

Ganzheitliche, klientenspezifische
Entwöhnungsbehandlung
drogen- und alkoholabhängiger Männer

Rehabilitationskonzeption

Herbert Galonska, Dipl. Psychologe

Alexander Simon, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

**Rees, Oktober 2009
Aktualisierungen 2010**

Inhaltsverzeichnis

1. Die Einrichtung
 - 1.1 Allgemeine Angaben und Informationen
 - 1.1.1 Vorgeschichte und Klinikentwicklung
 - 1.1.2 Grundsätze, Aufbau, Struktur und Ausstattung
 - 1.1.3 Aufnahme und Behandlungsdauer
 - 1.1.4 Patientenmerkmale und Indikationen
 - 1.1.5 Das Personal: Qualifikationen und Kompetenzen
 - 1.1.6 Dokumentation und Qualitätsmanagement
2. Medizinische Rehabilitation
 - 2.1 Das Krankheitsfolge- und Gesundungsmodell
 - 2.1.1 Teilhabe an allen Lebensbereichen
 - 2.1.2 Abstinenzorientierung
 - 2.1.3 Beziehungsorientierung Therapieansatz
 - 2.2 Grundlagen der bio-psycho-sozialen Behandlung
 - 2.3 Fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung bei Doppeldiagnosen / Komorbidität
 - 2.4 NADA - Akupunktur
3. Psychotherapie
 - 3.1 Suchtverständnis, Belastungen und Ressourcen
 - 3.2 Therapeutische Ausrichtung / Grundorientierung in der Psychotherapie
 - 3.3 Umgang mit Rückfällen
 - 3.4 Behandlungs- und Rehabilitationsziele
 - 3.5 Sinnfindung und Lebensorientierung
 - 3.6 Genderspezifischer Behandlungsansatz
4. Rehabilitationsprozess und Therapieelemente
 - 4.1 Das Behandlungssystem
 - 4.2 Das therapeutische Programm
 - 4.3 Zentrale therapeutische Aspekte des Behandlungssystems
 - 4.4 Sozialtherapie mit Arbeits- und Ergotherapie als Rehabilitationselement der Fachklinik HORIZONT
 - 4.5 Handlungsorientierung als Grundlage für eine erfolgreiche berufliche Integration
 - 4.6 Deutschunterricht im Rahmen der Integrationsförderung
 - 4.7 Bewegungs- und Sporttherapie, Freizeitgestaltung, Erlebnispädagogik
 - 4.8 Maßgeschneidertes Interventionsrepertoire
 - 4.9 Angehörigenarbeit
 - 4.10 Tierhaltung
5. Abschluss der stationären Behandlung in der FK HORIZONT
 - 5.1 Außenorientierung und Realitätstraining
 - 5.2 Vorbereitung der Nachsorge
6. Anhang

1. Die Einrichtung

1. 1. Allgemeine Angaben und Informationen

HORIZONT ist eine Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation von drogenabhängigen Männern und steht unter katholischer Trägerschaft.

Sie gehört zur „pro homine, Krankenhäuser und Senioreneinrichtungen Wesel – Emmerich/Rees gGmbH“.

Unsere Einrichtung ist staatlich anerkannt und Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Suchtkrankenhilfe (AKS) und im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS).

Die Einrichtung befindet sich in der Nähe des Ortskerns der Stadt Rees am rechten Niederrheinufer zwischen Emmerich und Wesel. Die Anlage ist auf einem ca. 11.000 qm großen Grundstück in großflächige, ansprechende Wohneinheiten eingeteilt, die von einer Gartenanlage umgeben sind.

1.1.1. Vorgeschichte und Klinikentwicklung

Im April 1982 wurde im Krankenhaus Rees eine Fachabteilung für Rehabilitation von Drogenabhängigen eröffnet. Es wurden zehnwöchige stationäre Entwöhnungsbehandlungen in Form einer Intensivtherapie für jüngere drogenabhängige Patienten (16-25 Jahre) einschließlich der Mischformen (Polytoxikomanie) realisiert. Anfänglich standen 10 Therapieplätze zur Verfügung, die dann auf 20 Plätze aufgestockt wurden. Es wurde die Anerkennung zur Behandlung von Patienten nach § 35 BtmG erteilt.

1993 Neue Konzeptentwicklung und Gründung einer eigenständigen Klinik.

1995 Eröffnung der Fachklinik „Horizont“. Der Name ist immer noch Programm: Es gilt, den eigenen Horizont zu erkennen und zu erweitern, neue Horizonte zu eröffnen.

2007 Zertifizierung nach ISO 9001/2000 (QM 1872748)

2009 eine umfassende Organisations- und Konzeptweiterentwicklung.

1.1.2. Grundsätze, Aufbau, Struktur und Ausstattung

Die Klinikstruktur umfasst therapeutisch-rehabilitative Angebote mit 40 stationären, 4 ganztägigen, ambulanten Therapieplätzen (GAT) und 5 Adaptionenplätzen.

Das Haupteinzugsgebiet ist Nordrhein-Westfalen.

Die Behandlungsgrundsätze der Fachklinik sind christlich orientiert und verankert in der Tradition der Caritas. Auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses erfassen wir den ganzen Menschen in seinen vielfältigen Dimensionen, die sich gegenseitig beeinflussen und ergänzen. Diese mehrdimensionale Betrachtungsweise wird durch eng vernetztes Zusammenwirken unterschiedlicher beruflicher Disziplinen in unserem Behandlungsteam (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sporttherapie, Sozialtherapie, Ergo-/Arbeitstherapie) unterstützt. Auf diesem Wege wird versucht, den verschiedenen Bedürfnissen und Möglichkeiten der jeweils ganzen Person (Patienten-Individuum) gerecht zu werden.

Die erklärten Ziele der Behandlungskette in der Fachklinik HORIZONT sind - entsprechend der gesetzlichen Grundlage - die Beseitigung der bestehenden Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, eine Besserung, eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder aber Abwendung von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Die therapeutische Gemeinschaft der Fachklinik Horizont umfasst eine Aufnahme-Gruppe, 3 – 4 Kerntherapiegruppen (im Durchschnitt 8 Patienten) und eine Adaptionsgruppe. Jede Gruppe wird von einer Bezugstherapeutin/einem Bezugstherapeuten psychotherapeutisch geleitet und koordinierend betreut. Das therapeutische Team ist nach dem Co-Therapeutenprinzip organisiert. In Vertretungssituationen übernimmt dann ein/eine in die Patientengruppe eingeführte/r Kollege/Kollegin die weitere Betreuungsarbeit. Die MitarbeiterInnen im therapeutischen Bereich vertreten sich in fester Zusammensetzung paarweise.

Die Fachklinik verfügt neben einem großzügigen Raumangebot auf allen Wohngruppen (Doppelzimmer mit Dusche und WC, Gruppenaufenthaltsräume mit TV, ein Gruppentherapieraum, Teeküchen sowie Service-Räume) über verschiedene Unterrichts- und Funktionsräume wie z. B.: Entspannungs-/Meditationsraum, mehrere Medienräume. Ferner wird Tischtennis (indoor und outdoor) sowie Kicker (Tischfußball) angeboten. Eine eigene Turnhalle (auf dem Klinikgelände) und ein Sportplatz (Fußball und Volleyball) unweit der Klinik komplettieren die Ausstattung. Die medizinische Abteilung ist mit entsprechenden Diagnostik- und Behandlungsräumen ausgestattet.

Besonders erwähnenswert sind die gut eingerichteten bzw. ausgestatteten Holz- und Metall-Werkstätten. Ein wichtiges Element der Außenorientierung in der Arbeitstherapie ist der in Eigenregie geführte Möbelmarkt (Verkaufsstätte für restaurierte Möbel). Ein Teil der Arbeitstherapie wird in unserer Gärtnerei realisiert. Die Patienten werden ebenfalls im Rahmen der Arbeits- und Ergotherapie an der Zubereitung der Mahlzeiten in der hauseigenen Küche sowie im Speisesaal-Service beteiligt.

Im erlebnispädagogischen Bereich werden u. a. Kanu-Touren angeboten. Eine Sammlung von Fachliteratur und Belletristik (ca. 800 Expl.) bildet die Patientenbibliothek. In Ergänzung dazu wird eine Videothek mit einschlägigen und therapie-stützenden Spielfilmen auf DVD sukzessive aufgebaut.

Unsere Einrichtung legt großen Wert auf eine freundliche und ansprechende Atmosphäre. Dazu zählt auch eine kultivierte Form des Zusammenlebens, die von gegenseitigem Respekt und einem gesunden Lebensstil geprägt ist. Die einladende Ausstattung unserer Einrichtung entspricht dem therapeutischen Konzept.

Der Patient lernt hier, die Grenzen des eigenen Lebensraumes nicht zu überschreiten und auf den Einfluss zu achten, den er auf seine Mitmenschen durch sein Verhalten hat. Es soll eine realistische Einschätzung für die eigenen Bedürfnisse und vorhandenen Ressourcen erreicht werden.

Alle MitarbeiterInnen achten auf die Aufrechterhaltung der Wohnatmosphäre. Ordnung und Sauberkeit werden kontinuierlich überprüft, um einen stabilen Lebensraum zu gewährleisten. Im Umgang mit fremdländischen Kulturen wird die Toleranz und Akzeptanz gegenüber Neuem und Andersartigem gefördert. Das Zusammenleben wird durch eine für die gesamte Patientengruppe verbindliche Haus- und Behandlungsordnung geregelt.

1.1.3. Aufnahme und Behandlungsdauer

Grundvoraussetzungen für die Aufnahme in die Fachklinik HORIZONT sind eine hinreichende Vorbereitung des Patienten durch eine Beratungsstelle oder einen Beratungsdienst mit entsprechendem Sozialbericht, eine ausreichende Behandlungsmotivation des Patienten, das Vorliegen einer gültigen Kostenzusage des Reha-Trägers sowie eine durchgeführte Entgiftungsbehandlung bzw. nachweisbare Abstinenz bei der Aufnahme.

Die Behandlungsdauer bewegt sich im Regelfall zwischen 26 und 39 Wochen inklusive Adaption und kann den individuellen Voraussetzungen, den Erfordernissen der Störungsbilder und den Möglichkeiten des Patienten angepasst und mit dem jeweiligen Rehabilitationsträger passgenau abgestimmt werden.

Es sind Wiederholungsbehandlungen (Kurzzeittherapie) von 13 - 16 Wochen möglich.

1.1.4. Patientenmerkmale und Indikationen

In der Fachklinik HORIZONT werden drogenabhängige Männer ab den 18. Lebensjahren behandelt. Mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten kann eine Rehabilitation auch ab dem 16. Lebensjahr durchgeführt werden. Viele unserer Patienten weisen einen Migrationshintergrund auf, begleitet von z. T. gravierenden Identifikations- und Integrationsauffälligkeiten. Verstärkt wird diese Problematik u. a. durch Gesetzeskonflikte der Patienten, ein suchtmittelabhängiges, kriminelles Umfeld sowie durch fehlende Bildungs- bzw. Berufsabschlüsse. Daraus resultieren schlechte Arbeitsplatzaussichten und finanzielle Unsicherheit bzw. Engpässe (häufig nicht regulierte Schulden). Ein Großteil unserer Patienten kommt mit Gerichtsauflagen (§35 BtmG) in die Behandlung.

Weitere Problemfelder unserer Patienten bilden schwierige bis zerrüttete familiäre Verhältnisse, sowohl bezüglich der Herkunftsfamilie als auch der selbst gegründeten Familie sowie oft unklare eherechtliche Angelegenheiten inkl. Sorgerecht. Zu den häufigsten persönlichen Konfliktthemen unserer Patienten gehören Störungen des Selbstbildes, verzerrte Frauenbilder, Gewalt in der Familie, Misshandlungen und Missbrauch, massive Schuld- / Schamgefühle, problematischer Umgang mit Autoritäten, Vorgesetzten, Regeln und Vorschriften. Durch langjährigen und oft intensiven Suchtmittelkonsum weisen viele Patienten z. T. gravierende Gesundheitsschäden (internistische, neurologische und orthopädische Krankheitsbilder) auf. Die allgemeine Belastbarkeit ist meist eingeschränkt, oft liegen erhebliche Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit und des Durchhaltevermögens vor. Der überwiegende Teil der Patienten ist zu Beginn der Therapie - bezogen auf den sog. „ersten“ bzw. allgemeinen Arbeitsmarkt – kaum oder (noch) nicht konkurrenzfähig. Die Behandlungsziele müssen deshalb umsichtig und mit einem realistischen Augenmaß formuliert werden. Alle unsere Patienten benötigen entsprechende Unterstützung bei ihrem Sinnfindungsprozess wie bei der Entwicklung eines eigenen Lebensentwurfes.

1.1.5. Das Personal: Qualifikationen und Kompetenzen

Die Fachklinik HORIZONT beschäftigt im therapeutischen Bereich qualifizierte Fachkräfte, die größtenteils langjährige suchttherapeutische Erfahrungen mitbringen und über anerkannte Zusatzausbildungen verfügen. Das engverzahnte, multiprofessionelle Behandlungs- und Reha-Team besteht aus einem Facharzt (Psychiatrie und Psychotherapie), berufserfahrenen und approbierten Diplom-PsychologInnen/ Psychologischen PsychotherapeutInnen, Diplom-SozialpädagogInnen, Berufs-, Sport- und ErgotherapeutInnen sowie Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege. Durch Fall- und Teamsupervision wird die fachliche und teamdynamische Weiterentwicklung unterstützt. Die Mitarbeitenden werden im Rahmen eines Personalentwicklungsplanes durch interne und externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unterstützt. Besonderen Focus richten wir dabei auf den Aufbau bzw. die Entwicklung interkultureller Kompetenzen.

Bei der Realisierung des Rehabilitationsprozesses wird viel Wert darauf gelegt, dass das Selbstorganisationspotenzial, Entscheidungsspielräume und Entscheidungsverantwortung der Patienten in jeweils größtmöglicher Weise gefördert werden.

1.1.6. Dokumentation und Qualitätsmanagement

Alle patientenbezogenen therapeutischen Abläufe und Elemente des Behandlungsprozesses werden in einem vernetzten EDV-System zeitnah erfasst und beschrieben. Entsprechend unserem QM-Handbuch werden alle Teile des Rehabilitationsprozesses kontinuierlich intern wie extern (im EDV-Verbund der PRO HOMINE Holding) überwacht, optimiert bzw. weiterentwickelt. Hierbei übernehmen die Qualitätsbeauftragten der Holding eine koordinierende Rolle. Die Instrumente zur Reflexion und Kontrolle unserer Arbeit sind: interdisziplinäre Qualitätszirkel (Lenkungsreis), Personalentwicklungspläne mit regelmäßiger Fort- und Weiterbildung, Fall- und Teamsupervision, Katamnese-Erhebungen, Kundenbefragung, klinikinterne Patientenbefragung, externe Kontrolle der Entlassungsberichte (Peer Review). Um künftig eine noch bessere Ergebnistransparenz zu erreichen, werden verschiedene Therapieevaluations- und Messinstrumente eingesetzt.

2. Medizinische Rehabilitation

2.1 Das Krankheitsfolge- und Gesundheitsmodell

Die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation basiert auf dem Krankheitsfolgenmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Dieses Modell berücksichtigt den gesamten Lebenshintergrund. Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen, Partizipation).

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung.

Ferner sind die Kontextfaktoren der betreffenden Person von wichtiger Bedeutung für die Funktionsfähigkeit, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie lebt, sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft). Kontextfaktoren können sich positiv insbesondere auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, gute Leistungsbereitschaft der Person) oder negativ (zum Beispiel Barrieren, fehlende Teilzeitarbeitsplätze, Migration, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, mangelnde Motivation der Person).

Nach dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell (s. Abbildung) ist eine Krankheit mit Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten und auf die Partizipation verknüpft. Während sich die akutmedizinische Behandlung mit der direkten Beeinflussung der Körperfunktionen und -strukturen beschäftigt, besteht die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im wesentlichen darin, die durch die Gesundheitsstörung beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten („Krankheitsfolgen“) unter Berücksichtigung der Kontext- und personenbezogenen Faktoren zu beeinflussen. Nicht die direkte Behandlung und Beseitigung der Erkrankung, sondern die Befähigung der betroffenen Person im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen sowie die Optimierung der Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) stehen somit im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation.

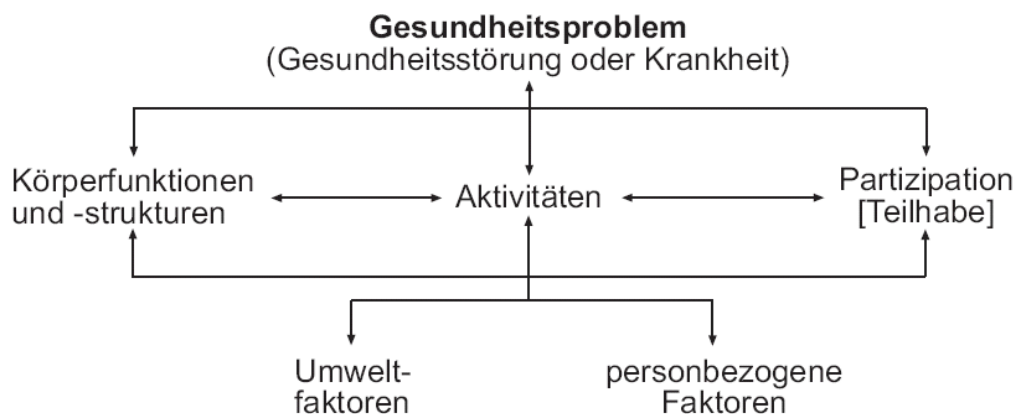


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit nach der ICF

2.1.1. Teilhabe an allen Lebensbereichen

Abhängigkeitserkrankungen sind psychische Erkrankungen, die häufig auch durch Störungen der Körperfunktionen und -strukturen begleitet werden oder diese bedingen. Krankheitsbedingt sind die Aktivitäten und Teilhabefähigkeit an Lebensbereichen beeinflusst. Einschränkungen in der Partizipation an wichtigen Lebensbereichen werden bei Abhängigkeitserkrankungen sowohl als Mitverursachung als auch als Krankheitsfolge betrachtet. Die Verbesserung der Fähigkeiten zur Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung, gemeinschaftlichem, sozialem und staatsbürgerlichem Leben, Mobilität, Selbstversorgung, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen stehen somit im Mittelpunkt der Bemühungen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen.

2.1.2. Abstinenzorientierung

Während Menschen, die einen Substanzmissbrauch betreiben, ohne bereits eine Abhängigkeit entwickelt zu haben, durchaus aussichtsreich einen kontrollierten Konsum anstreben und beibehalten können, ist der kontrollierte Konsum für Menschen, die eine Abhängigkeit entwickelt haben, kein realistisches Therapieziel. Vor diesem Hintergrund basiert die Reha-Konzeption der Fachklinik HORIZONT auf einer Abstinenzorientierung. Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Entscheidung zur Abstinenz keine „ja-nein-Entscheidung“ ist, sondern ein motivationsgesteuertes Prozessgeschehen. Rückfälle werden in der vorliegenden Konzeption als wesentliches Merkmal der Abhängigkeitserkrankung verstanden und behandelt.

2.1.3. Beziehungsorientierter Therapieansatz

Auf der Basis unseres beziehungsorientierten Ansatzes ergeben sich in der Behandlung unserer Patienten zwei wesentliche Positionen.

Der Patient wird im Therapieprozess von Beginn an als Interaktionspartner betrachtet. Die Wertschätzung ihrer oder seiner Persönlichkeit, das einfühlsame Interesse an ihrer oder seiner Lebens- und Leidensgeschichte stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Abhängigkeitserkrankung wird im Kontext ihrer Konfliktbewältigungsstrategien gesehen und bewertet. Durch diese bewusst gewählte Voreinstellung wird zweierlei bewirkt: Dem Patienten wird eine Kompetenz zuerkannt, an seinem Heilungsprozess aktiv und eigenverantwortlich beteiligt zu sein. Durch diese therapeutische Haltung wird eine zentrale Schwachstelle in der psychischen Struktur abhängigkeitskranker Persönlichkeiten von Therapiebeginn an veränderungswirksam thematisiert: der Mangel an selbstbewusster und selbstverantworteter Eigensteuerung des Lebens.

Der zweite Effekt betrifft die Übertragungsdynamik. Das Angst reduzierende Kommunikationsklima erhöht die Bereitschaft, erlittene Beziehungstraumata einer bewussten Bearbeitung zugänglich zu machen. Dabei steht der oder die Bezugs- oder Einzeltherapeut/in als die zentrale Übertragungsperson in zwei sehr unterschiedlichen Beziehungsarrangements mit dem Patienten. Einmal ist er Dialog-Partner (eine „Person zum Anfassen“). Zum andern sind die Therapeuten Beobachter des kommunikativen Geschehens. Sie beziehen eine neutrale Position, analysieren den Prozess, formulieren Hypothesen und wählen entsprechende (jeweils „passende“) Interventionen aus.

2.2. Grundlagen der bio-psycho-sozialen Behandlung

Auf der Grundlage unseres multifaktoriellen bio-psycho-sozialen Krankheits- und Krankheitsfolgeverständnisses der Abhängigkeitserkrankungen erfolgt die Rehabilitation grundsätzlich in einem interdisziplinären Team unter ärztlicher Leitung und Verantwortung in enger Absprache und Kooperation mit der therapeutischen Leitung. Zentraler Rehabilitationsbaustein ist die Psychotherapie, die von entsprechend aus- und weitergebildetem ärztlichem, psychologischem und sozialtherapeutischem Personal durchgeführt wird.

Die Möglichkeiten zur Teilhabe in den wesentlichen Lebens- und Funktionsbereichen werden durch möglichst große körperliche und psychische Gesundheit maximiert. Daraus folgt, dass die Rehabilitationsanstrengungen darauf ausgerichtet sein müssen, die körperliche und psychische Gesundheit zu fördern und die Betroffenen in die Lage zu versetzen, mit möglichen Krankheitsfolgen angemessen umgehen zu können. Außer den medizinisch-somatischen und medizinisch-psychotherapeutischen Maßnahmen werden hierzu Maßnahmen der Ergo- und Arbeitstherapie, der Sport-, Bewegungstherapie eingesetzt.

Der ärztliche Dienst (Ambulanz) ist zunächst für den Schwerpunkt der Aufnahme- und Diagnostik zuständig; er stellt die Aufnahme- und Diagnosen und veranlasst die weitergehende Diagnostik in den Bereichen Sucht, Suchtfolgekrankheiten und suchtabhängige Krankheiten und Beeinträchtigungen, sowohl intern als auch - wenn nötig - in Zusammenarbeit mit externen Ärztinnen und Ärzten. In einem zweiten Schritt ist er in Zusammenarbeit mit den Psycho- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten bei der Formulierung der Therapieziele, der Planung von Therapieverlauf und -dauer und der Indikationsstellung zu weiteren Therapiemaßnahmen beteiligt. In einem dritten Schritt bestimmt der Arzt entscheidend mit an Knotenpunkten im Therapieverlauf wie geplante Verlängerungen, Anträge auf Adaption, ambulante Therapie und Nachsorge. Die abschließende ärztliche Beurteilung des Behandlungsprozesses und die Erstellung der sozialmedizinischen Begutachtung (mit Beurteilung der Leistungsfähigkeit) im Rahmen des Entlassberichts bilden den vierten Aufgabenschwerpunkt. Darüber hinaus sind die Ärzte/die medizinische Ambulanz für die somatische Betreuung der Patienten bei Suchtfolgekrankheiten und interkurrenten Erkrankungen verantwortlich. Sie stellen die Indikation für physiotherapeutische Maßnahmen. Einen weiteren Interventionsschwerpunkt bilden verschiedene Formen von psychosomatischen Erkrankungen.

2.3. Fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung bei Doppeldiagnosen / Komorbidität

Auf der Basis unseres funktionellen Suchtverständnisses behandeln wir zunehmend Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wie Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen als Doppeldiagnosen bzw. Komorbide psychischen Störungen. Dabei treten vermehrt angst-neurotische Störungen auf, die mittels verhaltenstherapeutischer Interventionen und kognitiver Therapie behandelt werden. Relativ häufig kommen affektive Störungen wie Depressionen vor, die ein differenziertes Vorgehen in Form von kognitiver Verhaltenstherapie erfordern. Die notwendige medikamentöse Behandlung wird fachärztlich fortgeführt und bei der Notwendigkeit neu eingestellt. Bei psychotischen Störungen im Remissionsstadium wird eine Neuroleptika-Prophylaxe flankierend durch psychotherapeutische Maßnahmen durchgeführt. Behandlungen von Persönlichkeitsstörungen, z. B. Borderline-Erkrankungen oder dissoziale Persönlichkeitsstörungen, verlangen eine besondere Beziehungsgestaltung zu den Patienten mit entsprechenden behavioralen Kommunikationsmustern. Auch bei Patienten mit psychosomatischen Störungen wird ein abgestimmtes Behandlungsprogramm mit dem Ziel einer veränderten Wahrnehmung psychischer Konflikte mit entsprechender somatischer Manifestation (z. B. Schmerzen) realisiert. Hierbei werden punktuell sowohl hypnotherapeutische Techniken als auch Interventionen aus der konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) eingesetzt.

Durch die Anbindung innerhalb der *pro homine*-Holdinggesellschaft an die beiden Krankenhäuser in Wesel und Emmerich, kann im Bedarfsfall auf die dort vorhandenen fachmedizinischen Ressourcen zurückgegriffen werden.

Außerhalb der Therapiezeiten sind dann die diensthabenden Pflegekräfte, erste Anlaufstelle bei anfallenden Problemen und Krisen.

2.4. NADA - Akupunktur

Bereits in der Aufnahmegruppe setzen wir die NADA-Akupunktur als obligatorischen Therapieelement ein.

Sie kann Schmerzen und weitere Entzugssymptome sowie das Verlangen nach Drogen reduzieren. Die Akupunktur hilft den körperlichen und psychischen Zustand der Rehabilitanden zu stabilisieren. Sie unterstützt die körperliche Entgiftung nach der Entwöhnung und den Aufbau körpereigener Opiate (Endorphine). Somit leistet sie einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von weiteren Therapieperspektiven.

3. Psychotherapie

3.1. Suchtverständnis, Belastungen und Ressourcen

Unsere Definition, unser Verständnis von Abhängigkeit und weiteren psychischen Störung lehnen sich an die internationale Klassifikation ICD 10 der WHO sowie an den Behinderungsbegriff der ICF an.

Wir gehen davon aus, dass Suchterkrankungen multifaktorielle Ursachen (Fehlentwicklungen und Fehlanpassungen) aufweisen. Sowohl ursächlich beteiligt, als auch in der Folge der Suchterkrankung liegen pathologische zwischenmenschliche Beziehungsmuster vor. Beziehungsgestaltung ist häufig wesentlich durch das Suchtmittel geprägt. Gelegentlich kann eine (Ersatz-) Beziehung zu einem Suchtmittel an die Stelle von echten bzw. realen zwischenmenschlichen Beziehungen treten (Konditionierung der Affektsysteme auf die Substanz). Diese Ersatzbildung kann auf der Grundlage konfliktbehafteter Beziehungserfahrungen aus früheren Entwicklungsphasen, in der Regel aus der Konstellation der Herkunftsfamilie, erfolgen. Daraus können dann Ich-Funktionsdefizite, wie mangelnde Impulskontrolle und unzureichende Frustrationstoleranz, fehlende Affektdifferenzierung und Störung der Affektregulation, ungenügende Prüfung der äußeren Realität und Abspaltung bzw. Verlagerung der Befriedigungserwartungen/Belohnung auf Ersatzobjekte entstehen. In diesem komplexen psycho-sozialen Kontext können Suchtmittel sehr unterschiedliche, verhaltensfixierende Rollen spielen. Sie werden oft zur Kompensation defizitärer Ich-Strukturen, als Reizschutz und Abwehr quälender Emotionen wie Ohnmacht, Schuld, Scham, Hilflosigkeit, Wut eingesetzt. Bei Patienten mit einem Migrationshintergrund können noch zusätzlich weitere Belastungselemente wie z. B. Sprachprobleme, schlechtere Berufsaussichten sowie kulturbedingte Erziehungs- und Beziehungskonflikte hinzukommen.

Im Verlaufe der Suchterkrankung wird dann die Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen und deren Umsetzung immer größer und quälender.

Dennoch stehen diesen vielen Belastungen und Defiziten häufig brauchbare bzw. gut nutzbare Potentiale und Ressourcen gegenüber, die im therapeutischen Prozess aktiviert und weiter vertieft werden.

3.2. Therapeutische Ausrichtung / Grundorientierung in der Psychotherapie

Unsere kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie führt unsere Patienten - auf der Basis eines neurobiologischen und tiefenpsychologischen Krankheitsverständnisses - zu einem Umlernprozess. Dieser ist auf die Wiederherstellung ihrer Beziehungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, auf die Übernahme von Selbstkontrolle und Eigenverantwortung sowie auf die realitätsbezogene Selbstbestimmung ausgerichtet. Uns ist besonders wichtig, dass sich Patienten für diese Erfahrung - ohne Suchtmittel - öffnen können, eigenverantwortlich mit Schwierigkeiten und Problemen umgehen sowie Fürsorge für sich und ihre Lebensgestaltung tragen. Dazu erlernen und trainieren die Patienten spezifische Verhaltensweisen wie das Gesundheitsverhalten, adäquate soziale Kommunikation am Arbeitsplatz und in der Familie sowie eine konstruktive Tagesstrukturierung. Bei bestehender Krankheit und der daraus resultierenden permanenten (Rückfall-) Gefährdung sollen Patienten den Verlauf ihrer Suchterkrankung verstehen lernen und als steuerbar erleben. So erfahren sie die Überschaubarkeit und Vorhersagbarkeit der Krankheitsentwicklung. Sie gewinnen Vertrauen in die eigenen Selbstheilungskräfte und in die Unterstützung durch andere. Schließlich können sie aus der Überzeugung heraus, dass das Leben einen tieferen Sinn hat, Freude am Leben, Zuversicht und Zufriedenheit erleben.

Einer der zentralen Aspekte in unserer Vorgehensweise ist die Fokussierung auf die Potentiale, Kompetenzen, Stärken, die positiven Eigenschaften und Lebenserfahrungen sowie die Ressourcen unserer Patienten. Sinnggebung und Mutmachung, mit angemessener Bestätigung und Anerkennung bilden die Grundpfeiler des Veränderungs- und Umlernprozesses. Die Patienten sollten zunächst das Selbstvertrauen in die eigenen Entwicklungspotentiale und Selbstheilungskräfte entdecken oder zurückgewinnen. Erst dann kann unsere Hilfe zur Selbsthilfe wirksam werden. Das Helfende und Stärkende zu entdecken und es im Auge zu behalten, trotz Störungen, destruktiver Energien und Rückfälle, fordert vom therapeutischen Team hohe menschliche Akzeptanz und fachlich begründete Souveränität.

Auf der Basis vorhandener Ressourcen entwickeln wir - gemeinsam mit dem Patienten - einen individuellen Rehabilitationsplan mit dem Ziel einer optimalen Vorbereitung auf den Neuanfang nach der Therapie. Diese Planung umfasst alle wesentlichen Elemente für den anstehenden beruflichen Ersteinstieg wie auch die Wiedereingliederung. Der Rehabilitationsplan wird dann in Reha-Konferenzen beraten, angepasst und weiterentwickelt.

3.3. Umgang mit Rückfällen

Leitsätze für das therapeutische Team

Als Rückfall verstehen wir einen erneuten Suchtmittelkonsum bei generell bestehender Abstinenzabsicht des Patienten.

Wir erkennen an, dass Rückfälle Symptome der Grunderkrankung und Komponenten des normalen Ablaufs der Behandlung bzw. der Rehabilitation bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sind.

Wir bewerten das Rückfallereignis grundsätzlich nicht negativ bzw. moralisierend.

Die Psychodynamik eines Rückfalls kann sehr komplex und vielschichtig sein. Sie verlangt eine differenzierte, individualisierte, stützende, gleichsam transparente, konfrontierende und konsequente therapeutische Vorgehensweise.

Jeder Rückfall - als Teil des Heilungsprozesses - enthält wichtige, für die weitere Behandlung wertvolle Informationen sowohl über den Patienten als auch über das aktuelle therapeutische Setting.

Wir begreifen jeden Rückfall als Krise, deren Ausgang in jedem Fall offen ist und davon abhängt, ob diese Situation eine regressive oder progressive Wendung in der Psychodynamik des Patienten bewirkt. Demnach beinhaltet jedes Rückfallereignis für den Patienten auch die Chance einer bewussten Verhaltensreflexion mit entsprechender Stärkung seiner Willenskraft und Therapiemotivation.

Rückfälle stellen an Patienten, Mitpatienten wie Therapeuten hohe Anforderungen. Deshalb ist der Umgang mit Rückfällen innerhalb der Einrichtung in einen gesamttherapeutischen Zusammenhang, in dem mit der möglichen Rückfälligkeit - als suchtspezifische Krankheitsentwicklung - gerechnet wird, eingebettet.

Da ein Rückfall mehrere Ursachen haben kann, ist im therapeutischen Team grundsätzlich zu klären, ob:

- ein Rückfall eine mangelnde Eignung des bisherigen therapeutischen Vorgehens bei einem Patienten bedeutet oder
- ein Rückfall eine momentane Überforderung einer/s Patientin/en in einer Versuchungssituation darstellt oder
- ein Rückfall Ausdruck einer generellen Abstinenzunwilligkeit der/s Patientin/en ist oder
- ein Rückfall Bestandteil eines interaktionellen Konflikts zwischen Patient und Therapeut ist.

Maßnahmen und Interventionen nach einem Rückfall (Ablaufschema)

Jeder Rückfall "stoppt" zunächst das vorgesehene Reha-Programm.

Zum Schutz des betroffenen Patienten aber auch der Mitpatienten werden nach Bekanntwerden des Rückfalls folgende Maßnahmen eingeleitet bzw. durchgeführt:

- Abklärung und Einleitung notwendiger medizinischer Maßnahmen (ärztliches Gespräch, Untersuchung, Verlegung auf ein Krankenzimmer/Isolierung, Kontaktsperre, Ausgangsbegrenzung, ggf. Einweisung in ein Akutkrankenhaus u. a.)
- Falls notwendig - Zimmerkontrolle (meist nur bei Drogenpatienten angebracht)
- Falls sinnvoll - Abgabe des Bargeldes
- Zeitnahe Information an die Mitarbeiter (E-Mail per Verteiler), Dokumentation / Eintrag in Dienstbuch und Patfak
- Abklärung der formalen Folgen einer eventuellen Entlassung (was ist zu beachten bzw. zu klären, wer muss informiert werden)

- Erstberatung / Konsultation im Team (obligatorisch/immer dabei - die ärztliche und/oder therapeutische Leitung). Falls am Wochenende persönlich nicht möglich - kann auch telefonisch erfolgen
- Information an die therapeutische Gemeinschaft (Mitpatienten), in der Regel bei der nächster Mahlzeit oder in der Vollversammlung (Inhalt und Form - entsprechend den Teambeschlüssen)

Die Entscheidung über die Fortsetzung der Therapie in unserer Klinik trifft das therapeutische Team und hängt von folgenden Faktoren ab:

- Umstände des Rückfalls
- Drogen/Suchtmittel, die in die Klinik mitgebracht werden und dadurch andere Patienten gefährden können - sprechen gegen die Fortsetzung der Behandlung
- Ein selbst gemeldeter Rückfall spricht in der Regel für eine Fortsetzung der Behandlung
- Wenn Patienten einen Rückfall dagegen verheimlichen und erst durch Klinikmitarbeitern „ertappt“ werden bzw. bei regelmäßigen Routinekontrollen auffallen, hängt die Entscheidung über Weiterbehandlung davon ab, inwieweit sie sich aktiv um eine Wiederherstellung des gestörten Vertrauensverhältnisses bemühen:
 - Bereitschaft des Patienten, das Rückfallereignis aufzuarbeiten
 - vertiefte Krankheitseinsicht
 - Reflexion der möglichen Rückfall-Risiko-Situationen
 - positive Veränderung seiner Problembewältigungsstrategie
 - Tragfähiges therapeutisches Bündnis zu einem Bezugstherapeuten
 - Positive Gesamtentwicklung (Reifung) des Patienten und seine Mitarbeit seit einem eventuellen früheren Rückfall
 - Teilnahme (ggf. erneute Teilnahme) an der Indikationsgruppe zur Rückfallprophylaxe
 - Positive Resonanz (Unterstützung) durch die therapeutische Gemeinschaft (Mitpatienten)

Eine sofortige Entlassung wird realisiert

- bei eindeutiger Uneinsichtigkeit (mangelnder Wille, die Situation offen und ehrlich aufzuarbeiten) und fehlender Kooperationsbereitschaft (z. B. offensichtliche Lügen)
- bei erfolgter Gefährdung anderer Patienten (z. B. Suchtmittel in die Klinik gebracht bzw. verteilt)
- bei wiederholtem Rückfall während einer Bewährungsfrist nach einem früheren Rückfall
- bei Gewaltandrohung

Wird ein Patient entlassen, werden ihm Wege aufgezeichnet und erörtert, wie er zu einer erneuten Entwöhnungsbehandlung kommen kann. Der Vorbehandler wird informiert. Der zuständigen Beratungsstelle wird ein entsprechender Vorschlag unterbreitet.

Wird nach einem Rückfall die Rehabilitation in unserem Haus fortgesetzt, sind folgende Schritte vorgesehen:

- Der Rückfall wird in der Bezugsgruppe thematisiert und aufgearbeitet
- Klärung der Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation - Vorstellung des Patienten im therapeutischen Team
- Der Patient erläutert seinen Rückfall in der Patientenvollversammlung (Plenum). Die Patientenschaft wird aufgefordert, sich dazu zu äußern. Sie kann sich für oder gegen den Verbleib des rückfällig gewordenen Patienten in der Klinik / für oder gegen die Fortsetzung seiner Behandlung aussprechen. Es folgt eine gemeinschaftliche Beratung.
- Festlegung der Modalitäten für die Weiterführung der Behandlung: Teamabsprachen betreffend Therapieprogramm, Zuständigkeit, individuelle Vereinbarungen und Terminabsprachen.
Es wird eine Phase der Therapie „auf Probe“ (in der Regel 14 Tage) vereinbart. Der Patient erhält eine angemessene Bedenkzeit.
- Wenn er sich auf diese Vereinbarungen einlassen kann und diesen Regelungen zustimmt, wird die Rehabilitationsmaßnahme mit dem individuellen Programm fortgesetzt.
Der festgelegte Koordinator (in der Regel der Bezugstherapeut) berichtet im therapeutischen Team nach einer Woche (Zwischenbericht) und resümiert nach 14 Tagen die "Probezeit". Der Patient wird in das Team eingeladen. Er schildert aus seiner Sicht den zweiwöchigen Therapieabschnitt und beantragt bzw. begründet die Fortsetzung der Rehabilitation. Dazu wird er von seinem Bezugstherapeut vorbereitet und unterstützt.
- Dokumentation bzw. Schilderung des Rückfalls im Entlassungsbericht
- Aufarbeitung des Rückfallgeschehens im therapeutischen Team, ggf. in einer Fallsupervision

Bei wiederholtem Rückfall (in der Regel beim 3.) erfolgt eine Benachrichtigung des zuständigen Rehabilitationsträgers. ggf. eine Konsultation zur Festlegung des weiteren Vorgehens.

3.4. Behandlungs- und Rehabilitationsziele

Das zentrale Ziel des rehabilitativ-therapeutischen Behandlungsprozesses in der Fachklinik HORIZONT, ist eine erfolgreiche Teilhabe der Patienten (im Sinne von SGB IX), auf der Basis einer wiedererlangten beruflichen Leistungsfähigkeit (Erwerbsfähigkeit) und einer daraus resultierenden beruflichen und sozialen Integration. Voraussetzung dafür ist die vollständige und dauerhafte Trennung vom Objekt der Sucht (Suchtmittelabstinenz). Auf dieser Basis erfolgen dann die Persönlichkeitsentwicklung sowie die damit verbundene Entwicklung der Beziehungsfähigkeit und Beziehungsgestaltung. In der Endphase der Therapie schließlich lernt und übt der Patient eigenaktiv die drogenfreie Lebensgestaltung. Bei einem Großteil der jüngeren Patienten müssen z. T. gravierende Entwicklungsverzögerungen und Reifungsdefizite bearbeitet werden. Dazu werden grundlegende Kompetenzen wie Umgang mit unterschiedlichen belastenden Situationen, Kritik- und Konfliktfähigkeit sowie Umgang mit Gewalt eingeübt und Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen sowie realitätsangepasstes Denken und Handeln erhöht bzw. verbessert.

Ältere, oft resignativ-depressive und passive Patienten gilt es zu aktivieren und durch ein entsprechendes lebenspraktisches Training zu befähigen, ihr Leben aus eigener Kraft, auf der Basis wiedererlangter sozialer Kompetenzen, zu gestalten. Schließlich versuchen wir, durch verschiedene Sinnfindungsangebote und sinngebende Interventionen mit den Patienten eine Grundlage für deren Selbstannahme, Versöhnung, Aufarbeitung von Schuld und Scham sowie eine positive Lebensperspektive zu erarbeiten.

3.5. Sinnfindung und Lebensorientierung

Die Frage nach dem Sinn ist die menschlichste aller Fragen. Sie ist nicht gebunden an Alter, Geschlecht, Bildungsschicht, eine bestimmte Gesellschaftsform oder Kultur. Sie ist nicht nur die Frage eines Verzweifelten, eines Kranken oder Straffälligen, sondern auch die jedes bewusst lebenden Menschen. Es gibt viele verschiedene Wege der Sinnfindung. Uns ist es wichtig, den Sinn-Fragen („Wer bin ich?“, „Woher komme ich?“, „Wohin gehe ich?“) im Reha-Prozess einen entsprechenden Raum zu geben. Im Rahmen unserer Therapie bekommen die Patienten die Gelegenheit, sich mit diesem Thema - entsprechend ihrer persönlichen diesbezüglichen Bedürftigkeit und in einer für sie angemessenen Form und adäquatem Tempo - zu beschäftigen. Dabei werden die Sinnerfahrungen der Patienten ebenso wie ihre Lebensweisen und Lebenskonzepte mit einbezogen und berücksichtigt.

3.6. Genderspezifischer Behandlungsansatz

Unsere männerorientierte Therapieausrichtung nimmt auf folgende Faktoren Bezug: Das Selbstbild vieler Männer scheint oft zweigeteilt; in ein eher weiblich gefärbtes Inneres und ein männliches Äußeres. Die männlichen und die weiblichen Anteile stehen sich oft konträr gegenüber. Die Leugnung von Persönlichkeitsanteilen führt jedoch meistens zum Hass auf die verdrängten Anteile des eigenen Ichs. Dieser Hassaffekt wird in der Regel projektiv verarbeitet. Z. B. kann sich der Hass auf „die Frau“ richten oder in differenzierterer Form auf bestimmte Eigenschaften einer Frau. Im patriarchalen Gesellschaftssystem führt der Hass auf das weibliche Selbst zu einer Polarisierung der sexuellen Gegensätze im gesellschaftlichen Leben. Das männliche Prinzip gestaltet und beherrscht die öffentliche Szene. Weiblichkeit hingegen wird oft abgewertet. Die auslösende Dynamik hinter diesen Prozessen liegt in der nicht gelungenen Integration der weiblichen Anteile in einer gefestigten männlichen Identität. Dieses ungelöste Dilemma führt wiederum oft zu regressiven Bindungsformen an das „Mütterliche“. Die Folge dieser Mutterfixierung kann ein weiterer Grund sein für das spätere Scheitern heterosexueller Beziehungen. Relativ häufig setzen dann Patienten Suchtmittel ein um die Identitätsspaltung und Mutterfixierung aufrechtzuerhalten.

Folge der nicht oder schlecht gelungenen Integration der zweigeschlechtlichen Anlage sind Schwierigkeiten im Affektleben des Mannes. Sie zeigen sich z.B. in der offenen oder versteckten/indirekten Gewaltbereitschaft vieler Männer. Auf der anderen Seite zeigen Männer häufig ein unsicheres und gehemmtes Verhalten, wenn es um den Ausdruck von zärtlichen Gefühlen und personaler Intimität geht.

Ein besonderes Problem bildet für viele Patienten immer noch der Umgang mit gleichgeschlechtlicher Lebensorientierung. Der genderspezifische Behandlungsansatz bietet hinsichtlich dieser Problemthemen Hilfestellung und Entwicklungsmöglichkeiten bezüglich des Nachreifungsprozesses an.

Unsere männerorientierte Therapieausrichtung will, den männlichen Mechanismen der Selbstwertregulierung, entsprechend Rechnung tragen. Männer definieren sich selbst vornehmlich über ihr Leistungsverhalten. „Ich leiste, also bin ich“ und „Ich bin, was ich leiste“ (versus „Ich leiste nicht, also bin ich nicht(s).“ Auch dieses, von Außen aufgezwungene Leistungsprinzip der Selbstwertbestimmung und -regulierung verweist auf Brüche und Schwachstellen in der Entwicklung einer männlichen Identität. Suchtkarrieren von Männern dokumentieren dieses Dilemma oft in erschütternder Weise. Suchtmittel werden eingesetzt, um den Raubbau mit eigenen Ressourcen zu kaschieren, um „die Leistung zu erhalten“ und um die Wahrheit des sich abzeichnenden Zusammenbruchs zu verleugnen.

Ein männerspezifischer Behandlungsansatz sollte Möglichkeiten anbieten, diesen Teufelskreis leistungsabhängiger Selbstwertregulierung aufzubrechen.

Diese Thematiken werden während des Rehabilitationsprozesses in der Fachklinik HORIZONT sowohl im Rahmen von Gruppentherapie als auch in psychotherapeutischen Einzelgesprächen bearbeitet. Zusätzlich bieten wir indikativ eine „Gender-Gruppe“ (Geschlechtsidentität und Partnerschaft) zur Selbstbildklärung und -findung an.

4. Rehabilitationsprozess und Therapieelemente

4. 1. Das Behandlungssystem

Das Drei-Stufen-Programm der Fachklinik HORIZONT ist wie folgt gegliedert:

Stufe 1 (Basistherapie)

Die *Aufnahmegruppe* gilt als Klärungs-, Motivations-, Orientierungs-, Diagnostik- und Integrationsphase des Patienten, in die Patientengemeinschaft und den therapeutischen Prozess. Hier werden mittels Kognitivtherapie zum einen die Einsicht/ Akzeptanz der Suchtmittelabhängigkeit (Problembewusstsein und Problemlösung) sowie eine entsprechende biographische Verknüpfung entwickelt. Zugleich werden die Motivation und die Therapiebereitschaft des Patienten überprüft bzw. abgeklärt und eine erste individuelle Therapieplanung erstellt.

Der Zeitraum dafür ist flexibel, am Entwicklungsprozess des einzelnen Patienten orientiert und dauert ca. 4 - 6 Wochen.

Der Übergang in Stufe 2 setzt voraus, dass der Patient die Umstufung persönlich beantragt, in den vorangegangenen zwei Wochen keine gravierenden Regelverstöße hatte und seine Therapiethemen wie -ziele benennen kann.

Stufe 2 (Therapiekernphase)

Diese Stufe umfasst die wesentliche Phase der psychotherapeutischen Behandlung, die je nach Indikationsstellung 10 - 16 Wochen dauern kann. Hierbei geht es um den intensiven Neustrukturierungsprozess an den inneren Strukturdefiziten und mangelnden Entwicklungs- und Sozialisationschritten im Rahmen der Gruppen- und der Arbeitstherapie. Dabei wird der Patient durch individualisierte Psychotherapie unterstützt, sich selbst, sein eigenes Erleben und Verhalten besser zu reflektieren und zu verstehen (Problemlösung und Problembewältigung). Klärung bezieht sich dabei zum einen auf die funktionale Rekonstruktion der Vergangenheit wie auch das Verstehen der Motive und Bedingungen, die sein bisheriges und gegenwärtiges Verhalten und Erleben steuern (Umdenken, Umlernen). Hieraus können Veränderungswünsche und -ziele erarbeitet werden (Sinn- und Identitätsfindung). Der Patient erfährt sowohl in der Einzeltherapie als auch mittels gruppentherapeutischer Interventionen entsprechende Strukturierungshilfen sowie Unterstützung zur Weiterentwicklung eigener Ressourcen. In diesem Behandlungsabschnitt findet meist, eine die familienspezifische Situation des Patienten berücksichtigende Maßnahme, in Form eines Angehörigenseminars bzw. eines Partnergespräch statt. In der Arbeitstherapie wird die arbeitsplatzbezogene Leistungsfähigkeit des Patienten stetig gefördert bzw. trainiert.

Der Übergang in die nächste Stufe 3 setzt voraus, dass der Patient seine Themen erfolgreich bearbeitet hat, die Ziele aus der Therapieplanung weitgehend erreicht hat, bei Heim- und Korrespondenzfahrten sowie anderen Belastungserprobungen keinen unbearbeiteten Rückfall oder Regelverstoß hatte. Bei dieser Umstufung muss vom Patienten ein entsprechender Antrag gestellt werden.

Stufe 3 (Transfer-, Verantwortungs- und Ablösungsphase)

Die Stufe 3, die in der Regel 4 - 6 Wochen umfassen kann, ist als soziale Außenorientierungs-, Erprobungs- und Problemlösungsphase (Realitätstraining) für die Patienten vorgesehen. Weitere Schritte sind die Gewinnung von Lebensperspektiven, sozialen und beruflichen Vorstellungen mit Schwerpunkt auf der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung (Entwicklung eines Lebensentwurfs) sowie die Einleitung konkreter Schritte zur beruflichen Eingliederung (Ausbildung oder Arbeitsplatz). Dies kann im Rahmen der Adaption und Nachsorge am Wohnort des Patienten oder in der Fachklinik HORIZONT angestrebt werden.

Für die Patienten, die sich auf keine Adaptionbehandlung einlassen wollen oder diese nicht benötigen, ist ein 2-wöchiges Praktikum zur Arbeits- und Belastungserprobung vorgesehen, um hier die vorhandenen Stärken und Fähigkeiten eines Patienten weiter zu erkennen und nutzbar zu machen. In dieser Zeit wird ein entsprechend angepasstes Psychotherapieprogramm (3 Tage Praktikum – extern + 2 Tage Therapie in der Klinik – in der Woche) realisiert.

Ein regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen wird initiiert bzw. in die Wege geleitet. Der Kontakt zur nachsorgenden Stelle soll vom Patienten aufgenommen werden. Einen besonderen Stellenwert nehmen dabei die ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen der ARS ein.

4.2. Das therapeutische Programm

Das Behandlungsrepertoire der Fachklinik HORIZONT umfasst folgende für alle Patienten verbindliche Bausteine:

- Medizinische Diagnostik (inkl. Labor- und apparativer Untersuchungen, ggf. auch extern)
- Soziale und psychologische Diagnostik (Testverfahren und Assessments)
- Medizinische Behandlung (Grundversorgung)
- Suchtinformation und Gesundheitserziehung
- NADA - Akupunktur
- Psychotherapie im Einzelverfahren
- Gruppentherapie
- Sozialtherapie mit Arbeitstherapie/Ergotherapie
- Kreativ-/Gestaltungstherapie
- Bewegungs-/Sporttherapie
- Pädagogische Interventionen und Erlebnispädagogik und Freizeitgestaltung
- Sozialberatung
- Lebenspraktisches Training
- Sinnfindung und Selbstmanagement

Das indikative Programm besteht aus folgenden Angeboten:

- Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement
- Soziales Kompetenztraining
- Relaxationstechniken/Entspannungstraining
- Kognitivtraining/Gehirnjogging
- Raucherentwöhnung
- Bewerbungstraining (mit EDV-Kurs)
- Deeskalationstraining
- Führerscheingruppe (Vorbereitung auf MPU)
- Familienkonferenzen und Angehörigenseminare
- Deutschunterricht für Patienten mit Migrationshintergrund und sprachlichen Defiziten
-

Das therapeutische Regelangebot wird in einem Wochenplan dargestellt (Anlage).

4.3. Zentrale Aspekte des Behandlungssystems

Ressourcenorientierung. Die Fokussierung auf die Potentiale, Kompetenzen, Stärken der Patienten.

Selbstmanagement /Selbststeuerung. Selbstvertrauen der Patienten in die eigenen Entwicklungspotentiale und Selbstheilungskräfte entdecken oder zurückgewinnen.

Erstellung eines individuellen Therapie- und Förderplanes mit dem Ziel einer optimalen Vorbereitung auf den Neuanfang nach der Therapie (Adaption, Nachsorge, berufliche Wiedereingliederung).

Individuelle Unterschiedlichkeit und ganzheitliche Betrachtungsweise des Patienten auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses.

Entwicklung einer tiefgreifenden (nachhaltigen) Suchtmittelabstinenz und einer neuen Lösungs- und Handlungsorientierung (Entwicklung beruflicher, arbeitsplatzbezogener Handlungskompetenz).

Normalisierungsprinzip im Sinne Hilfe zur Selbsthilfe.

Integration /Teilhabe: Schaffung von Rahmenbedingungen mit Spielräumen für Aktivitäten, Interaktionen, Kooperationen (soziales Netz) und Entscheidungsfelder (bzw. Gestaltungsfreiräume).

4.4. Sozialtherapie mit Arbeits- und Ergotherapie als Rehabilitationselement der Fachklinik HORIZONT

Die berufliche Integration ist das zentrale Motiv und die Zielsetzung aller rehabilitativer Maßnahmen. Dabei kommt der Ergo-/Arbeitstherapie im Prozess der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu. Wenn der überwiegende Anteil der abhängigkeitskranken Patienten im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung beruflich wiedereingegliedert werden soll, müssen unsere psychotherapeutischen und medizinischen Interventionen diesen Aspekt stets in ihrem Fokus behalten. Somit wird eine mehrdimensionale, interdisziplinäre, aktivierende, trainierende und kompensierende Arbeitstherapie mit zu einem wichtigen Beitrag unserer Einrichtung zur beruflichen Integration der Patienten.

Um den hohen Ansprüchen und Forderungen des Gesetzgebers einerseits und den Erwartungen und Anforderungen der Wirtschaft bzw. der Arbeitgeber andererseits gerecht zu werden, realisieren wir ein spezielles arbeitstherapeutisches/ ergotherapeutisches Aktivierungsprogramm, eingebettet in eine ganzheitliche Therapiekonzeption. Die Leistungsdiagnostik und -beurteilung im Rahmen der Ergo-/Arbeitstherapie in der Fachklinik HORIZONT erfolgt in Anlehnung an IMBA (Integration von **M**enschen mit **B**ehinderungen in die **A**rbeitswelt) und auf der Basis von MELBA (**M**erkmale zur **E**ingliederung **L**eistungsgewandelter und **B**ehinderter in **A**rbeit).

4.5. Handlungsorientierung als Grundlage für eine erfolgreiche berufliche Integration

Handlungsorientierung ist ein umfassendes Lern- und Qualifizierungskonzept auf der Basis konstruktivistischer Didaktik. Sie wird zumeist auf drei Ebenen definiert bzw. beschrieben:

- Auf der Zielebene wird sie als „Entwicklung beruflicher/arbeitsplatzbezogener Handlungskompetenz (einschließlich Sozialkompetenz und Selbstkompetenz) oder als Entfaltung von Schlüsselqualifikationen verstanden.
- Auf der Verfahrensebene meint man damit aktivierende Lehr- und Lernmethoden wie z. B. Plan- und Rollenspiele, Brainstorming, Projekte u. ä.
- Auf der Kontextebene sind es die Rahmenbedingungen mit Spielräumen für Aktivitäten, Interaktionen, Kooperationen und Entscheidungsfelder, die entsprechende Gestaltungsfreiräume ermöglichen und fördern.

Diese Vorgehensweise motiviert zum selbstgesteuerten, lebenslangen Lernen. Sie fördert das selbstverantwortliche Handeln mit den dazugehörigen Phasen: Planung, Entscheidung, Ausführung, Kontrolle, Auswertung. Die so - auf mehreren Gebieten - erreichte Handlungskompetenz der Patienten wird von der Arbeitsvermittlung als Schlüssel zur erfolgreichen beruflichen Integration gesehen.

4.6. Deutschunterricht im Rahmen der Integrationsförderung

Die Steigerung der Sprachkompetenz unserer Patienten sehen wir als einen zentralen Beitrag zur ihrer erfolgreichen beruflichen und gesellschaftlichen Integration. Deshalb sind im Verlaufe des Rehabilitationsprozesses in der Fachklinik HORIZONT Deutschförderkurse eingeplant. Der Unterricht wird indikativ in Kleingruppen (bis zu 8 Patienten) realisiert.

Nach einem Einstufungstest werden die Patienten im Rahmen eines 8-wöchigen Kurses 1 x pro Woche (2 x 45 Minuten) unterrichtet. Es wird durchgängig eine interaktive, handlungsorientierte Unterrichtsform mit entsprechender Beteiligung der Teilnehmer praktiziert. Dabei werden auch Interessen der jeweiligen Gruppe sowie aktuelle gesellschaftspolitische Themen berücksichtigt. Der Kurs wird von einer pädagogisch qualifizierten Fachkraft mit einer entsprechenden Kultursensitivität geleitet. Es erfolgt eine kontinuierliche Leistungsüberprüfung und -dokumentation mit Selbstbeurteilung der Teilnehmer und entsprechendem Eintrag in den Entlassungsbericht.

4.7. Bewegungs- und Sporttherapie, Freizeitgestaltung, Erlebnispädagogik

Sportliche Aktivierung, Gruppen- bzw. Mannschaftsspiele, Konditions- und Fitness-training sowie WS-Gymnastik mit Rückenschule gehören in der Fachklinik HORIZONT zu den wesentlichen therapeutischen Elementen zur Wiedergewinnung bzw. Entwicklung des Körperbewusstseins, zur Stärkung der körperlichen Belastbarkeit der Patienten, zur Verbesserung der Ausdauer und des Durchhaltevermögens sowie zur allgemeinen Förderung der Sozialkompetenz (hier besonders Konkurrenz- und Wettbewerbsfähigkeit, Misserfolgs- und Frustrationstoleranz, Leistungsorientierung und gesunder Ehrgeiz, aber auch das Risikobewusstsein des Sportmissbrauchs als Suchtverlagerung). Bei vorliegender Indikation werden entsprechende Sonderprogramme wie z. B. Muskelaufbautraining eingeleitet.

Besonderen Wert legen wir auf die Durchführung regelmäßiger erlebnispädagogischer Aktivitäten. Viele Patienten haben im Verlaufe ihrer Suchterkrankung ihre Freizeitgestaltung stark vernachlässigt. Die Verknüpfung von Sporttherapie, Gruppenerlebnissen, Naturerleben, Rekreation und Kreativtherapie soll dabei helfen, das durch die Sucht entstandene Vakuum sinnvoll zu füllen. Dazu werden besondere, jahreszeitliche- bzw. wetteradäquate Events angeboten.

4.9. Maßgeschneidertes Interventionsrepertoire

Wir stellen aus einer umfangreichen therapeutischen Angebotspalette die für jeden Patienten notwendigen und hilfreichen Bausteine zu einem auf ihn passgenau abgestimmten Behandlungsprogramm zusammen. Maßgeblich sind dabei die individuellen Ziel- und Lösungsstrategien des Patienten. Der Bezugstherapeut übernimmt in diesem Kontext zumindest zeitweilig die Rolle des Case-Managers und „Schnittstellenkoordinators“. Besonders deutlich wird das in der Ablösungsphase und bei der Planung bzw. Einleitung der Nachsorge.

4.10. Angehörigenarbeit

Während der Entwöhnungstherapie erscheint es oft wichtig und manchmal sogar unumgänglich, die Angehörigen bzw. das familiäre Bezugssystem des Patienten möglichst früh in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen. Wichtig sind dabei sowohl die Aufklärungsarbeit über die Suchterkrankung selbst, die Methoden und Ziele der Rehabilitationsmaßnahme, aber auch die Abklärung, inwieweit die bestehenden Familienstrukturen bereit und in der Lage sind, das suchtkranke Mitglied nach der Therapie wieder aufzunehmen. Gelegentlich geht es aber auch um Begleitung von Ablösungsprozessen aus dem familiären Kontext sowie Einleitung von Hilfestellung für mitbetroffene Angehörige (Co-Abhängige). Als familientherapeutisches Repertoire bieten wir an:

- Persönliche Partner-/Familiengespräche bei der Aufnahme
- Telefonischer Kontakt zu Angehörigen während der Behandlung
- Gespräche anlässlich eines Besuchs der Angehörigen in der Klinik
- Gespräche in Verbindung mit Heimfahrten
- Gemeinsame Paargespräche während der Therapie
- Wochenendseminare für Paare und Familien
- Angehörigengespräch bei der Entlassung und Abholung aus der Klinik

4.11. Tierhaltung

Patienten und Adaptionsteilnehmer, die keine anderweitige Unterbringungsalternative für ihren Hund/Hunde finden, haben die Möglichkeit ihren Vierbeiner in drei Zwingern auf dem Klinikgelände zu halten. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung aller gesetzlichen und tierschutzrechtlichen Bestimmungen. Hilfestellung zur Erfüllen der Gesetzesvorlagen (nach § 11 LHund NRW) ist gewährleistet.

5. Abschluss der stationären Behandlung in der FK Horizont

5.1. Außenorientierung und Realitätstraining

Die Ablösungsphase stellt zusammen mit der Arbeitsbelastungserprobung (externes Betriebspraktikum), der Planung bzw. Einleitung der Nachsorge und der Vorbereitung einer möglichen Arbeitsaufnahme mit das wichtigste Übergangselement (Ablösungs- und Transferphase) von der betreuten Rehabilitation hin zu selbständiger Lebensgestaltung und Eigenverantwortung der Patienten dar. Durch die verstärkte Außenorientierung und das nahende Therapieende werden die Patienten zunächst einer starken Verunsicherung ausgesetzt.

Der konstruktive Umgang und die Auseinandersetzung mit den Außenrealitäten/ Alltagsbedingungen stehen in dieser Zeit im Fokus der psychotherapeutischen Arbeit. Die häufigsten Themen dieser Phase sind die Entwicklung eines eigenen Lebensentwurfes, Gestaltung des sozialen Umfeldes, in das der Patient nach der Behandlung wechseln wird, sowie der Abschied aus den therapeutischen Beziehungen im Kliniksetting. In dieser Phase können die Patienten an Selbsthilfegruppen im Umfeld der Fachklinik teilnehmen. Der Schwerpunkt unserer Interventionen liegt jedoch auf der Vorbereitung des beruflichen Einstiegs und der Klärung der Wohnsituation.

5.2. Vorbereitung der Nachsorge

Verlaufen alle oben beschriebenen Stufen bzw. Phasen des therapeutischen Prozesses erfolgreich, kann sich der Patient mit der notwendigen Energie und Eigenmotivation den Außenaktivitäten (außerhalb des klinischen Settings) widmen. Die Voraussetzungen dafür sind neben der Abstinenz, ausreichende psychische wie emotionale Stabilität, hinreichende körperliche Belastbarkeit und ein Mindestmaß an Schlüsselqualifikationen. Dabei wird er durch die HORIZONT-Fachkräfte entsprechend unterstützt. Wir leiten die Erstkontakte zu den örtlichen Beratungsstellen ein und helfen bei allen dann anfallenden Formalitäten weiter. Von dort aus werden alle nachfolgenden Interventionen koordiniert. Die unmittelbaren Gründe für die Einleitung entsprechender Nachsorgemaßnahmen sind in den meisten Fällen:

- fehlende Wohnung - fehlender Arbeitsplatz - fehlende bzw. unzureichende soziale Einbindung - fehlender abstinenter Freundeskreis

Bei manchen Patienten können gesundheitliche Einschränkungen eine Weiterführung medizinischer und/oder beruflicher Rehabilitation notwendig machen. Zu den am häufigsten in Anspruch genommenen Nachsorgeangeboten gehören:

- Beratung und Betreuung durch die Psychosozialen Beratungsstellen (PSB)
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Selbsthilfegruppen
- Adaption
- ambulante Formen der Suchtkrankenhilfe (ambulante Rehabilitation ARS)
- Betreutes Wohnen

Über die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben können berufliche Rehabilitationsmaßnahmen (BBW, BFW, BTZ WfbM u.a.) eingeleitet werden.

Therapie- und Hausordnung

Verboten in der Fachklinik sind:

- Das Mitbringen von Alkohol und Drogen (alle Suchtmittel)
- Weitergabe von Suchtmitteln an Patienten
- Androhen und Ausübung von Gewalt

1. Adaption

Adaptionspatienten können sich auf dem Klinikgelände frei bewegen und in den Gruppenräumen aufhalten. Nach vorheriger Absprache (rechtzeitige Anmeldung und mit Eintrag ins Übergabebuch) können (gleichzeitig) bis zu drei Patienten aus den Therapiestufen 2. und 3. in die Adaption eingeladen werden.

2. Amtsgänge und Fahrten zur Erledigung dienstlicher Angelegenheiten

Alle notwendigen Amtsgänge und –fahrten müssen rechtzeitig vorher mit dem Sozialdienst der Fachklinik abgesprochen werden. Gegebenenfalls wird eine Begleitung bestimmt. Diese s. g. Korrespondenzfahrten (Gerichtstermine, Wohnungssuche, Vorstellungsgespräche u. a.) können nur für einen Tag (ohne Übernachtung) genehmigt werden.

3. Arztbesuche

Externe Arztbesuche sind nur nach vorheriger Verordnung durch den Klinikarzt möglich. Falls erforderlich wird eine Begleitung bestimmt. Medikamentenverordnungen (Rezepte) werden ausschließlich über die Krankenpflege der Fachklinik realisiert. Auf Heimfahrten dürfen nur im Notfall andere medizinischen Dienste konsultiert bzw. in Anspruch genommen werden.

4. Ausgang

Die Ausgänge dienen dem Realitätstraining und sind als Therapieteil zu sehen. Die ersten 2 Wochen nach Aufnahme gelten als Kontaktpause. In dieser Zeit verbleibt der Patient auf dem Klinikgelände. Ausnahmen werden individuell geregelt. In dieser Zeit gibt es keine Besuche. Der Patient gibt für diese Zeit sein Mobiltelefon ab. Nach 14 Tagen und bei gutem Therapieverlauf erreichen die Patienten die 2. Ausgangsstufe. In dieser Phase können sie in Begleitung von zwei anderen Patienten die Klinik zu üblichen Ausgangszeiten verlassen. Auch mit einem angemeldeten Besuch können die Patienten in den Ausgang. Nach einer erfolgreichen Umstufung ist ein Einzelausgang möglich. Bei Regelverstößen können die Ausgangsmöglichkeiten des Patienten eingeschränkt werden.

Ausgangszeiten sind: Mo. Di. und Mi. 19.00 – 21.00, Fr. 16.15 – 21.00, Sa. 10.00 – 11.45 und 16.30 – 21.00 sowie So. 14.00 – 17.30.

Vom 1. Mai bis 31. August kann der Ausgang unter der Woche bis 22.00 ausgedehnt werden.

Der Regel-Ausgang ist auf das Stadtgebiet Rees begrenzt.

Patienten mit Hunden können den „Sonderausgang“ während der Kontaktpause in Begleitung eines „älteren“ Patienten in der therapiefreien Zeit durchführen. Sie können morgens, mittags und abends (1 x eine Stunde + 2 x ½ Stunde) im näheren Umkreis der Klinik spazieren gehen. Nach der Kontaktpause können sie auch ohne Begleitung den Regel-Ausgang nutzen.

5. Besuch

Nach zwei Wochen Klinikaufenthalt (Kontaktpause) können Patienten Besuch empfangen. Jeder Besuch (mit Personenanzahl) muss vorher angemeldet werden. Die Besuchszeiten sind an Sonn- und Feiertagen 14.00 – 17.30. Jeder Besucher wird dem diensthabenden Mitarbeiter vorgestellt. Mitgebrachte Sachen werden kontrolliert. Der Besuch darf sich im Innenhof und in der Mensa aufhalten. Auch die Bibliothek darf mitbenutzt werden, muss aber vorher beim diensthabenden Mitarbeiter angemeldet werden. Das Betreten der beiden Wohn- und Therapiehäuser ist für die Besucher nicht gestattet. Die Patienten dürfen mit ihrem Besuch die Klinik verlassen, bleiben aber im Stadtgebiet Rees. Das Verlassen der Klinik und die Rückkehr sind im Ausgangsbuch persönlich festzuhalten.

6. Energie

Aus Umweltschutzgründen und zur Schonung der Naturressourcen sind unsere Patienten aufgefordert, stets auf den sparsamen Energieverbrauch zu achten. Alle Elektrogeräte und die Beleuchtung sollten beim Verlassen der Räume ausgeschaltet werden. Türen und Fenster sind in der kalten Jahreszeit geschlossen zu halten und nur kurz zum (Stoß-)Lüften zu öffnen.

7. Erscheinungsbild

Wir legen Wert auf ein gepflegtes Äußeres unserer Patienten. Zu den Behandlungszeiten und während der Mahlzeiten wird eine angemessene (s. g. Straßen-) Kleidung getragen. Sport- und Freizeitbekleidung (z. B. Jogginganzüge) sind nur in der Bewegungstherapie sowie in der Freizeit erlaubt. Szene-Bekleidung – Schmuck und andere Symbole sind verboten. Nicht erlaubt sind: tragen von Sonnenbrillen auf dem Klinikgelände, Kopfbedeckung (Kappen) im Speisesaal, in den Therapiesitzungen und Gruppenveranstaltungen (teilweise Ausnahme in der Arbeitstherapie) sowie Glatze scheren, Piercen und Tätowieren während des Klinikaufenthaltes.

Aus versicherungstechnischen Gründen (Verletzungs- bzw. Unfallrisiko) ist das Tragen von Piercing an Kopf und Händen während der Behandlungszeit in unserer Fachklinik nicht gestattet. Ein Ohrknopf- oder -ring ist hingegen erlaubt.

8. Fernsehen

Fernsehen ist nur in den Gruppenaufenthaltsräumen möglich. Ein Wochentag ist fernsehfrei. Weitere Regelungen hierzu entnehmen Sie bitte dem TV-Infoblatt.

9. Finanzen

Die Patienten sind für Ihre Geldangelegenheit selbst verantwortlich. Sie können - im Bedarfsfall - vom Sozialdienst der Fachklinik fachlich beraten bzw. unterstützt werden.

Um spätere Schwierigkeiten (Streitigkeiten und Frustrationen) zu vermeiden, sollten Patienten während der Behandlungsmaßnahme untereinander kein Geld leihen und/oder verleihen.

10. Gebot der Verschwiegenheit

Alle Patienten sind ausdrücklich aufgefordert mit den personenbezogenen Daten der Mitpatienten sorgsam umzugehen und über Informationen und Auskünfte anderer Patienten auch nach der Behandlung in der Fachklinik Stillschweigen zu bewahren.

11. Glücksspiel und bezahlte Dienstleistungen

Alle Spielarten und Wetten um Geld- oder Materialwerte sowie Hausdienste sind untersagt. Ebenso unerlaubt sind Dienstleistungen gegen Bezahlung (wie z. B. Haarschneiden, Briefeschreiben) und der Verkauf von Wertsachen.

12. Hausdienste

Alle Patienten beteiligen sich an den Hausdiensten (Ausnahmen regelt die Medizin).

13. Heimfahrten

Heimfahrten dienen im therapeutischen Prozess der Außenorientierung und dem Realitätstraining der Patienten. Sie sind ein wichtiges Behandlungselement (sie sind kein Urlaub und gehören zur Therapiezeit). Deshalb unterliegen sie einem entsprechenden Regelwerk. Der Rehabilitationsträger übernimmt die Kosten für die Heimfahrten, wenn sie therapeutisch begründet sind. Nach 8 Wochen Behandlung, unabhängig von der Dauer der Kostenzusage, können Patienten die 1. Heimfahrt beantragen. Die Genehmigung erfolgt durch die Therapeutische Leitung entsprechend den Behandlungsfortschritten. Alle diesbezügliche Absprachen (Orte, Termine und Zeiten) müssen vom Patienten eingehalten werden. Jede Abweichung davon bedarf einer vorherigen Klärung. Jede durchgeführte Heimfahrt wird entsprechend besprochen / ausgewertet und in den weiteren Behandlungsprozess eingearbeitet. Patienten im Küchendienst können flexibel, ggf. Do. – Sa. oder aber So. – Mo. fahren.

14. Kontrollen

Alkohol- und Drogenkontrollen können jederzeit (tagsüber wie nachts, auch mehrmals hintereinander) realisiert werden. Die durchführenden MA erfüllen damit ihre Dienstpflicht und sollten dabei durch die Patienten entsprechend unterstützt werden. Dazu führen alle Patienten (besonders bei den Ausgängen) ihr Mundstück für den Alkomat stets bei sich.

15. Mahlzeiten

Alle Patienten kommen pünktlich zu den Essenszeiten (verpflichtend). Der diensthabende MA stellt jeweils die Anwesenheit fest. Auf den Patientenzimmern sind Lebensmittel (besonders leicht verderbliche bzw. nur kurz haltbare) nicht erlaubt. Ausnahme davon sind (alkoholfreie) Süßigkeiten und Erfrischungsgetränke, Knabberzeug und Tüten- bzw. Trockensuppen sowie Obst (Frische und Menge beachten). Die Aufbewahrung, Zubereitung und der Verzehr von Speisen (Ausnahme: Isolation bei Krankheit oder nach Rückfall) auf den Patientenzimmern ist nicht erlaubt. Lebensmittel, die vom Besuch mitgebracht werden, sollten zeitnah, am besten sofort, verzehrt werden.

16. Medikamentenausgabe

Patienten, die eine Medikamentenverordnung unseres Klinikarztes erhalten, sind verpflichtet, eigenverantwortlich und pünktlich zu den Ausgabezeiten (täglich nach dem Abendessen um 18.45 bzw. nach der Anordnung des Arztes) in die Ambulanz zu kommen und sich dort ihre Arzneien abzuholen.

17. Musik

Radios und andere Musikabspielgeräte sind auf den Patientenzimmern und in den Aufenthaltsräumen gestattet. Musik ist nur in Zimmerlautstärke und bei geschlossenen Fenstern erlaubt. Über die „Zimmerlautstärke“ entscheidet der MA.

18. Post

Patienten-Post (private Briefsendungen und Pakete) werden vom diensthabenden MA im Übergabezimmer an Patienten ausgegeben, dort geöffnet und gemeinsam auf unerlaubte Inhalte kontrolliert.

19. Rauchen

Das Rauchen ist auch eine Suchtform und unterliegt deshalb in unserer Fachklinik strengen Auflagen. *Horizont* gehört zu den nikotinfreien Krankenhäusern. In sämtlichen Gebäuden/Räumen, besonders auf den Patientenzimmern (inkl. Toilette) ist das Rauchen - wegen Gefährdung Anderer (Brandschutz) - streng verboten. Nur in den ausgewiesenen Pausen und in der Freizeit ist Rauchen möglich. Es darf dabei ausschließlich am Pavillon geraucht werden. Der Konsum von Schnupftabak ist untersagt.

20. Sprachregelung

Es dürfen keine Fremdsprachen gesprochen werden, wenn andere Personen (Mitarbeiter oder Patienten) anwesend sind, die diese Sprache nicht verstehen.

21. Telefonieren

Nach Ablauf der Kontaktpause ist das Telefonieren vom Kartenapparat (vor dem Speisesaal) oder mit dem eigenen Handy ausschließlich auf dem eigenen Zimmer - nur in den Pausen und in der Freizeit möglich. Das Mitführen der Mobiltelefone zu den Therapiezeiten ist nicht gestattet.

22. Verhalten auf dem Klinikgelände

Das Klinikinventar ist stets pfleglich zu behandeln. Besuche auf anderen Patientenzimmern sind nicht erlaubt. Die Wohngruppen bzw. die Patientenzimmer, die medizinische Ambulanz, der Speisesaal und die Verwaltung dürfen nicht mit Arbeitsschuhen betreten werden. In den Aufenthaltsräumen kein Geschirr, keine Flaschen, keine Essensreste und keinen Verpackungsmüll zurücklassen.

Spucken auf dem Klinikgelände ist verboten.

Das Sonnen (mit Shorts) ist hinter Haus Aufwind erlaubt, der Besuch von Sonnenstudios während der Behandlung hingegen nicht (außer auf ärztliche Anordnung bei bestimmten Hauterkrankungen). Es ist verboten während der Behandlungszeit Spielhallen zu besuchen.

Während der Therapie ist der Kontakt zu ehemaligen Patienten nur dann erlaubt, wenn sie regulär entlassen wurden und aktuell nicht rückfällig sind.

23. Wäscherei

Die Waschzeiten werden durch einen verbindlichen Waschplan (Aushang) geregelt. Nicht vergebene Waschzeiten stehen den Neuaufnahmen zur Verfügung, müssen jedoch mit dem Waschküchenverantwortlichen abgesprochen werden. Der Schlüssel für die Waschküche ist dem Gruppensprecher zugeteilt. Er kann im Bedarfsfall bei ihm geholt und muss unmittelbar nach dem Waschen bei ihm wieder zurückgegeben werden.

24. Zimmerordnung

Genauere Informationen hierzu entnehmen sie dem Zimmerraushang. Alle Einrichtungsgegenstände werden zweckbestimmt und werterhaltend benutzt. Ausdrücklich nicht erlaubt sind:

- Gewalt und/oder Drogen, verherrlichende sowie sexistische, ausländerfeindliche, rassistische Bilder, Symbole, Musik, Filme, Bücher und andere Materialien
- Offenes Feuer (z. B. Kerzen)

Therapie- und Hausordnung – Stand Juni 2010



Rehabilitationskonzeption Fachklinik HORIZONT, 2009/2010

Rehabilitationskonzeption Fachklinik HORIZONT, 2009/2010

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|-------------------------------|---|--|--|---|---|--|--|
| Frühstück | 7.00 – 7.15 | | | | | 9.00 - 9.30 | |
| | 7.30 – 8.15 Bewegungstherapie 8.45 - 9.45 Lebenspraktisches Training | 7.30 – 8.15 Bewegungstherapie 8.45 - 9.45 Gruppe: Sucht-Info (Arzt) | 7.30 – 9.45 Kreativtherapie / Freies Werken (Ergo) parallel dazu alle 2 Wo. psych. Diagnostik (Psychologe) | 7.30 – 8.15 Bewegungstherapie danach Psychotherapie / Einzelgespräche | 7.30 – 8.15 Bewegungstherapie 8.45 – 9.45 Leistungsdiagnostik (Sport) | 10.00 – 11.45 Dienst für die Gemeinschaft | Möglichkeit zum Gottesdienst- Besuch 10.15 – 11.30 Laufgruppe |
| Pause | 9.45 – 10.00 | | | | | | |
| | 10.00 – 11.45 Kreativtherapie / Freies Werken parallel Psychotherapie / Einzelgespräche | 10.00 – 11.00 Psychotherapeutische Gruppe: Therapieziele und –motivation (Aufnahmetherapeut) danach Psychotherapie / Einzelgespräche und Sozialberatung | 10.00 – 11.00 Psychotherapeutische Gruppe: Sinnfindung 11.00 – 11.45 Gesundheitserziehung/ Ernährungsberatung | 10.00 – 11.00 Psychotherapeutische Gruppe: Tagesstruktur, Wochenplan, Zeitmanagement (Aufnahmetherapeut) danach Psychotherapie / Einzelgespräche | 10.00 – 11.45 Film + Diskussion abwechselnd mit Spielestunde (Gehirnjogging)/ ggfls. ab 11.00 Einzelgespräche | | |
| Pause | 11.45 – 12.00 | | | | | | |
| Mittagessen | 12.00 – 12.30 | | | | | 12.00 - 12.30 | |
| Pause | 12.30 – 13.30 | | | | | | |
| | 13.30 – 15.00 Psychotherapeutische Gruppe: Therapie- u. Hausregeln (Aufnahmetherapeut) | 13.30 – ca. 14.30 Plenum (Patientenvollversammlung) | 13.30 – 14.30 Gruppe: Sucht-Info (Arzt) danach Psychotherapie / Einzelgespräche und Sozialberatung | 13.30 – 14.30 Relaxation / Entspannungstraining | 13:30 – 14:30 NADA - Akupunktur danach Kreativtherapie / Freies Werken (Ergo) | 14-tägig 13.00 – 16.00 Erlebnispädagogische Angebote | Besuchszeit Ausgang |
| Pause | 15.00 – 15.15 | | | | | | |
| | 15:15 – 16:15 NADA Akupunktur danach Psychotherapie / Einzelgespräche und Sozialberatung | 15.15 – 16.45 Kreativtherapie / Freies Werken (Ergo) parallel dazu Psychotherapie / Einzelgespräche und Sozialberatung | 15.15 – 16.45 Sport in der Gruppe | 15.15 – 17.45 Begleitete Zimmer- und Raumpflege/Hygieneplanung-Hauswirtschaft Treffpunkt: Raum der Ergotherapie | 15.15 – 16.00 Wochenrückblick und WE-Planung | | |
| Pause | 16.45 – 18.15 | | 16.45 – 18.15 | 16.45 – 18.15 | 17.45 – 18.15 | 16.15 – 18.15 | |
| Abendessen | 18.15 – 18.45 | | | | | | |
| Post- und Med. Ausgabe | 18.45 – 19.00 | | | | | | |

Rehabilitationskonzeption Fachklinik HORIZONT, 2009/2010

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|---------------------------|---|---|--|---|---|--|---|
| Frühstück | 7.00 – 7.15 | | | | | 9.00 - 9.30 | |
| | 7.30 – 9.45 Arbeitstherapie | 8.30 – 9.45 parallel Laufgruppe Psychotherapie / Einzel- gespräche | 7.30 – 9.45 Arbeitstherapie/ Gruppensvisite | 8.15 – 9.45 Sport (Gr. 1 + 3) 8.15 – 9.45 Gruppen-psychotherapie (Gr. 2 + 4) | 7.30 – 9.45 Arbeitstherapie | 10.00 – 11.45 Ausgang eventuell Dienst für die Gemeinschaft | Möglichkeit zum Gottesdienst Besuch 10.15 – 11.30 Laufgruppe |
| Pause | 9.45 – 10.00 | | | | | | |
| | 10.00 – 11.45 Arbeitstherapie | 10.00 – 11.30 parallel WS – Gymnastik Psychotherapie / Einzel- gespräche Sozialberatung | 10.00 – 11.45 Arbeitstherapie/ Gruppensvisite parallel dazu Psychotherapie / Einzelge- spräche | 10.15 – 11.45 Sport (Gr. 2 + 4) 10.15 – 11.45 Gruppen-psychotherapie (Gr. 1 + 3) | 10.00 – 11.45 Arbeitstherapie | | |
| Pause | 11.45 – 12.00 | | | | | | |
| Mittagessen | 12.00 - 12.30 | | | | | 12.00 - 12.30 | |
| Pause | 12.30 – 13.30 | | | | | | |
| | 13.30 – 15.00 Sport(Gr 1 + 3) Gruppen-psychotherapie (Gr. 2 + 4) | 13.30 – 15.00 Plenum Patienten- vollversammlung | 13.30 – 15.00 Therapeutische Indikati- onsgruppen | 13.30 – 15.00 Arbeitstherapie | 13.30 – 15.00 Therapeutische Indikationsgruppen | 14-tägig Erlebnis- pädagogische Angebote | Besuchszeit Ausgang |
| Pause | 15.00 – 15.15 | | | | | | |
| | 15.15 – 16.45 Sport (Gr. 2 + 4) Gruppen-psychotherapie (Gr. 1 + 3) | 15.15 – 17.45 Psychotherapie/ Einzel- gespräche Sozialberatung | 15.15 – 17.45 Psychotherapie/ Einzelge- spräche | 15.15 – 17.45 Arbeitstherapie | 15.15 – 16.00 Wochenrückblick u. WE- Planung | | |
| Pause | 16.45 – 18.15 | 16.45 – 18.15 | 16.45 – 18.15 | 17.45 – 18.15 | 16.15 – 18.15 | | |
| Abendessen | 18.15 - 18.45 | | | | | | |
| Post- und Med. Ausgabe | 18.45 – 19.00 | | | | | | |



Rehabilitationskonzeption Fachklinik HORIZONT, 2009/2010