



Theodor Fliedner Stiftung

---

# Fachklinik Haus Siloah Rehabilitationskonzept

Dr. med. Olaf Lask  
Peter Metzger  
Das Team der Fachklinik Haus Siloah

Ratingen, 23.10.2015

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung
  2. Allgemeines
  3. Die Fachklinik Haus Siloah
  4. Rehabilitationskonzept
    - 4.1 Theoretische Grundlagen
    - 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen
    - 4.3 Rehabilitationsziele
    - 4.4 Rehabilitationsdauer
    - 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung
    - 4.6 Rehabilitationsprogramm
    - 4.7 Rehabilitationselemente
      - 4.7.1 Aufnahmeverfahren
      - 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik
      - 4.7.3 Medizinische Therapie
      - 4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote
        - 4.7.4.1 Gruppen- und Einzelpsychotherapie
        - 4.7.4.2 Kunsttherapie
        - 4.7.4.3 Indikative Gruppen
      - 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen
      - 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
      - 4.7.7 Freizeitangebote
      - 4.7.8 Sozialdienst
      - 4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährungsmedizin
      - 4.7.10 Angehörigenarbeit
      - 4.7.11 Rückfallmanagement
      - 4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege
      - 4.7.13 Weitere Leistungen
      - 4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
  5. Personelle Ausstattung
  6. Räumliche Gegebenheiten
  7. Kooperation und Vernetzung
  8. Maßnahmen der Qualitätssicherung
  9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation
  10. Notfallmanagement
  11. Fortbildung und Supervision
  12. Hausordnung und Therapievertrag
- Literatur
- Wochentherapieplan
- Anhänge: Leitbild, Übersicht der behandelten Diagnosen, Therapievertrag, Hausordnung

## 1. Einleitung

Das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Haus Siloah ist auf die gesetzlichen Grundlagen und Ziele der Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung (DRV) und Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgerichtet. Im Auftrag dieser Rehabilitationsträger werden in unserer Einrichtung gemäß § 6 SGB IX und nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V stationäre und ganztägig-ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht.

Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind insbesondere die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011 und die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12).

Die medizinische Rehabilitation richtet sich an den Dimensionen des biopsychosozialen Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der «Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» (ICF) beschrieben werden, aus. Funktionale Gesundheit einerseits, sowie Erkrankungen und ihre Folgen andererseits, werden darin als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Kontextfaktoren verstanden. Diese Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, und umfassen alle umwelt- und personenbezogenen Umstände, die positiven oder negativen Einfluss auf deren funktionale Gesundheit haben.

Das Bemühen der medizinischen Rehabilitation und die Auswahl der Therapieangebote unter Berücksichtigung der individuell relevanten Kontextfaktoren ist darauf gerichtet, den durch Krankheit und Behinderung bedingten funktionellen Einschränkungen zu begegnen und dem Rehabilitanden ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen.

Das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Haus Siloah ist wissenschaftlich begründet und tiefenpsychologisch fundiert.

Die Klinik erfüllt die Qualitätssicherungs-Anforderungen der Leistungsträger. Ihr Qualitätsmanagementsystem beinhaltet die in der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB V definierten Qualitätskriterien und dokumentiert ihre Umsetzung in einem Handbuch. Die Einrichtung ist nach den Anforderungen der DIN-EN-ISO 9001:2008-12 und als Mitglied des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) auch nach dem Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie deQus e.V. zertifiziert.

## 2. Allgemeines

Die Fachklinik Haus Siloah ist eine Rehabilitationseinrichtung für suchterkrankte Männer und Frauen, traditionell mit einem Schwerpunkt bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Heute öffnet sie sich auch veränderten Konsummustern. Träger ist die 1844 als Diakonenanstalt Duisburg begründete, freigemeinnützige Theodor Fliedner Stiftung Mülheim.

Während der medizinischen Rehabilitation in unserer Fachklinik gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

### **Fachklinik Haus Siloah**

Rehabilitationseinrichtung für Suchterkrankte

Am Eichförstchen 72

40885 Ratingen

Institutionskennzeichen (IK): 570510029

Telefon 02102-303420

Fax 02102-303283

E-Mail: [info@siloah.fliedner.de](mailto:info@siloah.fliedner.de)

Internet: [www.siloah.fliedner.de](http://www.siloah.fliedner.de)

### **Leitender Arzt**

Dr. med. Olaf Lask

(Sekretariat) 02102-303303

[olaf.lask@krankenhaus.fliedner.de](mailto:olaf.lask@krankenhaus.fliedner.de)

### **Verwaltungsleiter**

Dipl.-Gesundheitsökonom Karsten Kühn

(Sekretariat) 02102-303201

[karsten.kuehn@krankenhaus.fliedner.de](mailto:karsten.kuehn@krankenhaus.fliedner.de)

### **Pflegedienstleitung**

Dipl.-Pflegerin (FH) Cordelia Siegmund

Telefon: 02102-303504

[cordelia.siegmund@krankenhaus.fliedner.de](mailto:cordelia.siegmund@krankenhaus.fliedner.de)

### **Therapeutischer Leiter**

Dipl.-Psych. Peter Metzger

02102-303404

[peter.metzger@krankenhaus.fliedner.de](mailto:peter.metzger@krankenhaus.fliedner.de)

### 3. Die Fachklinik Haus Siloah

Die Fachklinik Haus Siloah ist eine Einrichtung der Theodor Fliedner Stiftung mit 55 vollstationären und fünf ganztägig ambulanten Behandlungsplätzen. Durch die traditionell gewachsene, enge Verzahnung mit dem benachbarten Fliedner Krankenhaus können dessen Strukturen zur vorgeschalteten Entzugs- und Motivationsbehandlung, psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisenintervention und für internistische Fragestellungen genutzt werden. Im Fliedner Krankenhaus werden Bereiche für Suchttherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Gerontopsychiatrie vorgehalten.

Träger der Fachklinik Haus Siloah und des Fliedner Krankenhauses ist die Theodor Fliedner Stiftung mit Sitz in Mülheim/Ruhr. Sie kann auf eine Geschichte seit 1844 zurückblicken und ist ein diakonischer Träger sozialer Arbeit mit Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Sachsen. Mehr als 2000 Mitarbeitende sind in der Altenhilfe, in der Assistenz von Menschen mit Behinderungen, in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie in Ausbildung, Forschung und Lehre tätig. Als evangelische Stiftung gehört sie zur Diakonie in Deutschland und ist Mitglied in allen diakonischen Werken der evangelischen Landeskirchen, auf deren Gebiet sie tätig ist.

Mit dem «Haus Engelbert» hält die Theodor Fliedner Stiftung am Standort Mülheim/Ruhr seit 1999 noch ein Angebot im Rahmen der Gefährdeten- und Suchtkrankenhilfe vor. Es handelt sich um ein offenes, soziotherapeutisches Zentrum für chronisch alkohol- und medikamentenabhängige Menschen. Neben stationär betreutem Wohnen kann hier auch eine Tagesstruktur in Anspruch genommen werden.

Innerhalb des Therapieverbundes Ratingen - Velbert - Erkrath – Haan ist die Fachklinik Haus Siloah gemeinsam mit der NeanderDiakonie im Kirchenkreis Düsseldorf-Mettmann auch an der ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) beteiligt.

Das Haus Siloah ging aus dem 1851 von der Duisburger Pastoralgehilfen- und Diakonenanstalt gegründeten Lintorfer Asyl, das zunächst der Fürsorge für entlassene Strafgefangene diente, hervor. Unter den dort untergebrachten Personen befanden sich viele Alkoholabhängige, so dass deren Behandlung nach und nach an Bedeutung zunahm. Mit der Gründung einer «Heilanstalt für Trunkfällige aus gebildeten Schichten» unter dem Namen «Siloah» wurde dem im Jahre 1879 Rechnung getragen. Haus Siloah ist die erste Trinkerheilanstalt Deutschlands und gleichzeitig auch eine der älteste noch bestehenden Suchtbehandlungsstätten der Welt.

Aus alten Dokumenten geht hervor, dass das Wirken der Einrichtung bereits in den Anfängen von der ehemaligen Versicherungsanstalt Rheinprovinz unterstützt wurde. Seit dem Inkrafttreten der «Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker» vom 20. November 1978 wird hier medizinische Rehabilitation durchgeführt.

Das denkmalgeschützte, traditionsreiche Haupthaus von 1879 dient heute in renovierter Form als Therapiezentrum. Es beherbergt Versammlungs-, Konferenz- und Funktionsräume.

Das Haupthaus wird flankiert von zwei 1991 in Betrieb genommenen Gebäudeflügeln, die einen weitläufigen Innenhof umschließen, der durch eine Sporthalle, die dem Haupthaus gegenüber liegt, begrenzt wird. In diesen Seitenflügeln sind die Zimmer der Rehabilitanden baulich so mit den Gemeinschafts- und Wohnküchenbereichen verbunden, dass die therapeutischen Gruppen während ihrer Behandlung zusammen leben und wirklichkeitsnahe Beziehungen eingehen können.

Im Haus Siloah werden alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer unter Einbeziehung psychischer und somatischer Komorbiditäten vollstationär und ganztägig ambulant behandelt. Die Rehabilitation dauert bis zu 16 Wochen.

Die Einrichtung ist in der Region mit den unterschiedlichen Anbietern des Suchthilfesystems vielfältig, auch durch Kooperationsverträge, vernetzt (vgl. Kapitel 7). Sie bringt sich aktiv in die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften der Region, namentlich in Duisburg, Mülheim, Düsseldorf und im Kreis Mettmann, ein.

Die Fachklinik ist im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) aktiv, zu deren Gründungsmitgliedern sie 1903 gehörte. Sie wirkt auch im Gesamtverband für Suchthilfe e.V. - Fachverband der Diakonie Deutschland – und im Fachverband Sucht der Diakonie Rheinland Westfalen Lippe und dessen Arbeitskreisen regelmäßig mit.

Unser Standort Lintorf ist ein eigenständig gebliebener Stadtteil von Ratingen mit rund 15000 Einwohnern. Es besteht eine kliniknahe Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Einkaufsmöglichkeiten und wichtige Einrichtungen des öffentlichen Lebens sind fußläufig erreichbar. Für die Freizeit stehen unter anderem eine Filiale der städtischen Bücherei und ein Hallenfreibad zur Verfügung.

Die Stadt Ratingen liegt mit ihren 91000 Einwohnern an den Ausläufern des Bergischen Landes am Übergang zur Niederrheinischen Tiefebene und ist eine Große kreisangehörige Stadt des Kreises Mettmann im Regierungsbezirk Düsseldorf. Die angrenzenden Städte Düsseldorf, Duisburg, Mülheim und Essen sind schnell zu erreichen.

Parkplätze sind am Haus vorhanden. Die Inanspruchnahme eines Fahrdienstes ist bei ganztägig ambulanter Rehabilitation möglich.

## 4. Rehabilitationskonzept

Grundlage unseres Behandlungskonzepts ist ein Verständnis von Sucht als multifaktoriell verursachter Erkrankung in einem bio-psycho-sozialen Kontext.

Die «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» (ICF) ermöglicht eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe an den Lebensbereichen eines Rehabilitanden vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern. Dazu gehört auch die Mitbehandlung rehabilitationsbedürftiger Folge- und Begleiterkrankungen.

Das Rehabilitationskonzept der Fachklinik Haus Siloah ist tiefenpsychologisch-interaktionell orientiert, wobei aber auch Therapiemaßnahmen aus anderen Behandlungsansätzen angewendet werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Bezugsgruppe, welche ermöglicht, die im Realraum entstehenden Beziehungen therapeutisch zu nutzen. Dieser Prozess wird unterstützt durch die partielle Selbstversorgung und die baulichen Besonderheiten unserer Fachklinik, wo die Therapiegruppen während ihrer Behandlung zusammen leben.

Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage evidenzbasierter Therapieverfahren und unter Berücksichtigung der jeweils gültigen AWMF-Leitlinien.

### 4.1 Theoretische Grundlagen

Psychodynamisch verstanden kommt es in der Suchtentwicklung zu psychischen, körperlichen und sozialen Folgeschäden in einem sich selbst aufrechterhaltenden und verstärkenden pathogenen Rückkopplungsprozess.

Diese Suchtentwicklung kann ganz unterschiedliche klinische Bilder haben, die sich auch qualitativ unterscheiden. Dennoch gibt es eine gemeinsame psychodynamische Grundlinie. Nach Rudolf (2009) haben alle Suchthandlungen die Funktion, unerträgliche Zustände in ertragbare zu verwandeln, insbesondere:

- dysphorische Leere in wohlige Fülle
- unlustvolle Spannung und Angst in Zufriedenheit
- körperliche und / oder seelische Schmerzen in Wohlbehagen
- Krankheitsgefühle, Ängste und Selbstzweifel in Hochgefühle und sogar in einen Rausch von Größe und Allmacht
- Langeweile und eine frustrierende Alltagsrealität in ein gesteigertes sexuelles Erleben und lustvolle Spannungszustände
- die unbedeutende Wirklichkeit in die Phantasiewelt des Rausches, in rauschhaften Größenwahn

Ein zentrales Kennzeichen der Sucht ist die Entwicklung einer Eigendynamik, eines sich selbst verstärkenden Rückkopplungsprozesses. Prozessfaktoren sind dabei Suchtgedächtnis, Scham, Schuld, Selbstwertkrisen, Angstzustände und Autoaggression, die gleichermaßen Auslöser und Folge des Suchtmittelmissbrauchs sein können. Sich daraus entwickelnde Abstinenzunfähigkeit, Kontrollverluste und Rückfälle werden zu weiteren aufrechterhaltenden Faktoren süchtigen Verhaltens.

Aus psychoanalytisch-psychodynamischer Sicht und in einem psychogenetischen Kontext wird Sucht als Ausdruck und Symptom zugrundeliegender unbewusster Konflikte, entwicklungsbedingter Hemmnisse und Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsstörung verstanden.

Die **Psychoanalyse** entwickelte unterschiedliche Modelle und Erklärungsansätze zur Symptomatik, Genese und Behandlung der Suchterkrankungen. Diese Modelle können sowohl als eigenständige und voneinander abgegrenzte Theorien, als auch als unterschiedliche Perspektiven desselben Phänomens verstanden werden. Sie sind dann keine sich gegenseitig ausschließenden theoretischen Konzepte, sondern beschreiben mit zum Teil unterschiedlicher Methodik und aus unterschiedlichen Blickwinkeln den gleichen Sachverhalt.

Die Genese der Suchterkrankung ist nach diesen Modellvorstellungen multifaktoriell. Genetische Disposition, Persönlichkeitsstruktur und Strukturniveau, lebensgeschichtliche Bedingungsfaktoren, Umweltfaktoren, Grad der Suchtmitteltoleranz und suchtmittelimmanente Faktoren interagieren danach. Dabei kann das Suchtmittel zum Beispiel zur Konfliktabwehr, zur Ich-Stabilisierung, zur Selbstwertregulierung und zur Angst- oder auch zur Abhängigkeitsabwehr dienen.

Nach dem **triebpsychologischen Modell**, welches auf Freud zurückgeht, wird der zentrale Konflikt verstanden als Unvereinbarkeit zwischen Es-Impulsen und Über-Ich-Forderungen. Ein Triebwunsch wird verdrängt und muss unerfüllt bleiben, weil seine Erfüllung tabu ist. Die Triebpsychologie betrachtet den Sexualtrieb und den Aggressionstrieb als motivierende Kräfte des Seelenlebens. Sucht ist nach dieser Sichtweise als Folge einer Störung der Triebentwicklung zu verstehen, die vom Ich nicht bewältigt werden kann. Entsprechend dem Primat des Lustprinzips steht das Streben nach Lust im Vordergrund. Freud verstand Sucht als Ersatz für sexuelle Spannungsabfuhr. Verfügt das Ich bei Unlustaffekten nicht über einen ausreichenden Reizschutz, wird das Suchtmittel zur Reizvermeidung eingesetzt.

Das **Ich-psychologische Modell** nach Hartmann sieht in der Sucht einen kreativen Selbstheilungsversuch bei einer strukturellen Ich-Störung. Bei einer abhängigen Person bestehen danach existenzielle Ängste im Sinne eines undifferenziert-chaotischen Uraffektes sowie ungenügend entwickelte Affektdifferenzierung und Affekttoleranz. Zudem liegt eine strukturelle Störung mit mangelnder Abgrenzung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen, die nicht integriert sind, vor. Aufgrund der zudem ambivalenten Objektbeziehungen können sich die Betroffenen nicht mit dem Objekt identifizieren, was wiederum zu unzureichenden inneren Regulationsfunktionen führt. Aufgrund seiner Ich-Störung reagiert der Süchtige dann global und undifferenziert auf empfundene



Bedrohungen und es erfolgt eine Regression auf den Uraffekt, der mit dem Suchtmittel kompensiert werden soll; auch unerträgliche Spannungsgefühle sollen damit reduziert werden. Das Suchtmittel fungiert somit als Ersatz für ein Objekt, das zumindest zeitweise tröstet und beruhigt. So übernimmt es in einer Hilfs-Ich-Funktion die illusionäre Unterstützung anstelle des Objektes und dient wiederum zur Abwehr unerträglicher Affekte, wie zum Beispiel Scham- und Schuldgefühle.

**Objektpsychologische Ansätze** gehen davon aus, dass alle Strukturen der Persönlichkeit ein Niederschlag früher Beziehungserfahrungen sind, wobei einige Autoren die tatsächlichen Objekterfahrungen betrachten (D. W. Winnicott), andere hingegen stärker Objektphantasien (M. Klein). Verinnerlichte Objektbeziehungen bilden die Repräsentanzen - innere Bilder -, die einen Objektaspekt (Objektrepräsentanz) oder einen Selbstaspekt (Selbstrepräsentanz) haben. Entsprechend komplex als Repräsentanzen gespeicherte Beziehungsmuster mit zugehörigen Erinnerungen, Wünschen, Affekten, Phantasien bestimmen, wie das Individuum glaubt, von anderen wichtigen Menschen wahrgenommen zu werden und wie es sich selbst empfindet und wahrnimmt. Wenn diese Internalisierungsprozesse misslingen, führt das zu schwer erträglichen Zuständen im Ich. Sucht ist dann die Folge von schwierigen Beziehungsstörungen und daraus resultierenden Störungen der psychischen Struktur. Bei Trennungskonflikten fungiert das Suchtmittel als manipulierbarer Objektersatz, bei narzisstischer Problematik zur Stabilisierung des Größen selbst und damit wiederum zur Objektunabhängigkeit. Auch bei nicht ausreichender Anpassung an Umwelterfordernisse wird das Suchtmittel als Hilfs-Ich benötigt.

Das **Selbst-psychologische Modell**, das auf Kohut zurückgeht, richtet den Fokus auf die Entwicklung des Selbst, dessen Integration, die Selbstwertschätzung und das Verhältnis von Selbst und Objekt. Besonders wichtig sind ein differenziertes und ganzheitliches Gefühl des Selbst, das Selbst als Mittelpunkt und Initiative mit dem Gefühl des subjektiven Wertes. Als Folge fehlender oder unzureichender früher Selbstobjekte resultieren innere Leere und Depression. Durch die Verschmelzung mit dem Selbstobjekt Suchtmittel sollen dann diese unzureichenden inneren Selbstobjekte ersetzt und damit innere Leere und Depression kompensiert werden. Sucht ist aus diesem Blickwinkel ebenfalls als ein misslingender Selbstheilungsversuch zu verstehen.

Das interpersonelle oder **intersubjektive Modell** (u. n. Fonagy, Lichtenberg) verbindet Ich-psychologische, Objekt-psychologische und Selbst-psychologische Modellvorstellungen mit den Erkenntnissen der neueren Säuglingsforschung (Stern) sowie der Bindungstheorie (Bowlby). Letztere befasst sich besonders mit der Bedeutung der Qualität der frühen zwischenmenschlichen Interaktion für die Entwicklung des Denkens, Fühlens und des Selbstempfindens. Die Mentalisierung entwickelt sich in Abhängigkeit von den Bindungs- und Beziehungserfahrungen. Personen mit wenig verlässlichen Bindungen oder Beziehungstraumata in der Kindheit haben große Probleme bei der Eigenregulation ihrer Gefühle, besonders der Selbstberuhigung, mit der Folge, dass Stress- und Frustrationstoleranz wenig ausgebildet werden konnten.

Beispielhaft beschreibt Grawe (2004), wie Selbstreflektion und Erinnerungen, Leistungsansprüche sowie verschiedene Formen aversiver zwischenmenschlicher Spannungszustände zum Stress werden. Diese Personen geraten in einen Dauerstresszustand der psychische Störungen und morphologische Veränderungen im Gehirn verursacht. Die Neurowissenschaft hat zeigen können, dass die Suchtentwicklung mit funktionellen und strukturellen Veränderungen im so genannten Belohnungssystem einhergeht. Suchtmittel bewirken dann eine von natürlichen Auslösereizen unabhängige Aktivierung des Belohnungssystems mit Steigerung des Wohlbefindens, die über das physiologische Ausmaß hinausgehen kann.

Rost (2009) hat ein differenziertes Modell zur Psychoanalyse des Alkoholismus, das die aufgezeigten psychoanalytischen Modelle integriert, entwickelt. Danach sind alkohol- und medikamentenabhängige Menschen primär in ihrer Ich-Struktur und ihren Ich-Funktionen gestört. Dies kann aus Beobachtungen abgeleitet werden, dass sie latent wenig frustrationstolerant und empathiefähig sind, fragil in ihrer Selbstwert- und Selbstkontrollsteuerung und daher gegenüber Alltagsanforderungen keine angemessenen Bewältigungsfertigkeiten haben.

Charakteristisch ist dabei, dass durch Stress und Frustration ausgelöste Gefühle nicht differenziert – zum Beispiel als Angst, Trauer, Ärger oder Wut - erlebt werden, sondern stattdessen ein schwer auszuhaltender Spannungszustand entsteht, der durch Suchtmittelkonsum vorübergehend beseitigt werden kann. Neben der Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung und Affektregulation sind häufig auch die Realitätswahrnehmung und die Einschätzung der Wirkung eigenen Verhaltens auf andere eingeschränkt.

In diesem Konzept ist der Gebrauch des Suchtmittels der gescheiterte Konfliktlösungs- und Selbstheilungsversuch eines geschwächten Ichs, dessen Funktionalität nicht ausreichend ist, um die Lebensanforderungen in ihrer ganzen Bandbreite bewältigen zu können. Daraus entstehen bei Suchtkranken wiederum besondere Probleme im Bereich der Identität, der intra- und interpersonellen Selbstwertregulation und der Bewältigung innerer und äußerer Konflikte. Bei einer kleineren Gruppe Erkrankter besteht darüber hinaus eine besonders starke Ausprägung autodestruktiver Züge, die im Suchtverlauf zunehmen, dann zu einem besonders schweren, rasch verlaufenden Krankheitsbild mit ausgeprägten psychischen und somatischen Dekompensationen führen.

Im Rahmen unseres tiefenpsychologisch fundierten Behandlungskonzeptes werden auch kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemisch-lösungsorientierte Überlegungen und die aus ihnen abgeleiteten Vorgehensweisen integriert (Stetter 2000).

Der **kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz** geht davon aus, dass soziale Kompetenzdefizite häufig an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Suchtmittelkonsums beteiligt sind. Diejenigen Faktoren, die zur Entste-

hung des Suchtverhaltens beigetragen haben, werden unterschieden von den Faktoren, die dieses aufrechterhalten. Da der Konsum häufig der Steigerung positiver oder der Reduktion negativer Affekte dient, ist er hier als Bewältigungsverhalten im Sinne eines Affektmanagements zu verstehen.

**Systemisch-lösungsorientierte Konzepte** stellen die Kontextbedingungen der Suchterkrankungen in den Vordergrund, beziehen relevante Personen des beruflichen und privaten Umfeldes systematisch in den Behandlungsprozess ein und fördern in Anlehnung an das salutogenetische Konzept von Antonowski (1987) Kohärenzgefühl und Eigenkompetenz der Personen (Kröger und Altmeyer, 2000; Kröger, 1994). Der psychotherapeutische Prozess wird dabei verstanden als geplante Destabilisierung der kognitiven und emotionalen Konstrukte der Suchterkrankten unter den stabilen, professionellen Rahmenbedingungen einer stationären Therapie (Schipek und Kröger, 2000).

Grundlage der Behandlung ist somit eine **methodenintegrative Konzeption** einer entwicklungsfördernden, konflikt- und problemorientierten Psychotherapie, wobei der Therapeut dem Rehabilitanden als förderliches Selbstentwicklungsobjekt zur Verfügung steht. Die Herstellung einer „haltenden und förderlichen Umwelt“ soll dabei neue Entwicklungsvoraussetzungen schaffen, um ein positives Selbsterleben des Rehabilitanden zu ermöglichen.

Auf dem Hintergrund eines haltenden, Selbstsicherheitsempfinden und Beziehungsfähigkeit verbessernden therapeutischen Milieus der Klinik lernt der Rehabilitand einen gesünderen Umgang mit seinem inneren Selbsterleben, in all seinen positiven und negativen Facetten und der äußeren Realität. Zentrales Therapieelement ist die interaktionell orientierte Gruppentherapie (Heigl-Evers) in die tiefenpsychologisch fundierte, lerntheoretische und ressourcenorientierte Aspekte einfließen. Dabei bildet die therapeutische Bezugsgruppe des Behandlungssettings als Gruppe einen sozialen Mikrokosmos (Yalom 2007).

Die Gruppenmitglieder werden sich mit der Zeit so verhalten und interagieren wie in ihrer natürlichen Umwelt, so auch ihre problematischen und konflikthafter Verhaltens- und Erlebensweisen aktualisieren und demonstrieren. Wiederum nach Yalom kommt hier ein bedeutsamer therapeutischer Faktor, das interpersonale Lernen ins Spiel. Die Entwicklung der Persönlichkeit eines Menschen ist ein Produkt der Interaktion mit anderen bedeutsamen Bezugspersonen, ebenso unterschiedliche psychische Störungen, die im Laufe der Entwicklung als maladaptive Anpassungsverhaltensmuster entstehen können. Diese können dann im interpersonalem Geschehen der Gruppentherapie identifiziert und therapeutisch unterstützend bearbeitet werden. Dabei geht es auch um auslösende und aufrechterhaltende Faktoren des Suchtverhaltens, die detailliert analysiert werden können, mit der Möglichkeit angemessenere alternative und präventive Verhaltensweisen zu entwickeln und zu erproben.

In den parallel durchgeführten Einzeltherapiegesprächen können zunächst die persönlicheren Themen, besonders die mit Schuld- und Schamgefühlen verbundenen, in einem geschützteren Rahmen durchgearbeitet werden, um dann

wiederum in der Gruppentherapie bei der Weiterbearbeitung eine positive korrigierende Neuerfahrung für den Rehabilitanden zu ermöglichen.

Im Sinne des integrativen Gesamtkonzeptes werden Arbeits- und Kreativtherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Kunsttherapie sowie indikative Gruppen und die Einzel- und Angehörigengespräche aufeinander abgestimmt. Die in den einzelnen therapeutischen Bereichen gemachten Beobachtungen werden in den jeweiligen Behandlungsteams der Bezugsgruppen zusammengeführt und bei der prozessorientierten Therapieplanung berücksichtigt.

Unter Aspekten der therapeutischen Gemeinschaft im klinischen Rahmen werden die Rehabilitanden durch milieutherapeutische Maßnahmen an der Gestaltung des Alltags beteiligt und gewinnen dadurch Eigenverantwortlichkeit, ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und damit Selbstkompetenzen zurück. Sie sind in ein Selbstverwaltungssystem eingebunden, in dem entsprechende Ämter (Gruppensprecher, Patientensprecher, Hallenbeauftragter etc.) vergeben werden, die die Erfahrung ermöglichen, verantwortlich und erfolgreich am Gemeinschaftsleben mitzuwirken.

#### **4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen**

In der Fachklinik Haus Siloah werden Frauen und Männer mit den Hauptdiagnosen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zur vollstationären und ganztägig ambulanten Rehabilitation aufgenommen.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Entwöhnungsbehandlung erfüllt sein:

- Vorliegen einer Bewilligung der medizinischen Rehabilitation durch den zuständigen Leistungsträger
- vorangegangene Entzugsbehandlung oder mehrtägige Suchtmittelfreiheit vor der Aufnahme
- Bereitschaft, die im Hause geltende Abstinenzregel einzuhalten
- Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme und aktiven Mitarbeit an allen therapeutischen Maßnahmen
- ausreichende deutsche Sprachkompetenz
- Schädigungen im psychischen und/oder körperlichen und/oder beruflichen Bereich, die eine ganztägig ambulante oder stationäre Behandlung erfordern

Für die Behandlung bestehen folgende Ausschlusskriterien:

- im Vordergrund stehende Abhängigkeit von illegalen Drogen
- akute Psychosen
- akute Suizidgefährdung

- Minderjährigkeit
- ausgeprägte, voraussichtlich nicht reversible hirnorganische Schäden oder Minderbegabung, die eine sinnvolle Teilnahme am therapeutischen Angebot ausschließen
- schwere körperliche Erkrankungen, die eine Behandlung mit den Mitteln eines Akutkrankenhauses erfordern
- bevorstehender Antritt einer Haftstrafe (Ausnahmen nach Rücksprache möglich)

Als Ursachen von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gemeinschaft umfasst die Behandlung neben den körperlichen Folgeerkrankungen alle mit der Abhängigkeit in Zusammenhang stehenden sozialen und psychischen Probleme wie zum Beispiel emotionale Störungen und negative Selbstbewertung, Schwierigkeiten im Kommunikations-, Kontakt- und Partnerschaftsverhalten sowie Defizite bei den alltagsrelevanten Schlüsselkompetenzen und im Gesundheits-, Leistungs- und Freizeitverhalten.

Diese Behandlung erfordert einen professionellen Umgang auch mit Heterogenität und Differenz. Die Rehabilitanden weisen eine lebensweltliche Vielfalt auf, die sich in verschiedenen Sichtweisen, Lebensstilen, Erfahrungen und sozialen Hintergründen abbildet. Die Fachklinik Haus Siloah will mit darauf basierenden Ambivalenzen, Widersprüchen und Konflikten fachlich umgehen, denn hier wird mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen gearbeitet, die zum Beispiel auf dem Hintergrund ihrer kulturellen Herkunft, ihres Alters und ihres Geschlechts differente Perspektiven in ihre Therapie einbringen.

Ein notwendiger, der Rehabilitation vorausgehender Entzug kann im Fliedner Krankenhaus im Rahmen einer qualifizierten Entzugs- und Motivationsbehandlung durchgeführt werden. Wesentlicher Bestandteil dieser Behandlung ist die differenzierte, somatisch fundierte Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankung, der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen sowie der auftretenden Entzugssymptome.

Bereits während dieser qualifizierten Entzugs- und Motivationsbehandlung im Fliedner Krankenhaus stellen zur Verlegung in die Fachklinik Haus Siloah vorgesehene Patienten Kontakt zu unseren Therapeuten und Rehabilitanden her. Sie nehmen insbesondere an einer indikativen Gruppe teil, die von einer unserer Fachtherapeutinnen angeboten wird. Diese bereitet sie bereits während der Entzugsbehandlung auf ihre Rehabilitation vor. Dadurch werden Schwellenängste überwunden und die Motivation zur Entwöhnung aufgebaut und gefestigt.

Der direkte Anschluss der medizinischen Rehabilitation an eine qualifizierte Entzugs- und Motivationsbehandlung ist mit dem Nahtlosverfahren AG 1/6 möglich. Die Vorbereitung der medizinischen Rehabilitation kann aber auch extern erfolgen.

Durch die Mitbeschäftigung einer Fachärztin für Innere Medizin und durch die 24stündige Anwesenheit von examinierten Pflegekräften an allen Tagen kön-

nen **somatische Begleit- und Folgeerkrankungen** in der Fachklinik Haus Siloah auch in Fällen mit erhöhtem ärztlichen und pflegerischen Betreuungsaufwand mitbehandelt werden, sofern grundsätzlich eine Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist. Die Abgrenzung erfolgt in Zweifelsfällen bei Patienten, die für das Nahtlosverfahren vorgesehen sind, bereits während der Entzugsbehandlung im Fliedner Krankenhaus, gegebenenfalls auch unter Hinzuziehung des ärztlichen Dienstes der Fachklinik. Bei externen Vermittlungen kann diese Abgrenzung während eines Vorgesprächs in unserer Einrichtung erfolgen.

Zwischen der Fachklinik Haus Siloah und dem Fliedner Krankenhaus besteht eine enge Vernetzung. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird gemeinsam getragen. Weiterbildungsassistenten der Klinik für Psychosomatik können auch in der Fachklinik Haus Siloah eingesetzt werden. Ärzte und Therapeuten der Fachklinik Haus Siloah nehmen am Weiterbildungscurriculum des Fliedner Krankenhauses teil.

Daraus leitet sich eine besondere Fachkompetenz der Fachklinik Haus Siloah in der Behandlung **psychosomatischer und psychiatrischer Komorbiditäten** ab. Insbesondere können Rehabilitanden mit komorbiden Angstneurosen, Somatisierungsstörungen, somatoformen Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, affektiven Störungen und stabil eingestellten psychotischen Störungen behandelt werden. Auch hierbei muss grundsätzlich eine Rehabilitationsfähigkeit gegeben sein. Die Abgrenzung erfolgt auch bei diesen Begleiterkrankungen in Zweifelsfällen bei Patienten, die für das Nahtlosverfahren vorgesehen sind, bereits während der Entzugsbehandlung im Fliedner Krankenhaus, gegebenenfalls wiederum unter Hinzuziehung des ärztlichen Dienstes der Fachklinik. Bei externen Vermittlungen kann die Abgrenzung auch hier während eines Vorgesprächs in unserer Einrichtung erfolgen.

Die Behandlung psychosomatischer und psychiatrischer Komorbiditäten erfolgt evidenzbasiert und unter Anwendung der aktuellen Leitlinien. Für Rehabilitanden mit depressiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen bestehen indikationsspezifische gruppentherapeutische Angebote. Rehabilitanden mit somatoformen Störungen und Traumafolgestörungen erhalten eine bedarfsgerechte engmaschige fachärztliche und therapeutische Einzelbetreuung.

Dies gilt auch bei krisenhaften Zuspitzungen im Rahmen der anderen mitbehandelten Störungen. Bei Bedarf sind unverzügliche Kriseninterventionen im Fliedner Krankenhaus möglich.

In den letzten Jahren suchen vermehrt jüngere Patienten mit **Abhängigkeiten von Cannabis und Stimulanzien** – so genannten Lifestyle- oder Party-Drogen - die stationären und ambulanten Therapieangebote im Bereich für Suchtmedizin des Fliedner Krankenhauses auf. Nicht selten sind sie sozial noch integriert, aber ihre Erwerbsfähigkeit ist bereits gefährdet oder beeinträchtigt.

Sie befinden sich häufig noch in Ausbildung oder suchen einen Einstieg ins Berufsleben; andere sind beruflich schon etabliert. Der Konsum von Partydrogen weist häufig periodische Gebrauchsmuster auf, indem die Substanzen funktional für das Erleben und „Feiern“ am Wochenende eingesetzt werden, wäh-

rend im Wochenalltag bis auf wenige Ausnahmen keine Suchtmittel konsumiert werden. Bei anderen Konsumenten ist ein Stimulanzienkonsum zwar ebenfalls auf das Wochenende beschränkt im Wochenalltag werden jedoch regelmäßig Cannabis und/oder Alkohol konsumiert. Vom Lebenshintergrund und vom Konsummuster her sind sie eher vergleichbar mit alkohol- und medikamentenabhängigen Rehabilitanden, als mit den traditionellen Konsumenten illegaler Drogen.

Wenn solche Patienten von dem therapeutischen Angebot der Fachklinik - insbesondere im Sinne einer Nachreifung – profitieren können und sie das spezifische Setting einer Drogenentwöhnung noch nicht benötigen, ist ihre Rehabilitation im Haus Siloah möglich.

Zusammengefasst können also Rehabilitanden mit **zusätzlichem Gebrauch weiterer Suchtmittel** in der Fachklinik behandelt werden, wenn die Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit die Hauptdiagnose ist und eine Motivation zur Abstinenz auch von allen weiteren Suchtmitteln besteht. Bei dieser Patientengruppe sollte eine intensive Prüfung der Behandlungsindikation auch unter Einbeziehung der besonderen Behandlungsmöglichkeiten einer Fachklinik für Drogenabhängige erfolgen.

Sie werden in eine der Therapiegruppen integriert, wobei psychotherapeutisch vor allem an ihren Ich-Strukturdefiziten und psychischen Reifung gearbeitet wird. In einem indikativen Angebot, das je nach Anzahl der Rehabilitanden im Gruppen- oder Einzelsetting durchgeführt wird, erhalten sie unter ärztlicher Leitung spezifische fachliche Informationen und können sich dort über ihre Erfahrungen austauschen

Wenn neben einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit als führender Störung begleitend auch ein **pathologisches Spielen** vorliegt, können diese Rehabilitanden in der Fachklinik Haus Siloah behandelt werden. Eine unserer Psychologinnen hat sich kontinuierlich in der Behandlung dieser Störung weitergebildet, und betroffene Klienten können der von dieser Therapeutin geleiteten Therapiegruppe zugeordnet werden.

### 4.3 Rehabilitationsziele

Ziel der medizinischen Suchtrehabilitation ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für seinen persönlichen Lebenskontext als typisch erachtet werden. Die rehabilitative Behandlung der Suchtkranken schließt dabei die – so weit möglich kurative - Therapie komorbider Erkrankungen mit ein. Dies betrifft sowohl die Behandlung vorbestehender als auch im Verlauf der Behandlung aufgetretener Erkrankungen.

Grundlage hierfür sind eine stabile Abstinenzmotivation und –fähigkeit sowie die Befähigung zu einem gesunden Lebensstil. Dies umfasst auch ein kompetentes Selbstmanagement bei Konflikten und Krisen, besonders das Erkennen, Vermeiden und Bewältigen von Rückfallrisikosituationen. Die sucht- und psychotherapeutische Behandlung fokussiert dazu auf eine Stärkung der Ich-Funktionen, auf die Lösung aktueller und lebensgeschichtlicher Konfliktkonstellationen sowie die Förderung persönlicher und sozialer Ressourcen und der daraus entwickelbaren Lösungsstrategien. Die Förderung der persönlichen interaktionellen Fähigkeiten der Rehabilitanden zielt auf ein verbessertes Selbstwertempfinden mit einem kohärenten Identitätsgefühl und Selbstwirksamkeitsempfinden ab.

Therapiemotivation und Änderungsbereitschaft werden von allen therapeutischen Ansätzen bei der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung an den Anfang gestellt. Psychotherapeutische Ansätze, die diese Behandlungsvoraussetzungen einseitig als Rehabilitandenmerkmale und nicht als Aspekt eines dynamischen Beziehungsgefüges beschreiben, an denen Therapeuten ebenso wie die Rehabilitanden beteiligt sind und beide Beziehungspartner zum Erfolg oder Misserfolg beitragen, sind überholt und für die Behandlung Abhängigkeitserkrankter ungeeignet (Stetter, 2000 a). Konkret bedeutet dies, dass die Rehabilitanden mit den jeweils individuellen persönlichen Zieldefinitionen aktiv in den gesamten Therapieprozess einbezogen werden.

Häufig finden sich Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Mobilität“, „Erziehung/Bildung“ oder „Arbeit und Beschäftigung“. Die an der Behandlung beteiligten Gruppen- und Fachtherapeuten, Ärzte und Pflegekräfte identifizieren gemeinsam mit dem Rehabilitanden diese funktionellen Beeinträchtigungen, deren Ausprägungsgrad und Kontextfaktoren.

Unter Einbeziehung der Rehabilitanden erfolgt durch das multidisziplinäre Behandlungsteam die Formulierung individueller Therapieziele für den gegenwärtigen Therapieprozess. Den Therapiezielen werden therapeutisch Interventionen zugeordnet, deren Eignung im weiteren Rehabilitationsverlauf überprüft wird. Evaluationen werden in der Mitte (Zwischenbilanz) und am Ende der Behandlung vorgenommen.

#### **4.4 Rehabilitationsdauer**

Die Rehabilitationsdauer beträgt bei stationären Entwöhnungen in der Regel bis zu 16 Wochen, bei ganztägig ambulanten Behandlungen bis zu zwölf Wochen. Stationäre oder ganztägig ambulante Wiederholungsbehandlungen dauern bis zu acht Wochen.

Die Dauer der Behandlung gestaltet sich im Rahmen der von den Leistungsträgern vorgegebenen Bewilligungszeiträume individuell und flexibel. Sie richtet sich nach der Schwere der Teilhabestörungen, den individuellen Therapiezielvereinbarungen und dem Behandlungsplan der Rehabilitanden.



Sind die im Rahmen der stationären Behandlung vereinbarten Therapieziele erreicht, wird die Behandlung beendet. Eine Verkürzung der Rehabilitationsdauer ist auch dann sinnvoll, wenn zum gegebenen Zeitpunkt keine weitere Veränderungsbereitschaft erkennbar ist. Wenn die gemeinsam festgelegten Therapieziele in dem anvisierten Zeitraum zwar noch nicht erreicht wurden, aber voraussichtlich in absehbarer Zeit erreichbar sind und eine Weiterbehandlung im ganztägig ambulanten oder ambulanten Setting noch nicht ausreicht, wird eine Therapieverlängerung beantragt.

Eine Verkürzung oder eine Verlängerung der Rehabilitation geschieht immer im Einvernehmen mit den Rehabilitanden und dem Leistungsträger.

#### 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Bei der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung müssen die unterschiedlichen Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung des Abhängigkeitsverhaltens berücksichtigt werden. Grundlage für die Festlegung des individuellen Behandlungsplanes ist eine systematische Indikationsstellung, die neben der Analyse des Abhängigkeitsverhaltens den organmedizinischen Befund, den psychischen Befund, die psychodynamische Hypothese, die soziale Stabilität und die sozialen Stützsysteme des Rehabilitanden berücksichtigt. Im Sinne einer Ressourcendiagnostik werden auch seine Kompetenzbereiche, sein Bewältigungsverhalten und seine Veränderungsmotivation erfasst.

Das Konzept der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in der Fachklinik Haus Siloah berücksichtigt insbesondere die Wiedergewinnung, Förderung und Stabilisierung der Eigenkompetenzen, besonders im Hinblick auf die Sicherung der beruflichen und sozialen (Re-)Integration der Rehabilitanden im Sinne einer ganzheitlichen gesellschaftlichen Teilhabe.

#### Stationäre und ganztägig ambulante Behandlung

Bei den meisten - insbesondere den im Eilantragsverfahren AG 1/6 - in die Fachklinik Haus Siloah aufgenommenen Rehabilitanden ist zunächst ein **stationäres Behandlungssetting** angezeigt. Die Indikation zu einer stationären Rehabilitation liegt insbesondere dann vor,

- wenn schwere Störungen auf psychischem, körperlichem oder sozialem Gebiet vorliegen, die in einem ambulanten Setting nicht ausreichend mitbehandelt werden könnten,
- wenn ein den Rehabilitationserfolg hinderndes Umfeld beispielsweise bei massiven familiären Konflikten, destruktiven Partnerbeziehungen oder bei instabiler Wohnsituation vorliegt,
- wenn keine ausreichende Fähigkeit oder noch keine konstant tragfähige Motivation zur Einhaltung des Behandlungsprogramms oder zur abstinenter Lebensweise unter ambulanten Bedingungen vorliegen.

Neben dem vollstationären Therapieangebot besteht in der Fachklinik Haus Siloah auch die Möglichkeit einer ganztägig ambulanten Behandlung, die sowohl primär über den gesamten Behandlungsverlauf, als auch im Sinne einer Entlassphase durchgeführt werden kann. Die ganztägig ambulant behandelten Rehabilitanden werden in eine Bezugsgruppe aufgenommen - bzw. verbleiben in dieser - und nehmen am regulären Therapieprogramm gemeinsam mit den vollstationären Rehabilitanden teil.

Bei der **primär ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung** bleibt der unmittelbare Bezug zum familiären und sozialen Umfeld einerseits erhalten, andererseits aber kann bei ihr das komplexe und intensive Angebot einer stationären Entwöhnungseinrichtung genutzt werden. Das Therapieangebot unterscheidet sich von der wesentlich niedrigerfrequenten ambulanten Rehabilitation in Dichte, Vielfalt und Dauer der therapeutischen Interventionen. Diese entsprechen nämlich denen einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit dem Unterschied, dass die Rehabilitanden nicht auf den stützenden, strukturierten Rahmen der Einrichtung abends und am Wochenende angewiesen sind. So erlaubt diese Behandlungsform eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Lebensumfeld, so dass es in besonderer Weise möglich ist, gezielt Maßnahmen für das eigene häusliche Umfeld in der Therapie zu entwickeln, die kurzfristig in die Lebensrealität übertragen werden können.

In Abgrenzung zur ambulanten oder stationären Rehabilitation bilden folgende Kriterien die Grundlage für die Indikationsstellung zur ganztägig ambulanten Behandlungsform:

- Die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet können voraussichtlich ganztägig ambulant erfolgreich behandelt werden.
- Der Rehabilitand benötigt ein intensives und strukturiertes Behandlungsangebot, bei dem ein im Vergleich zur niedrigfrequenten ambulanten Rehabilitation relativ hochfrequente psycho- und sozialtherapeutische und unterstützende Behandlungsmethoden vorgehalten werden.
- Der Rehabilitand ist fähig, in den therapiefreien Zeiten selbständig abstinenz zu leben.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Das soziale Umfeld hat unterstützende Funktion.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der ganztägig ambulanten Rehabilitation vorhanden ist.
- Der Rehabilitand ist in der Lage, die Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit von möglichst 45 Minuten zu erreichen.

Wenn im Verlauf einer stationären Rehabilitation erkennbar wird, dass mittlerweile eine Indikation zur ganztägig ambulanten Behandlungsform gestellt werden kann, so kommt eine **ganztägig ambulante Entlassphase** in Betracht. Sie ist insbesondere dann angezeigt, wenn die Reintegration in das häusliche Umfeld in der letzten Phase der Rehabilitation intensiv gefördert und in den Therapieangeboten bearbeitet werden soll.

### **Gemeinsame Therapieplanung**

Es findet eine auf den individuellen Hilfebedarf fokussierende, zentrale Therapieplanung statt. Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen führen bis zur dritten Behandlungswoche unter Einbeziehung der Rehabilitanden eine therapiebereichsspezifische Eingangsdagnostik durch und dokumentieren in einem zentralen Therapieplanungsdokument jeweils ICF-relevante Merkmale, deren Ausprägung und die hieraus abgeleiteten Therapieziele und –maßnahmen. Im interdisziplinären Behandlungsteam erfolgt dann therapiebereichsübergreifend eine Abstimmung der Therapieziele und –maßnahmen. Diese werden dann von dem zuständigen Gruppentherapeuten mit dem Rehabilitanden abschließend besprochen und festgelegt. Die in dem Therapieplanungsdokument vereinbarten Behandlungsziele werden von dem Rehabilitanden, sowie der therapeutischen und der ärztlichen Leitung unterschrieben.

Während der Behandlung erfolgt eine kontinuierliche Therapiekontrolle durch das multiprofessionelle Behandlungsteam unter Einbeziehung des Rehabilitanden und durch die ärztliche und therapeutische Leitung im Rahmen von Visiten, Sprechstunden, Kurvenvisiten, Fall- und Teambesprechungen. Der Entwicklungs- und Veränderungsverlauf der Rehabilitanden wird auch in der Gruppentherapie reflektiert. Beträgt die Behandlungsdauer zwischen 13 und 16 Wochen, so findet in der achten Behandlungswoche eine Zwischenbilanz mit einer Überprüfung der Therapieziele im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungsteams statt.

In der Abschlussphase führen die an der Therapie beteiligten Berufsgruppen eine abschließende Beurteilung der Merkmalsausprägung durch. Hierbei wird auch überprüft, inwieweit die Therapieziele erreicht worden sind. Die während des Behandlungsverlaufs erfassten therapie relevanten Merkmale, die verabredeten Therapieziele, deren Erreichung und die abgeleiteten Empfehlungen zur weiterführenden Therapie fließen in den Abschlussbericht ein.

### **Phasen der Behandlung**

Schon während einer qualifizierten Entzugs- und Motivationsbehandlung im Fliedner Krankenhaus werden die zukünftigen Rehabilitanden, die sich im Nahtlosverfahren AG 1/6 befinden, auf ihre Therapie vorbereitet. Patienten, die bereits für die Rehabilitation vorgesehen sind oder bei denen eine Rehabilitation grundsätzlich angezeigt ist, vertiefen so ihre Motivation, festigen den Entschluss zu einer weiter gehenden Behandlung und überwinden Schwellenängste. Hierfür werden erste Kontakte zum Haus Siloah und seinem Behandlungsteam hergestellt. Von den Therapeuten der Fachklinik wird auf den Akut-

stationen wöchentlich eine Informationsgruppe durchgeführt. Auch stellen Rehabilitanden, die sich aktuell im Haus Siloah befinden, die Einrichtung aus ihrer Perspektive vor. Die Patienten der Entzugsstationen können unter Leitung des dortigen Pflegepersonals die Fachklinik besichtigen. In einem überleitenden Therapieangebot «Lebenspanorama» beginnen zukünftige Rehabilitanden sich mit ihrer Biographie und Suchtentwicklung auseinanderzusetzen.

In der Fachklinik Haus Siloah erfolgt die Aufnahme der Rehabilitanden in halb-offene gemischt-geschlechtliche oder in Männergruppen. Die Bezugsgruppe ermöglicht als Abbild einer realen Umwelt multiple Übertragungskonstellationen und eignet sich als Übergangs- und Übungsfeld, in dem Bewältigungs- und Abwehrmechanismen erkannt und bearbeitet, sowie Ressourcen gefördert werden können.

In der Aufnahme- und Diagnostikphase leben sich die Rehabilitanden in ihre Bezugsgruppe und das klinische Behandlungssetting ein.

Die anschließende therapeutische Intensivphase dient der vertieften Auseinandersetzung mit Entstehung und Verlauf der Suchterkrankung und den zugrundeliegenden Problemkonstellationen. Neben lebensgeschichtlichen Aspekten werden vor allem auch spezifische Auslösesituationen sowie wichtige, die Sucht erhaltende Faktoren fokussiert und bearbeitet. Die bei der zentralen Therapieplanung vorgesehenen Maßnahmen, wie indikative Gruppenangebote, angepasste Fachtherapien oder Zusatzdiagnostik kommen in dieser Phase zur Anwendung.

In der Regel sind im Therapieverlauf Realitätstrainings am Wohnort indiziert, um selbständig die erworbenen Fertigkeiten und Erfahrungen zu erproben und so schrittweise die Rückkehr und Wiedereingliederung in ein suchtmittelfreies privates und berufliches Alltagsleben vorzubereiten.

Im Therapieverlauf ergibt sich häufig die Notwendigkeit zur Vorbereitung und Einleitung weiterführender Maßnahmen. Hierzu gehören

- der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe
- ambulante Nach- und Weiterbehandlung
- Weiterbehandlung in einer Adaptionseinrichtung
- Verlegung in eine andere Einrichtung
- Anbindung an eine betreute Wohnform
- Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- ambulante Psychotherapie

Diese weiterführenden Maßnahmen stellen einen wichtigen Abschnitt innerhalb der gegliederten Behandlungskette dar und werden intensiv und rechtzeitig vorbereitet, insbesondere auch damit mehrere hintereinander folgende Teilhabeleistungen nahtlos ineinander greifen. Wesentlich ist hierbei die Zusammenarbeit mit den nachbetreuenden Beratungsstellen, den Selbsthilfegruppen und den für weitere Leistungen in Betracht kommenden Leistungsanbietern (z. B. Agentur für Arbeit, Reha-Fachberater). Mit einigen dieser Anbieter hat die Fachklinik Haus Siloah Kooperationsverträge geschlossen.

Damit wird auch die integrative Abschlussphase eingeleitet, der Übergang von weniger Fremd- zu mehr Selbstkontrolle. Die Beendigung der Behandlung reaktiviert erfahrungsgemäß Trennungskonflikte mit wichtigen Beziehungspersonen, eventuell damit verbundene Selbstwertdefizite oder lassen andere Bindungskonflikte in einem anderen Licht erscheinen, die dann noch durchgearbeitet und integriert werden können. In der Abschlussphase ist häufig ein ganztägig ambulantes Setting angezeigt. Auch kann in Einzelfällen geprüft werden, inwieweit im Interesse eines prozessorientierten Behandlungsplanes der Übergang in ein ambulantes Behandlungssetting unter Verkürzung der stationären Behandlungsphase sinnvoll ist.

### **Wiederholungsbehandlung**

Zielgruppe dieses Angebots sind Abhängigkeitserkrankte, die bereits eine Entwöhnungsbehandlung regulär abgeschlossen haben und sich aktuell mit kritischen Lebensereignissen im privaten oder beruflichen Bereich konfrontiert sehen. Geht diese Belastungssituation mit einem akuten Rückfallrisiko einher oder ist bereits ein Rückfall eingetreten und eine ambulante Behandlung nicht ausreichend, kann eine bis zu achtwöchige stationäre oder ganztägig ambulante Wiederholungsbehandlung durchgeführt werden. Voraussetzungen hierfür sind ausreichende Krankheitseinsicht, suchtspezifisches Basiswissen und gute Therapie- und Abstinenzmotivation.

Insbesondere dann, wenn der Rehabilitand über ein stabiles häusliches Umfeld verfügt und noch auf Erkenntnisse aus der früheren Entwöhnung zurückgreifen kann, kommt bei Wiederholungsbehandlungen ein ganztägig ambulantes Setting in Betracht. Bei der Indikationsstellung gelten analog die im Abschnitt „Stationäre und ganztägig ambulante Behandlung“ aufgeführten Kriterien.

Analog zur Regelbehandlung erfolgt eine eingehende Diagnostik zu Beginn der Maßnahme. Dabei werden Verlauf und Ergebnisse der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlungen berücksichtigt.

Die Rehabilitanden werden in das Gruppensetting einer Bezugsgruppe integriert. Neben dem üblichen gruppentherapeutischen Angebot nehmen diese Rehabilitanden an einer speziellen, überwiegend themenzentriert arbeitenden indikativen Gruppe teil, in der typische Auslösesituationen und die Sucht erhaltende Faktoren bearbeitet werden. Des Weiteren erhalten sie ein Einzeltherapieangebot. Dabei werden Schwierigkeiten, die seit der letzten stationären Behandlung aufgetreten sind, bearbeitet und nach Möglichkeit eine angemessene Nachsorge (u.a. Adaptionenmaßnahme, Betreutes Wohnen, ambulante Nach- und Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppenanschluss) eingeleitet.

In den begleitenden Paar- und Angehörigengesprächen werden akut oder latent belastende Themen eruiert und gemeinsam reflektiert.

## 4.6 Rehabilitationsprogramm

Alle Rehabilitanden nehmen an den angeordneten therapeutischen Maßnahmen verpflichtend teil, sofern sie nicht aus therapeutischen oder medizinischen Gründen davon befreit sind. Der Ablauf der Therapie, so wie er in dem allgemeinen Wochenplan festgehalten ist, richtet sich an den Rehabilitationsstandards der Deutschen Rentenversicherung aus.

Entsprechend den Vorgaben in der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) werden die therapeutischen Maßnahmen von Mitarbeitern geleitet und durchgeführt, die über die geforderten Ausbildungen und Zusatzqualifikationen verfügen. Hierzu gehören in der Fachklinik Haus Siloah Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Innere Medizin und für psychotherapeutische Medizin, examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger, approbierte psychologische Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, Kunst- und Arbeitstherapeuten, eine Sporttherapeutin und ein Ökotrophologe.

Die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam wird durch die täglichen Teambesprechungen, die therapiegruppenbezogenen Behandlungsteams, die Intervision und die externe Supervision und die regelmäßigen Besprechungen im Lenkungskreis des Qualitätsmanagements gesichert.

### Therapie in der Bezugsgruppe

In der Fachklinik Haus Siloah finden die Gruppenpsychotherapie, die Kunst- und Arbeitstherapie sowie auch die Bewegungstherapie in der Bezugsgruppe statt. Hierbei werden thematische Akzente gemäß der gemeinsam geplanten Therapieziele gesetzt und gegebenen Falls in den Einzelgesprächen ergänzt. In der Arbeitstherapie erfolgt innerhalb der Bezugsgruppen eine individuelle, an den Merkmalprofilen zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA) orientierte Aufgabenzuweisung (siehe auch 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen). Auch in der Bewegungstherapie werden die Anforderungen im Rahmen der Bezugsgruppe an die Leistungsfähigkeit des Einzelnen individuell angepasst. Beim Angebot Schwimmen werden geschlechtsspezifische Gruppen vorgehalten.

### Gruppenübergreifende indikative Angebote

Die Therapien in der Bezugsgruppe werden durch gruppenübergreifende indikative Angebote ergänzt. Die individuelle Diagnostik und Therapieplanung unter Einbeziehung der Rehabilitanden ist Grundlage für die Zuweisung in die verschiedenen indikativen Gruppen. Sie erfolgt durch den zuständigen Gruppentherapeuten in Absprache mit dem therapeutischen Gesamtteam.

Jeder Rehabilitand nimmt außerdem obligatorisch an dem curricular angelegten Therapiezyklus „Gesundheitsbildung“ teil.

## **Lehrküche**

Zur Förderung und Wiedererlangung von Alltagskompetenzen verpflegen sich die Rehabilitanden im Rahmen einer regelmäßigen Kochtrainingswoche unter Anleitung eines Ökotrophologen und der Bezugspflegekraft selbst (vgl. 4.7.9).

## **Milieuthherapie und Selbstverwaltung**

Die Bezugspflegekräfte führen wöchentliche milieutherapeutische Angebote durch. Die Rehabilitanden werden auch darin unterstützt, ihre Belange eigenständig zu vertreten und in den Behandlungsprozess einzubringen. Sie wählen Gruppen- und Patientensprecher und führen Patientenversammlungen durch. Einmal monatlich nehmen die Gruppen- und der Patientensprecher am multi-professionellen Rehteam teil.

Zweimal wöchentlich findet die Hausversammlung statt, an der alle Rehabilitanden und das gesamte Team teilnehmen. Sie beinhaltet vor allem Fragen der allgemeinen Therapieorganisation.

## **4.7 Rehabilitationselemente**

### **4.7.1 Aufnahmeverfahren**

Am Aufnahmetag wird der Rehabilitand vom zuständigen Facharzt untersucht. Dieser sichtet die vorliegenden Befunde, führt die Erstdiagnostik durch und trifft erste Anordnungen. Notwendige Laboruntersuchungen erfolgen in der Regel am Tag nach der Aufnahme. Durch die zuständige Pflegeperson erfolgt am Aufnahmetag die weitere Einführung des Rehabilitanden in den Rehabilitationsablauf. Der Bezugstherapeut führt ebenfalls noch am Aufnahmetag ein erstes Gespräch durch.

### **4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik**

Die Erstellung eines individuellen Therapieplans erfordert eine umfassende Eingangsdiagnostik durch die unterschiedlichen Berufsgruppen des multidisziplinären Rehabilitationsteams. Ziel der Eingangsdiagnostik ist die Erfassung von aktivitäts- und teilhaberelevanten Funktionsstörungen unter Einbeziehung der körperlichen und psychischen Leistung und Leistungsfähigkeit, der individuellen Kontextfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren) auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Zudem erfolgt eine medizinische Diagnostik nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) nach der aktuell gültigen Ausgabe. Die Diagnostik umfasst hierbei ebenso eine entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik im Hinblick auf mögliche kurativ-medizinische Behandlungsmaßnahmen auch bezüglich komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen.

Hierzu erfolgt am Aufnahmetag eine ärztliche Eingangsuntersuchung mit einer umfassenden Anamnese und Exploration aus psychiatrisch-suchttherapeutischer, allgemein- und sozialmedizinischer Sicht sowie einer allgemein-körperlichen, klinisch-neurologischen und psychiatrischen Untersuchung. Hierbei werden sowohl körperliche und psychische als auch soziale Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren erfasst. Die Ergebnisse auswärtiger Vorbefunde sowie der hier eingeleiteten bedarfsgerechten apparativen, laborchemischen und ggf. auswärtig-fachärztlichen Zusatzdiagnostik werden mit einbezogen. Der aufnehmende Facharzt kann einzelne Untersuchungsbestandteile auch an den Folgetagen vornehmen.

Hausintern stehen auf der Basis der Zusammenarbeit mit dem Fliedner Krankenhaus Ratingen zur Verfügung: eine fachinternistische Konsiliardiagnostik mit Abdomen-Sonographie, Dopplersonographie und Elektrokardiographie (EKG) sowie eine fachneurologische Konsiliardiagnostik mit Elektroenzephalographie (EEG). Die Untersuchungsergebnisse werden auf den entsprechenden Erfassungsbögen dokumentiert und gehen nach einer ersten Priorisierung unter Einbeziehung des Rehabilitanden ein in die ICF-orientierte und therapiezielfokussierte Merkmalerfassung der individuellen Therapieplanung.

Die pflegerische Aufnahme orientiert sich wesentlich an dem Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel, einem personenzentrierten, „die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ und den hieraus resultierenden individuellen Unterstützungs- und Pflegebedarf fokussierenden Modell. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden benannte Einschränkungen, Ressourcen und Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren) bilden die Basis für die Pflegeplanung und gehen ebenfalls in die zentrale interdisziplinäre Therapieplanung ein.

Der Bezugstherapeut erhebt in der Aufnahmephase eine ergänzende Suchtanamnese unter Berücksichtigung des aus der Antragstellung hervorgegangenen Sozialberichts. Zudem wird ein ausführlicher psychischer Befund aus therapeutischer Sicht erhoben. In einem zweiten Schritt erfolgt gemäß unserer tiefenpsychologischen Orientierung in den ersten beiden Behandlungswochen die Erhebung eines psychodynamischen Befunds, wie er durch die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) vorgegeben ist. Auf der Grundlage eines Interviews werden dabei die Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur erhoben und dokumentiert.

Hierbei erfasst die Achse Beziehung das maladaptive, bzw. dysfunktionale Beziehungsverhalten des Rehabilitanden als interaktionellen Ausdruck intrapsychischer Konflikte und Strukturen. Über die Achse Struktur werden sechs Dimensionen des Rehabilitanden eingeschätzt hinsichtlich des Integrationsniveaus von gut, mäßig, gering integriert und desintegriert. Die Dimensionen sind Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung.

Auf der Achse Konflikt bilden sich zeitlich überdauernde Konflikte des Rehabilitanden ab. Hierbei handelt es sich um die Konflikte Abhängigkeit-versus-Autonomie, Unterwerfung-versus-Kontrolle, Versorgung-versus-Autarkie,



Selbstwertkonflikte, Schuldkonflikte, sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte und eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung.

Am Ende der Untersuchung steht eine Gesamteinschätzung des Strukturniveaus des Rehabilitanden, die in die individuelle Therapieplanung einfließt.

Zur Ergänzung des psychischen und des psychodynamischen Befundes werden standardgemäß die Assessmentinstrumente Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), das Beck-Depressions-Inventar (BDI) und der Fagerström-Test zum Rauchverhalten eingesetzt. Zur weiteren differentialdiagnostischen Klärung können in Einzelfällen der Benton-Test, und der Aufmerksamkeits- und Belastungstest D2 eingesetzt werden.

In der Regel wird mit dem Rehabilitanden auch ein funktionales Bedingungsmodell auf lerntheoretischer Basis der Suchterkrankung und deren Verlauf erstellt, das im Rahmen eines integrativen Therapiekonzepts in die Therapieplanung mit einfließt und dem Rehabilitanden die Entwicklung eines Krankheitsverständnisses bietet. Dabei geht es zentral um das problematische Trinkverhalten, das kontextuell analysiert wird. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen ein adäquates Problemverständnis und bieten auch Ansatzpunkte und konkrete Hinweise für verhaltenstherapeutische Interventionen im Rahmen der Therapie.

Darüber hinaus erhebt der Bezugstherapeut eine ausführliche Sozialanamnese, die die relevanten biographischen Aspekte der Herkunftsfamilie und die aktuelle familiäre und soziale Lebenssituation einschließlich der finanziellen Verhältnisse und des beruflichen Werdegangs erfasst.

Die Ergebnisse der vorstehenden psychosozialen Diagnostik werden unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise des Rehabilitanden mit der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung in Beziehung gesetzt.

In der die Teilbereiche Arbeits- und Beschäftigungstherapie umfassenden Ergotherapie baut die Erfassung eines Fähigkeits- und Anforderungsprofils auf dem MELBA-Verfahren (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) auf. Zum Einsatz kommen hierbei Elemente der Selbst- und Fremdeinschätzung. Zudem erfolgt eine Diagnostik nach IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten). Bei entsprechender Indikation kann ergänzend das computergestützte Trainingsprogramm (Cog-Pack) im Bereich der Aufmerksamkeits-, Konzentrationsfähigkeit, der Ausdauer sowie des Reaktionsvermögens diagnostisch genutzt werden. Auch fließen Leistungsauffälligkeiten im Rahmen der Arbeitstherapie, Arbeitserprobung und Beschäftigungstherapie in die ergotherapeutische Befunderhebung ein.

Im Rahmen der Kunsttherapie werden Besonderheiten in der Triade Rehabilitand, Therapeut und kreativer Prozess am Werk diagnostisch und therapeutisch auf tiefenpsychologischer Basis genutzt. Hierbei sind sowohl Aspekte der Selbst- als auch der Fremdwahrnehmung von Bedeutung.

In der Sport- und Bewegungstherapie kommt als standardisiertes Testverfahren zur Überprüfung der körperlichen Belastbarkeit eine Untersuchung mittels Fahrradergometer zur Durchführung. Zudem gehen die im Rahmen der sport- und bewegungstherapeutischen Gruppenarbeit auffälligen Einschränkungen

und Stärken im Bereich der körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen in die individuelle Therapieplanung des Rehabilitanden ein.

Im Rahmen der individuellen Therapieverlaufskontrolle werden die Befunde der Eingangsdiagnostik durch die ärztliche und die therapeutische Leitung sowie durch das multiprofessionelle Behandlungsteam fortlaufend sowie im Rahmen der Zwischenbilanz überprüft und aktualisiert. Die Ergebnisse der Eingangs- und Verlaufsdiagnostik werden durch die an der Therapie beteiligten Berufsgruppen im jeweiligen Bereich dokumentiert und nach einer therapiebereichsübergreifenden Priorisierung zudem in der zentralen ICF-orientierten Therapieplanung erfasst.

Zum Therapieende führen die an der Therapie beteiligten Berufsgruppen in ihrem jeweiligen Bereich eine abschließende Diagnostik und Beurteilung durch. Die therapie relevanten Ergebnisse der Eingangs-, Zwischen- und Abschlussdiagnostik werden auch unter Aspekten einer Evaluation des individuellen Therapieerfolgs erfasst. Sie werden im Abschlussbericht dokumentiert und bilden die Basis der sozialmedizinischen Beurteilung im Entlassungsbericht.

#### **4.7.3 Medizinische Therapie**

Die stationäre und ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung abhängiger Rehabilitanden erfolgt durch das interdisziplinäre Reha-Team unter ärztlicher Leitung und Verantwortung. Wesentliche ärztliche Aufgabe ist hierbei die Erstellung eines individuellen Therapieplans auf der Basis einer der Erkrankungen (nach ICD) und die Funktionsstörungen, die körperliche und psychische Leistung und Leistungsfähigkeit, die psychosozialen Aspekte und individuellen Kontextfaktoren (nach ICF) erfassenden Eingangs- und Verlaufsdiagnostik unter Einbeziehung des Rehabilitanden und, soweit sinnvoll, seiner Bezugspersonen.

Im Fokus der auf einem ganzheitlichen Ansatz basierenden Behandlung steht die funktionale Gesundheit des Rehabilitanden. Die Behandlung zielt dabei auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells auf eine Bewältigung von gesundheitlichen Schädigungen und Beeinträchtigungen auf der Ebene der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe ab. Der psycho-somatischen Integration bestehender Behinderungen kommt große Bedeutung zu. Die Unterstützung eines gesundheitsgerechten und krankheitsadäquaten Verhaltens wirkt auch präventiv. Die rehabilitative Behandlung der Suchtkranken schließt dabei selbstverständlich auch kurativ-medizinische Behandlungsmaßnahmen und die Therapie komorbider Erkrankungen mit ein. Dies betrifft sowohl die Behandlung vorbestehender als auch im Verlauf der Behandlung aufgetretener Erkrankungen.

Zur Gewährleistung vorstehender Aufgaben wird eine arbeitstäglige Präsenz des ärztlichen Dienstes und darüber hinaus eine Betreuung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst des anliegenden Flieger Krankenhauses vorgehalten. Jedem Rehabilitanden wird ein Stationsarzt als Bezugsarzt zugeordnet.

Zu Beginn der Behandlung erfolgt die fachärztliche Eingangsuntersuchung mit Anamnese- und Befunderhebung unter Einschluss einer allgemein-körperlichen, klinisch-neurologischen und psychiatrischen Untersuchung, der Einleitung und Auswertung einer bedarfsgerechten apparativen, laborchemischen und auswärtig-fachärztlichen Zusatzdiagnostik sowie der diagnostischen Miteinbeziehung auswärtiger Vorbefunde (s. 4.7.2).

Die Ergebnisse der medizinischen Diagnostik fließen neben denen der anderen Disziplinen in die ärztlich verantwortete, individuelle Therapieplanung ein. Diese erfolgt in den therapiegruppenbezogenen interdisziplinären Rehabilitationsteams („Behandlungsteams“). Dort wird die Indikation für die einzelnen Therapiebausteine unter Einbeziehung der mit dem Rehabilitanden erarbeiteten Ziele gestellt. Die medizinische Rehabilitationsbehandlung richtet sich hierbei an den aktuellen wissenschaftlichen Standards aus.

Durch die in das Rehabilitationsteam integrierten Ärzte und die enge Vernetzung mit dem Fließender Krankenhaus wird in der Fachklinik Haus Siloah eine umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische, psychosomatische, internistische und neurologische Betreuung mit zusätzlichen physiotherapeutischen und physikalischen Behandlungsangeboten gewährleistet. Hierbei stehen auch medizinisch-technische Einrichtungen wie Sonographie, Dopplersonographie, EEG und EKG zur Verfügung. Die ärztliche Versorgung wird hierbei in den Gesamtbehandlungsplan integriert.

Die Therapie zielt neben der Behandlung der Suchterkrankung selbst auch auf eine Behandlung der mit dieser in einem Zusammenhang stehenden oder komorbid aufgetretenen akuten oder chronischen psychischen und somatischen Störungen ab. Zu nennen ist hierbei im psychischen Bereich insbesondere die Behandlung von Rehabilitanden mit reaktiven depressiven Erkrankungen, mit komorbiden affektiven und schizophrenen Psychosen sowie auch Persönlichkeitsstörungen. Eine unterstützende Psychopharmakotherapie wird hierbei in den Gesamtbehandlungsplan integriert. Insbesondere zur psychiatrischen Krisenintervention kann, ohne dass der therapeutische Prozess gänzlich unterbrochen werden muss, auch eine interkurrente Verlegung in das Fließender Krankenhaus erfolgen. Somatische Erkrankungen und Funktionseinschränkungen werden ebenfalls, soweit im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung sinnvoll und geboten, umfassend behandelt - ggf. unter Hinzuziehung einer auswärtigen fachärztlichen oder zahnärztlichen Diagnostik und Behandlung. Zurückgegriffen werden kann hierbei wesentlich auch auf eine durchgängige Präsenz des Pflegedienstes. Die Planung und Durchführung gesamttherapeutisch relevanter medizinischer Maßnahmen erfolgt unter Einbeziehung des interdisziplinären Rehabilitationsteams (z.B. bei der Verabreichung psychiatrischer Medikamente, Planung notwendiger interkurrenter Verlegungen, Therapiebefreiungen etc.).

Die erhobenen Befunde werden im Rahmen der medizinischen Sprechstunden und Visiten im Verlauf regelmäßig überprüft. Im Einzelnen handelt es sich dabei um

- arbeitstäglich vorgehaltene offene medizinische Sprechstunden der Stationsärzte

- wöchentliche Einzelvisite des Leitenden Arztes in jeweils einer der Therapiegruppen
- wöchentliche Gruppensvisite des Leitenden Arztes in jeweils einer der Therapiegruppen
- wöchentliche Chefarztsprechstunde
- zusätzliche Kurvenvisiten bei Bedarf

Die regelmäßigen Kontakte zwischen Ärzten und Rehabilitanden bieten Raum für psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen und gemeinsame Betrachtungen von Therapieverlauf und –planung mit den Rehabilitanden. Bei Bedarf erfolgt die Modifikation des Behandlungsplans unter Einbeziehung des interdisziplinären Rehabilitationsteams.

Zur Unterstützung eines gesundheitsgerechten und krankheitsadäquaten Verhaltens sind ärztlich geleitete psychoedukative Maßnahmen obligatorischer Bestandteil der Behandlung.

Im Rahmen der ärztlichen Abschlussuntersuchung erfolgt eine Beurteilung des Therapieverlaufes und Rehabilitationsergebnisses unter Einschluss einer Verlaufsbeurteilung der Merkmale nach der ICF. Die Untersuchungsergebnisse fließen mit den abschließenden Beurteilungen des interdisziplinären Rehabilitationsteams in die ärztlich zu verfassende sozialmedizinische Beurteilung mit gutachterlichen Aussagen zur physischen und psychischen Belastbarkeit mit Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ein. Im Entlassungsbericht wird die Rehabilitationsbehandlung unter Einschluss der Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung zusammengefasst sowie Empfehlungen für weiterführende Behandlungen und Leistungen gegeben.

#### **4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote**

##### **4.7.4.1 Gruppen- und Einzelpsychotherapie**

Die tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Behandlung findet schwerpunktmäßig im halboffenen Gruppensetting mit begleitenden Einzelgesprächen statt. Die Therapiegruppe wird von den BezugstherapeutInnen geleitet. Diese sind entweder Psychologen, oder Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter mit suchtspezifischer sozialtherapeutischer Weiterbildung. Gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen sind in einer Bezugsgruppe bis zu zwölf RehabilitandInnen.

In einem Tandemsystem ist jedem Bezugstherapeuten ein Bezugstherapeut einer anderen Therapiegruppe zugeordnet. Diese vertreten sich gegenseitig bei Abwesenheiten. Auch im Regelfall nehmen sie einmal wöchentlich an den Gruppensitzungen der Tandemgruppe teil.

Die viermal wöchentlich stattfindende Gruppentherapie stellt einen sozialen Mikrokosmos bereit, der den Rehabilitanden weitgefächerte Lernerfahrungen ermöglicht und soziale Entwicklungsprozesse im Sinne der „Ich-Stärkung in der Interaktion“ (Foulkes, 1992) fördert. Indem die Gruppe einen kulturschaf-

fenden „Ich-und-Wir-Stärkungsprozess“ (Wilke, 2000) durchläuft, verändern sich die Beziehungs- und Kommunikationsmuster unter den Gruppenmitgliedern und damit auch ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Die Einzeltherapie wird regelmäßig einmal wöchentlich vom Bezugstherapeuten durchgeführt. In Einzelfällen werden bei entsprechender Indikation, z. B. in der Eingangs- oder integrativen Abschlussphase und in Krisensituationen höherfrequente Einzelkontakte angeboten.

Feste Bestandteile der Einzelgespräche sind das Anamnesegespräch, die Therapieplanung, die Zwischenbilanz und das Abschlussgespräch. Hier werden aber auch die in der Gruppentherapie erfahrenen Erkenntnis- und Veränderungsprozesse vor- und nachbesprochen. Themen, die zunächst einen vertraulichen Rahmen benötigen, haben hier ebenfalls ihren Platz.

#### **4.7.4.2 Kunsttherapie**

Kunsttherapie im Haus Siloah versteht sich als Teil der psychotherapeutischen Arbeit, bei dem nonverbale – sonst für künstlerische Arbeit verwendete - Medien eingesetzt werden. Die Rehabilitanden schaffen zu vorgegebenen oder selbst gewählten Themen Bilder oder plastische Objekte. Ihre Entstehung ist ein kreativer Prozess, in den Körperempfindungen, Emotionen, unbewusste Elemente, Kognitionen u.v.a. einfließen.

Der Entstehungsprozess ist ebenso Gegenstand der anschließenden Reflektion wie das „Werk“, das über den Rehabilitanden auf ganz verschiedenen Ebenen – von der augenblicklichen Befindlichkeit über eine aktuelle Konfliktkonstellation bis hin zur grundlegenden Weltsicht – Auskunft geben kann. In der gemeinsamen Betrachtung können sich die Rehabilitanden auf einer sonst ungewohnten Ebene gegenseitig erfahren und dabei ihre Ausdrucks- und Wahrnehmungsfähigkeit entwickeln sowie über die wechselseitige Akzeptanz der unterschiedlichen Ausdrucksstile und Inhalte ihr Selbstbewusstsein stärken.

#### **4.7.4.3 Indikative Gruppen**

Unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele nehmen Rehabilitanden an verschiedenen indikativen, themenzentrierten Gruppenangeboten nach Absprache verbindlich teil. Die Indikationen werden im therapeutischen Team festgelegt. Zum einen sollen die individuellen Problemfelder möglichst umfassend in den Therapiegruppen und Einzeltherapien behandelt werden. Andererseits werden über die Prävention und die Gesundheitsberatung schwerpunktmäßig Problemfelder in gruppenübergreifenden indikativen Gruppen angegangen. Unabhängig von der Behandlungsdauer sind für alle Rehabilitanden die indikativen Gruppen Abstinenzsicherung und Entspannungstraining obligatorisch.

## **Akupunktur**

Akupunktur als Methode aus dem therapeutischen Spektrum der traditionellen chinesischen Medizin wird mit Erfolg in der Behandlung suchtmittelabhängiger Menschen eingesetzt. Die Akupunktur wird nach dem NADA-Protokoll durchgeführt, ein speziell für die Suchttherapie entwickeltes Behandlungskonzept. Danach wirkt die Ohr-Akupunktur auf die inneren Selbstheilungskräfte ein und kann das Wohlempfinden positiv regulieren und mindert das Suchtverlangen. Zudem wird es gezielt zur Unterstützung der Raucherentwöhnung eingesetzt.

## **Schlafhygiene/Schlaftraining**

Schlafstörungen werden von Rehabilitanden als starke Belastung erlebt, ihre Leistungsfähigkeit ist vermindert und eine erhöhte Tagesmüdigkeit tritt auf. Oftmals wurde der Alkohol als Selbstmedikation bewusst eingesetzt um Einschlafprobleme zu überwinden oder das nächtliche Grübeln zu auszuschalten.

Den Rehabilitanden werden in dieser indikativen Gruppe zunächst wichtige Informationen über den Verlauf eines normalen Schlafes sowie die unterschiedliche Schlaftypen vermittelt um Zusammenhänge eigener Verhaltens- und Denkmuster und gestörtem Schlaf bewusst zu machen. Sie befassen sich im Folgenden aktiv mit ihren eigenen Schlaf- und Lebensgewohnheiten, prüfen ihren eigene Schlafumgebung und die sich daraus ergebenden Einflüsse auf die Nachtruhe.

Gemeinsam in der Gruppe werden die eigenen Verhaltensweisen kritisch betrachtet, auslösende Faktoren und zugrunde liegende Denkmuster für einen gestörten Schlaf bewusst gemacht sowie individuelle Lösungsmöglichkeiten für eine Linderung der Beschwerden erarbeitet und trainiert.

## **Kreislauffit/Ausdauer**

Ausdauer ist eine grundlegende motorische Fähigkeit, die die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Ermüdung bei langandauernden Belastungen beschreibt. Sie bestimmt nicht nur unsere körperliche Belastbarkeit, sondern beeinflusst auch unser Wohlbefinden.

Im Vordergrund dieser Gruppe stehen die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und die Schulung des Herz-Kreislaufsystems. Zunächst werden Begrifflichkeiten und das Zusammenspiel von Blutkreislauf, Herz und Lunge erklärt. Anschließend werden positiven Wirkungen der Ausdauerbelastung besprochen, um Trainingsprinzipien und –pläne zu erarbeiten. Weiterhin folgt Übungspraxis im Bereich Walking, Nordic Walking, Radfahren, Laufen und/oder Schwimmen. Hierbei liegt der Fokus auf der individuellen Belastungsdosierung/-einschätzung, ökonomischen Bewegungsabläufen und der Verbesserung der Körperwahrnehmung. Zudem werden die Rehabilitanden angeregt, auch außerhalb der Therapiezeiten körperlich-sportlich aktiv zu werden. Das Durchhaltevermögen wird durch das Erarbeiten persönlicher Motivationsstrategien gefördert.

## **Abstinenzsicherung**

Zielsetzung dieser indikativen Gruppe ist die Erarbeitung konkreter Verhaltensweisen zur individuellen Rückfallprophylaxe. Unterstützend werden Fragebögen und Arbeitspapiere eingesetzt. Durch die Reflektion und Analyse bereits erlebter Rückfälle erweitern die Rehabilitanden ihre Wahrnehmungsfähigkeit für Risikosituationen. Im Gruppenkontext entwickeln sie Gegensteuerungs- und Bewältigungsmöglichkeiten und individuelle Strategien im Umgang mit Cravingerleben. Jeder Rehabilitand erarbeitet selbstständig einen persönlichen Notfallplan für eventuelle Risikosituationen.

## **Alkoholismus und depressive Verstimmungen**

Alkoholismus und Depression stehen nicht selten in einer primären oder sekundären Verbindung zueinander. Alkohol wird zur Linderung oder Vermeidung, depressiven Erleben eingesetzt oder der fortgesetzte übermäßige Alkoholkonsum wirkt ursächlich bei der Entwicklung einer Depression. Für die Betroffenen ist es meist schwierig Ursache und Wirkung und deren Entstehung auseinander zu halten. Nicht wenige Rehabilitanden sehen sich mit der Frage konfrontiert, inwieweit sie depressiv erkrankt sind und wie bedrohlich subjektiv eine entsprechende psychiatrische Diagnose ist.

In dieser Indikativen Gruppe werden grundlegende Informationen über die unterschiedlichen Ursachen, die Symptomatik und die Therapiemöglichkeiten der Depression vermittelt. Dabei wird auch die Wechselwirkung zwischen Alkoholismus und depressivem Erleben besprochen.

Ziel dieser Gruppe ist es, den Teilnehmern eine bessere Selbsteinschätzung zu ermöglichen und vor allem aber auch Vorurteile zu korrigieren. Nicht jede Missstimmung ist eine Depression und ein depressiver Mensch kann auch Auswege aus seiner Erkrankung finden. Darüber hinaus sollen auch Möglichkeiten vermittelt werden, wie durch einen gesunden Lebensstil und bewusst aktiveren Interaktion depressivem Erleben entgegen gewirkt werden kann.

## **Stressbewältigung**

Im Rahmen der Stressbewältigungsgruppe werden die Rehabilitanden zu einem adäquateren Umgang mit Stressoren angeleitet. Dabei stehen die kognitive Umstrukturierung und damit eine bewusste gedankliche Entlastung bei Stresserleben im Vordergrund der therapeutischen Intervention. Die Teilnehmer werden angeregt über alternative Möglichkeiten der Stressbewältigung nachzudenken und sich individuelle Stressbewältigungsstrategien zu erarbeiten. Im Rahmen der Einheiten erhalten die Rehabilitanden Informationsmaterialien und es werden theoretische Hintergründe verbunden mit praktischen Methoden zum Umgang mit Stress vorgestellt. Dabei deutlich werdende Rollenvorstellungen werden auch in der Gruppenpsychotherapie weiter bearbeitet. Die Erfahrungen aus der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson stellen eine wichtige Ergänzung für diese indikative Gruppe dar.

## **Kommunikation**

In dieser Gruppe geht es um die Vermittlung elementarer Bestandteile und Abläufe menschlicher Kommunikationsprozesse anhand von Modellen, z.B. dem Eisbergmodell oder dem Vier-Ohren-Modell. An Beispielen alltagstypischer Situationen werden ungewollte und unbewusste Einflüsse zum Beispiel auf Mimik, Gestik und körperliche Haltung deutlich gemacht. Den Rehabilitanden wird in spielerischen Aufgaben und Selbsterfahrungselementen die Möglichkeit geboten, Rituale und den eigenen Kommunikationsstil differenziert und bewusst zu erfahren und gegebenenfalls alternative Lösungen zu entwickeln und im Gruppenkontext zu erproben.

## **Angstbehandlung**

In einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe werden Rehabilitanden mit zusätzlich zu ihrer Abhängigkeitserkrankung bestehender Panikstörung und/oder Agoraphobie behandelt. Es werden verhaltenstherapeutische Methoden wie Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung und Konfrontationsübungen mit internen und externen angstauslösenden Reizkonstellationen vermittelt und erprobt. Darüber hinaus werden die Teilnehmer angeleitet, regelmäßig selbständig Konfrontationsübungen durchzuführen, um die Löschung der Angst zu begünstigen.

## **Frauengruppe**

Es kommt erfahrungsgemäß häufiger vor, dass im Verlauf der Behandlung Themen aktuell werden, die Frauen auf Grund traumatisierender lebensgeschichtlicher Erfahrungen in gemischtgeschlechtlichen Gruppen zunächst nicht ansprechen können. In der Frauengruppe können solche angstbesetzten Themen zunächst in einem geschützten Rahmen artikuliert werden. Hierbei kommen auch nonverbale Methoden wie die Arbeit mit Masken und das Rollenspiel zur Anwendung.

## **Genustraining**

Genuss, Genießen-Können, sind bedeutsame Fähigkeiten zur Gesundwerdung und Gesunderhaltung. Die meisten Menschen können grundsätzlich genießen, verfügen über die unterschiedlichen sinnlichen Fähigkeiten und erlangen über Genussmomente im Alltag Wohlbefinden und Lebensqualität. Im Verlaufe einer Suchtentwicklung können diese Fähigkeiten eingeschränkt worden sein oder deren Fehlen war ein Auslösefaktor der Suchtentwicklung. Das Ziel des Genustrainings ist es, diese Zusammenhänge bewusst zu machen und mit ausgesuchten Übungen zu den verschiedenen Sinnesmodalitäten Erfahrungen zu sammeln und die Selbstwirksamkeit zum Genießen – Können zu verbessern.



## **Gesunde Ernährung**

Die westlichen Industrienationen leben in einem «Schlaraffenland». Die steigende Zahl der ernährungsabhängigen Erkrankungen ist eine Schattenseite dieses Überflusses. Die Rehabilitanden setzen sich in dieser Gruppe bewusst mit dem eigenen Ernährungsverhalten auseinander.

Zunächst wird gemeinsam die Bedeutung der Nahrungsaufnahme erarbeitet und mit Hilfe der Ernährungspyramide der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Basiskonzepte über Ernährung vermittelt. Vielen Rehabilitanden ist eine Gewichtsabnahme wichtig, sodass die Bedeutung von Übergewicht, einer ausgewogenen Energiebilanz und den Nährwerten von Lebensmitteln thematisiert wird. Weiterhin wird das individuelle Essverhalten beleuchtet und ein Bezug zum Alltag hergestellt, um Motivation für ein gesundheitsgerechtes Essen und Trinken zu schaffen.

## **Raucherentwöhnung**

Die Klinikversion des Rauchfrei-Programms „Rauchfrei nach Hause ?!“ - wurde speziell als Gruppenprogramm für den Einsatz in solchen Einrichtungen entwickelt und in diesem Setting erfolgreich erprobt. Es richtet sich an alle rauchenden Rehabilitanden, es werden abstinenzmotivierte und ambivalente Raucher gleichermaßen angesprochen.

Die Grundprinzipien des Programmes basieren auf der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick). Die drei Veränderungsbedingungen eines Menschen, nämlich Motivation, Bereitschaft und Selbstwirksamkeitserwartung, sollen durch das Programm positiv beeinflusst werden.

In dem Programm ist ein Rauchstopp nicht verpflichtend vorgegeben, da ja der Raucher für die Veränderung selber Verantwortung übernehmen soll. Dennoch wird allen Rauchern ein solcher Rauchstopp vorgeschlagen.

Der indikative Gruppe besteht aus sechs Einheiten, in denen unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte gesetzt werden. Sie folgt dem Manual des IfT München, welches auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien (WIRK-Studien 2001 -2 006) basiert und baut auf Erfahrungen bei der bundesweiten Durchführung und Betreuung des Rauchfrei Programmes, das in Kooperation des IfT mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entstanden ist.

## **Paar- und Beziehungsthemen**

Die Suchtproblematik ist häufig Antwort auf - und fast immer Auslöser von - Beziehungsschwierigkeiten. Sowohl Ehe und Partnerschaft als auch die Beziehung zu Kindern und / oder Eltern sowie jeder andere soziale Kontakt sind durch die Sucht beeinträchtigt. Auch der Mangel an sozialen Bindungen stellt nicht selten eine erdrückende Problematik dar. In dieser Indikativen Gruppe soll den Rehabilitanden die Möglichkeit gegeben werden, über die unterschiedlichsten Beziehungsformen und deren spezifischen Belange ins Gespräch zu kommen und dabei auch individuelle Beziehungswünsche, -ängste

und -erwartungen zu benennen. Auch Themen wie Kommunikation und co-abhängiges Verhalten gehören zu den Inhalten dieser Gruppe. Es ist das Ziel dieser Gruppe jedem Einzelnen mehr Verständnis für die Anforderungen einer ganzheitlichen Beziehungsgestaltung zu ermöglichen und eine reifere Form der Konfliktbewältigung in Beziehungen zu vermitteln.

### **Arbeit und Freizeit**

In dieser Gruppe bekommt der Patient die Gelegenheit, Inhalte des Arbeitslebens und des Freizeitverhaltens allgemein und auch die persönliche Bedeutung differenziert zu betrachten.

So geht es zum einen darum, eigene Erwartungen zu formulieren, dem gegenüber die Entwicklungen am Arbeits- und Freizeitmarkt zu analysieren, zum anderen auch um Definitionen von Begriffen wie z. B. Leistung, Anforderung, Belastung und Beanspruchung genauer zu betrachten.

Themen wie Alkohol am Arbeitsplatz, Bedeutung von Arbeitslosigkeit und die damit oft verbundene Selbstwertproblematik finden sich ebenso wieder wie konkrete Beispiele und Ideen zur Freizeitgestaltung,

Eine Mischung aus kurzen Vorträgen, Diskussionsrunden, Rollenspielen und schließlich das Erarbeiten von Themen und gegenseitiger Information bilden den Rahmen dieser Gruppe und sollen helfen, zu einer persönlich realistischen Einschätzung zu gelangen.

### **Sinnvoll leben**

Mit einer erreichten Abstinenz entstehen Freiräume im Alltagsleben, teilweise zeigte sich das Trinken als Reaktion auf zeitlichen Leerlauf und eine empfundene innerliche Leere.

Ziel dieser indikativen Gruppe ist es, die eigene Lebenszeit sinnvoll auszufüllen und einen ausgewogenen Lebensstil zu alltäglichen Belastungen zu finden. Die Rehabilitanden werden angeleitet, sich mit ihren persönlichen Vorstellungen einer sinnvollen Lebensgestaltung auseinanderzusetzen und im Folgenden individuelle Strategien und Kompetenzen zu erarbeiten um ihre Vorstellungen zu verwirklichen. Mittels verschiedener Symbolisierungsübungen und Diskussionsrunden in der Gruppe erhalten sie die Möglichkeit, persönliche Besonderheiten sowie eigene Fähigkeiten und Ressourcen (wieder) zu entdecken, sich eigene Kontakt- und Beziehungskompetenzen bewusst zu machen und eigene Wertvorstellungen zu verdeutlichen und diese als Elemente einer sinnvollen Lebensgestaltung eigen zu machen um wieder ein positives Selbsterleben zu erfahren.

### **Computer und Internet für Einsteiger**

In dem Computer-Grundlagenkurs lernen die Einsteiger ohne oder mit geringen Vorkenntnissen den Umgang mit dem PC kennen, dazu gehören die Maus- und Tastaturbedienung und das Betriebssystem Windows. In prakti-

schen Übungen werden erste Dateien mit Texten und Bildern erstellt. Die Möglichkeiten des Internets und der Suchmaschinen für berufliche Zwecke, z.B. Jobsuche online, und für private Belange werden vorgestellt.

#### **4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen**

An der Ergotherapie mit den Teilbereichen Arbeits- und Beschäftigungstherapie nehmen die Rehabilitanden während der gesamten Dauer ihres Aufenthaltes regelmäßig teil. Die arbeitsbezogenen Interventionen dienen dem übergeordneten Ziel, die Rehabilitanden zur beruflichen und sozialen Teilhabe und Wiedereingliederung zu befähigen.

Zu Beginn ihrer Therapie werden die Rehabilitanden in die ergotherapeutischen Angebote und Zielsetzungen eingeführt. Dazu werden unter anderem die bisherigen beruflichen Erfahrungen und die aktuelle berufliche Situation ermittelt. Mit einem Selbsteinschätzungsbogen kann der Rehabilitand die eigenen Leistungsmöglichkeiten auf Grundlage der Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA) einstufen.

Im Rehabilitationsverlauf dienen Zielplangespräche der differenzierten Betrachtung und Entwicklung von persönlichen, berufsbezogenen Zielen. Damit einher geht die Feststellung der Indikation, nach welcher die weiteren arbeitstherapeutischen bzw. berufsintegrierenden Maßnahmen durchgeführt werden.

In einem Abschlussgespräch bekommt der Rehabilitand Rückmeldungen über sein Arbeitsverhalten und seiner Leistungsfähigkeit bezogen auf die Beobachtungen im arbeitstherapeutischen Kontext. Selbst- und Fremdwahrnehmung werden hier noch einmal gegenüber gestellt.

#### **Diagnostik**

Zur Diagnostik werden die Werkzeuge und Begrifflichkeiten von MELBA eingesetzt. Ziel ist, auf der Grundlage einer gemeinsam verständlichen Sprache dem Rehabilitanden Arbeitsangebote nach bestimmten Kriterien anzubieten und Ziele differenzierter festlegen zu können.

Bei unklaren Arbeitsanamnesen, großen beruflichen Lücken oder gar fehlenden beruflichen Erfahrungen führt der Rehabilitand im Frühstadium seiner Behandlung unter Anwendung des Instrumentariums zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (IDA) standardisierte Arbeitsaufgaben durch. Dies geschieht im Zweierkontakt mit dem Ergotherapeuten. Dabei werden Merkmale aus den Bereichen kognitive Fähigkeiten, Merkmale zur Art der Arbeitsausführung, Psychomotorik und Kulturtechniken überprüft und in einem späteren Auswertungsgespräch mit dem Rehabilitanden analysiert. Die Ergebnisse dienen der individuellen Ausgestaltung der Arbeitstherapie aber auch der Unterstützung späterer beruflicher Ideen.

Mit Hilfe des computergestützten Trainingsprogramms CogPack können Rehabilitanden Auffälligkeiten z. B. im Bereich der Aufmerksamkeits-, Konzentrationsfähigkeit, des Reaktionsvermögens, überprüfen bzw. trainieren. Dies geschieht zunächst mit Hilfe des Ergotherapeuten und kann später in Eigenverantwortung weitergeführt werden.

### **Arbeitstherapie**

Im Rahmen der **Arbeitstherapie** befassen sich die Rehabilitanden mit der Instandhaltung und Gestaltung der Parkanlage mit Teich. In der Holzwerkstatt können Arbeitsaufträge erledigt, dafür erforderliche Techniken erlernt, und/oder persönliche Gebrauchsgegenstände hergestellt werden.

Im Laufe der Zeit entwickelt sich das Bild der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden, sodass auch gezielte Arbeitsaufträge zum Tragen kommen können.

Einzelne Rehabilitanden übernehmen darüber hinaus verantwortliche Aufgaben in der Tierhaltung (Voliere), oder verwalten die Hausbibliothek.

Für Rehabilitanden, die zum Teil schon seit vielen Jahren nicht mehr berufstätig waren, spielt die Wiedererlangung von Grundarbeitsfähigkeiten wie Ausdauer, Pünktlichkeit, Ordnung, Planung usw. eine wichtige Rolle. Die therapeutische Begleitung der einzelnen Arbeitsschritte verhilft zu einer realistischen Einschätzung hinsichtlich der Fähigkeiten und Ressourcen und unterstützt hinsichtlich der Bewältigung von Stress und Frustsituationen.

### **Arbeitserprobung / Übungscave**

Für Menschen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind oder über mangelnde Arbeitserfahrung verfügen, stellt die Mitarbeit in unserem Übungscave ein weiteres, wichtiges Einsatzgebiet dar. Hier werden Rehabilitanden im Sinne einer internen Belastungserprobung unter realen Bedingungen mit einer bestimmten, klar definierten Aufgabe betraut. In einem mehrwöchigen Block verrichten sie Tätigkeiten als Servicekraft im Verkauf, kümmern sich um den Warenbestand und Einkauf oder sind für die Hygiene oder die Buchhaltung zuständig. Ohne den Bezug zu seiner Behandlungsgruppe zu verlieren, hat der Rehabilitand so die Möglichkeit, sich mit therapeutischer Begleitung in einem realistischen Umfeld mit den dazu gehörigen Aufgaben- und Problemstellungen auf eine Wiedereingliederung an seinen bisherigen oder einen anderen Arbeitsplatz gezielt vorzubereiten.

### **Hygienebelehrung „für Mitarbeiter“**

Die für alle Rehabilitanden im initialen Behandlungsverlauf verpflichtend durchgeführte Hygienebelehrung durch eine Fremdfirma umfasst neben den Aspekten der Lebensmittelhygiene in der Rehabilitationseinrichtung unter anderem auch zusätzlich die Anforderungen nach der Verordnung (EG) 852/2004 und nach dem Infektionsschutzgesetz §43 (4). Hierüber erhalten alle Teilnehmer eine Bescheinigung, durch die die gesetzlichen Bestimmungen für eine

Mitarbeit im Übungscafe erfüllt werden. Sie ist darüber hinaus auch nach der Entlassung für Mitarbeiter in Küche, Service, Produktion oder Verkauf nutzbar.

### **Staplerschein**

Dieses spezielle, zweitägige Angebot ermöglicht insbesondere Rehabilitanden mit Vermittlungshemmnissen eine Teilqualifizierung zu erlangen.

### **Berufsspezifisches Angebot**

In dieser begleitenden, berufsbezogenen Schwerpunktgruppe werden Themen ausgerichtet an den Bedürfnissen und Probleme der Rehabilitanden am Arbeitsplatz oder bei der Arbeitssuche besprochen und nach praktischen Lösungen gesucht. Zentrale Inhalte sind Konflikte am Arbeitsplatz, aktuelle Entwicklungen am Arbeitsmarkt und Arbeitssuche und Bewerbung, einschließlich der Möglichkeiten zur beruflichen Selbstständigkeit. Anhand von Vorträgen, Teamarbeit, Rollenspielen, geleiteten Pro- und Kontra – Diskussionen und Ausfüllen von Arbeitsblättern werden Wissen und sachliche Informationen vermittelt. Bei Bedarf können praktische Übungen, z. B. die Erstellung einer Bewerbungsmappe mit der Textverarbeitung, hinzukommen.

### **Beschäftigungstherapie**

In der **Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie** stehen den Rehabilitanden zwei Werkräume für die Arbeit mit verschiedenen Materialien wie Ton, Speckstein, Ytong, Seide etc. zur Verfügung. Menschen, die vor allem in ihrem Berufsleben an Unter- oder Überforderungen, mangelnder realer Selbsteinschätzung und/oder Stressbewältigung leiden, können sich hier neue, auch freizeitbezogene Betätigungsfelder erschließen.

Über freie Beschäftigungsangebote wird es möglich sich auszuprobieren und erste Hemmungen abzubauen. Eng damit verbunden sind die Stärkung von Selbstvertrauen, Kreativität und sozialen Kompetenzen. Ausdrucks- bzw. prozessorientierte Methoden kommen hier zum Einsatz und verhelfen den Rehabilitanden emotionale Zustände mit Hilfe alternativer Medien zum Ausdruck zu bringen, bzw. zu verarbeiten, oder nicht gekannte Ressourcen zu entdecken.

In Gruppenarbeiten (Projekten) werden die sozialen Kompetenzen, wie Durchsetzungsvermögen, Absprachefähigkeit und Kritikfähigkeit gefördert.

## **4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken**

Wir verstehen Bewegungstherapie und Sport als eine therapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitliches Verhalten fördert.

Persönlichkeitsorientierte Ziele sind Stabilisierung, Stärkung des Selbstbewusstseins, Aktivierung und Überwindung von Passivität und Antriebsarmut. Aufbau von Körperbewusstsein und Erfahrungen mit dem Körper und seinen Grenzen fördern eine realistische Selbsteinschätzung.

Auch in der bewegungstherapeutischen Gruppenarbeit werden Techniken des mitmenschlichen Umganges geübt. Rollen und Funktionen sollen in der Gruppe übernommen werden, es entwickeln sich Möglichkeiten, sich abzugrenzen oder sich zu öffnen.

Herz-Kreislaufschulung, Üben im Bereich von Koordination und Beweglichkeit, Steigerung von Kraft und Ausdauer führen zur Verbesserung der physischen Konstitution des Rehabilitanden.

Beim Vorliegen körperlicher Einschränkungen erfolgt eine individuelle Anpassung des bewegungstherapeutischen Programms. Ziele sind die Verbesserung des körperlichen Zustandes, der Körperwahrnehmung und der Abbau von Ängsten. Auf dem Fahrradergometer werden Eingangs- und Abschlusstests nach einem standardisierten Testverfahren durchgeführt.

Für die Bewegungs- und Sporttherapie steht eine eigene Sporthalle zur Verfügung. Die Halle kann auch in der Freizeit genutzt werden. Schwimmen findet ganzjährig, jeweils wöchentlich, im Hallenbad Lintorf statt, das uns für die Therapieeinheiten exklusiv zur Verfügung steht. Ein eigenes Angebot für Frauen wird vorgehalten. Schwerpunkte liegen in der Wassererfahrung, Wassergymnastik, Aquajogging, Entspannung im Wasser, Erlernen der Grundlagen des Schwimmens, Schwimmstile und in der Verbesserung der Grundlagenthemen.

### **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson**

Mit der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson wird den Rehabilitanden ein Verfahren zur Selbstregulation der Entspannungsfähigkeit und Stressbewältigung vermittelt. Dieses Entspannungsverfahren schult die Körperwahrnehmung und reduziert muskuläre Anspannungs- und innere Unruhezustände. Mit Hilfe von Entspannungsprotokollen werden die Teilnehmer dazu angeleitet, regelmäßig die erlernten Übungen selbstständig durchzuführen.

#### **4.7.7 Freizeitangebote**

Für viele Rehabilitanden sind im Laufe der Entwicklung ihrer Alkoholabhängigkeit persönliche Interessen, Hobbies und Freizeitaktivitäten immer mehr in den Hintergrund getreten. Daher ist die Befähigung zu einer befriedigenden Freizeitgestaltung ein wichtiger Baustein der Gesamtbehandlung.

Möglichkeiten einer sinnvollen Freizeitgestaltung können im Rahmen der regulär angebotenen therapeutischen Maßnahmen erlebt und neu ausprobiert werden. Dazu zählen besonders die sportlichen Aktivitäten und das Schwimmen im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie, kreative Aktivitäten im

Rahmen der Ergo- und der Kunsttherapie und die Thematisierung der Freizeitgestaltung in der Einzel- und Gruppentherapie und in den indikativen Gruppen «Genusstraining» und «Sinnvoll Leben».

In regelmäßigen Abständen unternehmen die Bezugstherapeuten mit den Rehabilitanden einen Ausflug in die nähere Umgebung mit einem gemeinsam vorgeplanten Aktivitäts- oder Besichtigungsprogramm. Die Kunsttherapeutin bietet darüber hinaus geführte Museumsbesichtigungen an.

Die eigenständige Freizeitgestaltung der Rehabilitanden wird unterstützt durch die Möglichkeiten zur eigenständigen Nutzung der Turnhalle, der Bibliothek, des Computerschulungsraums und der Werkräume.

#### **4.7.8 Sozialdienst**

Abhängigkeitskranke haben vielfach soziale, berufliche und finanzielle Probleme zu überwinden. Durch gezielte Informationen, Beratung und Unterstützung bei Kontakten mit Behörden wie z.B. Sozialamt, Versicherungsträgern, Gerichten oder durch Hilfe bei Klärung von Mietangelegenheiten, Beantragung von Übergangsgeld, Taschengeld etc., lassen sich die Voraussetzungen für eine störungsarme Teilnahme und Durchführung der Rehabilitationsleistung vielfach verbessern. Bei Bedarf werden hierzu weitere Personen des sozialen Umfelds mit einbezogen.

Arbeitssuchende Rehabilitanden sollen im Verlauf ihrer Entwöhnungsbehandlung je nach beruflichem Erfahrungshintergrund und individuellem Leistungsvermögen über die verschiedenen Möglichkeiten der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben informiert werden. Hierzu gehören Adaptionsmaßnahmen zur beruflichen Reintegration und Umschulungs-, Orientierungs- und Wiedereingliederungsangebote des Arbeitsamtes. Dabei werden auch Möglichkeiten des zweiten Arbeitsmarktes berücksichtigt.

Die vorstehenden Aufgaben werden in der Fachklinik Haus Siloah von den jeweiligen Gruppentherapeuten und der zuständigen Sozialarbeiterin erbracht. Sie beziehen die Fachtherapeuten gegebenen Falls mit ein.

Sie leiten die Rehabilitanden auch dazu an, im Verlauf der Entwöhnung Kontakt zu einer wohnortnahen Selbsthilfegruppe aufzunehmen und diese noch während der Behandlung regelmäßig zu besuchen. Schließlich werden auch am nachstationären Bedarf orientierte weitere Maßnahmen organisiert und koordiniert wie zum Beispiel ambulante Nachsorge oder Betreutes Wohnen.

#### **4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährungsmedizin**

In der Gesundheitsbildung wird über eine Reduktion vorhandener individueller Risikofaktoren hinaus eine Förderung von Schutzfaktoren unter besonderer Berücksichtigung personaler und sozialer Ressourcen angestrebt. Neben der Motivation zu einer gesunden selbstverantwortlichen Lebensführung

werden hierfür erforderliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen unter Einbeziehung kognitiver, emotionaler und praktischer Aspekte indikationsübergreifend vermittelt. Vertiefend wird die individuelle Problemlage der Rehabilitanden im Sinne einer sowohl themen- als auch personenorientierten Vorgehensweise berücksichtigt.

Die Gesundheitsbildung ist ein curricular angelegter, ärztlich geleiteter Vortragszyklus unter Mitwirkung der Ärzte, Gruppen- und Fachtherapeuten, der Pflege, sowie externer Anbieter (Suchtberatungsstelle, Soziotherapeutische Einrichtung und Betreutes Wohnen). Sie umfasst 16 sechzigminütige Therapieeinheiten und ist auf eine Teilnehmerzahl von jeweils 15 Rehabilitanden ausgerichtet.

Die Gesundheitsaufklärung orientiert sich hierbei inhaltlich am Gesundheitsbildungsprogramm für medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Im Rahmen dieses Angebots werden Themen wie die körperliche und seelische Abhängigkeitsentwicklung insbesondere bei Alkohol-, Medikamenten- und Tabakabhängigkeit, deren Symptome sowie deren körperliche und psychosoziale Folgeschäden und die Problematik der Co-Abhängigkeit besprochen.

Hinzu kommen Themen wie Essen und Trinken, Bewegung und körperliches Training, Alkohol in Lebensmitteln, Rückfallprophylaxe, Möglichkeiten der Raucherentwöhnung, Fragen der Fahrerlaubnisverordnung, abstinenzsichernde Möglichkeiten der Nachsorge unter Einschluss von Informations- und Beratungsseminaren externer Adaptionsanbieter und Suchtberatungsstellen. Die Reihe schließt mit einem Seminar für Rehabilitanden und deren Angehörige. Die vorstehenden Vorträge werden weiter inhaltlich unterlegt durch die indikativen Gruppen «Gesunde Ernährung», «Progressive Muskelrelaxation (Entspannung)», «Schlafhygiene», «Rückenfit», «Genusstraining», «Stressbewältigung» und «Sinnvoll leben».

Elemente des Gesundheitstrainings mit einem Einüben neuer gesundheits- und krankheitsbezogener Verhaltensweisen finden sich wesentlich im therapeutischen Angebot der Sport- und Bewegungstherapie sowie in der indikationsübergreifenden ökotrophologischen und pflegerischen Begleitung im Rahmen der partiellen Selbstversorgung wieder. Auch nimmt jeder Rehabilitand im initialen Behandlungsverlauf an einer ausführlichen, auf die Rehabilitation abgestimmten Hygienebelehrung teil (vgl. 4.7.5).

Die **Lehrküche** findet in Form von psychoedukativen Kochtrainingswochen innerhalb der Bezugsgruppe statt. Hierzu verpflegen sich die Rehabilitanden alle fünf Wochen mittags selbst. Das Training wird mit dem Ökotrophologen ausführlich vor- und nachbesprochen und von der Bezugspflegekraft während der Milieutherapie bei Bedarf begleitet. Eine zusätzliche individuelle Ernährungsberatung erfolgt z. B. bei komorbidem Diabetes mellitus oder Adipositas durch den Arzt und/oder den Ökotrophologen im Einzelgespräch.

Neben vorstehenden Maßnahmen des Gesundheitstrainings erhält der Rehabilitand eine seine individuelle gesundheitliche Situation fokussierende Gesundheits- und Ernährungsberatung auch im Rahmen von ärztlichen Sprechstunden, Visiten und Bezugspflegegesprächen.



#### 4.7.10 Angehörigenarbeit

Eine kontinuierliche Angehörigenarbeit ist in der Fachklinik Haus Siloah so weit möglich Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Partner und Familienangehörige, aber auch andere Bezugspersonen wie Freunde und Arbeitskollegen oder professionelle Helfer können in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.

Die Abhängigkeitsentwicklung eines Rehabilitanden beeinflusst das Leben aller Personen in seinem sozialen Umfeld. Sie übernehmen dabei bewusst oder unbewusst Rollen und Funktionen, um damit das Gleichgewicht des sozialen Systems aufrechtzuerhalten. Mit diesem Versuch laufen sie Gefahr, Symptomträger zu werden oder selbst zu erkranken.

Ziel der Angehörigenarbeit ist es, die Krankheit erhaltende Regeln und Beziehungsmuster aufzudecken, um notwendige Veränderungsprozesse einleiten zu können. Dabei werden im Bedarfsfalle präventive Maßnahmen für die Kinder aus Suchtfamilien eingeleitet.

Die Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess erfolgt einerseits bei einem Angehörigenseminar, auf dem sie an einem Wochenende wichtige Informationen zu der Suchterkrankung – auch unter Mitbeteiligung der aktuellen Rehabilitanden - erhalten. Andererseits wird während in der gesamten Therapiezeit Wert darauf gelegt, begleitende Partner- und Familiengespräche durchzuführen.

#### 4.7.11 Rückfallmanagement

Der **Bearbeitung von Rückfällen** - im Sinne einer Abstinenzunterbrechung - kommt während der Entwöhnungsbehandlung eine besondere Bedeutung zu. Eine multizentrische katamnestiche Studie von Feuerlein et al. (1998) ergab 18 Monate nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung eine Rückfallquote von 47%. Die Gruppe der Rehabilitanden, die wegen eines Rückfalls während der stationären Therapie vorzeitig disziplinarisch entlassen worden waren, zeigte eine Rezidivquote von 95,5%. Erfolgte nach einem Rückfall während der Therapie jedoch eine Weiterbehandlung mit entsprechender Rückfallarbeit, lag die spätere Rückfallquote hingegen bei 58%.

Andere Untersuchungen zeigten, dass der rückfällige Rehabilitand in der Regel einige wenige Tage lang im Sinne eines «therapeutischen Fensters» erreichbar und motiviert ist, die dem Rückfall zugrundeliegende Problematik zu bearbeiten, anderenfalls kann ein Zurückgleiten in die vorbestehende destruktive Suchtdynamik mit allen daraus resultierenden negativen Konsequenzen stattfinden. Rückfälle passieren fast immer in Situationen, in denen eine ungelöste, möglicherweise bisher in der Therapie noch gar nicht thematisierte Problematik aufbricht (z.B. Konflikte in Partnerschaft, Beruf, Selbstwertkrisen u.a.). Die Bearbeitung des Rückfalls bietet die Chance, wesentliche Konflikte und Defizite zu erkennen und zu bewältigen. Insofern ist die Bearbeitung von Rückfällen integraler Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung und diese sollten nicht als

Scheitern, sondern als Möglichkeit zur Vertiefung der Therapie angesehen werden.

Auf dieser empirischen Basis erfolgt in der Fachklinik Haus Siloah eine einem formalisierten Konzept folgende Rückfallbearbeitung, sofern weiterhin eine ausreichende Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft erkennbar ist. Dies gilt auch für Rehabilitanden, die zunächst im Rahmen des Rückfalls die Klinik verlassen haben, sich aber innerhalb 24 Stunden wieder einfinden und zur Weiterbehandlung motiviert sind, gilt das gleiche Procedere.

In Ausnahmefällen kann auch eine zweite Rückfallbearbeitung angezeigt sein. Sollten danach trotz ausreichender Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft weitere Rückfälle eintreten, erfolgt die Entscheidung über das weitere Vorgehen unter Einbeziehung des zuständigen Leistungsträgers.

Die Rückfallbearbeitung beinhaltet, dass der Rehabilitand nach seiner Ausnüchterungsphase einen Rückfallbericht erstellt. Er führt dann mit seinem zuständigen Therapeuten ein ausführliches, den Rückfall und seine besonderen Umstände betreffendes Einzelgespräch. In seiner Bezugsgruppe und später in der Hausversammlung legt er seinen Rückfall offen.

Die Entscheidung darüber, ob eine Fortführung der Therapie sinnvoll und zweckmäßig ist, erfolgt danach in Absprache mit dem zuständigen Therapeuten und dem Behandlungsteam. Gleichzeitig tritt eine veränderte Ausgangsregelung in Kraft.

Tritt bei ganztägig-ambulant behandelten Rehabilitanden ein Rückfall auf ist es zu klären, inwieweit er nach seiner Ausnüchterung abstinenzmotiviert und in der Lage ist an der Therapie weiter Erfolg versprechend teilzunehmen. Ist das gewährleistet, kommt das formalisierte Konzept zur Anwendung.

#### **4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege**

Die Mitarbeiter der Pflege in der Fachklinik Haus Siloah arbeiten nach dem Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel. Krohwinkel verwendet die Bezeichnung „Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens“. Dies ist ein personenzentriertes Modell, das sich in erster Linie an den Fähigkeiten eines Menschen orientiert. Diese sollen im Rahmen des Pflegeprozesses gefördert werden.

Mit jedem Rehabilitanden wird am Aufnahmetag ein pflegerisches Gespräch geführt, dessen Ziel die Bestimmung des individuellen Pflegebedarfs ist. Treten innerhalb der Lebensaktivitäten Unterstützungsbedarfe auf, wird eine schriftliche Pflegeplanung erstellt. Einschränkungen, Probleme und Ressourcen werden in der Pflegeplanung konkret benannt. Mit dem Rehabilitanden werden auf dieser Basis gemeinsame Ziele vereinbart und die geeigneten Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt.

Die geplanten Pflegemaßnahmen werden eindeutig, präzise und verständlich formuliert, ebenso werden die Parameter und die zeitlichen Abstände der Durchführungen beschrieben. Darüber wird sichergestellt, dass im Pflegeteam

die gleichen Ziele verfolgt und die Maßnahmen standardgemäß erbracht werden. Ihre Evaluation erfolgt in regelmäßigen Abständen und bei Veränderung des Pflegebedarfs. Gegebenenfalls erfolgt eine Anpassung.

Der Pflegeprozess ist ein systematisches Problemlöseverfahren, mit dem der Pflegebedarf beurteilt, die pflegerische Unterstützung geplant und gegeben sowie auf ihre Wirksamkeit überprüft wird (Vgl. Sauter D., Abderhalden C., u.a. 2004: 357).

Der Pflegedienst ist am Tag und in der Nacht jeweils durch mindestens eine Kraft besetzt. Diese ist erster Ansprechpartner bei medizinischen und pflegerischen Problemen.

Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens werden biographische Eckdaten erfasst, erste Behandlungsschritte erläutert und die Bezugsgruppe zugewiesen. Diese erste Kontaktaufnahme ist gleichzeitig der Beginn eines bewussten und aktiven Beziehungs- und Pflegeprozesses zwischen Rehabilitanden und Pflege, in dem eine Vertrauensbasis geschaffen und die Behandlungsbereitschaft gefördert werden soll.

Den pflegerischen Mitarbeitern obliegt die Betreuung von Suchtkranken, die oftmals auch an somatischen Erkrankungen leiden, die vielfach mit dem Substanzmissbrauch und der einhergehenden Lebensführung zu tun haben. In diesem Bewusstsein werden über kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen aktuell gültige Standards geschult, die die Mitarbeiter in der Pflege befähigen, den Rehabilitanden bei der Erreichung der Rehabilitationsziele zu unterstützen.

Folgende Aufgaben werden von den pflegerischen Mitarbeitern in der Suchtrehabilitation übernommen:

- Herstellen eines persönlichen Kontaktes, pflegerische Gespräche führen,
- Patientendaten ermitteln (Vitalwertkontrollen)
- Pflegerelevante körperliche, seelische und soziale Bedürfnisse, Ressourcen und Probleme erkennen und im Rahmen pflegerischer Interventionen berücksichtigen
- Unterstützung bei den ATL, Selbstmanagement
- Ärztliche Verordnungen durchführen, einschließlich der Verabreichung von Medikamenten und Injektionen
- Wunden versorgen, Verbände anlegen
- Bei medizinischen Sofortmaßnahmen mitwirken
- Verhinderung von Komplikationen und Verschlechterung
- Dokumentation und Kontrolle der Suchtmittelfreiheit während der Behandlung
- Ansprechpartner für die Rehabilitanden in den Bezugsgruppen

Organisieren und Verwalten:

- Teilnahme an Besprechungen und Visiten
- Ärztliche Verordnungen registrieren und umsetzen
- Medikamente nach Vorschrift verwalten, stellen und verabreichen

- Durchführung hygienischer Maßnahmen
- Speise- und Materialanforderung, Überwachung der Lagerhaltung
- Mitwirkung bei Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung
- Pflegedienstbezogene Dokumentation
- Ggf. .Pflegeüberleitung zwischen verschiedenen Pflegeeinrichtungen

Beraten und Anleiten:

- Gesundheitsberatung durchführen
- Information Aufklärung und Wissensvermittlung

Pflegekräfte fördern die Kompetenzen der Rehabilitanden auf der Ebene der Fertigkeiten durch Anleitung, Beratung und Schulung. Der selbstbestimmte Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen soll durch das Vermitteln bestimmter Techniken und Verhaltensweisen ermöglicht werden. Schulungen sind meist auf spezielle Pflegetechniken wie z.B. Umgang mit Subcutaninjektionen, selbständige RR-Messung, selbständige BZ-Kontrolle, Unterstützung bei Gewichtsreduktion, Fußinspektionen bei Diabetikern etc. ausgerichtet.

Darüber hinaus kommt in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter der Berufsgruppe der Pflege eine besondere Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. In der Rehabilitation spielt die Milieugestaltung eine tragende Rolle, sie soll dazu beitragen, die positiven Ressourcen des Rehabilitanden zu fördern und ihn damit in die Lage zu versetzen, diese zur eigenen Problembewältigung einzusetzen (Vgl. Holnburger, M. 1999: S.199).

Unter soziotherapeutischen Aspekten wird den Rehabilitanden eine partielle Selbstversorgung ermöglicht. Hierbei sollen der Umgang mit individuellen Einschränkungen erleichtert, Alltagsbewältigungsfähigkeiten gefördert und darüber hinausgehend die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit einer möglichst eigenständigen Lebensgestaltung unter Vermeidung sozial unverträglichen Handelns unterstützt werden. Eine Wieder- und Neuentwicklung allgemeiner sozialer Basiskompetenzen ist hierbei von Bedeutung.

Zusätzlich zu den Versorgungsleistungen der Fachklinik werden die Rehabilitanden darin unterstützt, Mitverantwortung zu übernehmen für die gemeinschaftliche Gestaltung und Sauberkeit in der Wohngruppe und des eigenen Zimmers unter Beachtung hygienischer Standards und milieutherapeutischer Aspekte.

Im Rahmen eines Plans übernehmen sie hierzu im Verlauf der Therapie wechselnde Dienste.

Pflegekräfte führen wöchentlich in den jeweiligen Bezugsgruppen themenzentrierte Gruppen durch. Dabei erhalten die Rehabilitanden durch die Pflegekraft Informationen zu den notwendigen Rahmenbedingungen der Eigenversorgung, zu Themen der gesunden Ernährung sowie Anleitung bei der Umsetzung.

In gemeinsamen Begehungen von Pflegekraft und Gruppentherapeut werden individuelle und gruppenspezifische Auffälligkeiten unter Beachtung soziothe-

rapeutischer und hygienischer Aspekte mit den Rehabilitanden thematisiert und in den jeweiligen Behandlungsteams in einen therapeutischen Gesamtkontext gestellt. Regelmäßig belehren Mitarbeiter einer Firma für Lebensmittelsicherheit über Vorschriften und Erfordernisse im Bereich Lebensmittelrecht, Personalhygiene, Raum- und Anlagenhygiene, Krankheitsübertragung durch Lebensmittel etc.

Alle fünf Wochen findet in jeder Behandlungsgruppe eine Kochtrainingswoche statt, in der die Rehabilitanden sich selbst verpflegen. Dazu gehören unter anderem das Aufstellen eines geeigneten Speiseplans, der Lebensmitteleinkauf, die eigenständige Verwaltung und Abrechnung des ausgezahlten Verpflegungsgeldes und das gemeinsame Kochen und Essen.

#### **4.7.13 Weitere Leistungen**

##### **Hausversammlung**

Die von einem Therapeuten und Rehabilitanden gemeinsam moderierte Hausversammlung beinhaltet Fragen der allgemeinen Therapieorganisation, insbesondere

- die Vorstellung der neu aufgenommenen Rehabilitanden,
- die Verabschiedung der zur Entlassung anstehenden Rehabilitanden,
- Informationen des Behandlungsteams,
- Fragen, Kritik, Wünsche und Anregungen der Rehabilitanden.

##### **Eigene Nachsorgeangebote**

Die Fachklinik Haus Siloah hält auch eigene Nachsorgeangebote vor. Hierzu gehört die Möglichkeit für ehemalige Rehabilitanden, an einem Nachmittag die Räume der Beschäftigungstherapie zu nutzen. Sie können so ihre Freizeit gestalten und mit anderen Ehemaligen in Kontakt bleiben.

Außerdem steht allen Ehemaligen eine Sport-Nachsorgegruppe offen.

##### **Ehemaligentreffen**

Am 1. Mai jeden Jahres findet ein Ehemaligentreffen im Haus Siloah statt. Dazu werden alle ehemaligen Rehabilitanden, deren Angehörige und Freunde sowie auch frühere Mitarbeiter eingeladen. Die Kontakte zu den ehemaligen Mitpatienten und Therapeuten wirken sich abstinenzstabilisierend aus und stellen einen wichtigen Orientierungspunkt im Gesundheitsprozess dar. Das gleiche gilt auch für die Rehabilitanden, die an der Gestaltung des Ehemaligentreffens mitwirken. Die Begegnung mit den Ehemaligen stärkt ihre Zuversicht, den Weg in eine dauerhaft abstinenten Lebensführung finden zu können.

#### **4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation**

Die geplante und vom Leistungsträger bewilligte Behandlungsdauer kann individuell verkürzt oder verlängert werden (s. a. 4.4). Das Behandlungstagebudget des federführenden Leistungsträgers wird dabei berücksichtigt.

Die Initiative für eine Verkürzung oder Verlängerung der geplanten Behandlungsdauer kann sowohl vom Rehabilitanden, als auch vom therapeutischen Team ausgehen. Die Entscheidung soll einvernehmlich erfolgen.

Bei wiederholten oder schwerwiegenden Regelverstößen wird die Rehabilitation aus disziplinarischen Gründen beendet, falls keine ernsthafte Veränderungsbereitschaft erkennbar ist. Die Regeln sind in der Hausordnung festgelegt, die allen Rehabilitanden bei der Aufnahme ausgehändigt wird.

In der Regel finden in der Woche vor der Entlassung des Rehabilitanden die Entlassungsuntersuchung und die Abschlussgespräche statt. Dabei werden durch die Gruppen- und Fachtherapeuten mit den Rehabilitanden die Therapieerfolge und positiven Veränderungen einerseits, aber auch noch bestehende, gegebenenfalls auch weiterhin behandlungsbedürftige Probleme, Störungen, Defizite und Krankheiten reflektiert. Der zuständige Arzt bespricht mit ihm die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und erforderlichenfalls die weiterführende Diagnostik und Therapie.

Die Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts unter der Verantwortung des leitenden Arztes ist so organisiert, dass seine Versendung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Entwöhnung erfolgt.

## **5. Personelle Ausstattung**

Die Personalausstattung der Fachklinik Haus Siloah ist mit dem federführenden Leistungsträger DRV Rheinland vereinbart. Sie wird diesem zweimal jährlich zum 01.01. und 01.07. in Personalstandslisten nachgewiesen.

Die Fachklinik Haus Siloah verfügt über folgende Mitarbeiter im medizinisch-therapeutischen Bereich:

### **Ärztlicher Dienst:**

#### **Leitender Arzt der Fachklinik**

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie  
acht Kurse Sozialmedizin  
hygienebeauftragter Arzt

#### **Stationsärzte**

Facharzt und Psychotherapie und für Psychotherapeutische Medizin  
Facharzt für Psychiatrie

#### **Abteilungsärztin des Fliedner Krankenhauses mit besonderem Stellenanteil in der Fachklinik Haus Siloah**

Fachärztin für Innere Medizin

### **Therapeutischer Bereich:**

#### **Therapeutischer Leiter**

Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

### **Gruppentherapeuten**

Dipl.-Psychologen, Psychologische Therapeuten, Dipl.-Sozialarbeiter und –pädagoge mit von der DRV anerkannter Suchttherapieausbildung

### **Fachtherapeuten**

Ergotherapeut  
Arbeitserzieher  
Bewegungs- und Sporttherapeutin  
Dipl.-Kunsttherapeutin  
Dipl.-Pädagogin  
medizinischer Bademeister  
Ökotrophologe

### **Gesundheits- und Krankenpflege**

Gesundheits- und Krankenpfleger  
Altenpfleger  
Pflegehelfer

### **Externe Supervision**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, analytische Psychotherapie

## **6. Räumliche Gegebenheiten**

Die Fachklinik Haus Siloah wurde 1990 unter Erhaltung des denkmalgeschützten Altbaus von 1879 barrierearm umgebaut. Die Einrichtung verfügt über 24 Doppel- und 12 Einzelzimmer. Die Einzelzimmer sind mit beidseitig begehbaren, die Doppelzimmer mit eigenem Duschbad ausgestattet. Sowohl die Zimmer, die Nasszellen als auch die Funktionsräume verfügen über eine Notrufanlage.

Alle Mitarbeiter des ärztlichen und des therapeutischen Dienstes verfügen über eigene Büros.

Für die Therapien stehen eine Turnhalle, zwei Funktionsbereiche für die Arbeits- und Ergotherapie sowie weitere fünf Gruppentherapieräume, ein Versammlungsraum und ein EDV-Schulungsraum zur Verfügung.

Für die ganztägig ambulante Rehabilitation wird ein Ruheraum vorgehalten.

## **7. Kooperation und Vernetzung**

Die Fachklinik Haus Siloah ist Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) und bringt sich aktiv in dessen Arbeitskreise und Qualitätszirkel ein. Ebenso ist sie Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (deQus).

Sie wirkt auch im Gesamtverband für Suchthilfe e.V. - Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) – und im Evangelischen Fachverband Sucht Rheinland Westfalen Lippe und deren Arbeitskreisen regelmäßig mit.

Der Leitende Arzt ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS).

Regional arbeitet die Fachklinik Haus Siloah in den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften der Region, namentlich in Duisburg, Mülheim, Düsseldorf und im Kreis Mettmann, mit. Sie nimmt an den «Interkliniktreffen» der Suchteinrichtungen im Rheinland und an den Sitzungen der «Ruhrschiene», einer Arbeitsgemeinschaft von Suchthilfeeinrichtungen aus dem Ruhrgebiet, teil.

Die Fachklinik kooperiert eng mit den regionalen Beratungsstellen, Adaptionseinrichtungen, Anbietern des ambulanten und stationären betreuten Wohnens, Krankenhaus-Sozialdiensten, betrieblichen Sozialdiensten, niedergelassenen Ärzten in der Primärversorgung und den verschiedenen Nachsorgeeinrichtungen.

Ärzte und Psychologen der Fachklinik Haus Siloah und des Bereichs für Suchtmedizin des Fliedner Krankenhauses arbeiten persönlich in den Suchtberatungsstellen Düsseldorf, Mülheim und Ratingen mit.

Mit der Diakonie im Kirchenkreis Düsseldorf-Mettmann - NeanderDiakonie GmbH - haben die Fachklinik Haus Siloah und das Fliedner Krankenhaus den Therapieverbund Ambulante Rehabilitation Sucht Ratingen-Erkrath-Haan-Velbert begründet. Für diesen werden psychologische und ärztliche Leistungen von Mitarbeitern der Fachklinik Haus Siloah sichergestellt.

Weiterhin bestehen vertraglich vereinbarte Kooperationen mit dem Suchthilfezentrum Nikolausburg Duisburg, sowie der Fachambulanz und Tagesklinik der Diakonie Düsseldorf.

Diese gute Vernetzung unserer Einrichtung ermöglicht es, ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und poststationäre Rehabilitationsangebote eng aufeinander abzustimmen und die Indikationen hierfür fachgerecht und mit hoher Trennschärfe zu stellen.

Zu den Selbsthilfeverbänden und regionalen –gruppen besteht eine fruchtbare Beziehung. Die regelmäßige Vorstellung der Gruppen im Rahmen des Therapieplans gibt den Rehabilitanden die Möglichkeit, verschiedene Konzepte kennenzulernen und stellt für sie eine Entscheidungshilfe dar.

## **8. Maßnahmen der Qualitätssicherung**

In der Fachklinik Haus Siloah ist sichergestellt, dass die Einrichtung ihre Verpflichtung nach § 20 Abs. 2a SGB IX, die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachzuweisen, einhält. Die Einrichtung wird daher nach dem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabi-



litation BAR zugelassenen Verfahren der „deQus“ und zusätzlich nach den Anforderungen der DIN-EN-ISO 9001:2008-12 zertifiziert. Der regelmäßige Nachweis durch externe Audits erfolgt bei dem Verfahren der deQus im Abstand von drei Jahren, bei der ISO jährlich.

Hierdurch wird erreicht, dass die Einrichtung sich an den Bedürfnissen ihrer Kunden orientiert und dabei das gesamte betriebliche Geschehen mit einbezieht. Hierzu werden die Strukturen und Arbeitsprozesse systematisch und kontinuierlich identifiziert, analysiert und mit dem Ziel, die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern, weiterentwickelt. Für das Team der Fachklinik Haus Siloah bedeutet dies, dass es vor allem die Bedürfnisse und Anforderungen der Rehabilitanden, der Leistungsträger, der Mitarbeiter, der Angehörigen sowie der Zuweiser und Nachbehandler sind, denen wir nachkommen.

Ihre systematische Erfassung erfolgt durch die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung, der Qualitätssicherungsverfahren des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und der deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie (deQus) sowie einer Vielzahl von internen Instrumenten, die auch eine zeitnahe Erfassung von Fehlern und Beschwerden ermöglichen. Die Rückmeldungen aus der Qualitätssicherung der Leistungsträger fließen hier regelmäßig ein. Die rechtzeitige Erstellung des Entlassungsberichts als zentrales Dokument unter der Verantwortung des ärztlichen Dienstes und unter Berücksichtigung des Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung nimmt dabei einen besonderen Rang ein. Die Therapieergebnisse werden durch die Erhebung einer Ein-Jahres-Katamnese und die Mitarbeit an der Verbandskatamnese des buss evaluiert.

In regelmäßigen Treffen mit unseren Kooperationspartnern aus dem Behandlungsnetzwerk, den Treffen auf der Verbandsebene und durch unser internes Besprechungswesen sichern wir in intensivem, multiprofessionellem Austausch ein hohes Informationsniveau bei allen Teammitgliedern.

Die Grundlagen unseres Handelns haben wir in einem teilhabeorientierten Leitbild und in unserer Qualitätspolitik beschrieben. Aus ihnen, den Bedürfnissen unserer Kunden und den Ergebnissen aus dem Monitoring unseres Kennzahlensystems leiten wir unsere spezifischen Organisationsziele ab.

Die zu ihrer Erreichung notwendigen Maßnahmen planen wir in projektbezogenen Qualitätszirkeln. Steuerungsfunktion dabei hat der Qualitätslenkungs-kreis, der mit Mitgliedern der Betriebsleitung, des Behandlungsteams und dem Qualitätsmanagementbeauftragten hierarchie- und berufsgruppenübergreifend besetzt ist. Planungen und Ergebnisse werden in engem Austausch mit dem Gesamtteam rückgekoppelt. Die sich dabei ergebenden Verbesserungsvorschläge werden aufgenommen und fließen in die Weiterentwicklung ein.

Qualitätsmanagement kann nur als integraler Bestandteil der Leistungserbringung wirkungsvoll sein. Die Einbeziehung aller Mitarbeiter in die Entwicklung unseres Qualitätsmanagementsystems ist daher selbstverständlich. In ihrer

Fort- und Weiterbildung sehen wir eine wichtige Voraussetzung zur Entwicklung unserer Organisation.

## **9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation**

Die Fachklinik Haus Siloah wird von der Betriebsleitung geleitet. Diese hat die Durchführung der unmittelbaren Arbeit der Fachklinik im Bereich der Diagnostik, Therapie, Pflege und Versorgung – unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben, ihrer Wirtschaftlichkeit und ihrer Leistungsfähigkeit – sicherzustellen.

Der Betriebsleitung gehören an:

- der Ärztliche Leiter (Vorsitzender und Sprecher der Betriebsleitung)
- der Verwaltungsleiter
- die Pflegedienstleiterin
- der Therapeutische Leiter

Die interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit steht in der Fachklinik Haus Siloah unter ärztlicher Gesamtverantwortung.

Der leitende Arzt, der therapeutische Leiter sowie der leitende Sozialarbeiter nehmen regelmäßig an den Leitungskonferenzen der Fachklinik und als Gäste an der erweiterten Leitungskonferenz des Fliedner Krankenhauses teil.

Alle wichtigen Informationen aus den verschiedenen Therapiebereichen werden regelmäßig und im erforderlichen Umfang ausgetauscht. Diesem Austausch dienen regelmäßige Besprechungen sowie Übergabeprotokolle und sonstige Mitteilungen. Die Besprechungen sind terminlich festgelegt, und die wesentlichen Ergebnisse werden dokumentiert. Es existieren Regelungen für die An- und Abwesenheit sowie die Gesprächsführung. Der für den jeweiligen Bereich Verantwortliche sorgt dafür, dass die Ergebnisse dieser Besprechungen bekannt gemacht und beachtet werden. Deren Wirksamkeit und Umsetzung werden regelmäßig evaluiert.

Die tägliche Besprechung des multiprofessionellen Rehabilitationsteams (Pflegedienst, Therapeuten und Ärzte) dient der gegenseitigen Information über besondere Vorkommnisse, der Vorbereitung der Hausversammlungen und der aktuellen Therapieplanung. Zweimal wöchentlich werden in einem zeitlich erweiterten Team organisatorische Fragen, das Fehlermanagement, weiterführende therapeutische Anliegen und Behandlungsverläufe besprochen. In diesem Rahmen findet auch die regelmäßige interne Fortbildung statt.

Für jede Therapiegruppe finden wöchentliche Behandlungsteams statt, an denen der Therapeutische Leiter, die Gruppen- und Fachtherapeuten, die Bezugspflegekraft und der zuständige Arzt teilnehmen. Dadurch wird gewährleistet, dass die Erfahrungen aus allen therapeutischen Bereichen unmittelbar in den Rehabilitationsprozess einfließen.

Zweimal wöchentlich werden vom Leitenden Arzt therapiegruppenbezogene Visiten durchgeführt, jeweils als Einzelvisite und als Gruppentherapie.

Im Rahmen des Selbstverwaltungssystems führen die Rehabilitanden einmal wöchentlich eigenständig eine durch ihren Sprecher geleitete Versammlung durch. Einmal monatlich werden die von den Rehabilitanden gewählten Gruppensprecher und der Patientensprecher zur Besprechung des multiprofessionellen Rehabilitationsteams hinzugezogen.

Zweimal wöchentlich findet eine Hausversammlung statt, an der alle Rehabilitanden und das gesamte Team teilnehmen.

Bei Bedarf befassen sich berufsgruppenübergreifende, zeitlich befristete Arbeitsgruppen (Qualitätszirkel) ergebnisorientiert mit besonderen Fragestellungen.

Das interdisziplinäre Große Suchtteam bestehend aus dem Rehabilitationsteam der Fachklinik Haus Siloah und den Behandlungsteams des Bereichs für Suchtmedizin des Fliedner Krankenhauses trifft sich vierteljährlich und dient der Vernetzung der beiden Einrichtungen.

Die Dokumentation der Besprechungsergebnisse erfolgt unter Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzes.

## **10. Notfallmanagement**

In der Fachklinik Haus Siloah besteht eine arbeitstäglige Präsenz des ärztlichen Dienstes. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird außerhalb der Dienstzeiten an allen Tagen gemeinsam mit dem Fliedner Krankenhaus vorgehalten und ist für beide Einrichtungen zuständig. Der Pflegedienst ist 24 Stunden präsent.

Eine Notrufanlage steht in allen Zimmern, Bädern und gemeinschaftlich genutzten Räumen zur Verfügung. Eine den Vorschriften entsprechende Rauchmeldeanlage und eine Alarmanlage für die Personenaufzüge sind vorhanden.

Die Notfallausrüstung, namentlich Sauerstoffgerät, Defibrillator und Notfallrucksack, wird regelmäßig auf ihre Einsatzfähigkeit und Vollständigkeit überprüft. Die Überprüfungen werden dokumentiert.

Alle Mitarbeitenden werden regelmäßig im Umgang mit Krisen- und Notfallsituationen geschult. Hierzu gehören jährliche Unterweisungen über die Regeln zum vorbeugenden Brandschutz, jährliche Schulungen zur Hygiene und halbjährliche Erste-Hilfe-Übungen. Ein Notfallablaufplan ist festgelegt. Die definierte Notfallkette für den medizinischen Notfall ist als Ablaufdiagramm in allen Funktionsräumen und Büros der Einrichtung ausgehängt.

Krisen- und Notfallsituationen werden im Rahmen des Qualitätsmanagements systematisch erfasst und einem kontinuierlichem Verbesserungsprozess unterzogen.

## **11. Fortbildung und Supervision**

Die Fortbildungen für die Mitarbeitenden werden systematisch geplant und ausgewertet. Schulungen zum Brandschutz, zum Hygienemanagement, zur Ersten-Hilfe werden regelmäßig durchgeführt und sind für alle Mitarbeiter verpflichtend, die Teilnahme wird dokumentiert.

Die Mitarbeiter der Fachklinik Haus Siloah können auch an den übergreifenden und berufsgruppenspezifischen Weiterbildungsangeboten des Fliedner Krankenhauses und der Theodor Fliedner Stiftung teilnehmen.

Im Rahmen der Weiterbildungscurricula des Fliedner Krankenhauses stellen sie auch regelmäßig eigene Patienten im Fallseminar vor. Der ärztliche Dienst beteiligt sich an der ärztlichen Weiterbildung durch Vorträge aus dem suchtmmedizinischen Themenbereich.

Externe Weiterbildung wird von der Klinikleitung durch Freistellung oder Kostenbeteiligung gefördert.

Die interne Weiterbildung und Intervision erfolgt wöchentlich im Wechsel mittels Fallbesprechungen, Gruppenspiegel, Fachtherapiebericht und Kurzvorträgen. Der Intervision dienen auch die Behandlungsteams, an denen der Therapeutische Leiter und der ärztliche Dienst teilnehmen.

Das gesamte Team wird regelmäßig –gegenwärtig zehnmal jährlich - extern supervidiert. Die Teilnahme daran ist verpflichtend. Der Supervisor wird im Benehmen mit dem Leistungsträger bestimmt und wird diesem zweimal jährlich auf der Personalstandsliste nachgewiesen.

Zweimal jährlich richtet die Fachklinik gemeinsam mit dem Bereich für Suchtmmedizin des Fliedner Krankenhauses unter Einbeziehung namhafter Experten im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit ein Suchtforum zu aktuellen Themen der medizinischen Rehabilitation und Akutbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen aus.

## **12. Hausordnung/Therapievertrag**

Bei Aufnahme dokumentieren die Rehabilitanden ihre Bereitschaft zur Therapie durch das Unterzeichnen des Therapievertrags (s. Anhang).

Gleichzeitig erkennen sie die AVB an, deren Bestandteil die Hausordnung der Fachklinik ist (s. Anhang).

Bei Nichteinhaltung des Therapievertrags oder Verstößen gegen die Hausordnung wird überprüft, inwieweit die Behandlung fortgeführt werden kann.

## Literatur

- Antonovsky A (1987):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT-Verlag. Tübingen
- Arend H (1994):** Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Beltz, Weinheim
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014)** Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Huber, Bern.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2013)** OPD-2: Modul Abhängigkeitserkrankungen. Huber, Bern
- Basdekis-Jozsa R, Krausz M (Hrsg.) (2006):** Gruppentherapie in der Suchtbehandlung. Klett-Cotta
- Bilitza KW (Hrsg.) (2008)** Psychodynamik der Sucht. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Bilitza KW (Hrsg.) (2008)** Psychotherapie der Sucht. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Bowlby J (2001):** Frühe Bindung und Kindliche Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag München
- Daumann J, Gouzoulis-Mayfrank E (2015):** Amphetamine, Ecstasy und Designerdrogen. Kohlhammer
- Dörner K, Plog U, Teller C, Wendt F (2012):** irren ist menschlich Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL (2004):** Affektregulierung, Mentalisierung und Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta
- Gantner A:** Psychotherapeutische Behandlung von Partydrogenkonsumenten in **Thomasius, R (Hrsg) (1999):** Ecstasy - Wirkungen, Risiken, Interventionen: ein Leitfaden für die Praxis. Enke Stuttgart
- Grawe K (2000):** Psychologische Therapie. Hogrefe Göttingen
- Heigl-Evers A, Ott J (Hrsg.) (1995)** Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Hildemann KD, Kaminsky U, Magen F (1994):** Pastoralgehilfenanstalt-Diakonenanstalt-Theodor Fliedner Werk 150 Jahre Diakoniegeschichte. Schriftenreihe des Vereins für Rheinische Kirchengeschichte
- Hoch E, Zimmermann P, Henker J, Rohrbacher H, Noack R, Bühringer, Wittchen HU (2011):** Modulare Therapie von Cannabisstörungen: Das CANDIS-Programm. Hogrefe Göttingen.
- Jaenicke C (2006):** Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivität in der Praxis. Klett-Cotta Stuttgart
- Kleinstäuber M, Thomas P, Witthöft M, Hiller W (2012):** Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Springer Berlin Heidelberg

- Körkel J, Schindler C (2003):** Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Das strukturierte Trainingsprogramm S'T'A'R'. Springer Berlin Heidelberg
- Kohut H (1979):** Die Heilung des Selbst. Suhrkamp Frankfurt/M
- Foulkes S.-H. (1986):** Gruppenanalytische Psychotherapie. Fischer Taschenbuch Frankfurt
- IFT Gesundheitsförderung GmbH, Kröger DR (2012):** Rauchfrei Programm Handbuch für Kursteilnehmer. München
- Jedicke G (1993):** Suchttherapie mit Akupunktur. Klaus Foitzick Verlag
- Jacobson E (1999):** Entspannung als Therapie, Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Leben lernen 69 Verlag J. Pfeiffer. München
- Köppenhöfer E (2004):** Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns. Pabst Science Publishers
- Küfner H (2003):** Die Zeit danach. Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Betroffene nach Entwöhnungstherapie und Selbsthilfegruppe. Schneider Verlag Hohengehren
- Lindenmeyer J (2010):**Lieber schlau als blau: Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Beltz PVU
- Miller W., Rollnick S. (2009):** Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus. Freiburg
- Nickel FU (2003):** Bewegungskonzepte. Bewegen, Spielen, Darstellen. Verlag K. Hoffmann. Schorndorf
- Opaschowski HW (2012):** Einführung in die Freizeitwissenschaft. Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden
- Rost WD (2009):** Psychoanalyse des Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung. Psychosozial-Verlag Gießen
- Rudolf G, Henningsen P (2013):** Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Thieme Stuttgart
- Rudolf G (2013):** Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer Stuttgart.
- Rudolf G (2014):** Psychodynamische Psychotherapie. Schattauer Stuttgart.
- Schiepek G, Kröger F (2000):** Psychotherapie aus der Perspektive der Synergetik. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. 2: 241-252.
- Schneider R (2010):** Die Suchtfibel. Schneider Verlag Hohengehren
- Schuntermann MF (2013):** Einführung in die ICF. Ecomed, Landsberg
- Senf W, Broda M (2013):** Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium. Thieme Stuttgart.
- Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg.) (2011):** Alkohol und Tabak

**Soyka M, Kufner H, begr. Feuerlein W (2008):** Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme. Stuttgart

**Stern D (2000):** Mutter und Kind Die Erste Beziehung. Klett-Cotta Stuttgart

**Stetter F (2000):** Psychotherapie von Suchterkrankungen. Beiträge verschiedener Psychotherapierichtungen. Psychotherapeut. 45: 141-152.

**Stetter F. (2000):** Psychotherapie von Suchtkrankheiten. Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. Psychotherapeut 45: 63-71.

**Kleffmann A, Weinmann S, Föhres F, Müller B (1997):** MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) Forschungsprojekt MELBA Universität-Gesamthochschule Siegen

**Wilke G (2000)** Gruppenprozesse und Identität. In: Wiese J. (Hrsg.): Identität und Einsamkeit. Vandenhock & Ruprecht. Göttingen. S. 154-181.

**Winnicott DW (1974):** Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Psychosozial Gießen

**Winterboer HR (2012):** Depressive Verarbeitungsmuster. Vortrag auf dem 24. Suchtforum Fachklinik Haus Siloah Fliedner Krankenhaus Ratingen

## Therapieplan der Fachklinik Haus Siloah (Übersicht)

Tag	Uhrzeit	Bezugsgruppe				
		1	2	3	4	5
Montag	8.30 - 9.45	GT	AT	Kunst	Sport	AT
	0.00 - 11.15	Sport	GT	GT	GT	AT
	3.15 - 13.45	Hausversammlung				
	3.45 - 14.50	Indikative Gruppen				
	5.00 - 16.15	Kunst	Sport	AT	Milieu	GT
Dienstag	8.45 - 9.45	Gesundheitsbildung				
	0.00 - 11.15	Indikative Gruppen				
	3.30 - 14.45	GT	AT	GT	AT	Sport
	5.00 - 16.15	Sport	AT	Milieu	AT	
Mittwoch	8.30 - 9.45	GT	Kunst	Sport	AT	GT
	0.00 - 11.15	Indikative Gruppen				
	3.30 - 14.45	AT	GT	GT	GT	Kunst
	5.00 - 16.15	Berufsbezog. Angebot mit Bewerbungstraining*				
Donnerstag	8.00 - 8.30	Patientenversammlung				
	8.45 - 9.45	Gesundheitsbildung				
	0.00 - 11.15	Milieu	GT	Sport	GT	GT
	3.15 - 14.15	Schwimmen Frauen				
	4.15 - 15.15	Schwimmen Männer				
	5.00 - 16.15	Frauengruppe				
Freitag	8.30 - 9.45	AT	Sport	GT	GT	AT
	0.00 - 11.15	GT	GT	AT	Kunst	Sport
	3.00 - 13.15	Hausversammlung				
	3.30 - 14.45	AT/ BT	Milieu	AT	Sport	GT
	5.00 - 16.15	Gruppensite (wöchentlicher Wechsel)				
Samstag	8.30 - 9.45	Milieu				
	4.00 - 17.30	Angehörigennachmittag jeden zweiten Monat				
Erläuterungen		GT	Gruppentherapie			
		AT	Arbeits- und Beschäftigungstherapie			
		Sport	Bewegungs- und Sporttherapie			
		Kunst	Kunsttherapie			
		Milieu	Milieuthherapie und Innendienst			

\* nach Absprache für Rehabilitanden aller Gruppen



## Liste der in der Fachklinik Haus Siloah behandelbaren Haupt- und Nebendiagnosen

### Suchtdiagnosen

#### Haupt- und/oder Nebendiagnosen

- Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2)
- Medikamentenabhängigkeit (ICD-10 F13.2)
- Abhängigkeit von Cannabis (ICD-10 F12.2)
- Abhängigkeit von Stimulanzien (ICD-10 F14.2, F15.2)

#### Nebendiagnosen

- Tabakabhängigkeit (ICD-10 F17.2)
- Folgezustände der Substanzabhängigkeit: mildes amnestisches Syndrom (ICD-1x.6), kompensierter Restzustand (ICD-10 F1x.7)
- Pathologisches Spielen (ICD-10 F63.0)
- Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (ICD-10 F55.x)

### Psychische Komorbidität

- Wahnhafte Störungen in Remission oder mit stabilem Residuum (ICD-10 F20.x2, F20.x5)
- Depressive Störungen (ICD-10 F32.x, F33.x)
- Bipolare Störungen in Remission (ICD-10 F31.7)
- Anhaltende affektive Störungen (ICD-10 F34.x)
- Angststörungen (ICD-10 F40.x, F41.x)
- Anpassungsstörungen, Belastungsreaktionen und Traumafolgestörungen (ICD-10 F43.x)
- Somatoforme Störungen (ICD-10 F45.x)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.x, F61.x)

### Somatische Komorbidität

Alle mit den Mitteln der Fachklinik Haus Siloah behandelbaren somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen (vgl. 4.2)

## Hausordnung der Fachklinik Haus Siloah

1. Konsum, Besitz und Handel von Alkohol und Drogen sind nicht gestattet. Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel – gleich welcher Art – dürfen nur auf Anordnung des zuständigen Arztes eingenommen werden.
2. Die Teilnahme an allen Therapieeinheiten sowie Mahlzeiten ist verpflichtend. Befreiungen von den Therapien sind nur durch den Gruppentherapeuten, das Pflegepersonal oder den Arzt möglich. Die zuständigen Therapeuten der betroffenen Therapieeinheiten sind vom Rehabilitanden persönlich zu informieren.
3. Jede Anwendung und Androhung von physischer und psychischer Gewalt ist verboten.
4. Um einen Rückfall bearbeiten zu können, muss dieser besprechbar gemacht werden. Über eine Weiterbehandlung oder Entlassung wird unter Einbeziehung Ihrer Reflexion im Behandlungsteam entschieden. Suchtmittelkonsum (außer Tabak) in der Klinik führt in der Regel zur disziplinarischen Entlassung und Hausverbot.
5. Die Rehabilitanden sind verpflichtet, mit dem Inventar und der Ausstattung des Hauses pfleglich umzugehen und bei der Reinhaltung mitzuwirken.
6. Rauchen und offenes Feuer jeglicher Art sind in allen Räumen untersagt. Die Brandschutzbestimmungen sind strikt einzuhalten. Nur an den hierfür besonders ausgewiesenen Raucherplätzen und auf den Balkonen und Terrassen darf geraucht werden. Beim Rauchen auf den Balkonen und Terrassen sind die Außentüren zu schließen.
7. Der Anschluss privater Fernsehgeräte und elektrischer Haushaltsgeräte (z.B. Heizgeräte, Kochplatten, Kaffeemaschinen usw.) ist nicht erlaubt.
8. Mobiltelefone sind während der internen und externen Therapieeinheiten abzuschalten.
9. Film-, Fernseh-, Ton-, Video- und Fotoaufnahmen sind nicht gestattet. Ausnahmen sind nur mit Erlaubnis der Betriebsleitung und der Einwilligung der davon betroffenen Personen gestattet.
10. Haustiere können zur Therapie nicht mitgebracht werden. Besucher müssen Tiere anleinen.
11. Die Hygienevorschriften müssen genau beachtet werden. Dies gilt besonders bei der Verarbeitung und Zubereitung von Lebensmitteln.
12. Die Besuchszeiten sind donnerstags von 16.30 Uhr bis 21.00 Uhr sowie samstags und an Sonn- und Feiertagen von 13.00 Uhr bis 21.00 Uhr. Für Besucher gilt das Abstinenzgebot.
13. Allgemeine Nachtruhe gilt an allen Tagen von 24.00 Uhr bis 6.30 Uhr. Während dieser Zeit haben Patienten sich auf ihren Zimmern aufzuhalten.
14. Für das persönliche Eigentum der Rehabilitanden wird nicht gehaftet. Privates Eigentum, das beim Verlassen der Fachklinik zurückbleibt, wird drei Monate aufbewahrt. Nach Ablauf dieser Frist kann es ohne Entschädigung zu gemeinnützigen Zwecken verwendet werden.
15. Bei Verstößen gegen die Hausordnung behält sich das Behandlungsteam vor, mit individuell entsprechenden Konsequenzen bis hin zur Entlassung zu reagieren.
16. Die Rehabilitanden oder ihr gesetzlicher Vertreter müssen vor Aufnahme in die Fachklinik die Hausordnung schriftlich anerkennen.

## Therapievereinbarung

zwischen \_\_\_\_\_

**und der Fachklinik Haus Siloah, vertreten durch den unterzeichnenden/die unterzeichnende Mitarbeiter/in.**

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

herzlich willkommen im Haus Siloah! Sie haben sich für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in unserem Haus entschieden. Wir freuen uns, Sie auf dem Weg zu einem abstinenten, selbständigen und gesünderen Leben zu unterstützen!

Nach Ihrer Aufnahme wird zur Abklärung der individuellen Therapieziele und des zur Zielerreichung optimalen Therapieangebotes eine ausführliche Diagnostik durchgeführt. Ihr/e Bezugstherapeut/in wird Sie über das Ergebnis informieren und Sie bis zu Ihrer Entlassung bei den notwendigen Schritten begleiten.

Damit Sie Ihre Therapieziele erreichen können – und um den Alltag in der Klinik so reibungslos und angenehm wie möglich zu gestalten – zählen wir auf Ihre gute Zusammenarbeit. Um diese zu gewährleisten, erklären Sie sich mit den folgenden Punkten einverstanden:

- Ich werde mich an die (Gruppen-)Regeln/Hausordnung der Fachklinik Haus Siloah halten (siehe Beilage).
- Während der gesamten Behandlungsdauer verzichte ich auf die Einnahme von Medikamenten, die nicht durch das Haus Siloah verordnet wurden, sowie auf die folgenden Suchtmittel: Alkohol, Drogen aller Art, entalkoholisierte Getränke wie alkoholfreies Bier und alkoholhaltige Lebensmittel.
- Ich nehme verbindlich und aktiv an den Therapieveranstaltungen teil und werde das Klinikgelände nicht unerlaubt bzw. ohne Absprache verlassen.
- Falls ich im Ausgang ein anhaltendes Verlangen nach Alkohol oder anderen Suchtmitteln verspüre – oder bereits ein Suchtmittel konsumiert habe – nehme ich sofort Kontakt zur Fachklinik auf und plane meine Rückkehr ins Haus Siloah.
- Sollte es zu einem Suchtmittelkonsum kommen – von mir selbst oder einem Mitrehabilitanden – werde ich diesen offenlegen, damit ein solcher Vorfall konstruktiv bearbeitet und zu einer Lernerfahrung werden kann.
- Ich möchte Verhaltensmuster reduzieren, die zu meiner stationären Aufnahme beigetragen haben bzw. die die Therapie behindern oder unmöglich machen können.
- Ich werde alles in den Gruppentherapien Besprochene vertraulich behandeln und nicht nach außen tragen. Dieses Schweigegebot gilt auch nach meiner Entlassung aus dem Haus Siloah.
- Mir ist bewusst, dass das Eingehen einer Paarbeziehung meinen eigenen Therapieerfolg in Frage stellt.

Ich weiß, dass Verstöße gegen die Klinikregeln/-hausordnung oder gegen diese Vereinbarung zur Überprüfung meines Aufenthaltes im Haus Siloah führen.

Mir ist auch bewusst, dass schwere Verstöße wie beispielsweise Gewalt, Drohungen oder Handel mit Suchtmitteln die Beendigung der Therapie im Haus Siloah zur Folge haben.

**Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie diese Vereinbarung**

Lintorf, den .....

\_\_\_\_\_  
Rehabilitand/in

\_\_\_\_\_  
Mitarbeiter/in Fachklinik Haus Siloah

## Leitbild der Fachklinik Haus Siloah

Die Wurzeln unserer Suchtarbeit reichen bis 1851, dem Gründungsjahr des Lintorfer Asyls als diakonischer Einrichtung, zurück. Aufbauend auf den Erfahrungen in der dortigen sozialen Arbeit eröffnete 1879 das Haus Siloah, das somit zu den ältesten Suchtkliniken weltweit gehört. Eine so lange Geschichte bringt ein starkes Traditionsbewusstsein hervor. Soll Tradition mehr sein, als ein starres Festhalten am Alten, so muss sie sich mit dem Auftrag zur ständigen Weiterentwicklung verbinden. Flexibilität und Bereitschaft zur Veränderung, wie sie sich auf der Basis zwischenmenschlicher Begegnung entwickeln, betrachten wir als wichtige Voraussetzungen dafür, Bewahrenswertes in einer immer neuen sozialen Wirklichkeit mit ihren sich wandelnden Anforderungen zu schützen.

Wir stützen uns auf ein christliches Menschenbild, das uns verpflichtet, diejenigen, die unsere Hilfe suchen, Suchtkranke und ihre Angehörigen, ernst zu nehmen, offen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen umzugehen, sie zu achten und zu respektieren. Unsere PatientInnen bringen ihre persönlichen lebensgeschichtlichen, anlagebedingten und kulturellen Voraussetzungen mit. Ihre sozialen Bezüge und die Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, sehen sehr verschieden aus. Auch können sie bei der Bewältigung ihrer Suchterkrankung auf ganz unterschiedliche individuelle Ressourcen zurückgreifen. Es ist unser Anliegen, dieser Vielfältigkeit mit Wertschätzung und Anerkennung zu begegnen.

In der medizinischen Rehabilitation wollen wir mit unseren Patienten gemeinsam auf dieser Basis die individuell bestmögliche körperliche und seelische Genesung erreichen. Benachteiligung soll entgegengewirkt, Selbstbestimmung gefördert und eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden. Für diese Ziele richten wir unsere Therapie an den aktuellen wissenschaftlichen Standards aus.

Ein Arbeitsumfeld, das es allen MitarbeiterInnen ermöglicht, sich mit ihrer Arbeit und Arbeitsstelle zu identifizieren, ist für uns wichtig. Unsere Mitarbeiterführung richtet sich daher auf ein Arbeitsklima, das auf gegenseitiger Wertschätzung beruht. Gute Arbeitsbedingungen, die für die unterschiedlichen Berufsgruppen die notwendigen Strukturen zur Erfüllung unseres Versorgungsauftrages bereithalten, bilden dafür die Basis. Die Fort- und Weiterbildung unserer MitarbeiterInnen stellt dabei eine zentrale Aufgabe dar und ist Voraussetzung für die gemeinsame kontinuierliche Verbesserung und Überprüfung der Versorgungsqualität.

Für die Fachklinik Haus Siloah stellen die internen Kooperationen unter dem Dach der Theodor Fliedner Stiftung und die externe Vernetzung zu den verschiedenen Leistungserbringern und den zuständigen Leistungsträgern die Grundlage dar, die Ziele bedarfsgerechter, einrichtungsübergreifender und klientenorientierter Prozesse gemeinsam zu gestalten und zu steuern. Unser zentrales Anliegen dabei ist es, die Sicherstellung eines Höchstmaßes an Behandlungs- und Betreuungskontinuität für die PatientInnen in der kommunalen und regionalen Suchtkrankenhilfe zu gewährleisten.

Um den vielschichtigen Bedürfnissen und Anforderungen unserer Rehabilitanden, ihrer Angehörigen, der Kosten- und Leistungsträger, der Mitarbeiter und unserer Kooperationspartner im Netzwerk gerecht zu werden, entwickeln wir unser Qualitätsmanagementsystem, auch im Bewusstsein wirtschaftlicher und ökologischer Verantwortung, kontinuierlich weiter.