



## Qualitätsbericht AHG Klinik Mecklenburg

für das Jahr 2010

---

Version 3.0.

---

Dorfstraße 3 · 19217 Vitense-Parber  
fon: 03 88 72.91-0 · fax: 03 88 72.91-22  
mecklenburg@ahg.de · www.ahg.de/mecklenburg

---



Anschrift

AHG Klinik Mecklenburg  
Dorfstraße 3  
19217 Vitense-Parber  
Tel: 038872/91-0  
Fax: 038872/91-22  
mecklenburg@ahg.de  
[www.ahg.de/mecklenburg](http://www.ahg.de/mecklenburg)

Träger:

AHG – Allgemeine Hospitalgesellschaft Nord  
Helmholtzstr. 17  
40215 Düsseldorf

Institutionskennzeichen: 511302234

Ansprechpartner

Für alle Fragen, per Post, telefonisch oder per E-mail, stehen zur Verfügung:

Verwaltungsdirektor

Kai Thorsten Timm  
Staatl. gepr. Betriebswirt  
Tel.: 038872/91-0  
Fax: 038872/91-22  
KTimm@ahg.de

Aufnahmeleitung

Bärbel Drews  
Wirtschaftskauffrau  
Tel.:038872/91-10  
Fax: 038872/91-22  
BDrews@ahg.de

Chefarzt

Dr. med. Thorsten Rottschäfer  
FA f. Innere Medizin, Psychotherapie, Sucht-  
medizin, Notfallmedizin und Sportmedizin  
Tel.: 038872/91-11  
Fax: 038872/91-22  
TRottschaefer@ahg.de

Leitender Psychologe

Dipl.-Psych. Ingo Susemihl  
Psychologischer Psychotherapeut  
Tel. : 038872/91-15  
Fax: 038872/91-22  
ISusemihl@ahg.de

Dieser Qualitätsbericht wurde für das Jahr 2010 erstellt (Berichtszeitraum 01.01.2010 bis 31.12.2010) und bezieht sich auf die im Kalenderjahr entlassenen Patienten (=255 Fälle).

## Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den Qualitätsbericht der AHG Klinik Mecklenburg für das Jahr 2010 vorlegen zu können.

Dieser wird zum vierten Mal als „Qualitätsbericht“ gemäß den Vorgaben vom Fachverband Sucht und der DEGEMED erstellt. Damit verknüpft sich der Anspruch, Ihnen die Leistungsfähigkeit unserer Klinik und unsere Leistungsqualität näher zu bringen und transparent darzustellen. Ein Höchstmaß an Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit sind unser erstes Ziel. Darum haben wir uns in der AHG Klinik Mecklenburg dazu entschlossen, unsere Einrichtung – neben den obligatorischen Qualitätssicherungsprogrammen der Renten- und Krankenversicherer – auch nach den Anforderungen der internationalen Norm DIN EN ISO 9001 in der aktuellsten Version des Jahres 2008 und der DEGEMED (Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V.) zertifizieren zu lassen.

In diesem Qualitätsbericht sind die aktuellen Schwerpunkte der therapeutischen Kompetenz der AHG Klinik Mecklenburg dokumentiert. Er zeigt Ihnen, dass wir eine innovative, am Wohl der Patienten und an den Interessen der Leistungsträger und Kooperationspartner orientierte Einrichtung der medizinischen Rehabilitation sind.

Wir wollen Ihnen mit diesem Bericht eine Informations- und Entscheidungshilfe an die Hand geben. Zum besseren Verständnis und zur besseren Lesbarkeit haben wir diesen Qualitätsbericht in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil bietet Ihnen Informationen zur Klinik sowie zum Behandlungs- und Rehabilitationskonzept. Im zweiten Teil haben wir uns bewusst an den Vorgaben orientiert, die vom Gesetzgeber für Akutkrankenhäuser erarbeitet worden sind. Die hier zusammengestellten Zahlen, Daten und Fakten geben einen tieferen Einblick für Experten und alle, die sich ein intensiveres Bild unseres Hauses machen wollen.

Dieser Qualitätsbericht wird jährlich aktualisiert erstellt und weiterentwickelt. Wir stehen Ihnen darüber hinaus gern mit ergänzenden Informationen und natürlich auch für Anregungen zur Verfügung. Nehmen Sie Kontakt zu uns auf, telefonisch, per E-Mail oder FAX, gern auch persönlich.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit verwendet der Bericht nur die männliche Schreibweise.

Mit den besten Wünschen

AHG Klinik Mecklenburg



## Kontaktadressen der Verbände



*Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Rehabilitation*

DEGEMED  
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.  
Geschäftsführer Dr. Wolfgang Heine  
Fasanenstr. 5  
10623 Berlin  
Tel: 030 / 28 44 96 -6  
Fax: 030 / 28 44 96 70  
[www.degemed.de](http://www.degemed.de)  
E-Mail: [degemed@degemed.de](mailto:degemed@degemed.de)



Fachverband Sucht e.V.  
Geschäftsführer Dr. Volker Weissinger  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Tel.: 02 28 / 26 15 55  
Fax: 02 28 / 21 58 85  
[www.sucht.de](http://www.sucht.de)  
E-Mail: [sucht@sucht.de](mailto:sucht@sucht.de)

<b>GELEITWORT</b>	<b>3</b>
<b>KONTAKTADRESSEN DER VERBÄNDE</b>	<b>4</b>
<b>1. REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNGEN</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Die AHG Klinik Mecklenburg</b>	<b>6</b>
1.1.1 Lage der Klinik und Ausstattung	6
1.1.2 Träger der Einrichtung	8
1.1.3 Beleger, Zulassungen und Verträge	9
<b>1.2 Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept</b>	<b>9</b>
1.2.1 Qualitätsverständnis	9
1.2.2 Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote	10
1.2.3 Rehabilitationskonzept	11
1.2.4 Besondere Betreuungsstrukturen	11
1.2.5 Ergebnisqualität	12
1.2.6 Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten	12
1.2.7 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte	12
1.2.8 Zertifizierung	12
<b>2 DOKUMENTATION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen</b>	<b>13</b>
2.1.1 Mitarbeiter	13
2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung	14
2.1.3 Medizinische Notfallversorgung	14
<b>2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder</b>	<b>14</b>
2.2.1 Indikation 1	14
2.2.2 Indikation 2	25
<b>3 QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung</b>	<b>26</b>
3.1.1 Strategische und operative Ziele	26
3.1.2 Umsetzung von Leitlinien	27
3.1.3 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen	27
<b>3.2 Qualitätssicherung für die Einrichtung</b>	<b>27</b>
3.2.1 Internes Qualitätsmanagement	28
3.2.2 Qualifizierung der Mitarbeiter	29
3.2.3 Externe Qualitätssicherung	29
3.2.4 Ergebnisse der internen Qualitätssicherung	30
3.2.5 Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten	31
<b>4 AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Sonstige Aktivitäten der Einrichtung</b>	<b>32</b>
<b>5 AUSBLICK UND AKTUELLES</b>	<b>33</b>
<b>6 GLOSSAR</b>	<b>34</b>
<b>7 Impressum</b>	<b>37</b>



# 1 Rehabilitation – Konzepte, Ergebnisse, Entwicklungen

## 1.1 Die AHG Klinik Mecklenburg

Die AHG Klinik Mecklenburg wurde im Jahre 1995 unter dem Namen „Fachklinik Parber“ unter der Federführung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte eröffnet. Im Rahmen einer konzeptionellen Neuausrichtung unserer medizinischen Rehabilitation im Jahr 2001 erhielt die Einrichtung einen neuen Namen: Fachklinik Mecklenburg. Nach Übernahme der Trägerschaft durch die Allgemeine Hospitalgesellschaft im Jahre 2007 trägt unser Haus den Namen „AHG Klinik Mecklenburg“.

Unsere Klinik ist eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation für „drogenabhängige“ Männer und Frauen, die von illegalen psychoaktiven Substanzen abhängig sind. Die AHG Klinik Mecklenburg hält besondere Angebote für Patienten vor, die neben ihrer substanzbezogenen Abhängigkeit auch an komorbiden psychischen Störungen (z.B. psychotische Störungen in der Postremissionsphase, Angststörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) leiden. Des Weiteren finden Personen, die nach einer Abstinenzphase wieder rückfällig geworden sind, eine neuerliche Aufnahmemöglichkeit in Form einer Rückfallbehandlung. Personen, die eine gemeinsame Behandlung mit ihrem ebenfalls suchtmittelabhängigen Partner wünschen, können in unserer Klinik eine Paarbehandlung durchführen. Zudem finden drogenabhängige Eltern bzw. Väter oder Mütter entsprechende therapeutische Angebote in der Klinik für eine gemeinsame Eltern-Kind-Behandlung.

Behandlungsleitendes Ziel ist die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Patienten. Die Klinik verfügt über insgesamt 82 Behandlungsplätze. Die Dauer der Regelbehandlung beträgt sechs Monate. Der federführende Sozialleistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Bund.

## 1.1.1 Lage der Klinik und Ausstattung

### Behandlungskapazität

Die Klinik verfügt über insgesamt 82 Behandlungsplätze. Jährlich werden in der Klinik etwa 250 Patienten behandelt. Dabei ist berücksichtigt, dass die Dauer der Therapie vorerst nach Vorgaben des Kostenträgers realisiert wird und der weitere Verlauf sich am Behandlungsfall orientiert.

### Geographische Lage

Es stehen insgesamt 82 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Reha-Phase-I findet im Haus I in Köchelstorf statt mit 24 Plätzen und die Reha-Phase-II im Haus II in Parber mit 58 Behandlungsplätzen. Beide Betriebsstätten befinden sich in 7 km Entfernung voneinander bei Rehna, einer Kleinstadt mit 2.700 Einwohnern zwischen den Städten Lübeck, Wismar und Schwerin. Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

### Räumlichkeiten

Im Haus I in Köchelstorf stehen 24 Behandlungsplätze für die Reha-Phase-I zur Verfügung. Es stehen Therapie- sowie Funktions- und Freizeiträume (z.B. eine Sauna) zur Verfügung. Für die Ergotherapie gibt es eine Werkstatt, welche auch in der Freizeit genutzt werden kann. Die medizinischen Funktionsräume sind bedarfsgerecht ausgestattet. Für sportliche Aktivitäten im Haus I steht ein Fitnessraum zur Verfügung. Des Weiteren werden die Gymnastikhalle im Haus II in Parber sowie ein Trainingszentrum im benachbarten Gadebusch genutzt. Es gibt Computer-Arbeitsplätze und einen eigenen Fernsehraum. Das Haus ist behindertenfreundlich gestaltet. Für die Patienten stehen Ein- und Zweibettzimmer mit Nasszelle zur Verfügung. Das Außengelände verfügt über einen Beachvolleyballplatz sowie eine Tischtennisanlage, einen Grillplatz und eine große Sonnenterrasse. Für die Freizeitgestaltung können auch die klinikeigenen Fahrräder genutzt werden.

Das Haus II in Parber (Reha-Phase-II) der Klinik befindet sich in der Ortschaft Vitense-Parber. Die Klinikanlage des Hauses umfasst hier ein ca. vier Hektar großes Grundstück mit insgesamt sechs Gebäuden. Die Unterbringung der Patienten erfolgt in Ein- und Zweibettzimmern, jeweils mit eigenem Sanitärbereich in fünf Einzelhäusern. Es sind bis zu 12 Patienten, bei einer maximalen Aufnahmekapazität von 58 Patienten, in jeweils einem Gebäude untergebracht, das auch über einen Gruppen- und einen Aufenthaltsraum mit eigener Teeküche verfügt. In Parber können bis zu sechs Kinder im nicht-schulpflichtigen Alter mit ihren Müttern und/ oder Vätern aufgenommen werden. Den Eltern können Bedarfsmittel (z.B. Kinderwagen, Babywaage etc.) zur Verfügung gestellt werden. Für die Kinder der Patienten steht eine moderne Kindertagesstätte unter der Leitung einer Erzieherin zur Verfügung.

Die Sport- und Bewegungstherapie im Haus II in Parber verfügt über eine Gymnastikhalle sowie einen Fitnessraum (4 bis 6 Plätze), einen Sportplatz für Mannschaftsspiele, über verschiedene Außensportmöglichkeiten (Fahrräder, Federball, Boccia) sowie über eine Sauna mit Ruheraum. Außerdem ist die Klinik mit einem Reitplatz für therapeutisches Reiten ausgestattet. Die klinikeigenen Pferde werden auch im Rahmen der Arbeitstherapie von Patienten versorgt und gepflegt. Der arbeits- und ergotherapeutische Bereich verfügt über zwei Werkstätten. Außerdem ist ein weiterer Raum mit Computerarbeitsplätzen ausgestattet. Die Klinik hält Fernseh- und Freizeiträume für Patienten sowie eine selbstverwaltete, bis in die Abendstunden und am Wochenende geöffnete Cafeteria vor.



Die Klinik ist „rauchfrei“, für Raucher stehen jeweils separate Plätze auf dem Außengelände der Klinik zur Verfügung.

Für Patienten mit starken Sehbehinderungen sowie Hörschäden ist die Klinik nicht adäquat ausgestattet.

## **Personalausstattung**

In der AHG Klinik Mecklenburg arbeiten Mitarbeiter mit verschiedenen Qualifikationen. Für die Durchführung von physiotherapeutischen Maßnahmen stehen Krankengymnasten aus der Region zur Verfügung. Diese führen die Behandlung auf ärztliche Anordnung in den Räumen der AHG Klinik Mecklenburg durch. Das Aufnahmesekretariat, häufig erster Ansprechpartner für zuweisende Einrichtungen und Patienten, ist mit einer erfahrenen Mitarbeiterin, die in Zusammenarbeit mit dem Chefarzt für Fragen und Anliegen zuständig ist, besetzt.

Die ärztliche Rufbereitschaft wird jeweils im Wechsel durch einen Arzt der Klinik in den Abend- und Nachtzeiten sowie am Wochenende (24 Stunden) realisiert. Alle im ärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Mitarbeiter sind seit Jahren im Suchtbereich erfahren und im Umgang mit Rückfällen und psychiatrischen Krisen erfahren. Für die Durchführung von physiotherapeutischen Maßnahmen stehen Krankengymnasten aus der Region zur Verfügung. Diese führen die Behandlung auf ärztliche Anordnung in den Räumen der AHG Klinik Mecklenburg durch.

Der fachärztliche psychiatrische Hintergrunddienst wird durch den Oberarzt der Klinik realisiert. In seiner Abwesenheit wird dieser Dienst durch den Chefarzt der AHG Klinik Lübeck abgedeckt.

Bei akuten medizinischen Notfällen in der Nacht oder am Wochenende (z. B. Distorsion, Verletzungen oder ggf. Frakturen) wird nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt der Kassenärztliche Notdienst gerufen oder wenn nötig der Rettungsdienst eingeschaltet. Beide Dienste können innerhalb von Minuten maximal einer Viertelstunde in der Klinik aktiv werden. Wenn psychische Krisen, z. B. wie Rückfall oder Abbruchgedanken sich zeigen und die Pflegekraft keine zufriedenstellenden Lösungen findet, wird der Arzt aus der Rufbereitschaft in die Klinik gerufen.

Die Klinik ist 24 Stunden am Tag x 7 Tage in der Woche mit Fachpersonal besetzt. Sowohl im Haus I in Köchelstorf als auch im Haus II in Parber gibt es einen täglichen „pflegerischen Nachtdienst“ in der Zeit von 17:30 bis 08:30 Uhr, der durch qualifizierte examinierte und zumeist langjährig erfahrene Pflegekräfte realisiert wird. Zu den Aufgaben des Nachtdienstes gehört u.a. die Begleitung des Abendprogramms der Patienten, das von uns als äußerst wichtig erachtete Monitoring auf Alkohol- und Drogenkontrollen (häufig auch in der Nacht und frühen Morgenstunden), Medikamentenausgabe, Entgegennahme der An- und Abmeldungen der geplanten Ausgänge und Erprobungsheimfahrten. Der Nachtdienst ist ein wichtiger Ansprechpartner bei Fragen und Sorgen der Patienten, kontrolliert darüber hinaus die Einhaltung der Regeln bzw. der Hausordnung und der Nachtruhe. In beiden Betriebsstätten ist in allen für Patienten zugänglichen Räumen eine Notrufanlage installiert.

An den Wochenenden besteht ein therapeutischer Präsenzdienst, der neben Kriseninterventionen auch ein strukturiertes Behandlungsangebot am Samstag und am Sonntag sowie an Feiertagen durchführt und begleitet.

## Vernetzung

Die AHG Klinik Mecklenburg arbeitet mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, mit den ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Behandlungsstellen im Einzugsbereich sowie mit dem medizinischen Versorgungssystem (niedergelassenen Ärzten und Allgemeinkrankenhäusern) zusammen. Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe sind unsere wichtigsten Partner. Die Mitglieder der Klinikleitung sind in verschiedenen Fachgremien, Fachverbänden, Psychotherapieinstituten tätig und engagieren sich in der Weiterbildung von Mitarbeitern in der medizinischen Versorgung und in der Suchtkrankenhilfe.

## Ernährung

In der Klinik wird auf die gesunde Ernährung der Patienten besonderen Wert gelegt. Dabei werden die entsprechenden Empfehlungen und Richtlinien des federführenden Sozialleistungsträgers beachtet. Es besteht für die Patienten die Möglichkeit, vegetarische Kost zu sich zu nehmen. Für Kinder wird ein besonderes Essen vorgehalten. Die Ernährung entsprechend ärztlich verordneter Diätvorschriften ist selbstverständlich. Auf weitere besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. im Zusammenhang mit religiösen Vorschriften) wird konsequent eingegangen.

## Hygienemanagement

Der für die AHG Klinik Mecklenburg geltende Hygieneplan regelt das Hygienemanagement und deren Verantwortlichkeit, die Basishygiene, die Reinigung und Desinfektion, die Aufbereitung von Medizinprodukten, die Hygiene der Wäsche und Bekleidung, den Umgang mit Lebensmitteln, die Abfallbeseitigung, die Schädlingsprophylaxe bzw. –bekämpfung, die Kontrolle der Wasserqualität, die hygienischen Anforderungen im Kindergarten, der Umgang mit Biostoffen, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die Impfungen des Personals, die Erste Hilfe und spezifische hygienische Anforderungen.

### 1.1.2 Träger der Einrichtung

Die Allgemeine Hospitalgesellschaft (AHG) arbeitet seit Anfang der siebziger Jahre als Dienstleistungsunternehmen für die Gesundheit von Menschen.

Seit der Gründung der ersten Einrichtung, der Fachklinik für Suchterkrankungen in Bad Tönisstein im Jahre 1973 wurden neuartige Konzepte und Grundsätze für die Behandlung chronisch kranker Menschen in Deutschland umgesetzt. Professionelle Angebote führen bis heute durch wissenschaftlich fundierte Behandlungskonzepte, kompakte Therapien, hochqualifizierte und engagierte Mitarbeiter und einen hohen Ausstattungsstandard zu messbarem Therapieerfolg. Verhaltensmedizinische Grundsätze prägen heute die Arbeit in allen Kliniken und Therapiezentren der Allgemeinen Hospitalgesellschaft, die in hoher Eigenverantwortung von den leitenden Mitarbeitern vor Ort geführt werden.

### 1.1.3 Beleger, Zulassungen und Verträge

Der federführende Sozialleistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Bund. Die AHG Klinik Mecklenburg wird von allen Renten- und Krankenversicherungen gemäß SGB VI (§ 13, Absatz 1, in Verbindung mit § 15, Absatz 2) und SGB IX (§ 21) belegt. Die Inanspruchnahme der Behandlung über die Finanzierung der freien Heilfürsorge oder über Selbstzahlung ist möglich. Die Klinik ist eine Ein-



richtung der medizinischen Rehabilitation und verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V. Die Klinik ist Mitglied im Fachverband Sucht e.V.

## 1.2 Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept

Ausgehend von einem multifaktoriellen Störungsverständnis, das die Interaktion körperlicher, sozialer und psychischer Faktoren berücksichtigt, bezieht sich die medizinische Rehabilitation als Entwöhnungsbehandlung in der AHG Klinik Mecklenburg auf kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemische Sichtweisen, die in der medizinisch-psychiatrischen Versorgung, in der Psychotherapie, der klinischen Sozialarbeit und den Fachtherapien im Rahmen der Klinik umgesetzt werden. Die zentralen therapeutischen Grundhaltungen beziehen sich auf den Abbau von persönlichen Lerndefiziten, die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Reaktivierung vorhandener Lebensressourcen der Patienten.

Das Behandlungskonzept berücksichtigt zum einen die mittlerweile fast 15jährigen Erfahrungen unserer Klinik in der Rehabilitationsbehandlung von Drogenabhängigen und zum anderen die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien sowie die aktuellen AWMF-Leitlinien für die Suchtbehandlung. Somit werden „bewährte“ Traditionen in der Drogenarbeit, innovative und evidenzbasierte Verfahren der Suchtbehandlung miteinander verknüpft. Im Rahmen unseres Konzepts werden ebenso die „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion“ der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV, 2009) modifiziert für die stationäre medizinische Rehabilitation von Drogenabhängigen umgesetzt.

### 1.2.1 Qualitätsverständnis

Die AHG hat sich für einen konsequenten Weg des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung entschieden. Die Umsetzung von hoher Strukturqualität, die Anwendung moderner, leitlinienorientierter evidenzgestützter Behandlungsprogramme im Rahmen der Prozessqualität und eine systematische Evaluation der Therapieerfolge (Ergebnisqualität) sind selbstverständlich. Genauere Informationen zu den Qualitätsstandards der AHG findet sich auf der Internetseite [www.ahg.de](http://www.ahg.de)

#### Aus der Unternehmensphilosophie der AHG

##### Unsere Aufgabe ist Gesundheit

Wir erfüllen mit unserer gemeinsamen Arbeit den Versorgungsauftrag der Leistungsträger und Zuweiser. Im Mittelpunkt steht das individuelle Wohl jedes einzelnen Patienten, der von uns zum Experten seiner eigenen Gesundheit gemacht wird.

##### Wir arbeiten kundenorientiert

Unser Erfolg beruht auf dem Vertrauen unserer Kooperationspartner und unserer Patienten in die verantwortungsvolle und zielgerichtete Förderung jedes Einzelnen.

##### In unserem Unternehmen arbeiten Menschen für Menschen

Unsere Mitarbeiter sind unser wichtigstes Kapital. Grundlage der Behandlungserfolge sind Qualität und Erfahrung ebenso wie konzeptionelle und personelle Kontinuität.

Das Rehabilitationskonzept der AHG Klinik Mecklenburg ist aus der Unternehmensphilosophie der AHG abzuleiten und fußt auf drei Grundprinzipien, die im Folgenden dargestellt werden:

1. Es wird eine umfassende, ganzheitliche medizinische Rehabilitationsbehandlung durchgeführt.
2. Es wird ein strukturierter Rehabilitationsprozess umgesetzt, in dem verschiedene Elemente schrittweise durchlaufen werden.
3. Die AHG Klinik Mecklenburg fühlt sich als spezifisch qualifiziertes Dienstleistungsunternehmen gegenüber den Patienten und den Kooperationspartnern verpflichtet, um auf optimale Weise den Heilungsprozess von Betroffenen voranzutreiben und eine objektive sozialmedizinische Beurteilung zu ermöglichen.

Die medizinische Rehabilitation wird als Behandlungsmaßnahme mit dem primären Ziel verstanden, die Folgen einer chronischen Erkrankung abzuwenden, zu beseitigen oder zu bessern, um den Betroffenen einen ihren Neigungen, Fertigkeiten und Fähigkeiten entsprechenden Platz im sozialen Leben, insbesondere im Berufsleben (Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit) zu sichern.

In der AHG Klinik Mecklenburg erfolgt eine Integration moderner (sozial-)medizinischer, psychiatrischer und psychologischer (vorwiegend verhaltenstherapeutischer) Behandlungsansätze, verbunden mit sozialtherapeutischen Interventionen in einem multiprofessionellen Mitarbeiterteam. Die verschiedenen psychologischen, sozialen und medizinisch-psychiatrischen Interventionen werden optimal aufeinander abgestimmt. Regelmäßige Fallkonferenzen im Rehabilitations-Team stellen die hohe Qualität in der Versorgung der Patienten sicher.

Bei der Behandlungsmaßnahme wird ein schrittweises, strukturiertes Vorgehen umgesetzt. Es orientiert sich am transtheoretischen Veränderungsmodell. Dieses Modell stellt die Leitidee für die Rehabilitationsmaßnahme dar und ist eine wichtige Orientierung für die Planung konkreter Interventionen. Unter dem Gesichtspunkt des therapeutisch-organisatorischen Ablaufs ergeben sich folgende Phasen im Rehabilitationsprozess:

- (1) Selbstreflexionsphase
- (2) Veränderungsphase
- (3) Erprobungsphase.

Um einen möglichst stabilen Transfer der während der Behandlung erreichten Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Alltag der Patienten zu gewährleisten, sind alle Behandlungsangebote der AHG Klinik Mecklenburg darauf ausgerichtet, Patienten zur Erprobung in typischen Alltagssituationen anzuregen. Unter Beachtung der Regelungen der Leistungsträger werden die Patienten frühzeitig motiviert, Aktivitäten zur Realitätsbewältigung durchzuführen.

Für den langfristigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation sind die berufliche und soziale Reintegration von großer Bedeutung. Die in der AHG Klinik Mecklenburg vorhandenen spezifischen sozialmedizinischen und sozialtherapeutischen Angebote sollen helfen, nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme, eine reguläre Erwerbstätigkeit als einen wichtigen Indikator für die Umsetzung der mittels der Rehabilitationsbehandlung gesicherten oder neuerreichten Erwerbsfähigkeit aufzunehmen. Die Arbeitstherapie, spezifische Trainings- und Unterstützungsangebote bei der Arbeitssuche, Schuldnerberatung und Hilfen bei der Haushaltsführung sollen den Übergang in den Alltag erleichtern und eine psychosoziale und berufliche Stabilisierung bzw. Neuorientierung ermöglichen. Bei vielen Patienten ist die Weiterleitung in eine Adaptionseinrichtung notwendig, um den in der Entwöhnungsbehandlung begonnenen psychosozialen Stabilisierungsprozess zu festigen und langfristig abzusichern.

Die interdisziplinäre Behandlung in der AHG Klinik Mecklenburg steht unter der Verantwortung des Chefarztes. Der zuständige Bezugsarzt ist für die medizinische Betreuung der Patienten verantwortlich. Der Bezugstherapeut koordiniert alle Therapiemaßnahmen und ist für die Patienten als Primär-

behandler der unmittelbare Ansprechpartner. Auch im Falle einer Wiederaufnahme zur erneuten Behandlung (z.B. nach Rückfälligkeit) werden die Patienten (sofern möglich) durch ihren ehemaligen Bezugsarzt bzw. -therapeuten behandelt.

Die AHG Klinik Mecklenburg versteht ihre Arbeit als störungsreduzierende und somit gesundheitsfördernde Dienstleistung gegenüber den Patienten. Bei den Behandlungselementen und auch bei der Therapieorganisation steht die Förderung von Autonomie der Patienten im Mittelpunkt. Die therapeutischen Mitarbeiter der Klinik gestalten ihr Beziehungsverhalten so, dass eine Atmosphäre entsteht, die den Prozess der Förderung von Änderungsmotivation und die Entwicklung von Änderungskompetenz bei den Patienten systematisch unterstützt. Auch die organisatorischen und verwaltungstechnischen Abläufe der Klinik orientieren sich an der Würde und Selbstverantwortlichkeit der Patienten.

## **1.2.2 Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote**

Die Therapieangebote der medizinischen Rehabilitation in der AHG Klinik Mecklenburg orientieren sich an den AWMF-Leitlinien zur Behandlung der Abhängigkeit illegaler Drogen und den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM), wie sie in den „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion“ durch die DRV Bund (DRV, 2009) vorgegeben worden sind. Die Therapieangebote werden individuell auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt.

Die ausführliche Beschreibung unserer Therapieangebote findet sich in unserem Rehabilitationskonzept, das auf der Internetseite der Klinik veröffentlicht ist. Gerne schicken wir dem Leser das Konzept auf Anfrage auch zu.

## **1.2.3 Rehabilitationskonzept**

Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept der AHG Klinik Mecklenburg basiert auf einem multifaktoriellen Bedingungsmodell der Suchtmittelabhängigkeit, in dem biologische Faktoren (z.B. genetische Einflüsse), psychische und soziale Bedingungen sich gegenseitig beeinflussen und die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit begünstigen, wobei die psychotrope Substanz selbst ihrerseits wieder Auswirkungen auf die auslösenden Bedingungen hat.

## **1.2.4 Besondere Betreuungsstrukturen**

In der AHG Klinik Mecklenburg werden drogenabhängige Frauen und Männer aufgenommen. Die Klinik verfügt seit 15 Jahren über spezifische therapeutische Kompetenzen für suchtmittelabhängige Patienten mit weiteren psychischen bzw. psychiatrischen Störungen.

Der individuelle Therapieansatz sowie die besonders intensive psychiatrische Behandlungsmöglichkeit erlauben es weiter, in der Klinik Patienten mit psychotischen Störungen (in der Postremissionsphase) aufzunehmen, die zusätzlich eine Abhängigkeitsproblematik aufweisen. Für diese Patientengruppe besteht ein Beratungsangebot vor Antritt der Maßnahme, so dass die Notwendigkeit der Entwöhnungsbehandlung festgestellt bzw. bestätigt und die Rehabilitationschancen abgeschätzt und unter Umständen bestehende Ängste vor der Behandlung minimiert werden können.

Außerdem verfügt die Klinik über spezifische Therapieangebote für suchtmittelabhängige Patienten,

1. die nach einer (längeren) Abstinenzphase wieder rückfällig geworden sind („Rückfallbehandlung“),
2. die eine gemeinsame Behandlung mit ihrem ebenfalls suchtmittelabhängigen Partner wünschen („Paarbehandlung“),
3. bei denen eine gemeinsame Aufnahme zur Therapie mit ihren Kindern (bis zum sechsten Lebensjahr) indiziert ist („Eltern-Kind-Behandlung“).

Sowohl für Patienten mit einem ADHS als auch für Patienten mit einer Hepatitis-erkrankung hält die Klinik besondere Behandlungsmöglichkeiten vor.

Patienten aus Aussiedlerfamilien mit Ausdrucksschwierigkeiten in der deutschen Sprache können wir Behandlung in russischer Sprache anbieten.

Aufgenommen werden Frauen und Männer in der Regel ab 18 Jahren mit einer gültigen Kostenzusage oder als Privatzahler.

Es können Patienten gemäß §35 BtMG (Zurückstellung der Strafe bei Durchführung einer Entwöhnung) sowie gemäß §37 BtMG (Anrechnung der Zeit der Entwöhnungsbehandlung auf Strafe bzw. Aussetzung der Reststrafe nach regulär durchlaufener Entwöhnung) aufgenommen werden.

Aufgrund der guten ärztlichen Versorgung und einer engen Kooperation mit gynäkologischen Facharztpraxen sowie Fachabteilungen (z.B. Helioskliniken Schwerin, Mutter-Kind-Zentrum Hagenow, Universitätsklinikum Lübeck) werden schwangere Frauen mit Drogenabhängigkeit in der Klinik bevorzugt aufgenommen. Diese Patientinnen erfahren auch eine besondere psychologische Betreuung, so dass die spezifischen Ängste und Hoffnungen der Frauen bearbeitet werden können.

Alle Patienten sollen vor Aufnahme Kontakt zu einer psychosozialen Beratungsstelle, einer ärztlichen (Schwerpunkt)Praxis, einer Institutsambulanz oder einer Entzugseinrichtung aufgenommen haben. Vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme muss eine Entzugstherapie durchgeführt worden sein. Stationäre oder ambulante Entgiftungsbehandlungsplätze stehen z.B. in der AHG Klinik Lübeck oder in den Helioskliniken Schwerin zur Verfügung. Eine Aufnahme in entsprechend qualifizierte Fachabteilungen zur Entzugsbehandlung kann auch überregional durch die AHG Klinik Mecklenburg vermittelt werden.

Kontraindikationen für eine Aufnahme sind aktuelle vordergründige Suizidalität, produktive psychotische Symptomatik, ausgeprägte hirnorganische Störungen, ansteckende körperliche Krankheiten, die eine Gefährdung für Mitpatienten darstellen sowie schwere somatische Erkrankungen, die zunächst eine primär (akut-)medizinische Behandlung notwendig machen. Zur Prüfung der Aufnahmemöglichkeit von Patienten mit schweren Körperbehinderungen oder Betroffenen mit geringen Deutschkenntnissen, bei denen eine Therapie in einer Fremdsprache notwendig werden könnte, ist ein Vorstellungsgespräch notwendig.

### **1.2.5 Ergebnisqualität**

Allen Mitarbeitern der AHG Klinik Mecklenburg ist es wichtig, dass unsere Patienten erfolgreich behandelt werden. Mit verschiedenen Verfahren (wöchentliche Zufriedenheitsbewertung, Abschlussbeurteilung zu Therapieende, standardisierte Eingangs- und Abschlussdiagnostik und routinemäßige 1-

Jahreskatamnese) kontrollieren und dokumentieren wir deshalb die Behandlung; denn nur, was erfasst wird, kann auch verbessert werden.

### **1.2.6 Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten**

Im Jahr 2010 wurden in unserer Klinik 255 Patienten behandelt und entlassen. Die mittlere Verweildauer betrug 104,3 Tage.

### **1.2.7 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte**

Entsprechend den Ergebnissen der Suchtforschung, klinischer Erfahrungen und Erkenntnisse wird das bestehende Rehabilitationskonzept fortlaufend in Absprache mit dem federführenden Leistungsträger ergänzt und modifiziert.

### **1.2.8 Zertifizierung**

Die AHG Klinik Mecklenburg fühlt sich dem Qualitätsmanagement verpflichtet. Seit Ende 2009 wird ein internes QM-System nach den Anforderungen der internationalen Norm DIN EN ISO 9001 in der aktuellsten Version des Jahres 2008 und der DEGEMED, etabliert. Die für Anfang September 2011 anstehende Zertifizierung orientiert sich an der Vereinbarung der Rehabilitationsträger nach SGB IX (§ 20 Abs. 2a) und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nach SGB IX (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5) vom 01. September 2009.

## 2. Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten

Im folgenden Kapitel haben wir als weitere Informationsgrundlagen detailliertere Zahlen, Daten und Fakten unserer Klinik zusammengestellt.

### 2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen

Die für die Indikationen relevanten Kriterien aus dem gemeinsamen Strukturhebungsbogen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden erfüllt. Der Personalstand ist mit dem federführenden Leistungsträger verabredet.

#### 2.1.1 Mitarbeiter

Berufsgruppe	Anzahl (Vollzeitstellen)	Qualifikationen
<b>Ärzte</b>		
<i>Abhängigkeitserkrankungen</i>		
Leitender Arzt (Chefarzt)	1,0	FA f. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Suchttherapeut
Oberarzt	1,0	FA f. Innere Medizin, Psychotherapie, Suchtmedizin, Notfallmedizin und Sportmedizin
Assistenzarzt	1,0	Funktionsarzt
<b>Pflegedienst</b>		
Pflegedienstleitung	1,0	Krankenpflegerin
Examierte Krankenschwestern	5,0	Krankenpflegerin
Nicht-examierte Pflegekräfte	2,0	Altenpflegerin
Arzthelferin	1,0	Arzthelferin
<b>Therapeuten</b>		
Leitender Psychologe	1,0	Psychologischer Psychotherapeut; Supervisor
Psychologischer Psychotherapeut	3,0	Psychologische Psychotherapeuten
Diplom-Psychologen/Bezugstherapeuten	6,0	Dipl.-Psychologen; Dipl.-Sozialpädagogen mit Zusatzausbildung, Dipl.-Pädagogin;
<b>Physiotherapeuten</b>		
Ergotherapeuten	1,75	Ergotherapeutin
Sporttherapeuten	1,5 /2,0	Dipl.-Sportlehrer; Gymnastiklehrerin ; Reittherapeutin: 0,2; externe Sportbetreuung: 0,3
<b>Masseure</b>		
Diplom-Sozialarbeiter	2,0	Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin.; Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (staatl. anerkannt)
<b>Diplom-Sozialpädagogen</b>		
Ernährungsberatung	0,5	Diät-Assistentin
Erzieherin	1,0	Erzieherin

---

Arbeitstherapeut	1,0	Ergotherapeut
Verwaltung	6,3	
Hauswirtschaft	2,0	Dipl.-Landwirtin; Hauswirtschaftsmeisterin
Technischer Dienst		
Köchin	1,0	Köchin

Stand: 31.12.2010

## 2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung

In beiden Häusern der Klinik sind jeweils ein Notfallkoffer, ein Defibrillator und ein EKG-Gerät vorhanden. Für Atemluft- und Urinkontrollen sind entsprechende Testgeräte und Drogenscreenings vorhanden. In der Regel werden Blut- und Urinwerte im Fremdlabor analysiert.

## 2.1.3 Medizinische Notfallversorgung

Die medizinische und psychiatrische Notfallversorgung erfolgt über den diensthabenden Notarzt des Landkreises und über den diensthabenden Arzt der Klinik.

## 2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder

### 2.2.1 Indikation 1

Suchterkrankungen im Sinne der Abhängigkeit von illegalen Drogen stellt die Indikation für eine Behandlungsaufnahme in unserer Klinik dar. Vor dem Hintergrund des behandlungsleitenden Ziels der Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, ergeben sich eine Reihe damit verbundener Teilziele.

#### 2.1.1.1 Therapiekonzept

Die Dauer der stationären Rehabilitationsbehandlung in der AHG Klinik Mecklenburg beträgt in der Regel sechs Monate. Abhängig von der individuellen Situation der Patienten können kürzere oder längere Aufenthaltszeiten sinnvoll sein. Der Ablauf besteht aus zwei Phasen, in denen die Patienten zum einen ein vorgegebenes Therapieprogramm durchlaufen, in erster Linie Therapie in der Bezugsgruppe, sowie Standardtrainings und zum anderen individuell indikativen Angeboten zugewiesen werden.

Der Behandlungsablauf orientiert sich am transtheoretischen Stadien-Modell der Veränderung. Dabei gehören die Motivationsarbeit in der Ahnungs- und Absichtsphase zum ersten Abschnitt der Rehabilitationsbehandlung, im zweiten Therapieabschnitt werden schwerpunktmäßig Techniken durchgeführt, die der Aktionsphase zuzurechnen sind und der Veränderung von Verhalten und der Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens dienen. So können sich in Abhängigkeit von den verschiedenen Problemdimensionen die einzelnen Veränderungsphasen überschneiden.

## Übersicht über Inhalte und Dauer

Phase	Wichtige Inhalte	Dauer
Aufnahme	Prüfung der Eingangsvoraussetzungen, u.a. Clean-Status	Aufnahmetag
Reha-Phase-I	Diagnostik, Selbstreflexion, Motivationsförderung, Therapiezielfindung, Behandlungsplanung	Ca. 4 – 8 Wochen
Reha-Phase-II	Veränderungs-, Erprobungs- und Stabilisierungsphase Teilnahme an arbeitsbezogenen Leistungen und indikativen Angeboten entsprechend den Ergebnissen der Diagnostik	Ca. 18 – 22 Wochen

### Reha-Phase-I

Zu Beginn der stationären Behandlung (Reha-Phase-I), die zwischen vier und acht Wochen umfasst, stehen folgende Aspekte im Vordergrund: die medizinische und sozialarbeiterische Aufnahme, die systematische Erfassung der Problemlage des Patienten (Selbstreflexionsphase), die Förderung der Änderungsbereitschaft beim Betroffenen sowie die Entwicklung von Behandlungszielen. Die Ergebnisse dieser Therapiestufe führen zur Entscheidung darüber, ob eine Fortführung der stationären Behandlung indiziert und erfolgversprechend ist, ob alternative Behandlungsformen möglich sind (z. B. eine stationäre soziotherapeutische Betreuung) und welche Schwerpunkte im Rahmen der weiteren Entwöhnungstherapie bearbeitet werden müssen.

Die Reha-Phase-I wird für Einzelpatienten und für Paare im Haus I in Köchelstorf durchgeführt. Patienten mit Kindern beginnen ihre Behandlung im Haus II in Parber, da dort die entsprechende Kinderbetreuung angeboten wird.

Die Patienten werden einer von 3 Bezugsgruppen zugeordnet, die unter der Leitung eines Psychotherapeuten steht. Mit ihrer Bezugsgruppe durchlaufen die Patienten ein wöchentliches Standardprogramm, das aus vier gruppentherapeutischen Sitzungen besteht, einmaliger Ergotherapie, alternativ zweimal Arbeits- oder Ergotherapie sowie dreimalige 90 Minuten Sporttherapie. Die Maßnahmen in der Bezugsgruppe haben regelhaft eine Dauer von 90 Minuten. Ergänzt wird die Bezugsgruppentherapie durch mindestens ein Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten sowie Schulungen/Psychoedukation, indikative Gruppen sowie optionale indikative Einzelmaßnahmen. Zudem werden Einzelberatungen durch den Sozialdienst vorgenommen.

Die in dieser Phase durchgeführte Diagnostik dient dazu, ein umfassendes Bild über die somatische, soziale und psychische Situation der Patienten zu erhalten. Neben einer ausführlichen medizinischen und psychologischen Anamnese und Eingangsuntersuchung, die auch Laboruntersuchungen einschließt, werden auch strukturierte Gespräche mit dem Sozialdienst durchgeführt. Die psychiatrische Diagnostik wird durch ein Eingangsgespräch mit dem leitenden Arzt eingeleitet und bei Bedarf durch systematische Erhebungsmethoden zur Erfassung des psychischen Befundes sowie klinisch-psychologische Interviewverfahren ergänzt.

Im Rahmen der psychologischen Diagnostik erhalten die Patienten Selbstbeurteilungsbögen zur Erfassung der Primärmerkmale der Abhängigkeit, der erlebten Konsequenzen (Sekundärmerkmale), dem Verlauf des Suchtmittelkonsums sowie Verfahren zur Erhebung weiterer psychischer Störungen und Problembereiche. Bei entsprechender Notwendigkeit kommen Verfahren zur kognitiven (intellektuellen) Leistungsfähigkeit zum Einsatz. BDI und FPI werden regelhaft durchgeführt.

Zum Ende der Reha-Phase-I werden die Ergebnisse mit den Patienten besprochen. Die Ergebnisse der Diagnostik sind neben der klinischen Beobachtung Grundlage für die Planung der weiteren Behandlung und die individuelle Zuweisung zur zukünftigen Therapiegruppe. Bei vielen Patienten ist allerdings nicht auszuschließen, dass wichtige diagnostische Informationen erst nach längerer (vertrauensvoller) therapeutischer Arbeit gewonnen werden können. Während der Reha-Phase-I haben die Patienten keinen Ausgang, d.h. sie dürfen das Klinikgelände nicht allein verlassen. Die Patienten haben jedoch die Möglichkeit von zeitlich begrenzten Spaziergängen. Die Organisation und die Inhalte der Diagnostikphase orientieren sich an der körperlichen und psychischen Verfassung der Patienten.

In dieser ersten Phase stehen einige Patienten der Rehabilitationsmaßnahme ambivalent gegenüber und zeigen Schwierigkeiten mit der Regel- und Struktureinhaltung und der Erfassung der Bedeutung von Anstrengungsbereitschaft und Mitwirkungspflicht. Das Ausmaß von intrinsischer initialer Motivation ist häufig gering ausgeprägt, hingegen spielen Außeneinflüsse bei der Therapieentscheidung eine große Rolle, wobei die deklarative Motivation im Sinne einer Absichtsbildung (Volition) durch Prozesse nicht-deklarativer Motivation, also automatisierter Verhaltensweisen in hohem Maße beeinträchtigt ist. So zeigen viele Patienten, z.B. in ihrer Sprache, im Auftreten oder in der Kleidung noch eine deutliche Nähe zu ihrem abhängigen Konsumverhalten und ihrem drogenbestimmten Lebensmilieu.

In der ersten Therapiephase ist von Bedeutung, dass die Patienten in der Klinik als Ort der Therapie ankommen, sich in die Behandlungsabläufe einfinden, Restentzugssymptome überwinden und erstes Vertrauen in die therapeutische Zusammenarbeit fassen.

Die Förderung der Änderungsbereitschaft, die auch eine bewusste Entscheidung bezüglich des zukünftigen Konsumverhaltens ermöglicht, ist nach empirischen Erkenntnissen durch folgende motivationale Interventionstechniken zu erreichen: Vermittlung von Informationen zur Förderung des Problemverständnisses, Stärkung von stützenden Beziehungen, „emotionales Wachrütteln“. Die entsprechenden Behandlungselemente sind: Informationsveranstaltungen und Übungsgruppen zum Thema Sucht, Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtproblematik sowie mit den möglichen Zukunftsperspektiven bei Aufrechterhaltung des abhängigen Verhaltens, Kontaktaufnahme mit wichtigen Bezugspersonen (Einladung zu einer Informationsveranstaltung für Angehörige, Lebenspartner und Freunde).

Eine emphatische, kongruente und durch Konsequenz gekennzeichnete Grundhaltung aller therapeutischen Mitarbeiter ist hier auch natürlich von großer Bedeutung.

Die Phase der Therapiezielfindung wird durch folgende Vorgehensweisen in die Wege geleitet: Die Patienten werden über den Bezugstherapeuten in den Ziel-Abklärungsprozess aktiv beteiligt, die Ziele werden gemeinsam systematisch erarbeitet. Grob lassen sich folgende drei Zieldimensionen unterscheiden:

- (1) Suchtmittel- und störungsbezogene Ziele,
- (2) Ziele bezüglich der Inanspruchnahme von (semi-) professioneller Unterstützung,
- (3) Ziele bezüglich der Veränderung in relevanten belasteten und belastenden Lebensfeldern.

## Beispiele für Rehabilitationsziele von Patienten

Bereich	beispielhafte Rehabilitationsziele
<b>Suchtmittel- und störungsbezogene Ziele</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abstinenz bezüglich der Substanzen, von denen Abhängigkeit besteht</li><li>• Sicherung der Abstinenzentscheidung</li><li>• Entwicklung von Abstinenzkompetenz</li><li>• Reduzierung bzw. Beendigung des Zigarettenkonsums</li><li>• Verzicht auf Alkoholkonsum</li><li>• Rückfallvermeidung und Rückfallbewältigung</li><li>• Bewältigung von Angst</li><li>• Körperliche Gesundheit verbessern</li><li>• Verbesserung der Bewältigungskompetenz von weiteren psychischen Störungen</li></ul>
<b>Behandlungsbezogene Ziele</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inanspruchnahme einer Adaptionsbehandlung</li><li>• Teilnahme an der Selbsthilfegruppe</li><li>• Teilnahme an einer ambulanten Psychotherapie</li><li>• Teilnahme an einem Nachsorgeprogramm</li></ul>
<b>Soziale und berufliche Ziele</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sicherung des Arbeitsplatzes</li><li>• Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven</li><li>• Finden eines neuen Arbeitsplatzes</li><li>• Stabilisierung der Partnerschaft</li><li>• Verbesserung der sozialen Kompetenz</li><li>• Kontaktaufnahme zu den Eltern</li></ul>

Zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten wird gemeinsam eine Behandlungsplanung vorgenommen. In einer die Reha-Phase-I abschließenden Behandlungskonferenz tragen darauf hin alle in der Diagnostik- und Motivationsphase der Patienten beteiligten Therapeuten ihre Sichtweisen zusammen und entwickeln einen Behandlungsplan für die Reha-Phase-II. Der Behandlungsplan umfasst

- (1) die individuell für notwendig erachteten Therapiemaßnahmen,
- (2) die voraussichtliche Dauer der stationären Behandlungsphase sowie
- (3) Empfehlungen über die Einbeziehung von Angehörigen und/ oder Vorbehandlern bzw. nachbetreuenden Einrichtungen.

Damit wird die Reha-Phase-I abgeschlossen. Der Zeitpunkt des Wechsels in die Reha-Phase-II wird abhängig sein von der umfänglichen Erfassung der Problemlage des Patienten, der Entwicklung der Änderungsbereitschaft beim Hilfesuchenden und des gemeinsam vereinbarten Auftrags für die Bearbeitung der Therapieziele. Dabei sind auch therapeutische Vorerfahrungen und intrapsychische bzw. interpersonelle Ressourcen des Patienten mit zu berücksichtigen. Die Verlegung der Patienten in die Reha-Phase-II wird im Rahmen der Therapeutenkonferenz besprochen. Die Übergabe des Patienten hinsichtlich des bisherigen Therapieverlaufs und der geplanten weiteren Therapieschritte erfolgt direkt durch den bisherigen Bezugstherapeuten der Reha-Phase-I an den Bezugstherapeuten in der Reha-Phase-II. Dabei wird auch die EDV-gestützte Patientendokumentation genutzt. Die Informationen werden über die therapeutische Akte weitergegeben.

Der zweite Behandlungsabschnitt wird im Haus II in Parber der AHG Klinik Mecklenburg durchgeführt. In der Reha-Phase-II mit einer Dauer von 18 bis 22 Wochen, stehen die individuell entwickelten

Behandlungsziele und deren Erreichung und Umsetzung im Mittelpunkt. Diese Phase umfasst unter psychologisch-psychotherapeutischen Gesichtspunkten die Veränderungs-, Erprobungs- und Stabilisierungsphase. Alle adaptiven Indikationsstellungen des Behandlungsplans werden zwischen den Patienten und ihren Bezugstherapeuten unter der Supervision der ärztlichen und therapeutischen Leitung der Klinik vorgenommen.

Die wichtigsten Behandlungselemente der Reha-Phase-II sind die fortlaufende medizinische Behandlung, die Bezugsgruppentherapie, die Einzeltherapie sowie die arbeitsbezogenen und indikativen Gruppentherapieangebote, die Sporttherapie und die fortlaufende medizinische Behandlung. Die Grundstruktur der Behandlungswoche ähnelt der der Reha-Phase-I. Die Patienten werden einer von sieben Bezugsgruppen zugewiesen, mit der sie regelhaft an der Bezugsgruppentherapie, Ergo-, Arbeits- und Sporttherapie jeweils mit 90 Minuten Dauer teilnehmen.

Die Fortschritte der Patienten im Therapieverlauf werden bei Bedarf durch veränderungssensitive psychodiagnostische Erhebungsinstrumente erfasst.

In der stationären Erprobungsphase werden die Patienten mit persönlich relevanten Problemsituationen in der Alltagsrealität konfrontiert, um so ihre Bewältigung ohne Suchtmittel bzw. Symptom- oder Vermeidungsverhalten zu üben. Sie können dadurch Zugang zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten und gesteigerten Selbstbewusstsein gewinnen.

In der Reha-Phase-II findet die Behandlung zunehmend auch außerhalb der Therapieeinrichtung statt. Die Patienten übernachten probeweise in der eigenen Wohnung, nehmen gegebenenfalls zunehmend mehr Kontakt zu ihrem persönlichen Umfeld auf und versuchen hierbei, ihre Änderungsziele umzusetzen. Erprobungsheimfahrten erfolgen nur mit ärztlicher Genehmigung und dienen ausschließlich der Umsetzung behandlungsrelevanter Ziele. Damit sind konkrete Aufgabenstellungen für den Patienten verbunden, die einen „Teilhabebezug“ aufweisen, somit die soziale und berufliche Integration des Patienten fördern. Die Patienten werden darüber informiert, dass Erprobungsheimfahrten und Übernachtungen außerhalb der Klinik nur nach den jeweiligen Kostenregelungen der Leistungsträger erfolgen können.

Im Mittelpunkt der abschließenden Erprobungsphase der Behandlung steht v.a. auch die soziale und berufliche Reintegration. Die Patienten werden angeregt, sich um eine berufliche Perspektiventwicklung zu bemühen. Die Arbeitsplatzsuche wird systematisch unterstützt. Weiterhin wird den Patienten bei der Suche nach angemessenem Wohnraum geholfen (unter Umständen auch in einer anderen Region oder Stadt, um zukünftig nicht mehr in der Nähe der bekannten Drogenszene zu sein). Darüber hinaus werden die Betroffenen ermuntert, Kontakt zu psychosozialen Beratungsstellen sowie zu Selbsthilfegruppen aufzunehmen. Falls notwendig, kann der Therapeut Patienten auch bei Therapieaufgaben außerhalb der Klinik (im Sinne von Expositionstrainings) begleiten.

Bei gegebener Indikation wird die Weiterleitung in eine Adaptionseinrichtung vorbereitet und terminiert. Die Adaption wird dann notwendig, wenn aufgrund von spezifischen Folgen der Abhängigkeit die Entwöhnungstherapie in der Klinik nicht ausreicht, um die Rehabilitationsziele zu erreichen, so dass die Leistungsfähigkeit und die Fähigkeit, den Anforderungen des Erwerbslebens zu genügen und die Vorbereitung einer selbständigen Lebensführung im Rahmen der Adaptionstherapie gefördert wird.

Etwa zwei Wochen vor der Entlassung füllen die Patienten Fragebögen der Eingangsdiagnostik erneut aus. Die Ergebnisse und der Vergleich zu den Resultaten der Eingangsdiagnostik werden in einem ausführlichen Therapieabschlussgespräch zwischen Patienten und ihren Bezugstherapeuten erörtert.

Alle Bezugstherapeuten bieten ihren Patienten an, telefonischen Kontakt in den ersten zwölf Monaten nach Abschluss der Behandlung zur Klinik zu halten.

Dem Leistungsträger geht ein ausführlicher Entlassungsbericht zu. Darüber hinaus erhalten bei Einverständnis der Patienten auch ärztliche Vor- bzw. Nachbehandler, Suchtberatungsstellen, Bewährungshilfen u.a. Auszüge aus dem Entlassungsbericht.

### 2.2.1.2 Hauptdiagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 255	Anzahl	Prozent
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5	2,0%
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	30	11,8%
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	79	31,0%
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	5	2,0%
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien	7	2,75%
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	128	50,2%
Gesamt		255	100,0%

Quelle/Stand: Basisdokumentation 2010

### 2.2.1.3 Nebendiagnosen

Bei 90,6% unserer Patienten wurden weitere F1-Diagnosen gestellt. Dabei dominiert die Diagnose der Störungen durch Tabakkonsum mit 58,0%.

#### Psychiatrische Diagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N=255	Anzahl	Prozent
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13	5,2%
F3	Affektive Störungen	15	5,2%
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	13	5,2%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	0,4%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	25	10,0%
F7	Intelligenzminderung	1	0,4%
F8	Entwicklungsstörungen	1	0,4%

F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	20	7,9%
Gesamt		255	100,0%

Quelle/Stand: Basisdokumentation 2010

## Neurologische Diagnosen

Im Berichtsjahr 2010 wurden bei unseren Patienten 18 neurologische Diagnosen gestellt. Des entspricht einem Anteil von 7,1% in Bezug auf die Datenbasis von N= 255 Patienten.

## Somatische Diagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis: N=255	Anzahl	Prozent
A und B	Infektionskrankheiten	50	20,4%
C und D	Neubildungen	3	1,2%
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	19	7,6%
H	Krankheiten des Auges und Ohres	6	2,4%
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	15	6,0%
J	Krankheiten des Atmungssystems	12	4,8%
K	Krankheiten des Verdauungssystems	10	3,8%
L	Krankheiten der Haut	13	5,2%
M	Krankheiten des Bewegungssystems	7	2,8%
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	4	1,6%
O	Krankheiten bei Geburt und Schwangerschaft	2	0,8%
Q	Fehlbildungen	1	0,4%
S,T	Verletzungen und Vergiftungen	9	3,6%
Z	Störungen des Gesundheitszustandes	6	2,4%
Gesamt		255	100,0%

Quelle/Stand: Basisdokumentation 2010

### 2.2.1.4 Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Indikation 1		Frauen	Männer	Gesamt
Datenbasis N=255, Angaben in Prozent				
<b>Geschlecht</b>				
Anteile der Geschlechter	absolut	64	191	255
	prozentual	25,1%	74,9%	100,0%
<b>Alter</b>				
18 bis 29 Jahre		78,1%	58,1%	63,1%
30 bis 39 Jahre		14,1%	30,4%	26,3%
40 bis 49 Jahre		7,8%	10,5%	9,8%
50 bis 59 Jahre		0,0%	1,0%	0,8%
60 Jahre und älter		0,0%	0,0%	0,0%
Durchschnittsalter(mit Standardabweichung)		26,5 (+/-6,4)	29,5 (+/- 7,1)	28,7 (+/-7,0)
<b>Höchste Schulbildung</b>				
Fehlende Daten		10,9%	9,5%	9,8%
derzeit in Schulausbildung		0,0%	0,0%	0,0%
ohne Schulabschluss abgegangen		15,6%	15,8%	15,7%
Sonderschulabschluss		1,6%	3,2%	2,8%
Haupt-/Volksschulabschluss		37,5%	46,8%	44,5%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule		32,8%	20,5%	23,6%
(Fach-) Hochschulreife / Abitur		1,6%	4,2%	3,5%
anderer Abschluss		0,0%	0,5%	0,4%
<b>Stellung im Beruf (bei Betreuungsbeginn)</b>				
Auszubildender		0,0%	0,5%	0,4%
Arbeiter / Angestellter / Beamter		12,5%	6,8%	8,2%
Selbstständiger / Freiberufler		0,0%	0,5%	0,4%
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)		0,0%	1,0%	0,8%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)		0,0%	0,0%	0,0%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG-I)		10,9%	8,9%	9,4%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG-II)		67,2%	59,7%	61,6%
Schüler/Student		1,6%	0,5%	0,8%
Hausfrau / Hausmann		1,6%	0,0%	0,4%
Rentner / Pensionär		0,0%	1,6%	1,2%
sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)		6,3%	20,4%	16,9%
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme</b>				

Fehlende Daten	0,0%	0,0%	0,0%
Arbeitsfähig	9,4%	27,7%	23,1%
Arbeitsunfähig	90,6%	70,2%	75,3%
Keine Beurteilung erforderlich	0,0%	2,1%	1,6%

#### Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung

Fehlende Daten	0,0%	0,0%	0,0%
Arbeitsfähig	95,3%	97,4%	96,9%
Arbeitsunfähig	3,1%	2,6%	2,7%
Keine Beurteilung erforderlich	0,0%	0,5%	0,4%

Quelle/Stand: Basisdokumentation 2010

### Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Indikation 1	Frauen	Männer	Gesamt
Datenbasis N=255, Angaben in Prozent			
<b>Vermittelnde Instanz</b>			
keine / Selbstmelder	6,3%	6,3%	6,3%
Familie	0,0%	0,0%	0,0%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	0,0%	0,0%	0,0%
Abstinenz-, Selbsthilfegruppe	0,0%	0,0%	0,0%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	0,0%	0,0%	0,0%
niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork)	0,0%	1,0%	0,8%
Suchtberatungs- und / oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	70,3%	77,0%	75,3%
Institutsambulanz	1,6%	0,5%	0,8%
ambulantes betreutes Wohnen	0,0%	0,5%	0,4%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	0,0%	0,0%	0,0%
Krankenhaus / Krankenhausabteilung	15,6%	10,5%	11,8%
teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	0,0%	0,0%	0,0%
stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,0%	0,5%	0,4%
Adaptionseinrichtung	0,0%	0,0%	0,0%
teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	0,0%	0,0%	0,0%
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	0,0%	0,0%	0,0%
Pflegeheim	0,0%	0,0%	0,0%
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	1,6%	2,6%	2,4%
Sozialpsychiatrischer Dienst	0,0%	0,0%	0,0%
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung)	0,0%	0,5%	0,4%
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	0,0%	0,0%	0,0%
soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	0,0%	0,0%	0,0%
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	0,0%	0,0%	0,0%
Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	0,0%	0,0%	0,0%
Justizbehörden / Bewährungshilfe	0,0%	0,0%	0,0%
Kosten-, Leistungsträger	0,0%	0,0%	0,0%

Sonstige	4,7%	0,5%	1,6%
<b>Abhängigkeitsdauer</b>			
Abhängigkeitsdauer in Jahren (Mittelwert +/- Standardabweichung)	9,0 +/-4,9	12,0 +/-8,5	11,3 +/-7,8
<b>Anzahl der Entzugsbehandlungen</b>			
keine Entzugsbehandlung	3,1%	7,9%	6,7%
eine Entzugsbehandlung	18,8%	25,1%	23,5%
zwei Entzugsbehandlungen	29,7%	24,6%	25,9%
drei Entzugsbehandlungen	15,6%	10,5%	11,8%
vier Entzugsbehandlungen	6,3%	4,7%	5,1%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	14,1%	18,7%	17,7%
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	7,9%	7,2%	7,5%
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	4,8%	1,0%	2,0%
<b>Anzahl der bisher durchgeführten stationären Entwöhnungen</b>			
bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt	59,4%	58,1%	58,4%
bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt	28,1%	30,9%	30,2%
bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	4,7%	6,8%	6,3%
bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	4,7%	3,1%	3,5%
bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	3,1%	1,0%	1,6%
<b>Anzahl der ambulanten Entwöhnungen</b>			
keine ambulante Entwöhnung	98,4%	97,4%	97,6%
eine ambulante Entwöhnung	0,0%	1,6%	1,2%
zwei bis vier ambulante Entwöhnungen	1,6%	1,0%	1,2%
mehr als vier ambulante Entwöhnungen	0,0%	0,0%	0,0%

Quelle/Stand: Basisdokumentation 2010

Sucht	Frauen	Männer	Gesamt
<b>Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht)</b>			
<b>Datenbasis N=255, Angaben in Prozent</b>			
Regulär	9,4%	20,9%	18,0%
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	0,0%	0,5%	0,4%
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	1,6%	5,2%	4,3%
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	42,2%	26,7%	30,6%
Disziplinarisch	26,6%	25,7%	25,9%
außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung	0,0%	2,6%	2,0%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	20,3%	18,3%	18,8%
Gestorben	0,0%	0,0%	0,0%

Quelle/Stand: Basisdokumentation 2010

## 2.2.1.5 Therapeutische Leistungen

Grundlage der Darstellung ist die Auswertung durch den federführenden Leistungsträger (DRV Bund) auf der Datenbasis von 108 Versicherten.

Abteilung Indikation 1	Erbrachte Leistungen			
	Anzahl Therapie gesamt	Rehabilitanden mit mind. einer Einzelleistung	durchschnittliche Anzahl pro Rehabilitand	
			und Woche	und Reha
<b>A Sport- und Bewegungstherapie</b>	<b>k.A.</b>	<b>79(73%)</b>	<b>1,4</b>	<b>16,9</b>
Gruppenangebote	k.A.	78(72%)	1,3	16,3
Einzelangebote	k.A.	13(12%)	0,5	4,5
<b>B Physiotherapie</b>	<b>k.A.</b>			
Einzelbehandlung	k.A.			
<b>C Information, Motivation, Schulung</b>	<b>k.A.</b>	<b>99(92%)</b>	<b>1,8</b>	<b>12,3</b>
Ärztliche Beratung	k.A.	95(88%)	1,4	7,3
Motivationsförderung, Gespräch, Vortrag, Seminar	k.A.	26(24%)	0,2	1,9
Ernährungsberatung und praktische Übungen	k.A.	5(5%)	0,2	2,2
<b>D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie</b>	<b>k.A.</b>	<b>103(95%)</b>	<b>3,5</b>	<b>33,5</b>
Sozialberatung einzeln	k.A.	94(87%)	1,7	12,7
Persönliche Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen	k.A.	51(47%)	0,2	3,0
Angehörigengespräche	k.A.	9(8%)	0,1	1,2
Sozialtherapie in der Gruppe	k.A.	78(72%)	2,5	26,8
<b>E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere Funktionelle Therapie</b>	<b>k.A.</b>	<b>98(91%)</b>	<b>4,1</b>	<b>57,4</b>
Arbeitstherapie	k.A.	80(74%)	3,4	48,5
ATL, hilfsbezogene Ergotherapie, Selbst-Hilfetraining	k.A.	48(44%)	0,4	5,5
<b>F Klinische Psychologie, Neuropsychologie</b>	<b>k.A.</b>	<b>29(27%)</b>	<b>0,5</b>	<b>6,7</b>
Klinische Psychologie, einzeln	k.A.	9(8%)	0,5	2,3
Klinische Psychologie, Gruppenarbeit	k.A.	2(2%)	0,2	5,0
Entspannungsverfahren	k.A.	1(1%)	2,2	54,0
Neuropsychologie	k.A.	3(3%)	0,2	1,7
Künstlerische Therapie	k.A.	24(22%)	0,3	4,3
<b>G Psychotherapie</b>	<b>k.A.</b>	<b>106(98%)</b>	<b>4,0</b>	<b>40,0</b>
Einzelpsychotherapie, Krisenintervention	k.A.	103(95%)	1,1	7,7
Gruppenpsychotherapie	k.A.	104(96)	3,0	33,2
<b>K Physikalische Therapie</b>	<b>k.A.</b>	<b>19(18%)</b>	<b>0,6</b>	<b>8,9</b>
Massage	k.A.	9(8%)	0,4	7,1



<b>L</b>	<b>Rekreationstherapie</b>	<b>k.A.</b>	<b>87(81%)</b>	<b>1,2</b>	<b>14,9</b>
	Sport	k.A.	85(79%)	1,2	15,1
	Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion	k.A.	10(9%)	0,2	1,5

Quelle/Stand: Deutsche Rentenversicherung Bund, KTL gem. Entlassungsberichte 2009 (k.A.: keine Angabe)

## 2.2.2 Indikation 2

Eine zweite Indikation entfällt für die AHG Klinik Mecklenburg.

## 3 Qualitätspolitik und Qualitätssicherung

### 3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung

Die AHG Klinik Mecklenburg verfolgt die Zielsetzung, eine kompetente stationäre Rehabilitation für drogenabhängige Menschen zu anbieten. Zentrale Ziele sind die vollständige Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und –tätigkeit sowie die soziale Reintegration als wichtige Voraussetzungen für ein suchtmittelfreies Leben. Über die Entwöhnungsbehandlung wird die Förderung eigenverantwortlicher und selbständiger Lebensführung ermöglicht.

Wir legen darauf Wert, dass die Patienten nicht nur die richtigen Empfehlungen und bestmöglichen Behandlungen erhalten, sondern auch spüren, dass sie in ihrer Problematik als über Behandlungsschritte selbst bestimmende, gleichwertige Menschen wahr- und ernst genommen werden.

Dies bedeutet für uns eine ständige fachliche Auseinandersetzung mit den Themen Abhängigkeitserkrankung und psychische Störung, körperlichen Folgen des Drogenkonsums, Abhängigkeitserkrankung und sozialer Abstieg, aber auch mit Behandlungsabläufen, Behandlungsdokumentation, mit neuen Ideen und mit wirtschaftlichen Notwendigkeiten. Klare Führungsverantwortung, und immer stärkerer Einbezug von Mitarbeitern in Entscheidungsprozesse sind Bestandteile unseres stetigen Verbesserungsprozesses.

Die Klinik bemüht um die Umsetzung evidenzbasierter Behandlungsstrategien und um eine aktive Teilnahme und Förderung an versorgungsbezogenen Forschungsaktivitäten. Die Mitglieder der Leitung der Klinik kümmern sich aktiv um die effektivere und effizientere Gestaltung des Versorgungssystems der Zukunft in den entsprechenden Fachgremien.

Wir konzentrieren uns auch auf unsere suchtmmedizinischen, psychiatrischen und psycho- und soziotherapeutischen Kernkompetenzen und bemühen uns um eine eng vernetzte, kooperative Zusammenarbeit mit allen anderen Institutionen der medizinischen und psychosozialen Versorgung und natürlich den Selbsthilfegruppen.

#### 3.1.1 Strategische und operative Ziele

Die AHG Klinik Mecklenburg wird im Jahr 2011 den Zertifizierungsprozess abschließen. Im April 2009 wurde der Zertifizierungsprozess mit der Erstellung der Statusanalyse für die jeweiligen Rehabilitationsbereiche der Klinik auf konkreter Ebene begonnen. Für den Bereich Qualitätsmanagement wurden drei Mitarbeiter zu Qualitätsmanagement-Beauftragten weitergebildet.

In diesem Zusammenhang haben wir auch unser Konzept in Absprache mit der Deutschen Rentenversicherung Bund überarbeitet und den entsprechenden neuen Erkenntnissen aus Forschung und Praxis angepasst. Unser Konzept wurde von der Deutschen Rentenversicherung im November 2010 akzeptiert.



### **3.1.2 Umsetzung von Leitlinien**

Die bestehenden AWMF-Leitlinien zur Postakutbehandlung der verschiedenen Formen und Ausprägungen von Drogenabhängigkeit und die „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit - Pilotversion“ der Deutschen Rentenversicherung Bund modifiziert für die stationäre medizinische Rehabilitation von Drogenabhängigen bilden den Hintergrund unseres Behandlungskonzepts.

### **3.1.3 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen**

Die Klinik unterliegt in rechtlicher Hinsicht (z.B. Hygieneanforderungen, Arbeitsschutz) den Regelungen, die für Kliniken der medizinischen Rehabilitation gelten.

## **3.2 Qualitätssicherung für die Einrichtung**

In der AHG Klinik Mecklenburg erfolgt eine interne und externe Qualitätskontrolle durch eigene Erhebungen und bestehende Sicherungsverfahren der Rehabilitationsträger. Die Klinik erhält durch Visitationen und Berichte zur Qualitätssicherung differenzierte Rückmeldungen seitens des federführenden Sozialleistungsträgers. Nach der angestrebten Zertifizierung wird durch jährliche Audits die Einhaltung der anspruchsvollen Qualitätsgrundsätze der DEGEMED dokumentiert werden.

## **Behandlungsverläufe und Ergebnisse am Ende der Therapie**

Von den 255 Patienten beendeten 106 (41,6%) die Behandlung planmäßig. Die Quote betrug bei den Frauen 31,0% und bei den Männern 45,0%. 18,0% der Patienten beendeten die Behandlung regulär, 0,4% wurden auf ärztliche Veranlassung und 4,3 % mit ärztlichem Einverständnis entlassen. 18,8% der Patienten wechselten in eine andere Rehabilitationsmaßnahme.

Die 58,4% der nichtplanmäßigen Beendigungen gingen zu 30,6% auf Abbrüche durch die Patienten, zu 25,9% auf disziplinarische Entlassungen und zu 2,0% auf eine außerplanmäßige Verlegung zurück.

Die durchschnittliche Verweildauer betrug 104,3 Tage;. Männer (107,3 Tage) blieben im Durchschnitt 12,0 Tage länger als Frauen (95,3) in der Behandlung.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit konnten wir 96,9% der Patienten zu Behandlungsende als arbeitsfähig entlassen. Zu Beginn der Behandlung waren 75,3% unserer Patienten arbeitsunfähig.

Hinsichtlich der beruflichen Integration zu Behandlungsende waren 8,3% der Patienten berufstätig, 81,6% arbeitslos und 10,1 nicht erwerbstätig.

Aufgrund des hohen Anteils von arbeitslosen und nicht erwerbstätigen Patienten (91,7%) gehen unsere Bemühungen dorthin, sie in weiterführende Nachsorgemaßnahmen zu vermitteln.

---

## **Erfassung der Patientenzufriedenheit**

Im Berichtsjahr 2010 fanden keine schriftlichen Erfassungen der Patientenzufriedenheit statt.

### **3.2.1 Internes Qualitätsmanagement**

Das interne Qualitätsmanagement wurde im Rahmen des seit 2009 laufenden QM-Prozesses zur Zertifizierung weiter entwickelt.

### **3.2.2 Qualifizierung der Mitarbeiter**

Die Qualifizierung der Mitarbeiter in den verschiedenen Arbeits- und Funktionsbereichen durch Aus- und Fortbildung ist uns wichtig. Zielsetzungen sind die Optimierung der Handlungskompetenz der Mitarbeiter gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten in ihren jeweiligen Tätigkeitsfeldern und die Förderung der Kooperationsbeziehungen der Mitarbeiter der jeweiligen Behandlungsteams.

Die Klinik fördert die Ausbildung der in der Gruppen- und Einzelpsychotherapie tätigen Diplom-Psychologen zum „Psychologischen Psychotherapeuten“ (Schwerpunkt Verhaltenstherapie). Im Berichtsjahr 2010 befanden sich drei Diplom-Psychologinnen in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Ein Diplom-Psychologe konnte in 2010 seine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten abschließen.

### **3.2.3 Externe Qualitätssicherung**

Die AHG Klinik Mecklenburg nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund teil. Die hier dargestellten Daten sind die zum Zeitpunkt der Berichterstellung aktuellsten vorliegenden Rückmeldungen.

## **Patientenbefragung**

Die letzte uns vorliegende Patientenbefragung basiert nur auf 11 durch die DRV Bund ausgewertete Datensätze, so dass wir an dieser Stelle auf eine Darstellung verzichtet haben.

## **Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)**

Auch hier liegen nur Ergebnisse aus 9 Entlassungsberichten aus dem Jahr 2009 vor, die uns für den Berichtszeitraum nicht repräsentativ erschienen, so dass die detaillierte Darstellung entfällt.

## **Patientenbeschwerden**

Für das Berichtsjahr 2010 wurden uns durch die Kostenträger keine Beschwerden zugesandt.



	Fallzahl	Beschwerden	
		%	Anzahl
Indikation 1	255	0,0	0
Indikation 2			

## Visitationen

Bei Visitationen handelt es sich um Begehungen der Klinik durch den Rentenversicherungsträger oder durch Visitatoren im Auftrag der Krankenversicherung. Im Berichtsjahr 2010 fand eine gemeinsame Visitation durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Nord Ende April 2010 statt.

## 3.2.4 Ergebnisse der internen Qualitätssicherung

### Laufzeit der Entlassungsberichte

Im Jahresdurchschnitt betrug die Laufzeit unserer Entlassungsberichte 22 Tage. Durch ein konsequentes Verbesserungsmanagement und dem großen Einsatz der Mitarbeiter konnten wir im zweiten Halbjahr 2010 die Laufzeit der Entlassungsberichte auf 10 Tage verringern.

### Patientenbeschwerden

Patienten werden aufgefordert, eventuelle Beschwerden und Anregungen zu äußern. Im therapeutischen Kontext bieten die Großgruppenveranstaltungen der Klinikgemeinschaft, die Gruppensprechersitzungen der Bezugstherapiegruppen bzw. die Haussprechersitzungen mit dem Leitenden Psychologen und die monatlichen Patientenzufriedenheitsbefragung dazu vielfache Möglichkeiten. Darüber hinaus nehmen alle Mitarbeiter Beschwerden entgegen und leiten diese unverzüglich an die verantwortliche Stelle weiter.

### Katamnese

Seit dem Jahr 2001 werden Katamnesen durch die AHG Klinik Mecklenburg durchgeführt. Von der Einrichtung werden standardmäßig ein Jahr nach Behandlungsende alle behandelten Patienten in Form eines gleitenden Versandschemas ( die in einem Kalendermonat entlassenen Patienten werden zum Monatsstichtag angeschrieben und in festgelegten Zyklen an eine Rücksendung des Katamnesefragebogens erinnert) angeschrieben und um Rückmeldung bzgl. ihrer Suchtmittelsituation im Befragungszeitraum, der Erwerbs- und Arbeitssituation und ihrer aktuellen Lebenszufriedenheit gebeten. Die Nachbefragung bezieht sich auf die im Kalenderjahr 2009 entlassenen Patienten (Datenbasis N=268). An der Katamnese beteiligten sich N= 39 ehemalige Patienten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 14,5%. Gegenüber dem Entlassjahrgang 2008 bedeutet dies eine Erhöhung der Rücklaufquote um 3,2%. Auf Grund dieser geringen Rücklaufquote verzichten wir an dieser Stelle auf die

Publikation der Auswertung unserer Daten. Wir werden für das Jahr 2011 Maßnahmen zur Erhöhung der Rücklaufquote vornehmen.

### **3.2.5 Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten**

Im Rahmen unserer Möglichkeiten der Mitarbeit in Fachgremien und Expertenrunden sind wir bereit, engagiert an der Entwicklung von Konzepten für eine effektivere und effizientere Versorgung mitzuarbeiten.



## 4 Aktivitäten und Veranstaltungen

### 4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen

#### Mitarbeit in Expertengremien

Zum Zweck der Förderung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des regionalen und überregionalen Hilfesystems nehmen Mitarbeiter der Klinik regelmäßig Außenvertretungen in nachfolgend genannten Gremien wahr:

- Arbeitskreis Illegale Drogen der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein,
- Qualitätszirkel Ärzte in der Substitution bzw. in der Schwerpunktpraxis Sucht bei der Krankenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.
- Qualitätszirkel stationäre Drogenrehabilitation des Fachverband Sucht
- Wissenschaftsrat der AHG

#### Kooperationsgespräche

Zum Zweck der konzeptionellen Weiterentwicklung, der Ausrichtung der rehabilitativen Angebote an den Erfordernissen einer sich stetig verändernden Problemlage drogenkonsumierender Personen und der Förderung der Kooperation mit Kostenträgern und anderen Einrichtungen des Suchthilfesystems wurden auch im Jahre 2010 Gespräche zur fachlichen Reflexion unseres therapeutischen Angebots geführt.

### 4.2. Sonstige Aktivitäten der Einrichtung

Am 18.09.2010 organisierte die Klinik wieder das Jahrestreffen. Eine große Zahl ehemaliger Patienten folgten unserer Einladung. In Begleitung ihrer Partner, Familienangehörigen und Kinder kamen die ehemaligen Patienten zusammen, um ein gemeinsames Wiedersehen mit aktuellen Patienten und Mitarbeitern zu feiern. Zentraler thematischer Schwerpunkt war wie in den Vorjahren der gemeinsame Austausch von Erfahrungen mit der abstinenten Lebensführung. Im Rahmen des Jahrestreffens trat der Schauspieler Karl Maslo mit dem Theaterstück „Süchtig“ auf. Die einfühlsame Darstellung traf auf eine große Resonanz beim Publikum.

---

## 5 Ausblick und Aktuelles

Für das Jahr 2011 sind folgende Entwicklungen und Qualitätsziele zu erwähnen.

Mit Beginn des Jahres findet eine wöchentliche Zufriedenheitsbefragung bei den Patienten statt. Zudem erhält jeder Patient zu Ende seines Aufenthaltes in der Klinik einen Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung.

Zur Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit werden im zweiten Halbjahr 2011 Mitarbeitergespräche im Rahmen des von der AHG mit dem Gesamtbetriebsrat vereinbarten „Mitarbeiterinnen-Im-Dialog“ geführt.

Im Sinne der Erhöhung der Ergebnisqualität setzen wir vermehrt strukturierte Aktivitäten zur Erhöhung der Haltequote ein, um die Anzahl der planmäßigen Entlassungen auf 45% in 2011 zu erhöhen.

Die Rücklaufquoten im Rahmen unserer Katamneseuntersuchung wollen wir durch verbesserte Nachbefragung für das Jahr 2011 auf 20% steigern.

Der laufende QM-Prozess wird zu Beginn September dieses Jahres durch die Zertifizierung abgeschlossen.

Im Rahmen unserer Konzeptbewertung werden wir uns der Entwicklung eines neuen Rückfallkonzeptes und der Verbesserung unserer therapeutischen Angebote in der Eltern-Kind-Behandlung widmen.

Die Prüfung zur Inbetriebnahme eines elektronischen Therapieplans wird im vierten Quartal des Jahres 2011 beginnen.

Zu Ende des Jahres 2011 wird als neues Qualitätsziel die alljährliche Befragung unserer therapeutischen Kooperationspartner hinsichtlich der Beurteilung unserer bisherigen Arbeit eingeführt.

Die Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen unserer Klinik und der trägereigenen Entgiftung und stationären Adaption in Lübeck bleibt weiterhin ein herausfordernde Aufgabenfeld.

Von Seiten der AHG besteht ein hohes Interesse, die Arbeit unserer Einrichtung in hoher Qualität weiter zu entwickeln. Wir hoffen, dass wir Sie als Leser dieses Qualitätsberichts überzeugen konnten, dass wir gute Arbeit leisten und bereit sind uns weiter zu verbessern. Der hier vorliegende Qualitätsbericht soll auch künftig jährlich neu erstellt werden.

## 6 Glossar

### **Audit**

Audit ist die Bezeichnung für eine Begutachtung der Einrichtung durch entsprechend ausgebildete Personen. Die Gutachter sollen sich einen Eindruck von den Örtlichkeiten, den in einem Handbuch beschriebenen Prozessen und durch die Gespräche mit den Verantwortlichen gelebte Realität machen. Sie untersuchen ob Vorgaben, z.B. einer Norm oder einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst auch eingehalten, bzw. umgesetzt werden. Interne Audits führt die Einrichtung im Sinne einer Eigenüberprüfung selbst durch. Externe Audits werden z.B. von einer Zertifizierungsstelle oder vom Kunden durchgeführt. Auditoren sind diejenigen, die Audits durchführen, Menschen mit einer speziellen Ausbildung.

### **BADO-Verfahren**

Basisdokumentation, ein Verfahren mit dem wesentliche Patientendaten erhoben und ausgewertet werden, um herauszufinden, ob die Rehabilitationsbehandlung für den einzelnen Menschen sowie für die Gesellschaft sinnvoll und nachhaltig war. Eine Datenerhebung findet in der Regel bei Beginn der Rehabilitationsbehandlung, zum Ende und ca. 6 Monate nach Entlassung statt. Die Datenerhebung erfolgt mittels Fragebögen.

### **DEGEMED**

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., ein Fachverband der die Interessen der Leistungserbringer im System der medizinischen Rehabilitation vertritt. Der Verband wurde 1997 gegründet. Laut Satzung der DEGEMED müssen Rehabilitationskliniken, die Verbandsmitglieder werden wollen, ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen und weiterentwickeln und sich nach den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED zertifizieren lassen. Internet: [www.degemed.de](http://www.degemed.de)

### **Externe Qualitätssicherung der DRV**

Die DRV-Deutsche Rentenversicherung hat vor einigen Jahren ein System entwickelt, welches es ermöglichen soll, die Qualität von Kliniken unter bestimmten Gesichtspunkten zu überprüfen. Dazu zählt z. B. eine Befragung von Patienten nach ihrer Rehabilitation durch die DRV, eine Überprüfung der Entlassberichte sowohl hinsichtlich ihrer zeitlichen Fertigstellung als auch der Inhalte.

### **ICD-10-Codierung**

Mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 können alle Krankheiten, für alle Fachleute verständlich nach ganz bestimmten Kriterien erfasst und beschrieben werden.

### **Indikationen**

Heilanzeige, aus ärztlicher Sicht der Grund für die Durchführung eines bestimmten Heilverfahrens.

### **Interessenspartner**

Ein anderer und erweiterter Begriff für Kunde. Ein Unternehmen hat vielfältige Vertrags-, Geschäftspartner, wie Menschen, die etwas kaufen wollen, Lieferanten, Mitarbeiter usw.. Jede natürliche oder juristische Person, die eine (Geschäfts)beziehung zum Unternehmen unterhält ist ein Interessenspartner. Die wichtigsten Interessenspartner der AHG Klinik Mecklenburg sind: die Patienten, die Leistungsträger, der Träger, die Mitarbeiter, die Einweiser, die Konsiliardienste, die Lieferanten

### **Katamnese**

Eine Katamnese ist eine Nachbefragung, die sowohl – wie oben angedeutet – durch den Rentenversicherungsträger als auch die jeweilige Klinik in der Regel dann nach einem Jahr durchgeführt wird. In dieser Befragung sollen die Wirkungen der Rehabilitation auf ihren Erfolg hin durch die Befragten bewertet werden.

### **KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen)**

Der KTL-Katalog umfasst alle therapeutischen Leistungen, die während der Rehabilitation von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik durchgeführt werden. Dies betrifft z. B. die Einzelgespräche, Gruppengespräche aber auch die Sporttherapie, Kreativtherapie usw.

### **Leitlinien der DRV**

Die indikationsspezifischen Leitlinien der DRV geben ein gewisses Gerüst für die stationäre Rehabilitation vor. Hier wird z. B. anhand sog. Evidenzbasierter Therapiemodelle (ETM) festgelegt, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien (z.B. Einzelgespräche, Gruppengespräche aber auch Kontakten zum Sozialdienst, entsprechende Anwendungen usw.) zu erfüllen hat.

### **Peer-Review-Verfahren**

Das Peer-Review-Verfahren ist eine Bewertung der durch einen Zufallsindikator pro Jahrgang herausgezogenen Entlassberichte durch entsprechend geschulte leitende Ärzte der Einrichtungen. In diesem Verfahren werden die Berichte nach vorgegebenen Kriterien durchgelesen und auf Vollständigkeit hin geprüft.

### **Psychoedukation**

Als Psychoedukation wird die Schulung von Menschen bezeichnet, die an einer psychischen Störung leiden. Einsatzgebiete sind Schulungen von Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sowie Patientenschulungen im Rahmen der Behandlung körperlicher Erkrankungen. Ziel ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können, zum Beispiel, indem persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Auch sollen eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennen gelernt werden, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen.

### **Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED**

Es umfasst die Vorgaben der DIN EN ISO 9001. Da die DIN branchenübergreifend gültig ist, sind in der Basischeckliste der DEGEMED über die Kriterien der Norm hinaus spezielle Merkmale festgelegt, die eine Rehabilitationsklinik erfüllen muss, um ein Zertifikat nach DEGEMED zu erlangen. Internet: [www.degemed.de/pdf/Inhalt\\_Basischeckliste.pdf](http://www.degemed.de/pdf/Inhalt_Basischeckliste.pdf)

### **Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001**

DIN steht für Deutsche Industrie-Normungsgesellschaft, EN für Europäische Norm und ISO für internationale Standard Organisation. Die DIN EN ISO 9001 ist eine international gültige Darlegungsnorm für Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme. Hier sind Merkmale festgelegt, die eine Einrichtung aufweisen muss, um ein Zertifikat nach o.g. Norm zu erhalten. Das Vorhandensein der Merkmale wird im Rahmen einer Zertifizierung überprüft.



### **Visitationen**

Besuch, Überprüfung, im Zusammenhang mit Qualitätssicherung versteht man darunter den Besuch eines Expertengremiums, welches die Ausprägung der einzelnen Qualitätsdimensionen in der Einrichtung nach bestimmten Kennzeichen untersucht. Die Visitation der Deutschen Rentenversicherung Bund ist teil ihres Qualitätssicherungsprogramms.

### **Zertifizierung**

Beglaubigung, Bescheinigung, im Zusammenhang mit Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement die Untersuchung einer Einrichtung durch ein unabhängiges autorisiertes Institut, ob Vorgaben, z.B. einer Norm oder einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst auch eingehalten, bzw. umgesetzt werden. Wenn die Untersuchung zu dem Ergebnis ommt, dass die Vorgaben erfüllt sind, wird die Erteilung eines Zertifikats empfohlen, z.B. darüber, dass ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 eingeführt ist und weiterentwickelt wird.

### **Zertifizierungsstelle**

Eine Institution, welche autorisiert ist Zertifizierungen durchzuführen. Unter Zertifizierung und Zertifizierungsaudit ist dasselbe zu verstehen.

## 7. Impressum

AHG Klinik Mecklenburg  
Dorfstr. 3  
19217 Vitense-Parber  
Telefon: 038872/91-0  
E-Mail: mecklenburg@ahg.de

### **Verantwortliche für den Qualitätsbericht:**

Dr. med. Thorsten Rottschäfer  
Ingo Susemihl  
Kai Thorsten Timm

Telefon: 038872/91-15  
E-Mail: ISusemihl@ahg.de

### **Ansprechpartner:**

#### **Links**

Besuchen Sie uns im Internet unter: **[www.ahg.de/mecklenburg](http://www.ahg.de/mecklenburg)**  
Die Klinikgruppe im Internet: **[www.ahg.de](http://www.ahg.de)**

Ausgabedatum: 07/2011