	<u>InsoFas:</u> Cwielong, Stefan Hartwig, Cornelia Kemmler, Doritha Kohnert, Michaela Krause, Nicole Woyke, Julia <u>Spezialisierung/Themengebiete/</u> <u>Arbeitsfelder z.B.:</u> Frühe Hilfen, häusliche Gewalt und Stalking, frühkindliche Bildung, Betreuung und Begleitung von Säuglingen/ Kindern/ Jugendlichen/Mütter/ Väter im Kontext des SGBVIII, systemische Beratung, Kinderkrankenpflege		
Caritas	Koppitz, Anke	Leiterin FD Jugend 0385/59169-20 0157 83456671	anke.koppitz@caritas-im-norden.de

Landeshauptstadt Schwerin – Fachdienst Jugend: Vereinbarung gemäß § 8a Abs.4 SGB VIII und § 72a SGB VIII

Hinweise zur Erkennung von Kindeswohlgefährdungen Anlage C

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefährdungen für ihr Wohl ist nach § 1 Abs. 3 Nr. 3 SGB VIII eine gemeinsame Aufgabe öffentlicher Träger und Träger von Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe. Im § 8a SGB VIII ist, mit Wirkung vom 01.10.2005, der „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ konkretisiert worden.

1. Tatbestandsmerkmale der Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB (Gefährdung des Kindeswohls)

Eine Kindeswohlgefährdung nach den gesetzlichen Vorgaben des § 1666 BGB liegt dann vor, wenn Kinder durch:

- Misshandlung (körperlich oder seelisch),
- Vernachlässigung (körperlich, seelisch, geistig) oder
- durch sexuellen Missbrauch

in ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Entwicklung gegenwärtig erheblich gefährdet sind bzw. wenn Verletzungen und Schädigungen des Kindeswohls bereits eingetreten sind und die schädigenden Einflüsse fortauern.

Die Gefährdung oder Verletzung des Kindeswohls wird durch elterliches Fehlverhalten bzw. Unterlassung angemessener Fürsorge oder durch Verhalten Dritter verursacht:

- schuldhaftes oder schuldloses Handeln der Eltern (Missbrauch des Sorgerechts)
- schuldhaftes oder schuldloses Unterlassen (Vernachlässigung)
- die Eltern sind nicht bereit oder nicht in der Lage, ein kindgefährdendes Verhalten Dritter wirksam zu unterbinden.

2. Definition und Formen der Kindesmisshandlung

Blum-Maurice u.a. (2000, S.2) definieren Kindesmisshandlung als eine „nicht zufällige, gewaltsame, psychische und/oder physische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern/Erziehungsberechtigte oder Dritte, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt oder zu Tode bringt“.

Unterschieden wird meist nach körperlicher Misshandlung, seelischer Gewalt sowie sexuellem Missbrauch.

2.1. Vernachlässigung

- des körperlichen Kindeswohls

Mangelhafte Versorgung und Pflege, wie unzureichende Ernährung, Pflege und Kleidung, Mangel an Gesundheitsfürsorge und Unterlassen ärztlicher Behandlung. Zu geringe Beaufsichtigung und Zuwendung. Unzureichender Schutz vor Risiken und Gefahren. Einem hohen Gefährdungsrisiko für Leben und Gesundheit sind kleine, aber auch behinderte Kinder ausgesetzt, die in besonderem Maße auf Fürsorge und Schutz angewiesen sind und keine oder kaum Möglichkeiten der Selbsthilfe haben.

- des seelischen Kindeswohls (emotionale Vernachlässigung)

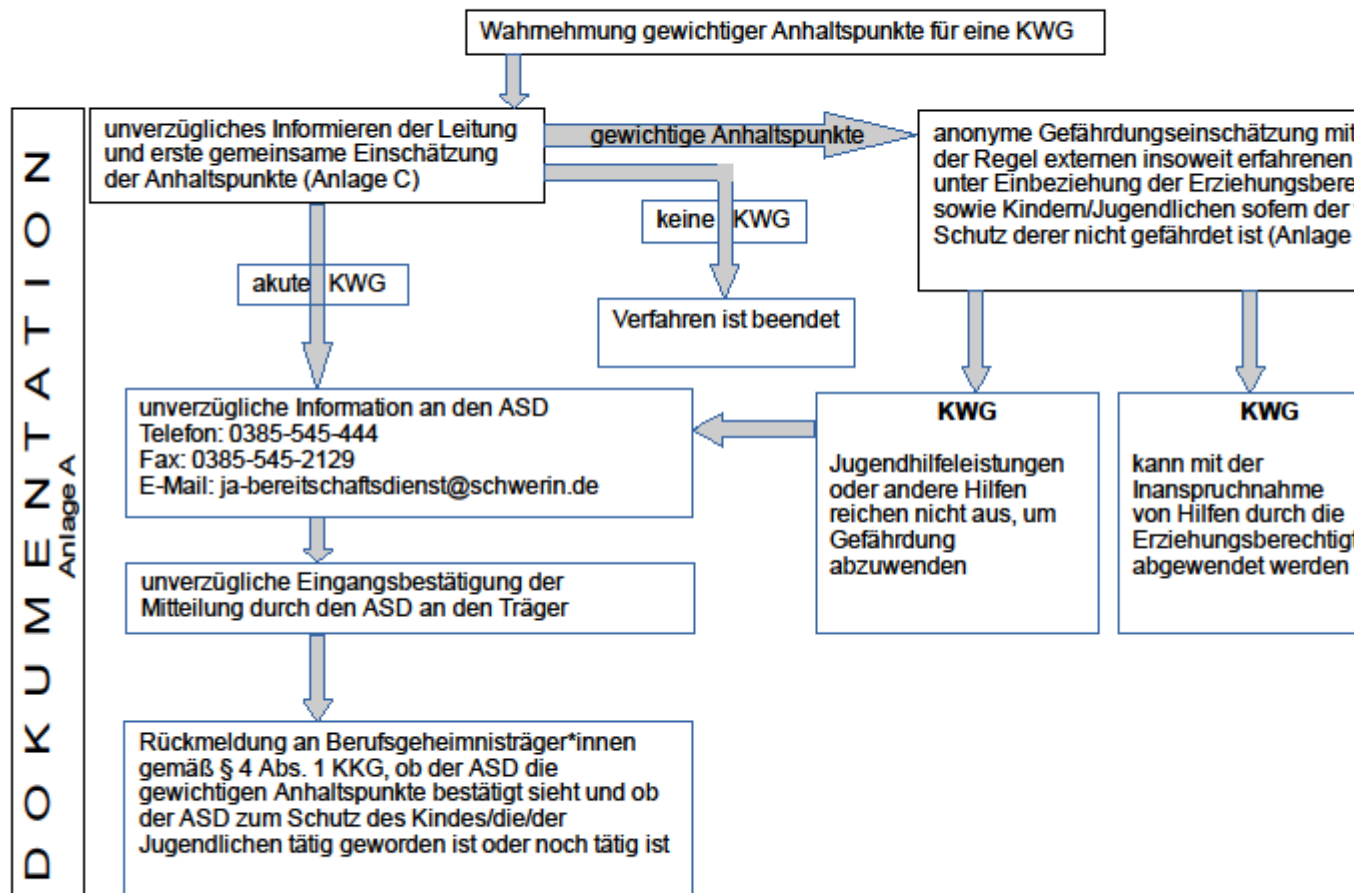
Ein unzureichendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht verlässliches, tragfähiges emotionales Beziehungsangebot. Mangel an Aufmerksamkeit und emotionaler Zuwendung, Nichteingehen auf die Bedürfnisse des Kindes, Unterlassen angemessener Erziehung.

- der geistigen Entwicklung

Mangel an Entwicklungsimpulsen und schulischer Förderung, insbesondere das Desinteresse der Eltern am regelmäßigen Schulbesuch des Kindes.

Anlage E

Ablaufschema bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung (KWG)



Kinderschutzkonzept

Kultur der Grenzachtung

Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH
Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum Schwerin

Kooperationsvereinbarung nach § 4 KKG

zum Umgang mit Kindeswohlgefährdenden Situationen zwischen

der Landeshauptstadt Schwerin als örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe

vertreten durch den Fachdienstleiter des Fachdienstes Jugend

und der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH

vertreten durch die Geschäftsführerin Katrin Kuphal

Präambel

Kinder und Jugendliche sollen seelisch, geistig und körperlich gesund aufwachsen. Sie müssen vor Vernachlässigungen, körperlicher und sexueller Gewalt sowie Misshandlungen geschützt werden.

Mit dieser Kooperationsvereinbarung tragen die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH sowie der Fachdienst Jugend der Landeshauptstadt Schwerin dazu bei, die Zusammenarbeit im Kinderschutz zu erweitern und konzeptionell zu einem präventiven Kinderschutz weiterzuentwickeln.

Damit werden die Intentionen des Gesetzgebers, wie sie im Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) formuliert sind, durch die Partner aufgegriffen. Verbindliche Formen der Erbringung von Leistungen und die Zusammenarbeit im Kinderschutz sowie die Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen im gemeinsamen Wirken mit Ehrenamt und öffentlicher Jugendhilfe werden hiermit vereinbart.

§ 1 Rechtliche Grundlagen

Die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH und der Fachdienst Jugend vereinbaren eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Interesse der zu schützenden Kinder und Jugendlichen. Die dafür notwendige Basis stellt diese Kooperationsvereinbarung dar, welche auf folgenden rechtlichen Grundlagen beruht.

(1) Der Fachdienst Jugend hat die Verantwortung für die Sicherstellung der Leistungen und Aufgaben nach dem SGB VIII. Dazu gehören insbesondere die Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes und die Realisierung des Schutzauftrages für Minderjährige bei der Gefährdung ihres Wohls. Gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII ist es die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe, Minderjährige vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen, insbesondere Minderjährige davor zu bewahren, dass sie in ihrer Entwicklung Schaden erleiden.

(2) Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) stellt im Artikel 1 das Kernstück des Bundeskinderschutzgesetzes (BKiSchG) dar. Der § 1 Absatz 1 des KKG legt das Ziel fest, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche,

Dokumentation der Schutz- und Hilfemaßnahmen

Anlage A

Datum: _____ Uhrzeit: _____

I. Ausgangsdaten

1. Name der meldenden Person

Träger/Einrichtung	Name/Funktion	Telefon/Mail

2. Gefährdete Minderjährige

Name, Vorname	geb.	Anschrift	Telefon

3. Eltern bzw. Erziehungsberechtigte und andere Bezugspersonen

Name, Vorname	geb./Alter	Anschrift	Telefon	Sorgerecht
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt

4. Der/die Minderjährige/n lebt/leben zurzeit

<input type="checkbox"/> in seiner/ihrer Familie	<input type="checkbox"/> bei sonstiger Bezugsperson	<input type="checkbox"/> bei einem Erziehungsberechtigten
<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> in einer Einrichtung	<input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz

5. Angaben zum Sachverhalt

- 5.1 Was wird geschildert?**
- Vernachlässigung des körperlichen Kindeswohls
 - Vernachlässigung des seelischen Kindeswohls (emotionale Vernachlässigung)
 - Vernachlässigung der geistigen Entwicklung
 - körperliche Misshandlung/Gewalt
 - psychische Misshandlung/seelische Verletzung
 - sexuelle Misshandlung
 - medizinische Unterversorgung

5.2 Darstellung der zu beurteilenden Situation

